

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA
PSIQUIATRIA EM UM AMBULATÓRIO ESCOLA**

**ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ATTENDED BY
PSYCHIATRY IN A SCHOOL AMBULATORY**

Daniela Colombo Araujo¹;

Daniella Cardoso Crocetta^{2*}

Lêda Soares Brandão Garcia^{3#}

*O segundo autor colaborou igualmente ao primeiro autor para a execução do presente estudo

¹ Acadêmica da 8ª fase do curso de Medicina – Universidade do Extremo Sul Catarinense Email: danielacolomboaraujo@gmail.com

² Acadêmica da 8ª fase do curso de Medicina – Universidade do Extremo Sul Catarinense. Email: danicrocetta@gmail.com

³ Mestre em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul Catarinense. Email: ledabrgarcia@gmail.com

#Autor correspondente: Lêda Soares Brandão Garcia. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Email: ledabrgarcia@gmail.com.

RESUMO

Os transtornos mentais representam grande desafio para a assistência em saúde pública por atingirem uma parte significativa da população, além de apresentarem alta prevalência e morbidade. Por isso, torna-se importante conhecer o perfil dos pacientes que necessitam serviços nesta área da assistência, promovendo assim um atendimento qualificado. Portanto o objetivo do estudo foi conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela psiquiatria no ambulatório escola de uma universidade do Extremo Sul Catarinense. O presente estudo foi do tipo observacional, descritivo, retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa onde foram avaliados 216 prontuários dos pacientes atendidos pela psiquiatria no período de julho de 2016 a junho de 2018. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do software IBM (SPSS) versão 21.0. O perfil encontrado foi de predomínio do sexo feminino, média de idade de 47,4 anos, maioria casadas, católica, com ensino fundamental incompleto, procedentes da cidade de Criciúma, predominantemente com quadros depressivos e ansiosos, não usuárias de drogas de uso não médico. Entre os cruzamentos das variáveis, verificou-se associação estatisticamente significativa entre aqueles que realizaram tratamento para transtorno depressivo foi mais prevalente o sexo feminino, e entre o tratamento para esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes predominou o sexo masculino.

Palavras-chave: Ambulatório. Epidemiologia. Psiquiatria. Psicofármacos.

ABSTRACT

Mental disorders present a great challenge for public health assistance as they affect a significant part of the population, as well as having high prevalence and morbidity. For this reason, it is relevant to know the profile of patients who need services in this area of assistance, thus promoting a qualified service. Therefore, the objective of this study was to know the epidemiological profile of patients attended by psychiatry in a school ambulatory in a university in the Extreme South of Santa Catarina. It was an observational, descriptive, retrospective study, with secondary data collection and a quantitative approach where 216 patient records of patients seen by psychiatry in the period from July of 2016 to June of 2018 were assessed. The obtained data was analyzed with help from IBM's software (SPSS) version 21.0. The profile found was mainly female, mean age of 47, 4 years, mostly married, catholic, incomplete elementary school, proceeding from Criciúma, predominantly with cases of depression and anxiety, non-drug users of non-medical drugs. In the crosses between variables, a statistically significant association between those in treatment for depressive disorder was more prevalent in females, and between treatment for schizophrenia, schizotypal and delirious disorders was predominantly male.

Keywords: Ambulatory. Epidemiology. Psychiatry, Psychopharmacology.

INTRODUÇÃO

As doenças mentais se apresentam como um grande desafio para a assistência em saúde pública por atingirem uma parte significativa da população, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Estima-se que 21% dos cidadãos brasileiros, correspondente a 39 milhões de pessoas, precisa ou precisará de atenção e assistência em um determinado tipo de serviço de saúde mental. Dessa amostra, 3% enfrentam transtornos mentais graves e persistentes; 6% manifestam situações psiquiátricas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e 12% têm transtornos depressivos ou ansiosos. Devido essa alta prevalência, os transtornos mentais são um dos conjuntos que mais colaboram para a diminuição da qualidade de vida, desemprego e custos com resguardo social⁽¹⁾.

Foi possível observar que os efeitos da longa hospitalização e a carência de intervenções, pela falta de redes de suporte comunitário e social para pacientes psiquiátricos, demonstrou-se como um agravante a esse doente, levando ao afastamento dos familiares e da sociedade. Com base em estudos do seguimento de pessoas com transtornos mentais, as quais integram os serviços de saúde mental ambulatorial, deve ser incentivado o acompanhamento e a observação dos efeitos da reinserção do doente mental ao meio⁽³⁾. Sem dúvida, a oferta de uma rede de cuidados alternativos representa grande avanço na qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais pois, no tocante aos portadores de quadros graves, a saída dos hospitais psiquiátricos estabeleceu o fim dos muros mas, não acabou com barreiras que impedem a legítima integração social dessas pessoas⁽²⁾.

Para formar esse “novo modelo” de atenção à saúde mental, o Ministério da Saúde criou medidas, através de várias Portarias, que priorizaram a implantação de uma rede de atenção psicossocial, o redirecionamento do padrão assistencial dos doentes mentais passou de um extremo a outro, de um formato anterior centrado no hospital para um modelo clínico-centrado⁽³⁾.

A evolução psicofarmacológica foi um dos grandes marcos para que essa transição ocorresse⁽¹⁾, visto que o fármaco, se utilizado corretamente, permite o controle dos sintomas, auxiliando assim o paciente na reconstrução dos laços afetivos, podendo ser facilitador do processo libertário do indivíduo⁽⁴⁾. Um maior controle dos sintomas psiquiátricos em conjunto com o desejo de fornecer uma terapia humanizada e focada na reinserção social, somado a mudanças no modelo da relação médico-paciente permitiram a oferta de tratamento ambulatorial e internações de menor duração⁽¹⁾.

Outro fator determinante nesse processo de transição foi a melhoria na identificação das patologias, tornando os diagnósticos mais precisos. Intervenções precoces representam um

melhor prognóstico e adesão ao tratamento dos pacientes. Surgiu, então, um novo modelo na relação médico-paciente centrado no paciente⁽²⁾.

Conclui-se que o “novo” modelo de assistência em saúde mental veio se transformando no decorrer dos últimos anos e evidenciando que é possível cuidar dos pacientes com transtornos mentais através de um modelo de saúde no qual esteja incorporado aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e não apenas restrito ao hospital psiquiátrico⁽⁴⁾.

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela psiquiatria no ambulatório escola das clínicas integradas de uma universidade do Extremo Sul Catarinense, no município de Criciúma/SC no período de Julho de 2016 a Junho de 2018, visando contribuir para oferta de serviços de assistência especializada à população e na formação de médicos generalistas inteirados das peculiaridades da assistência a ser prestada aos portadores de transtornos mentais da comunidade

METODOLOGIA

Este projeto só foi iniciado após a aprovação do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, com número do protocolo 3.034.048. Foi um estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Através de levantamento prévio obteve-se uma população de 491 prontuários e o cálculo do tamanho mínimo da amostra foi de 216 prontuários. Foram analisados prontuários de pacientes atendidos pela Psiquiatria no ambulatório do Serviço de Medicina das Clínicas Integradas de uma Universidade do Extremo Sul Catarinense no período de Julho de 2016 a Junho de 2018, sendo excluídos os prontuários de pacientes com idade menor que 18 anos.

O instrumento de coleta utilizado na pesquisa foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores, sendo composto por 12 variáveis: sexo (feminino ou masculino), religião (católico, evangélico, outros.); procedência (AMREC, AMESC, AMUREL); idade (anos completos); estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado/divorciado, união estável); escolaridade (analfabetos, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós graduação); ocupação (referida); transtornos sob tratamentos prévios (transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno de humor não especificado, transtorno de personalidade, transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas e uso de outras substâncias psicoativas, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, retardo mental, transtorno dissociativo, fobias sociais, transtorno de hábito e impulso, insônia, transtorno da alimentação, transtornos somatoformes, reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas, disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica), locais de tratamentos prévios

(internação hospitalar, ambulatório da especialidade, CAPS, UBS ou ESF, psicoterapia); tratamentos atuais: psicoterapia; medicação em uso (antidepressivos, antipsicóticos, tranquilizantes, anticonvulsivantes/estabilizadores, outras classes de medicamentos); consumo de drogas de uso não médico (lícitas e ilícitas)

Os dados coletados foram dispostos em planilhas do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Os testes estatísticos foram feitos com um nível de significância $\alpha = 0,05$, isto é, confiança de 95%. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

RESULTADOS

Após análise dos 216 prontuários dos pacientes atendidos no local do estudo, as características sociodemográficas dos pacientes foram agrupados na **tabela 1**. A média de idade dos pacientes foi de 47,47 (DP \pm 14,26), 76,4% eram do sexo feminino. Entre a religião a maioria era católicos (49,3%), seguidos de Evangélicos (34,3%), 6,4% não declararam religião. Quanto à procedência, 79% oriundos do município de Criciúma e os demais procedentes de municípios das regiões AMREC e AMESC. Entre os pacientes analisados 45,5 % eram casados, 27% solteiros, 15,6% separados/divorciados. A maioria possuía ensino fundamental incompleto (37,8%), seguido de ensino médio completo (26,9%).

Na **tabela 2** está relatado a ocupação dos pacientes, com predomínio de aposentados/sob benefício previdenciário (22,7%), seguido de desempregados (17,2%) e serviços gerais (15,8%).

Na **tabela 3** constam os transtornos psiquiátricos sob tratamentos prévios realizados no local do estudo. A maioria correspondeu a transtornos depressivos (30,6%) e de ansiedade (23,6%), transtorno de humor não especificado (8,6%), transtorno de personalidade (8,2%), transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física (7,6%), transtorno mental e comportamental devido a uso de drogas e uso de outras substâncias psicoativas (4,4%), transtorno bipolar (3,8%), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (3,8%), retardo mental (1,9%), transtorno dissociativo (1,9%), fobias sociais (1,2%), transtorno de hábito e impulso (0,9%), insônia (0,6%), transtorno da alimentação (0,6%), transtornos somatoformes (0,6%), reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (0,6%), epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas (0,3%), disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (0,3%).

Foram coletados os diferentes locais de realização dos tratamentos prévios, os quais estão dispostos na **tabela 4**. 45% foram realizados no ambulatório de especialidade, 34,6% nos CAPS, 34,6% na UBS ou USF, 34,1% realizaram psicoterapia, 12,7% tiveram internação hospitalar.

No que diz respeito aos tratamentos atuais, apenas 211 pacientes o realizavam, dos quais estão presentes na **tabela 5**. Desses, 35,5% realizavam psicoterapia. 205 (97,1%) pacientes estavam fazendo uso de medicamentos, entre eles 82,9% faziam uso de antidepressivos, 52,1% tranquilizantes, 26,8% anticonvulsivantes e estabilizadores de humor, 25,4% antipsicóticos, 9,7% outras classes de medicamentos. 16,1% consumiam drogas de uso não médico, sendo 15,2% de drogas lícitas e 2,8% de drogas ilícitas.

Houve associação estatisticamente significativa entre aqueles que realizaram tratamento para transtorno depressivo sendo mais prevalente o sexo feminino ($p=0,001$), e entre o tratamento para esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes predominou o sexo masculino ($p= 0,038$). O cruzamento das demais variáveis não apresentou associação estatisticamente significativa (**tabela 6**).

DISCUSSÃO

Observou-se no presente estudo que a média de idade dos pacientes foi de $47,47 \pm 14,26$ anos e a maioria da amostra foi composta por indivíduos do sexo feminino. Os dados referentes ao sexo dos pacientes estão de acordo com estudo realizado no ambulatório médico de especialidade psiquiatria de Vila Maria, em 2017⁽¹⁾ porém em relação à média de idade houve diferença, no qual a faixa etária de maior incidência no estudo de Vila Maria foi de 36 a 40 anos⁽¹⁾. Com relação à procedência, a maioria foram oriundos da cidade de Criciúma, que pode ser explicado devido ao local da realização do estudo e da metodologia.

Neste estudo, grande parte dos pacientes não concluiu o ensino fundamental (37,8%) e 2,1% não foram alfabetizados. Com ensino médio incompleto foram encontrados 5,7%, ensino superior incompleto 2,6%, 13,5% receberam diploma de graduação e apenas 1,5% obtiveram diploma de pós graduação, portanto verificou-se que os pacientes possuíam predominantemente baixa escolaridade, dados esses que foram semelhantes ao do Estudo multicêntrico em 2014⁽⁵⁾ realizado por Gonçalves et al., que corrobora a ideia que sintomas psiquiátricos interferem negativamente no aprendizado e interesse pelas atividades escolares⁽⁵⁾. Para Fonseca et al. os transtornos mentais são mais prevalentes em pessoas com baixa escolaridade⁽⁶⁾. No presente estudo a maioria dos pacientes possuíam algum tipo de prática religiosa (93,4%), semelhante ao estudo realizado em um hospital Geral de Porto Alegre⁽⁹⁾.

A população estudada foi composta majoritariamente por casados, concordando com dados do estudo multicêntrico de Gonçalves et al.⁽⁵⁾. Porém esses dados contrastam com o estudo realizado por Oliveira et al.⁽⁷⁾ que sugere que estes pacientes podem ter dificuldade para iniciar uma vida conjugal, no qual a presença do transtorno psiquiátrico acaba dificultando as relações sociais desses, propiciando a solidão e o isolamento. Sugerindo que pacientes mantidos em ambulatório e com pouca ocorrência de hospitalizações, como os sujeitos de pesquisa desse estudo, possam apresentar quadros clínicos menos comprometedores.

A respeito da situação socioeconômica obteve-se que a maioria dos pacientes eram aposentados ou sob benefício previdenciário e desempregados. Assunção et al.⁽⁹⁾ em um estudo multicêntrico nacional sobre os transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho encontrou que dos 2.475 pacientes estudados, a maioria recebia benefício ou aposentadoria, negando qualquer fonte de renda relacionada a atividade laboral. Observou-se que pacientes com diagnósticos mais graves são afetados, apresentando dificuldades de aprendizagem técnica e competência social por prejuízos relacionados ao meio da socialização e da formação ocasionado pelo transtorno. As mulheres acabam tendo maiores chances de afastamento temporário, o resultado é coerente com o perfil da força de trabalho no Brasil, fato que pode ser explicado pelos os efeitos da divisão sexual no trabalho doméstico, na qual a mulher acaba assumindo múltiplas responsabilidades que são requeridas pelas tarefas da casa e pelos familiares, dificultando conciliar as responsabilidades de um emprego⁽⁹⁾.

A maioria dos tratamentos nesse estudo foram para os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos de humor não especificado, dados esses que concordaram com o relatório de 2017 da OMS⁽¹³⁾, que encontrou maior prevalência de quadros depressivos e ansiosos na população brasileira. Também o estudo realizado pela UNIFESP no ambulatório de psiquiatria de Vila Maria em São Paulo, sendo mais prevalentes no sexo feminino conforme mostra a bibliografia desta área, na qual as mulheres são mais predispostas ao desenvolvimento de transtornos mentais, como esses que foram citados anteriormente⁽¹⁾.

Em relação aos locais de realização dos tratamentos prévios, neste estudo a maioria realizou atendimentos em ambulatórios de especialidade, seguido pelo CAPS e UBS/ESF. Dado esse que se opõe ao estudo no ambulatório de psiquiatria de Vila Maria⁽¹⁾, no qual a maioria foi atendido na UBS e o restante no CAPS e hospitais psiquiátricos. Essa informação pode ser explicada pelo fato de que a região do presente estudo possui acesso ampliado e facilitado aos ambulatórios de especialidade justamente por ser feito em um ambulatório escola.

Entre os tratamentos para os transtornos psiquiátrico ao realizar o cruzamento com a variável sexo, dois deles apresentaram associação estatisticamente significativa, observou-se que

entre aqueles que realizaram tratamento para transtorno depressivo foi mais prevalente o sexo feminino, e entre o tratamento para esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes predominou o sexo masculino. Em relação à esquizofrenia e o sexo masculino, encontra-se dados parecidos na literatura em um estudo realizado em Portugal por Pinho et al., onde mais de 60% era do sexo masculino⁽¹⁰⁾ e em um estudo realizado em Minas Gerais por Cesari et al., onde 59,7% eram do sexo masculino⁽¹¹⁾.

O estudo multicêntrico realizado por Gonçalves et al. em 2014⁽⁵⁾ também obteve resultado semelhante ao presente estudo, no qual 86,1% dos pacientes que possuíam depressão eram do sexo feminino. Outras literaturas trazem dados parecidos, como no estudo que avaliou as diferenças entre os sexos e a depressão maior em gêmeos de sexos opostos e possíveis fatores de risco por Kendler e Gardner, no qual observou-se que a personalidade e as falhas nas relações interpessoais desempenharam papel etiológico mais forte na depressão nas mulheres quando comparadas aos homens⁽¹²⁾.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico encontrado no presente estudo, se caracteriza pelo predomínio do sexo feminino, média de idade de 47,4 anos, sendo a maioria casadas, com ensino fundamental incompleto, procedentes da cidade de Criciúma. Em relação à ocupação 22,7% eram aposentadas/sob benefício previdenciário. Entre os tratamentos realizados, a maioria era para o transtorno depressivo e ansioso. Apenas 45% realizaram atendimento prévio em ambulatório de especialidade e 34,6% em CAPS. Grande parte da amostra não fazia uso de drogas de uso não médico. Entre os cruzamentos das variáveis, verificou-se associação estatisticamente significativa entre aqueles que realizaram tratamento para transtorno depressivo foi mais prevalente o sexo feminino, e entre o tratamento para esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes predominou o sexo masculino. O cruzamento das demais variáveis não apresentou associação estatisticamente significativa.

Este trabalho apresenta limitação representada pela maneira não padronizada de registro dos diagnósticos nos prontuários de papel. Considerando haver planejamento no serviço para adoção de prontuário eletrônico, fica a sugestão para novos levantamentos a partir da existência de registros mais padronizados e completos. A necessidade de atenção à saúde mental tem se mostrado uma prioridade e estabelecer cuidados abrangentes no nível de atenção primária é essencial para que se possa alcançar a equidade no sistema nacional de saúde brasileiro⁽⁵⁾.

REFERÊNCIAS

1. Geraldine A, Liberal M, Novais M, Zucchi P. Ambulatório médico de especialidades- psiquiatria Vila Maria: balanço dos dois anos iniciais. *Psic., Saúde & Doenças* [internet]. 2017; 18(2):503-11.
2. Gurrpide A, Martín JC, Sanmartín M, Yagüe E. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev. Esp. Salud Publica* [internet]. 2017; 91(21):1-11.
3. Weber CAT, Juruena MF. Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [internet]. 2016
4. Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saude soc.* [internet]. 2010; 19(3):569-83.
5. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Ca Saúde Pública.* 2014; 30(3): 623-32.
6. Fonseca LLk, Araújo LMC, Godoy EFM, Botti NCL. Características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no centro de atenção psicossocial. *Rev Baiana Enferm.* 2016; 30(2): 1-10.
7. Oliveira MSN, Pinto FJM, Aguiar JB, Sampaio RMM, Medeiros CRB. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2011; 24(4): 361-6.
8. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017; 20(3): 460-474.
9. Assunção AA, Lima EP, Guimarães MDC. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017; 33(3).
10. Pinho LG; Pereira A; Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc de Enferm USP*, v. 87, n. 8, p.1-7, 28 ago. 2017.
11. Cesari L; Bandeira M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *J. bras. psiquiatr.*, 2010, v. 59, n. 4, p. 293-301.
12. Kendler KS, Gardner CO. Diferenças de sexo nos caminhos para a depressão maior: um estudo de pares de gêmeos do sexo oposto. *Sou J. Psiquiatria.* 2014; v. 171 (4), p. 426-435
13. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos pacientes atendidos pela Psiquiatria, no período de Julho de 2016 a Junho de 2018.

	Média ± Desvio padrão, n (%) n = 216
Idade (anos)	47,47 ± 14,26
Sexo	
Feminino	165 (76,4)
Masculino	51 (23,6)
Religião	
Católico	99 (49,2)
Evangélico	69 (34,3)
Outros	20 (9,9)
Sem religião	13 (6,4)
Não consta	15
Procedência	
AMREC [†]	195 (91,1)
AMESC [†]	18 (8,4)
AMUREL [†]	1 (0,5)
Não consta	2
Estado civil	
Casado	96 (45,5)
Solteiro	57 (27,0)
Separado/divorciado	33 (15,6)
Viúvo	14 (6,6)
União estável	11 (5,2)
Não consta	5
Escolaridade	
Analfabeto	4 (2,1)
Fundamental incompleto	73 (37,8)
Fundamental completo	19 (9,8)
Médio incompleto	11 (5,7)
Médio completo	52 (26,9)
Superior incompleto	5 (2,6)
Superior completo	26 (13,5)
Pós graduação	3 (1,5)
Não consta	23

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

[†]AMREC: Associação dos Municípios da Região Carbonífera

[†]AMESC: Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense

[†]AMUREL: Associação de municípios da Região de Laguna

Tabela 2. Ocupação dos pacientes atendidos

Ocupação	n (%) n=216
Aposentado/sob benefício previdenciário	46 (22,7)
Desempregado	35 (17,2)
Serviços gerais	32 (15,8)
Do lar	29 (14,3)
Mão de obra especializada	22 (10,8)
Atividade de cunho intelectual	12 (5,9)
Autônomo	10 (4,9)
Serviço de Saúde	9 (4,4)
Serviço administrativo	8 (3,9)
Não consta	13

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Tabela 3. Dados sobre os tratamentos prévios dos transtornos dos pacientes atendidos

Transtornos sob tratamento prévio	Média ± Desvio padrão, n (%) n = 314
Transtorno depressivo	96 (30,6)
Transtorno de ansiedade	74 (23,6)
Transtorno de humor não especificado	27 (8,6)
Transtorno de personalidade	26 (8,2)
Transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	24 (7,6)
Transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas e uso de outras substâncias psicoativas	14 (4,4)
Transtorno Bipolar	12 (3,8)
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	12 (3,8)
Retardo mental	6 (1,9)
Transtorno dissociativo	6 (1,9)
Fobias sociais	4 (1,2)
Transtorno de hábito e impulso	3 (0,9)
Insônia	2 (0,6)
Transtorno da alimentação	2 (0,6)
Transtornos somatoformes	2 (0,6)
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	2 (0,6)
Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas	1 (0,3)
Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica	1 (0,3)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Tabela 4. Locais de tratamentos prévios dos pacientes atendidos

Locais de tratamentos prévios	n(%) n=216
Ambulatório de especialidade	78 (45,0)
CAPS	60 (34,6)
UBS ou ESF	60 (34,6)
Psicoterapia	59 (34,1)
Internação hospitalar	22 (12,7)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Tabela 5. Tratamentos atuais dos pacientes atendidos

Tratamentos atuais	n(%) n=211
Psicoterapia	75 (35,5)
Medicamentos em Uso	205 (97,1)
Antidepressivos	170 (82,9)
Tranquilizantes	107 (52,1)
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	55 (26,8)
Antipsicóticos	52 (25,4)
Outras classes de medicamentos	20 (9,7)
Consumo de drogas de uso não médico	
Sim	34 (16,1)
Não	177 (83,9)
Não consta	5
Drogas lícitas	
Sim	32 (15,2)
Não	179 (84,8)
Não consta	5
Drogas ilícitas	
Sim	6 (2,8)
Não	205 (97,1)
Não consta	5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Tabela 6. Correlação entre os tratamentos dos transtornos dos pacientes atendidos pela Psiquiatria e o sexo, no período de Julho de 2016 a Junho de 2018.

	Sexo, n (%)		Valor-p
	Masculino n=51	Feminino n=165	
Transtorno depressivo			
Sim	12 (23,5)	84 (50,9) ^b	0,001 [‡]
Não	39 (76,5) ^b	81 (49,1)	
Transtorno de ansiedade			
Sim	13 (25,5)	59 (35,8)	0,174 [‡]
Não	38 (74,5)	106 (64,2)	
Transtorno de humor não especificado			
Sim	3 (5,9)	24 (14,5)	0,102 [‡]
Não	48 (94,1)	141 (85,5)	
Transtorno personalidade			
Sim	6 (11,8)	20 (12,1)	0,945 [‡]
Não	45 (88,2)	145 (87,9)	
Transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física			
Sim	8 (15,7)	15 (9,1)	0,182 [‡]
Não	43 (84,3)	150 (90,9)	
Transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas e uso de outras substâncias psicoativas			
Sim	7 (13,7)	10 (6,1)	0,131 [¥]
Não	44 (86,3)	155 (93,9)	
Transtorno bipolar			
Sim	0 (0,0)	12 (7,3)	0,073 [¥]
Não	51 (100,0)	153 (92,7)	
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes			
Sim	6 (11,8) ^b	6 (3,6)	0,038 [¥]
Não	45 (88,2)	159 (96,4) ^b	
Retardo mental			
Sim	2 (3,9)	4 (2,4)	0,628 [¥]
Não	49 (96,1)	161 (97,6)	
Transtorno dissociativo			
Sim	1 (2,0)	5 (3,0)	0,999 [¥]
Não	50 (98,0)	160 (97,0)	
Fobias sociais			
Sim	2 (3,9)	2 (1,2)	0,237 [¥]
Não	49 (96,1)	163 (98,8)	
Transtorno de hábito e impulso			
Sim	1 (2,0)	2 (1,2)	0,556 [¥]

Não	50 (98,0)	163 (98,8)	
Insônia			
Sim	0 (0,0)	2 (1,2)	0,999 [¥]
Não	51 (100,0)	163 (98,8)	
Transtorno da alimentação			
Sim	0 (0,0)	2 (1,2)	0,999 [¥]
Não	51 (100,0)	163 (98,8)	
Transtornos somatoformes			
Sim	0 (0,0)	2 (1,2)	0,999 [¥]
Não	51 (100,0)	163 (98,8)	
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação			
Sim	2 (3,9)	0 (0,0)	0,055 [‡]
Não	49 (96,1)	165 (100,0)	
Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas			
Sim	1 (2,0)	0 (0,0)	0,236 [¥]
Não	50 (98,0)	165 (100,0)	
Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica			
Sim	0 (0,0)	1 (0,6)	0,999 [¥]
Não	51 (100,0)	164 (99,4)	

[‡]Valor obtido após aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson.

[¥]Valor obtido após aplicação do teste Exato de Fisher.

^bLetra indicando valor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Diretrizes para Autores

A revista Arquivos Catarinenses de Medicina (Arq Catarin Med.), periódico científico da Associação Catarinense de Medicina, destina-se à publicação de artigos originais, artigos de atualização e revisão, relatos ou estudos de casos.

O periódico possui edições trimestrais, com foco nas áreas: medicina I, medicina II, saúde multidisciplinar e gestão em saúde.

Premissas Básicas:

Os artigos deverão ser submetidos conforme redação e estrutura informados a seguir. Os arquivos que não observarem tais indicações serão recusados na triagem inicial.

Artigos de Revisão ou Relatos de casos, não poderão utilizar-se de bibliografias com mais de 10 anos entre a data do material referenciado e a data da submissão. Na hipótese de não existir literatura tempestiva, o artigo de revisão deixa de ter relevância ao seu propósito e o relato de caso superficial. A título de exceção, pode se avaliar casos devidamente fundamentados por um autor sênior.

Os autores estão cientes e acordados que as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à aceitação ou rejeição, inicial ou final; à necessidade de revisões, correções ou modificações. A decisão dos avaliadores e/ou corpo editorial é definitiva, não cabendo recursos em relação a este ato”.

O parecer final sempre será do avaliador e/ou do Conselho Editorial, sendo que todos os cuidados serão tomados no sentido de se garantir o anonimato de ambas as partes (avaliadores e autores) durante o período de avaliação.

A publicação dos artigos aprovados seguirá a ordem cronológica de sua aceitação. Os custos de diagramação seguirão por conta dos autores quando do aceite para a publicação.

O número máximo de autores aceitável é de 6 (seis), exceto em casos de trabalhos considerados de excepcional complexidade.

As correções solicitadas ao(s) autor(es) devem ser encaminhadas no prazo máximo de 15 dias.

Condições para submissão

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

1. Declaro que o artigo é original; que não foi publicado na íntegra e não está sendo submetido a outro periódico e nem o será, enquanto estiver sob apreciação desta revista; que todos os autores estão de acordo com a versão final do trabalho; que a revista Arquivos Catarinenses de Medicina passa a ter direitos autorais sobre o artigo, caso ele venha a ser publicado e que aceitaremos as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à necessidade de revisões ou modificações, não cabendo recursos, em caso de recusa inicial, em decorrência do não cumprimento dos princípios éticos ou de erros significativos de metodologia, ou após a revisão dos mesmos.
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
3. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos [Diretrizes para Autores](#) na página Sobre a Revista.
4. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
5. Orientações para a preparação dos originais:

O processador de texto a ser utilizado deve ser Microsoft Word (Office®). Fontes Times New Roman tamanho 11, justificado, espaçamento entre linhas 1,5.

Tamanho máximo dos originais (incluindo referências bibliográficas):

- a) Artigos originais: 15 páginas;
- b) Artigos de atualização e revisão: 15 páginas;
- c) Relatos e estudos de casos: 5 páginas.

As seções deverão ter a seguinte ordem: folha de rosto, resumo em português, resumo em inglês (abstract), introdução, revisão de literatura, procedimentos metodológicos, texto da pesquisa, conclusões, referências bibliográficas, tabelas, quadros e ilustrações.

O original, incluindo tabelas, quadros, ilustrações e referências bibliográficas, deve seguir os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (1)

a) Folha de rosto: deve conter o título do artigo em português e em idioma inglês, ambos de forma concisa; o nome pelo qual cada autor é conhecido, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (a titulação deve ser inserida no texto como nota de rodapé); o nome do(s) departamento(s) e da(s) instituição(ões) às quais o trabalho deve ser atribuído; endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores; município e unidade federativa e país; e a(s) fonte(s) de financiamento, sob a forma de verbas, de equipamento, de drogas, ou todas elas.

b) Resumo em português: redigido na segunda página, com até 250 palavras, apresentando o contexto da pesquisa, os objetivos que à alcançar, o enquadramento metodológico e as principais conclusões. A formatação do texto no resumo é sem recuo de parágrafo e o espaçamento entre linhas é simples. Abaixo do resumo, indicar as palavras-chaves, compostas de no máximo 5 descritores que necessariamente precisam estar contidas no resumo.

c) Resumo em inglês: (Abstract): tradução do resumo para o idioma inglês, cuidando para não utilizar tradutores eletrônicos, uma vez que a transcrição literal pode induzir a interpretações equivocadas.

d) Introdução: contextualização do tema pesquisado, contemplando os objetivos geral e específicos do estudo, as eventuais hipóteses e os motivos que justificam a realização do estudo.

e) Revisão de literatura: texto que englobe os conceitos ou definições dos autores utilizados na pesquisa e que constam nas referências bibliográficas.

f) Procedimentos Metodológicos: informar o enquadramento da pesquisa e os métodos utilizados no estudo.

g) Texto da Pesquisa: deve apresentar a investigação efetuada e as análises possíveis a partir dela, todas sustentadas na literatura constante na revisão de literatura e referências bibliográficas.

h) Conclusões e Considerações finais: retomada da pesquisa, indicando as principais conclusões e eventuais aplicações. Além disto deve especificar se os objetivos definidos foram alcançados ou se necessitam de estudos futuros.

i) Referências: devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾]. O número máximo de referência é de 50 e o ano de publicação das referências não poderá ser maior do que 10 anos da data do manuscrito submetido, admitindo-se considerar maior prazo em casos em que não exista comprovadamente autores mais atuais com mesma abordagem. Devem ser formatadas no Estilo Vancouver (<http://www.bu.ufusc.br/ccsm/vancouver.html>). (Quando o número de autores ultrapassar à 3 somente os 3 primeiros devem ser citados, seguidos da expressão et al.).

j) Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.): cada tabela deve ser numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém, explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no cabeçalho. A tabela segue a norma NBR 14724:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1993). A tabela apresenta os seguintes elementos: título, cabeçalho, conteúdo, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). É dividida por o mínimo possível de linhas na horizontal e as bordas laterais não podem ser fechadas. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Exemplo:

Tabela 1 – Modelo de tabela

ÁREAS	UNESP	UNICAMP	USP	TOTAL
Interdisciplinar	2	2	2	6
Biológicas e da Saúde	2	2	2	6
Exatas e Tecnológicas	2	2	2	6
Humanas e Artes	2	2	2	6
TOTAL	8	8	8	24

Fonte: Modelo de fonte.

Nota: Modelo de nota.

k) Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais): embora siga especificações semelhantes as informadas nas tabelas (título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações necessárias), terá suas laterais fechadas e sem limite de linhas horizontais.

l) Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): devem ser colocadas com título e legenda, e numeradas na ordem de aparecimento do texto. Gráficos devem ser apresentados em preto e branco e somente em duas dimensões. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito, fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

m) Abreviaturas: devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas, ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título ou no resumo.

Orientações sobre alguns tipos de publicações

Artigos de revisão e atualização:

Os artigos de revisão e atualização deverão ser apresentados no mesmo formato que os artigos originais, contendo página de rosto, título, resumo e descritores em português e inglês, texto, referências bibliográficas, tabelas e figuras. O número máximo de páginas não deverá exceder a 15.

Relatos de casos:

Devem conter página de rosto com as mesmas informações exigidas e explicitadas anteriormente. O texto deverá conter uma introdução breve, que situa o leitor em relação à importância do assunto e mostra os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão; o relato resumido do caso, bem como os comentários relevantes e comparados à literatura. O relato de caso não deverá exceder a quatro páginas.

Artigos de Revisão ou Relatos de casos, não poderão utilizar-se de bibliografias com mais de 10 anos entre a data do material referenciado e a data da submissão. Na hipótese de não existir literatura tempestiva, o artigo de revisão deixa de ter relevância ao seu propósito e o relato de caso superficial. A título de exceção, pode se avaliar casos devidamente fundamentados por um autor sênior.

Resumos de dissertações e teses:

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1997;277:927-34.
2. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med 1990;113:69-76.
3. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde: lista alfabética. 2ª ed. Ver. Amp. São Paulo: BIREME; 1992.111p.
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Ouc 16; nº 201, seção 1:21082-21085.

Sites de ajuda:

1. Como elaborar referências bibliográficas, segundo o Estilo de Vancouver. <http://www.bu.ufusc.br/ccsm/vancouver.html>

2. Como obter ORCID? <https://bibliotecafeia.com/>

3. Normas de apresentação tabular conforme o IBGE <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Lista de Checagem:

Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Lembramos que só serão aceitos para avaliação artigos que estejam dentro das normas desta publicação.

- Página de rosto com todas as informações solicitadas.
- Resumo em português e inglês com descritores.
- Texto contendo introdução, método, resultados e discussão.
- Inclusão da informação sobre aprovação do trabalho por Comitê de Ética em Pesquisa Médica.
- Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento no texto.
- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.
- Gráficos numerados por ordem de aparecimento.
- Figuras identificadas e com legendas.

Declaração de Direito Autoral

Declaro que o artigo é original; que não foi publicado na íntegra e não está sendo submetido a outro periódico e nem o será, enquanto estiver sob apreciação desta revista; que todos os autores estão de acordo com a versão final do trabalho; que a revista Arquivos Catarinenses de Medicina passa a ter direitos autorais sobre o artigo, caso ele venha a ser publicado e que aceitaremos as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à necessidade de revisões ou modificações, não cabendo recursos, em caso de recusa inicial, em decorrência do não cumprimento dos princípios éticos ou de erros significativos de metodologia, ou após a revisão dos mesmos.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Taxas para autores

Este periódico cobra as seguintes taxas aos autores.

Publicação de artigo: 250,00 (BRL)

Caso este documento seja aceito para publicação, será necessário o pagamento de uma taxa de publicação de artigo para auxiliar nos custos de diagramação e publicação.

Não Há política de isenção de taxa.