

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANDRESSA VENDRUSCOLO DOS SANTOS**

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE MULHERES IDOSAS NA  
MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE**

**CHAPECÓ**

**2023**

**ANDRESSA VENDRUSCOLO DOS SANTOS**

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE MULHERES IDOSAS NA  
MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Funai

**CHAPECÓ**

**2023**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

, Andressa Vendruscolo dos Santos  
PERFIL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE MULHERES  
IDOSAS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE / Andressa  
Vendruscolo dos Santos . -- 2023.  
60 f.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Funai

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2023.

1. Idosas, Saúde Mental, Internação Psiquiátrica,  
Reforma Psiquiátrica. I. Funai, Anderson, orient. II.  
Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

**ANDRESSA VENDRUSCOLO DOS SANTOS**

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE MULHERES IDOSAS NA  
MACROREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS),  
como requisito para obtenção do grau de Bacharel  
em Enfermagem.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em DD/MM/AAAA.

**BANCA EXAMINADORA**



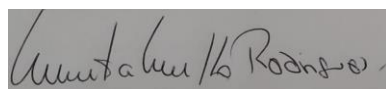
---

Prof.ª Dr. Anderson Funai- UFFS  
Orientador



---

Prof. Drª Tatiana Gaffuri Da Silva  
Avaliadora



---

Enf.ª Mestre Otilia Cristina Coelho Rodrigues  
Avaliadora

Dedico este trabalho aos meus pais, que  
não pouparam esforços para que eu  
pudesse concluir meus estudos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que fez com que meus objetivos fossem alcançados durante esses árduos 5 anos de estudos longe de casa, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desistir.

Agradeço aos meus pais e irmãos por toda dedicação, zelo, cuidado e carinho, em minha vida, nunca negaram esforços para que hoje eu pudesse estar aqui. Abdicaram de muitas coisas para que nosso sonho se tornasse real. Agradeço a minha tia Marcia sempre cuidando de mim, torcendo pelo meu melhor e me incentivando.

A minha Psicóloga que me permitiu ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da graduação.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de graduação e a todo o tempo em que me dediquei a este trabalho.

Aos professores que passaram pelo meu caminho para que eu pudesse chegar até aqui, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

Ao professor Dr. Anderson Funai por ter aceitado ser meu orientador, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Em especial a professora Dr<sup>a</sup>. Tatiana Gaffuri da Silva, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiou meu aprendizado, tendo desempenhado tal função com dedicação e amizade. A Me. Otilia Cristina Coelho Rodrigues que aceitou o convite da examinadora da banca.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado, por todo o companheirismo ao longo deste percurso, em especial ao colega Augusto Krindges que me permitiu crescer não só profissionalmente, mas também como pessoa, também a colega Mirian Revers por todo apoio e amizade na realização deste trabalho.

E por fim a instituição de ensino Universidade Federal da Fronteira Sul, que foi essencial no meu processo de formação profissional e por tudo o que aprendi ao longo dos 5 anos de graduação.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”  
Carl Jung.

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos demográficos mais notórios da atualidade. Dentre os problemas de saúde comuns na terceira idade, encontram-se os transtornos mentais, que acometem cerca de um terço da população idosa. Nesse sentido, a pesquisa tem como objetivo analisar o perfil das internações psiquiátricas de idosas para conhecer melhor os aspectos que permeiam o processo de adoecimento mental dessa população. Trata-se de um estudo misto, a população amostral foi de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados foi realizada na central de regulação de leitos por meio do acesso ao sistema de regulação de internação hospitalar. Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) da macrorregião de saúde do Meio Oeste a partir dos pedidos de internações psiquiátricas ocorridos no ano de 2021. Foi identificado que 8,8% dos pedidos de internações psiquiátricas da região eram de idosos e dos 76 pedidos de internações 51,3% tiveram autorização. O tempo de internação médio foi de 10,46 dias. Às solicitações de internação por instituição de saúde foram encaminhados principalmente por Secretarias Municipais de Saúde (39,5%). Somente 21% dos municípios da microrregião possuem CAPS em sua rede de assistência. Do total de pedidos de internação 64,5% foram provenientes de pacientes que residiam em municípios que possuíam CAPS. Os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes no estudo foram transtorno de humor 36,8% e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes 31,6%. Da população estudada 22,4% apresentam Esquizofrenia como motivo de solicitação e 17,1% foram diagnosticadas com Episódios Depressivos. Esses achados demonstram que a disponibilidade de vagas para internação psiquiátrica na região é deficitária: apenas metade dos pedidos de internação foram autorizados, poucos dias de internação e poucos municípios possuem CAPS. Foi verificada a importância do CAPS no encaminhamento das solicitações de internação. Os diagnósticos de internações mais prevalentes estavam de acordo com o esperado pela literatura (amostra de mulheres idosas). Salienta-se a necessidade de atenção e investimento dos órgãos públicos na atenção à saúde mental da população, em especial a faixa etária idosa. Políticas públicas voltadas à prevenção, encaminhamento, tratamento e acompanhamento adequado são extremamente necessárias. Estas estratégias reduzem o sofrimento do paciente, da família, além de diminuir custos de internação.



Palavras-chave: Idosas, Saúde Mental, Internação Psiquiátrica, Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

Population aging is one of the most notorious demographic phenomena today. Among the common health problems in old age, there are mental disorders, which affect about a third of the elderly population. In this sense, the research aims to analyze the profile of psychiatric hospitalizations of elderly women to better understand the aspects that permeate the mental illness process of this population. This is a quantitative study, with a cross-sectional, documentary, descriptive and exploratory design and a qualitative investigation, the sample population was women aged 60 years or older. Data collection was performed at the bed regulation center through access to the hospitalization regulation system. Quantitative and qualitative data were collected in the National Regulatory System (SISREG) of the Midwest health macro-region based on requests for psychiatric hospitalizations that occurred in 2021. It was identified that 8.8% of requests for psychiatric hospitalizations in the region were of elderly people and of the 76 requests for hospitalizations, 51.3% were authorized. The mean length of stay was 10.46 days. Requests were mainly forwarded by Municipal Health Secretariats (39.5%). Only 21% of the municipalities in the micro-region have CAPS in their care network. Of the total number of hospitalization requests, 64.5% came from patients residing in municipalities that had CAPS. The most prevalent psychiatric diagnoses in the study were mood disorder 36.8% and schizophrenia, schizotypal disorders and delusional disorders 31.6%. Of the population studied, 22.4% had Schizophrenia as the reason for requesting it and 17.1% were diagnosed with Depressive Episodes. These findings demonstrate that the availability of vacancies for psychiatric hospitalization in the region is deficient: only half of the requests for hospitalization were authorized, few days of hospitalization and few municipalities have CAPS. The importance of CAPS in forwarding requests for hospitalization was verified. The most prevalent hospitalization diagnoses were in line with what was expected in the literature (sample of elderly women). The need for attention and investment by public agencies in the mental health of the population, especially the elderly, is highlighted. Public policies aimed at prevention, referral, treatment and adequate follow-up are extremely necessary. These strategies reduce the suffering of the patient and family, in addition to reducing hospitalization costs.

Keywords: Elderly, Mental Health, Psychiatric Hospitalization, Psychiatric Reform.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde SC.

Figura 2. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Figura 3: Classificação Hierárquica Descendente.

Figura 4: Análise de similitude correspondente ao histórico presente nos pedidos de internação psiquiátrica de idosas da macrorregião de Saúde no Meio Oeste.

Figura 5: Nuvem de palavras correspondente ao histórico presente nos pedidos de internação psiquiátrica de idosas da macrorregião de Saúde Meio Oeste.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Código de Endereço Postal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HPSP	Hospital Psiquiátrico São Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
3.1 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL E NO MUNDO .	17
3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	19
3.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	22
3.4 RAPS DA MACRO REGIONAL MEIO OESTE.....	25
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>27</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	27
<b>4.2.1 Sistema Nacional de Regulação</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2.2 Região de Saúde do Meio Oeste</b> .....	<b>28</b>
4.3 AMOSTRA.....	30
4.4 COLETA DE DADOS.....	30
4.5. ANÁLISE DOS DADOS .....	31
<b>4.5.1 Pesquisa quantitativa</b> .....	<b>31</b>
<b>4.5.2 Pesquisa qualitativa</b> .....	<b>31</b>
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>53</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A política nacional de saúde mental tem sido construída há mais de 30 anos inspirada no processo de reforma psiquiátrica italiana. Com a aprovação da lei 10.216 no ano de 2001, a qual é responsável por uma série de medidas que tornaram a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental brasileira possível, objetivando humanizar os serviços de saúde mental e como proposta geral promover uma mudança sociocultural no relacionamento entre sociedade e loucura. Em 2011 a Portaria 3088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Para além, atualmente houve um avanço significativo da população idosa, no Brasil estima-se que em 2021 a parcela de pessoas com 60 anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população.

Contudo a Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que uma em cada quatro pessoas desenvolverá algum transtorno mental durante a vida, sendo que as mulheres apresentam maior taxa na prevalência de transtornos de ansiedade e de humor, além de serem duas vezes mais propensas à depressão em todas as faixas etárias (BRAGÉ et al, 2020).

Com o aumento da prevalência de enfermidades características da terceira idade. Os idosos apresentam demandas de cuidados em saúde diferentes do restante da população. Com isso exige maiores investimentos de recursos em saúde e seguridade social. O Brasil defronta-se com o desafio de elaborar políticas públicas mais eficientes para oferecer melhores condições de vida e saúde a essa população. Dentre os problemas de saúde comuns na terceira idade, encontram-se os transtornos mentais, que acometem cerca de um terço da população idosa. (CLEMENTE, 2011).

Nesse contexto, Senicato et.al (2018) argumenta que há maior prevalência entre mulheres, devido a questões como a cultura, pressão social e econômica para além de possíveis fatores genéticos e hereditários.

Ainda segundo dados coletados da OMS acerca dos transtornos mentais mais predominantes em pessoas com mais de 60 anos, tem-se que aproximadamente 15% dos idosos sofrem de algum tipo de distúrbio mental, sendo a depressão o mais comum, chegando a atingir 7% dessa população. A segunda disfunção mais frequente nessa faixa etária é a demência. Estima-se que quase 10 milhões de novas ocorrências surgem anualmente e o problema afetará 152 milhões de indivíduos até 2050. Em função disso este estudo tem como questão de pesquisa: qual é o perfil das internações psiquiátricas de mulheres idosas pertencentes à Macrorregião de Saúde Meio Oeste?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O presente estudo objetivo descrever o perfil das internações psiquiátricas de mulheres idosas residentes nos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde Meio Oeste no ano de 2021.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil de internação conforme idade, cidade, número de dias de internação e diagnósticos de saúde mental;
- Caracterizar a rede de Atenção Psicossocial da Macrorregião de Saúde Meio Oeste;

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL E NO MUNDO

Desde sua primeira estruturação os hospitais sempre foram um lugar de recolhimento e abrigo de indivíduos doentes. Segundo Ornellas (1998) na Idade Média a igreja foi a primeira a fundar hospitais nos seus mosteiros, contudo os cuidados e assistência prestada aos doentes era antes religioso do que propriamente terapêutico; com o fim da Idade Média, os hospitais tornaram-se um lugar de acolhimento de loucos, leprosos e mendigos, juntamente com os doentes (ORNELLAS, 1998).

Para Lopes (2001) os primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil sofreram uma grande influência francesa no final do século XIX. Contudo, o primeiro a ser fundado foi em 1853, chamado Asilo Pedro II, com sede no Rio de Janeiro. Conforme o autor, logo após, em 1884, foi inaugurado o Hospício São Pedro em Porto Alegre, atualmente conhecido como Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

A partir dos primeiros estudos sobre doenças mentais, a feitiçaria era reportada como o principal fator de doença mental. Em meados do século XV acreditava-se que algumas pessoas eram feiticeiras e outras malucas. Por outro lado, o misticismo católico da segunda metade do século XVI levava em consideração o aparecimento do fenômeno da possessão como um novo aparelho de controle e poder da Igreja (MIRANDA, 2007).

A inserção do indivíduo nesses espaços se voltava sempre em uma perspectiva religiosa, proporcionando ao louco um espaço dentro da comunidade, fazendo com que a suas demandas e particularidades ao invés de excluídas, fossem minimizadas. Segundo Lopes a sociedade partia da interpretação de que os indivíduos com qualquer distúrbio mental deveriam ser tratados como emissários da divindade e, assim, portadores de poderes sobrenaturais; então, a partir de todo o misticismo que percorria a época, começaram a surgir pensadores que desenvolveram explicações racionais para os transtornos mentais (LOPES, 2010).

Hipócrates (460-380 a.C.) foi considerado o pai da Medicina por ter encarado as doenças em suas bases naturais, afirmando que a epilepsia não era algo sagrado, mas uma doença. Ele elaborou a primeira classificação das doenças mentais: epilepsia, mania, melancolia e paranoia; dividiu as personalidades em coléricas,

fleumáticas, sanguíneas e melancólicas; além de verificar as condições materiais de sobrevivência do enfermo, buscando uma história detalhada da vida dos pacientes e estudando a relação médico-paciente estabelecida (MENDONÇA, 2005).

Por volta do século XVIII na França, surge a revolução de Philippe Pinel; com o surgimento da Medicina Mental ou Psiquiatria, que transformou a diferença humana em patologia. Dessa maneira, a repercussão da apropriação da loucura pela ciência fez do louco um doente e, da loucura, uma doença a ser tratada, a partir de ocultamento e exclusão, com vistas a uma "cura", conforme Fortes (2010). Segundo o autor, baseado na compreensão de que a loucura era advinda de uma lesão no cérebro e sob a influência do iluminismo, que pregava o zelo pela reforma social e elevação moral, passou-se a considerar que as manifestações da loucura eram provenientes de um caráter malformado e desenvolvido.

Dentro deste contexto histórico, de acordo com Lopes (2001), eram nos hospitais onde se encontravam os doentes mentais da época, submetidos à perda completa de sua autonomia, tornando-se vulneráveis não só pela decorrência da doença mental, mas também pela situação de abandono que enfrentavam por suas famílias. Assim, conforme o autor, esses sujeitos eram submetidos a inúmeras formas de tratamento, tais como Insulinoterapia de Sakel, eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti, entre outros métodos de tratamentos aplicados na época.

Em 1961, Franco Basaglia assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, no extremo norte da Itália. Impactado ao deparar-se com a realidade de um manicômio, como afirma Amarante (1996), procura conhecer melhor as experiências de reformas psiquiátricas, notadamente as de comunidades terapêuticas e de psicoterapia institucional, com o objetivo de aplicá-las em Gorizia. Contudo, segundo o autor, a dura e refratária realidade institucional, somada ao 'insucesso' daquelas iniciativas, muito cedo contribuíram para que o início de uma reflexão mais profunda sobre a real possibilidade das reformas eminentemente asilares.

### 3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

As transformações no âmbito da Saúde Mental no Brasil tiveram seu processo influenciado por experiências internacionais, a exemplo, as propostas da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, na Itália. O psiquiatra italiano trazia o pensamento de extinção da rede manicomial, a qual considerava um sistema hierárquico-punitivo, aliado a criação de serviços territoriais de cuidado no âmbito da saúde mental, com o objetivo de iniciar um processo desinstitucionalizando (KANTORSKI et al., 2021). Neste contexto, estudiosos como Michael Foucault e Robert Castel passaram a questionar as estratégias de internação hospitalar utilizadas no País (YASUI, 2011).

Pensando na década de 1970, a política de Saúde Mental no País tinha como base a compra de leitos hospitalares e clínicas privadas, sem se preocupar, de fato, com a saúde integral dos indivíduos. Assim, destaca-se, em 1978, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde, em que ocorreu uma demissão em massa de profissionais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, devido às denúncias feitas sobre a precariedade do tratamento estabelecido nos hospitais psiquiátricos, bem como acerca de reivindicações trabalhistas (KANTORSKI et al., 2021). Esse, aliado as visitas de Basaglia ao País com sua Psiquiatria Democrática (ROTELLI; AMARANTE, 1992), é considerado, então, um marco inicial dos movimentos sociais para a garantia dos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais no Brasil, com o surgimento de grupos que visavam a implementação de políticas públicas voltadas à melhoria da saúde mental do País, apontando as irregularidades ocorridas em hospitais psiquiátricos e denunciando práticas ilegais (MIRANDA, et al., 2011).

Destaca-se que durante a visita de Basaglia ao País, o psiquiatra visitou o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, localizado em Minas Gerais. Após essa visita, ele compara o hospital a um campo de concentração, salientando a grande violação dos direitos humanos que lá ocorria (BASAGLIA, 1979). Este hospital ficou conhecido como o “Holocausto Brasileiro”, sendo descrito em um livro pela jornalista Daniela Arbex; lá, mais de 60 mil pacientes passaram por maus-tratos e situações que iam contra os direitos humanos, como exposição ao frio, alimentação racionada, tratamento violentos, como eletrochoque, e estupros; tendo seus corpos vendidos para as faculdades de Medicina, após a morte, ou derretidos em ácido (MATOS DE

SOUZA; MEDRADO, 2021). Este evento também contribuiu com a Reforma Psiquiátrica.

Mais tarde, em 1987, no Rio de Janeiro, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa Conferência trazia críticas ao modelo do cuidado centrado no hospital psiquiátrico, caracterizando-o como ineficaz e custoso aos usuários do sistema, e também à sociedade em geral; além de considerar que esse modelo fere os direitos humanos, trazendo, então, recomendações para a organização de um modelo assistencial extra hospitalar e, também, comunitário (KANTORSKI et al., 2021). Neste âmbito, surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, como substitutivo do manicômio e, em 1989, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento de 24 horas, organizados por equipes multidisciplinares; nesse mesmo ano, o deputado Paulo Delgado propõe, no Congresso Nacional, um Projeto de Lei que visa regulamentar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, em fortalecimento da Reforma Psiquiátrica (MIRANDA, et al., 2011).

Já em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, aprofundou as críticas ao modelo manicomial e formalizou um plano para o novo modelo assistencial (KANTORSKI et al., 2021). A partir disso, aprovou-se a lei n. 9867 de 1999 que cria Cooperativas Sociais, permitindo a criação de programas que forneçam suporte psicossocial às pessoas com transtorno mental (BRASIL, 1999), bem como a lei n. 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

Assim, o século XXI começa com uma importante conquista na Saúde Mental Brasileira, a Política Nacional de Saúde mental, sob aprovação da Lei n. 10216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da reforma Psiquiátrica, oriunda do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. A nova legislação consagra o princípio do atendimento comunitário, extra hospitalar, promotor de reintegração social, no qual as internações, se inevitáveis, devem ser realizadas em ambiente acolhedor, propiciador do aumento de autonomia do indivíduo (BRASIL, 2001).

A partir disso, em 2001 tem-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que reafirma os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e afirma a necessidade da reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, bem como a expansão da rede de

atenção e participação mais ativa de usuários e familiares no processo de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Essa Conferência traz, também, que apesar da redução de leitos e de hospitais psiquiátricos, os dados de 2000 ainda indicavam a permanência de 61.393 leitos, além disso, os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico ainda eram insuficientes em número para cumprir com as demandas da população. Mais adiante, observa-se uma redução mais significativa, indicando a existência de 6.832 leitos entre 2006 e 2010; ao mesmo tempo em que se criava uma rede diversificada nos serviços relacionados à saúde mental (KANTORSKI et al., 2021).

No ano de 2003, a Lei n. 10708 instituiu o Programa de Volta para Casa (PVC), que se constitui em um auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas (BRASIL, 2003). Já em 2011, a Portaria n. 3088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). E, em 2017, a Portaria n. 3588 cria as unidades ambulatoriais especializadas, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV) e a Equipe Técnica Multiprofissional, responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência às pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Em uma linha do tempo, até 2015, houve uma ampliação do acesso ao cuidado do sujeito na área da Saúde Mental, para além dos manicômios, investindo em serviços extra hospitalares; no entanto, com o governo neoliberal estabelecido a partir de 2016, observa-se uma crescente movimentação contrária, a partir de ações como a ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos e a redução do cadastramento de CAPS, descentralizando o cuidado da Saúde Mental (KANTORSKI et al., 2021). Também, em 2018, o Ministério da Saúde aumenta em 60% o valor pago pelas diárias de leitos de hospitais psiquiátricos para atendimento de pacientes internados por mais de 90 dias ou que são internados em um intervalo menor de 30 dias desde a última internação; de modo a evitar a hospitalização excessiva, mas que acaba por criar, conforme especialistas, uma estrutura semelhante a antiga manicomial, indo contra a Lei 10.216 (2001) a qual privilegia o atendimento de pacientes com transtornos mentais na rede ambulatorial e que, originalmente, previa

a substituição de todos os leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais (CACIAN, 2018). Ainda, cita-se a Lei nº 13.840 de 2019, que estabelece mudanças no tratamento de usuários de drogas, à exemplo, a instituição da possibilidade de internação involuntária (BRASIL, 2019).

Em síntese, muitas formas de tratamento desumanizados foram extintos graças ao processo de desinstitucionalização, com a criação da lei n. 10216 de 2001, a qual segrega as pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, e exclui a militância de pessoas envolvidas com a saúde mental para construção de um novo paradigma de Atenção em Saúde Mental, garantindo os direitos, a dignidade e a devida inserção e participação desses indivíduos na comunidade.

### 3.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram uma das principais conquistas da Reforma psiquiátrica, buscando a desinstitucionalização. O primeiro CAPS foi inaugurado em março de 1986 em São Paulo, com o objetivo de criar um serviço que pudesse acolher egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento intensivo, a partir das novas propostas da Reforma Psiquiátrica (FERREIRA et al., 2016).

Os CAPS promovem tratamento para pacientes com transtornos mentais e quadros como psicoses e neuroses, os quais pela severidade ou persistência da doença necessitam de um cuidado intensivo e personalizado que lhe promovam qualidade de vida (L'ABBATE, 2003); assim, o CAPS é uma instituição capaz de acolher esses pacientes e estimular a sua integração social e familiar, ajudando na busca de sua autonomia e oferecendo, também, atendimento médico e psicológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Conforme a Cartilha do Ministério da Saúde (2004). Os CAPS também atuam de forma estratégica na organização do cuidado, fazendo o direcionamento local de ações de Saúde Mental, além de desenvolver projetos terapêuticos e comunitários e assessorar o trabalho domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família. Para mais, seus objetivos são:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

Quanto aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), o primeiro surgiu em setembro de 1989, como uma estrutura regionalizada que oferta atendimento 24 horas por dia, 7 vezes na semana, incluindo consultas médicas, psicológicas e o sistema de internação, também fazendo visitas domiciliares (TENÓRIO, 2002). Seu projeto terapêutico inclui a tríade prevenção, tratamento e reabilitação, bem como o atendimento à crise (AMARANTE; TORRE, 2001).

Ainda, conforme a Portaria SAS/MS nº nº224/92, a assistência ao paciente no NAPS/CAPS, inclui:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;



- Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentarem por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições (BRASIL, 1992).

Também se salienta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”; trazendo como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial e garantir a integração da atenção das redes de saúde (BRASIL, 2011). A Portaria também engloba objetivos específicos como a promoção de cuidados a grupos vulneráveis; prevenção do consumo e dependência de álcool e drogas, bem como a sua redução de danos; promover mecanismos de formação aos profissionais da rede, desenvolver ações intersetoriais em conjunto com organizações governamentais e comunitárias; organizar as demandas da rede; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços.

Para mais, o Programa de Volta para Casa (PVC) é “um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas”, o qual permite que aqueles sujeitos que passaram por um longo período em instituições psiquiátricas, possam receber um auxílio-reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003), no valor de 500 reais, reajustado pela Portaria GM/MS n 1.108 de 2021 (BRASIL, 2021). Nesse sentido, o PVC pode ser considerado como uma ferramenta de proteção social, promovendo a ressocialização, uma vez que favorece a inserção do sujeito em um ambiente social e produtivo através de recursos financeiros (GUERRERO et al., 2019).

### 3.4 RAPS DA MACRO REGIONAL MEIO OESTE

Com a criação da Portaria n. 3088 de 2011 institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a fim de garantir os direitos de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Contudo fundamenta-se doze diretrizes para o desenvolvimento da RAPS; o respeito aos direitos humanos, a fim de garantir a autonomia e o direito das pessoas; promover a equidade, reconhecendo os determinantes sociais de saúde (saúde-doença-sofrimento-cuidado); eliminar os estigmas e preconceitos; garantir o acesso, assistência multidisciplinar e a qualidade dos serviços prestados; realizar uma atenção mais humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificar as estratégias do cuidado; desenvolver atividades no território, favorecendo inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolver estratégias de Redução de Danos; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organizar os serviços em rede e os estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a continuidade no processo de cuidado; promover ações de educação permanente; além de desenvolver uma lógica no cuidado e na atenção psicossocial, ademais a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011).

Contudo em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011).

Como citado anteriormente, os CAPS têm como responsabilidade organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território. Ademais, a fim de caracterizar a rede de Atenção Psicossocial da Macrorregião de Saúde Meio Oeste segue abaixo os municípios que contém em sua estruturação Centros de Atenção Psicossocial.

- Região de Saúde Alto Uruguai: CAPS Tipo I em Concórdia, Ipumirim e Seara
- Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe: CAPS Tipo I em Curitibanos, Santa Cecília e Videira. CAPS do Tipo II e CAPS AD em Caçador.
- Região de Saúde Meio Oeste: CAPS Tipo I em Água Doce, Campos Novos, Capinzal, Herval d' Oeste, Joaçaba e Ouro.
- Região de Saúde Serra Catarinense: CAPS Tipo I em São Joaquim. CAPS Tipo II, CAPS AD e CAPS i, em Lages.

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido a partir da perspectiva de métodos mistos a fim de melhor compreender o fenômeno estudado. Os dados foram coletados simultaneamente, na perspectiva concomitante (sequencial). Foi realizado um estudo quantitativo, com delineamento transversal, documental, descritivo e uma investigação qualitativa. A ênfase do estudo foi na abordagem quantitativa (QUAN + qual).

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

#### **4.2.1 Sistema Nacional de Regulação**

O acesso ao Sistema Nacional de Regulação foi autorizado pela Secretaria de Estado da Saúde/SC, através da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação e Gerências Regionais de Saúde de Chapecó e Joaçaba, através do termo de autorização para uso de prontuários, arquivos, registros/similares e o compromisso dos pesquisadores na utilização desses dados. A autorização foi concedida pelo Superintendente de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.

O primeiro cenário de estudo é o Sistema Nacional de Regulação (SISREG III) vinculado à Gerência Regional de Saúde de Chapecó através da Central de Regulação de Leitos da Macrorregião Grande Oeste e Meio Oeste, situados nos municípios de Chapecó e Joaçaba, implantado em 2017. O Sistema de Regulação é um sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS/MS, atribuído gratuitamente para estados e municípios através de um sistema que garante mais transparência no agendamento de consultas, exames e cirurgias, além de alguns procedimentos na Rede Pública de Saúde do Estado de Santa Catarina, conforme exige o Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema é regido pela portaria do Ministério da Saúde, nº 1.559,

de 1º de agosto de 2008, e instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Contudo, o sistema está destinado à gestão de todo o Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. Além disso, visa a humanização e melhoria nos atendimentos prestados, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos desde a rede de atenção primária até a atenção especializada. (CHAPECÓ, 2017).

#### **4.2.2 Região de Saúde do Meio Oeste**

O cenário do estudo Região de Saúde do Meio Oeste. As macrorregiões são compostas por uma ou mais regiões de saúde, organizadas a fim de atender parte da Média Complexidade que se evidencia como mais complexa e a Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Além disso as Regiões de Saúde por sua vez são formadas por municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Nesse contexto, a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste é composta por 3 (três) regiões de Saúde:

1. Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, composta por 13 (treze) municípios;
2. Região de Saúde do Meio Oeste, composta por 20 (vinte) municípios;
3. Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, composta por 20 (vinte) municípios;

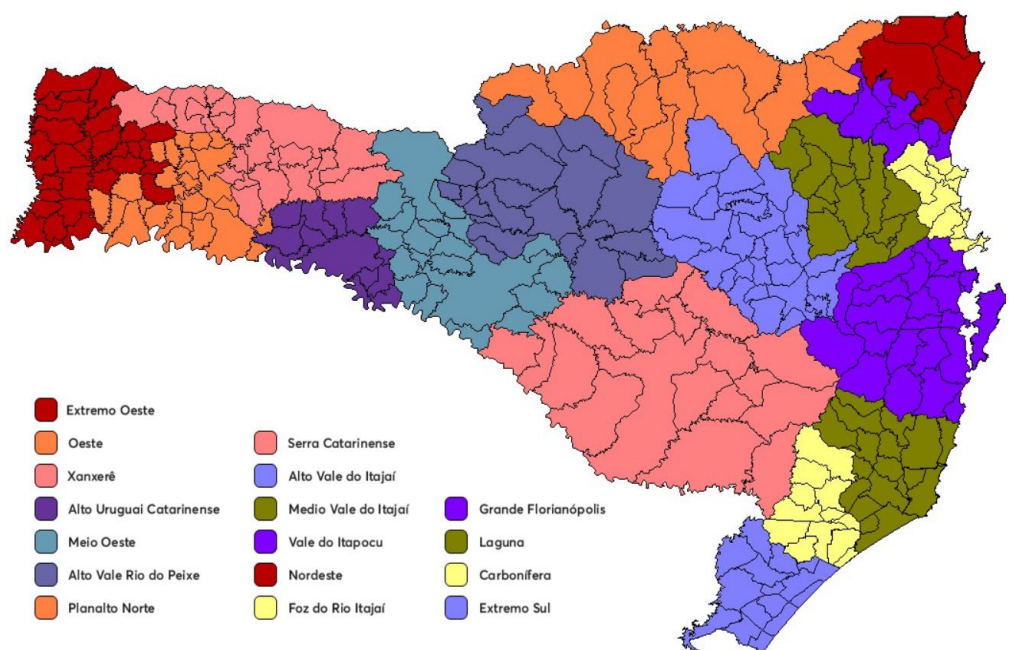
A Região de Saúde da Serra Catarinense não faz parte da Macrorregião Meio Oeste, porém as internações psiquiátricas são referenciadas para esta macrorregião.

Tabela 1- Cidades pertencentes à Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Serra Catarinense. Macrorregião de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil, 2021.

Municípios de Alto Uruguai	Municípios do Meio Oeste	Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe	Municípios da Serra Catarinense
Alto Bela Vista	Abdon	Arroio Trinta	Anita Garibaldi
Arabutã	Batista	Caçador**	Bocaina do Sul
Concórdia *	Água Doce*	Calmon	Bom Jardim da Serra
Ipira	Brunópolis	Curitibanos*	Bom Retiro
Ipumirim *	Campos	Fraiburgo	Campo Belo do Sul
Irani	Novos*	Frei Rogério	Capão Alto
Itá	Capinzal*	Ibiam	Cerro Negro
Lindóia do Sul	Catanduvas	Iomerê	Correia Pinto
Perituba	Celso Ramos	Lebon Régis	Lages ****
Piratuba	Erval Velho	Macieira	Otacílio Costa
Presidente Castelo Branco	Herval d'Oeste*	Matos Costa	Painel
Seara *	Ibicaré	Pinheiro Preto	Palmeira
Xavantina	Jaborá	Ponte Alta do Norte	Ponte alta
	Joaçaba*	Rio das Antas	Rio Rufino
	Lacerdópolis	Salto Veloso	São Joaquim*
	Luzerna	Santa Cecília*	São José do Cerrito
	Monte Carlo	São Cristóvão do Sul	Urubici
	Ouro*	Tangará	Urupema
	Vargem	Timbó Grande	
	Vargem Bonita	Videira*	
	Zortéa		
	Treze Tilias		

Fonte: Diretório de Macrorregionalização SC, (2018). \* CAPS I: centro de atenção psicossocial. \*\* CAPS AD, \*\*\* CAPS i, \*\*\*\* Todos os CAPS;

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde SC.



Fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

A macrorregional Meio Oeste possui 53 municípios, que segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2021, possuem uma população de referência de 637.153 habitantes. Os municípios com maior população são: Concórdia com 75.683 habitantes, Campos Novos com 36.681 habitantes e Caçador com 80.017 habitantes. Outrossim, a região de saúde da Serra Catarinense possui 18 municípios, possuindo uma população de referência de aproximadamente 287.549 segundo estimativas do IBGE. Os municípios com maior população são: Lages com 157.158 habitantes, São Joaquim com 27.322 habitantes e o município de Otacílio Costa com 19.201 habitantes.

#### 4.3 AMOSTRA

A população estudada foi a partir dos pedidos de internação psiquiátrica da macrorregião de Saúde Meio Oeste e Serra Catarinense de SC. Como critério de inclusão foi considerado todas as solicitações de internação de mulheres com mais de 60 anos de idade do ano de 2021. Foram excluídos todos os pedidos com o CID que não pertenciam aos Transtornos mentais e comportamentais (F00-F98).

O SISREG registrou em 2021 um total de 2539 pedidos de internação psiquiátrica, destes 223 eram de pessoas com 60 anos de idade ou mais e 149 eram homens. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, integraram o estudo 76 pedidos de internação psiquiátrica.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi encaminhado uma solicitação para a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina a fim de autorizar a pesquisa e ter acesso aos dados do sistema. Após aceite da Secretaria e aprovação no Comitê de Ética iniciou-se a coleta de dados.

Foi realizada na central de regulação de leitos por meio do acesso ao sistema de regulação de internação hospitalar. Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) da macrorregião de saúde do Meio Oeste a partir dos pedidos de internações psiquiátricas ocorridos no ano de 2021

a partir das variáveis disponibilizadas pelo sistema (CNES do paciente, idade, sexo e sinais e sintomas).

A coleta dos dados quantitativos e qualitativos ocorreu de forma simultânea. Integraram os dados quantitativos (nº da solicitação, nº do AIH, internou, CNES unidade solicitante, nome de unidade solicitante, tipos de serviço, CNES unidade executante, nome do hospital, nome do município regulador, macrorregional, município de residência, regional, município, população da macro, população da regional, população do município, IDH da macrorregional, IDH regional, IDH município, taxa de cobertura ESF, data da solicitação, data da autorização, tempo de espera, data da internação, tempo de espera, data da alta, tempo de internação, motivo da alta, município tem CAPS, CNES do paciente, idade, CID, sexo, sinais e sintomas, nome, bairro, UF, bairro, município de residência do paciente, CEP, nome da clínica, nome do procedimento solicitado, status da solicitação de internação, unidade desejada e data de internação). Os sinais e sintomas descritos nos pedidos de internação correspondentes ao histórico psiquiátrico do paciente compõem a parte qualitativa.

#### 4.5. ANÁLISE DOS DADOS

##### 4.5.1 Pesquisa quantitativa

Foi elaborado um banco de dados no programa Statistical Package Social Science (SPSS) versão 19.0 para Windows e realizado a análise descritiva (média, mínima, máxima e desvio padrão) das informações coletadas.

##### 4.5.2 Pesquisa qualitativa

Para a análise dos dados foi realizado a transcrição das entrevistas na íntegra com organização do corpus de acordo com as recomendações para utilização do programa “Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires” (IRAMUTEQ) (REINERT, 1990). O programa foi desenvolvido na



linguagem Python que utiliza funcionalidades providas pelo software estatístico R. Criado por Pierre Ratinaud na língua francesa que começou a ser utilizado no Brasil em 2013.

Para utilização do programa, o conteúdo dos textos foi organizado em um corpus textual formatado de acordo com as especificações exigidas pelo software. A partir daí o corpus textual foi processado no Iramuteq.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizada pelo IRAMUTEQ consiste em calcular a frequência que uma palavra ocorre no texto, relacionando a quantidade de frequência com a posição que cada palavra aparece. A partir disso, o software determina um indicador de frequência estatística conhecido como qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Quanto maior o valor do  $\chi^2$  de uma palavra, mais representativa ela é dentro do discurso dos sujeitos entrevistados formando um esquema hierárquico de classes. Cada classe é constituída de palavras que emergem para um mesmo significado textual e que por meio do  $\chi^2$  revela a força associativa entre as palavras e a sua classe.

A força associativa é analisada quando o  $\chi^2$  for maior que 3,84, representando  $p < 0,0001$ . O menor valor do  $\chi^2$  representa uma menor relação entre as variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2015).

A CHD tem como função principal inferir o conteúdo do corpus e compreender grupos de discursos ou ideias emergentes do texto formando as classes e apresentando-os por meio de um dendograma (CAMARGO; JUSTO, 2015).

Foi utilizado a análise de similitude, a qual apresenta por meio de uma árvore (teoria dos grafos) as conexões entre as palavras de acordo com a raiz semântica, possibilitando verificar a relação existente entre os dados.

Outra forma de análise utilizada foi a “nuvem de palavras”, a qual apresenta os dados através de imagem que corresponde ao resultado de um cálculo de frequência simples onde palavras com maior representatividade são descritas com a fonte em um tamanho maior e as menos representativas em tamanho menor. A nuvem além de fácil compreensão destaca palavras-chave de um corpus textual. Para discussão os dados serão mixados conforme recomendação do desenho metodológico adotado no estudo.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo é um recorte de um projeto guarda-chuva intitulado “Fatores associados à internação psiquiátrica de idosos das Macrorregiões de Saúde Joaçaba e Grande Oeste de Santa Catarina”. O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul com número de protocolo: CAAE: 44847221.6.0000.5564 e Parecer número: 4.733.555 (Anexo 1). O estudo segue os princípios éticos propostos nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por meio da estatística descritiva, análise de similitude e nuvem de palavras. Os dados quantitativos e qualitativos serão apresentados de forma mixada conforme recomendações da pesquisa que utiliza métodos mistos.

O presente estudo avaliou 2539 pedidos de internação psiquiátrica, 223 eram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, totalizando 8,85 % dessa população.

A tabela 2 apresenta o percentual da amostra que corresponde a homens e mulheres. Dentre os 2539 pedidos de internação, 30,11 % eram de mulheres e os demais eram homens.

Tabela 2: Descrição da população estudada e do estrato amostral considerado neste estudo. Macrorregião de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil, 2021.

Pedidos de Internação	Sexo		Total
	M	F	
População Total	1665 (65,6%)	874 (34,4%)	2539 (100%)
População Idosos	147 (69,9%)	76 (30,1%)	223(8,8%)

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da interpretação das informações, evidenciou-se que a idade média da população estudada (média  $\pm$  desvio padrão) era de 66,89 anos,  $\pm$  6,57 de DP. Em relação ao número de internações realizadas, 39 (51,3 %) dessas idosas foram internadas e 37 (48,7%) não foram internadas. Contudo foi evidenciado que houve espera, com uma estimativa de 0 a 51 dias, uma média de aproximadamente 9,27%

e um DP de  $\pm 3,96\%$ . Em relação ao tempo de internação variou entre 0 a 41 dias, uma média de 10,46 e um DP de  $\pm 12,55$ .

Tabela 3: Caracterização da amostra quanto à idade e dados da internação. Macrorregião de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil, 2021.

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	66,89	6,57	60	88
Tempo de espera Internação em dias	3,95	9,27	0	51
Tempo de internação em dias	10,46	12,55	0	41
			Sim	Não
Pedido de Internação Aceito	39 (51,3%)		37 (48,7%)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação às solicitações de internação por instituição de saúde, evidenciou-se que 30 (39,5%) tiveram origem na Secretaria de Saúde e 20 (26,3%) no CAPS I.

Considerando as regiões de saúde que mais fizeram solicitações de internações, a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe teve um número total de 31 (40,8 %) e a Região de Saúde do Meio Oeste solicitou 21 (27,6%) do total de pedidos.

Dos pedidos de internação 26 (34,2%) foram solicitados nos municípios que dispõem do serviço CAPS e 14 (18,4%) naqueles que não possuem esta estrutura no serviço de saúde.

Tabela 4 – Descrição da origem das solicitações de internação por serviço e região. Macrorregião de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil, 2021.

Solicitação de internação (n/%)		
Hospital	3	3,9
CAPS* Tipo I	20	26,3
CAPS* Tipo II	12	15,8
CAPS* Tipo II AD	3	3,9
CAPS* Tipo III AD	3	3,9
Secretaria de Saúde	30	39,5
Unidade de Pronto Atendimento	5	6,6
Regional de saúde (n/%)		
Região de Saúde de Xanxerê	1	1,3
Região de Saúde do Oeste	1	1,3
Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense	5	6,6
Região de Saúde do Meio Oeste	21	27,6
Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe	31	40,8
Região de Saúde da Serra Catarinense	16	21,1
NI*	1	1,3
Município possui CAPS (n/%)		
Sim	49	64,5%
Não	27	35,5%
Município possui CAPS (internou/não internou) n/%	26 (34,2%)	23 (30,3%)
Município não possui CAPS (internou/não internou) n/%	14 (18,4%)	13 (17,1%)

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 5 das 76 mulheres analisadas 17 (22,4%) apresentam Esquizofrenia como motivo de solicitação, sendo que 10 tiveram seu pedido de internação aceito e 13 (17,1%) foram diagnosticadas com Episódios Depressivos com 8 internações. As demais apresentam variadas descrições diagnósticas.

Tabela 5 - Descrição das internações conforme perfil diagnóstico número de solicitações e de internações. Macrorregião de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil, 2021.

Perfil Diagnóstico	N	%	Internou	Não internou
Diagnósticos não psiquiátricos	2	2,6	0	2
Demência na Doença de Alzheimer	3	3,9	1	2
Demência Vascular	1	1,3	0	1
Demência em outras doenças	1	1,3	0	1
Demência não especificada	1	1,3	0	1
Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool ou outras substâncias psicoativas	1	1,3	1	0
Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas	3	3,9	1	2
Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e a doença física	1	1,3	1	0
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	6	7,9	3	3
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína	1	1,3	1	0
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	1	1,3	0	1
Esquizofrenia	10	22,4	10	7
Transtornos delirantes persistentes	2	2,6	1	1
Transtornos psicóticos agudos e transitórios	3	3,9	1	2
Psicose não-orgânica não especificada	2	2,6	1	1
Transtorno afetivo bipolar	7	9,2	5	2
Episódios depressivos	8	17,1	8	5
Transtorno depressivo recorrente	6	7,9	2	4
Transtornos de humor (afetivos) persistentes	1	1,3	1	0
Transtorno de humor (afetivo) não especificado	1	1,3	1	0
Outros transtornos ansiosos	1	1,3	1	0
Transtorno obsessivo-compulsivo	1	1,3	0	1
Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais	1	1,3	0	1

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a Tabela 6, 28 (36,8%) dos pedidos de internação psiquiátrica tiveram como diagnóstico os Transtornos do Humor Afetivos (F30-F39) seguidos por Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (F20-F29) com representação de 24 (31,6%) da amostra.

Tabela 6 – Descrição das internações conforme perfil diagnóstico por grupo de CID e presença de CAPS. Macrorregião de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina, Brasil, 2021.

Perfil Diagnóstico	N	%	Possui CAPS	Não possui CAPS
Transtornos Mentais Orgânicos, Inclusive os Sintomáticos (F00-F09)	13	17,1	7	3
Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa (F10-F19)	8	10,5	4	2
Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (F20-F29)	24	31,6	10	5
Transtornos do Humor [Afetivos] (F30-F39)	28	36,8	19	6
Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o Stress e Transtornos Somatoformes (F40-F48)	2	2,6	2	0
Síndromes Comportamentais Associadas a Disfunções Fisiológicas e a Fatores Físicos (F50-F59)	1	1,3	1	0

Fonte: Elaborado pela autora.

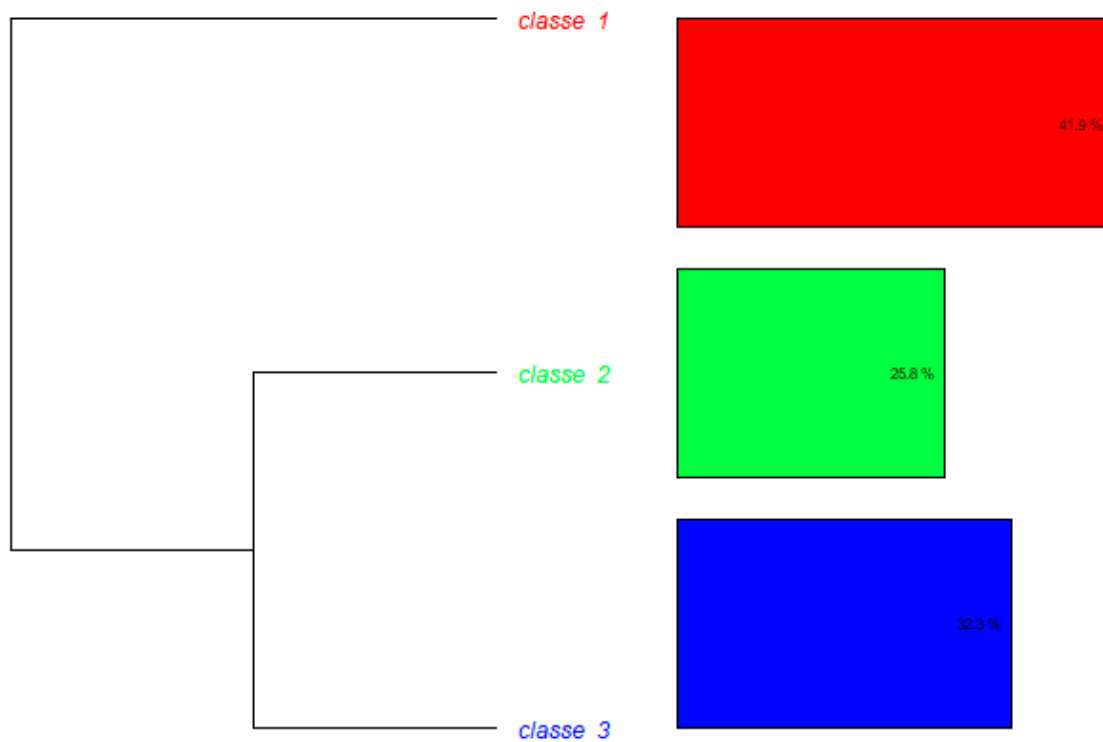
Os dados qualitativos oriundos das solicitações de internação formaram o corpus textual que foi processado pelo *software* IRaMuTeQ. Deu origem a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras.

A pesquisa foi realizada com dados de 76 solicitações de internação, sinais e sintomas que motivaram o pedido de internação, as quais compuseram um único corpus textual.

O corpus foi constituído por 1 único texto e 44 Segmentos de Texto (ST). Foram utilizados 38 ST representando (88.07%) do material que foi levado a análise. O *software* recomenda no mínimo 75% de utilização do corpus para ser considerado representativo (CAMARGO; JUSTO 2013). Emergiram 1395 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) deu origem a 3 classes distintas a partir dos segmentos de texto (ST) extraídos do corpus e apresentados na forma de dendograma. No dendograma do corpus foi subdividido em 2 subcorpus, o primeiro formado pelas classes um e o segundo pela classe dois e três.

Figura 2. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Elaborado pela autora.

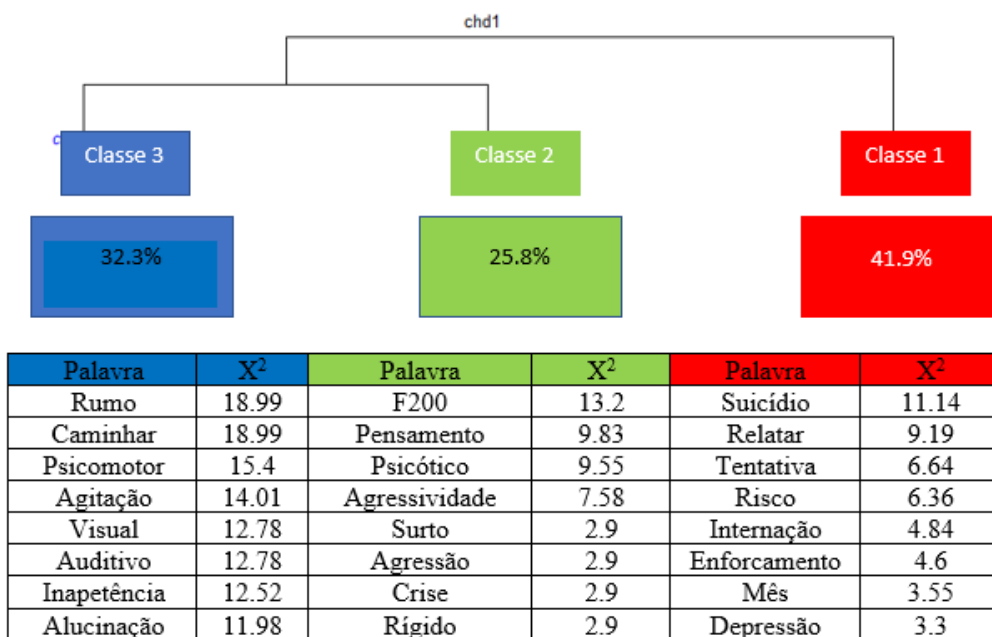
A formação das classes ocorre a partir do agrupamento de palavras com base no cálculo de frequência e relação das palavras com sua classe textual, este último por meio do qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

O teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) apontou maior grau de significância estatística para as palavras da classe 3, indicativo de que esses termos possuem maior relação com esta classe em comparação com as demais.

Neste estudo, a classe 3 e 2 contém 10 ST (25,81%) e 8 ST (25,81%) respectivamente e representam sintomas psicóticos, já a classe 1 possui 13 ST (41,94%) e revela principalmente elementos relacionados com ideação ou tentativa de suicídio.



Figura 3 Classificação Hierárquica Descendente.

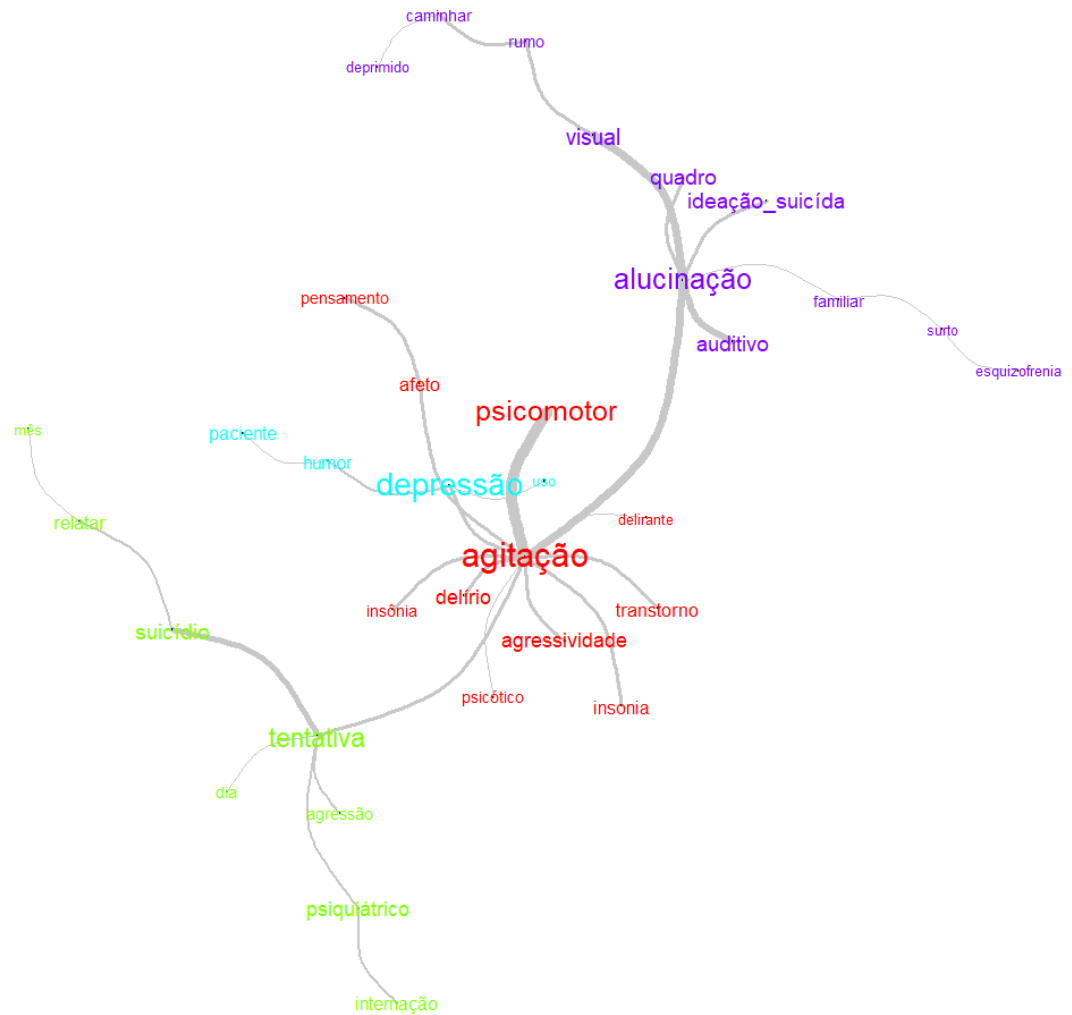


Fonte: Elaborado pela autora.

A fim de melhor compreender o fenômeno estudado foi também realizada a análise de similitude. Baseado na teoria dos grafos onde é possível identificar as ocorrências textuais entre as palavras e as indicações de conexidade entre elas. A análise de similitude auxilia na identificação da estrutura do conteúdo do corpus textual.

Na análise de similitude a palavra agitação tem forte ligação com a palavra alucinação, psicomotor e depressão em variadas ramificações. Neste caso, as ramificações sugerem significados mais detalhados da estrutura textual.

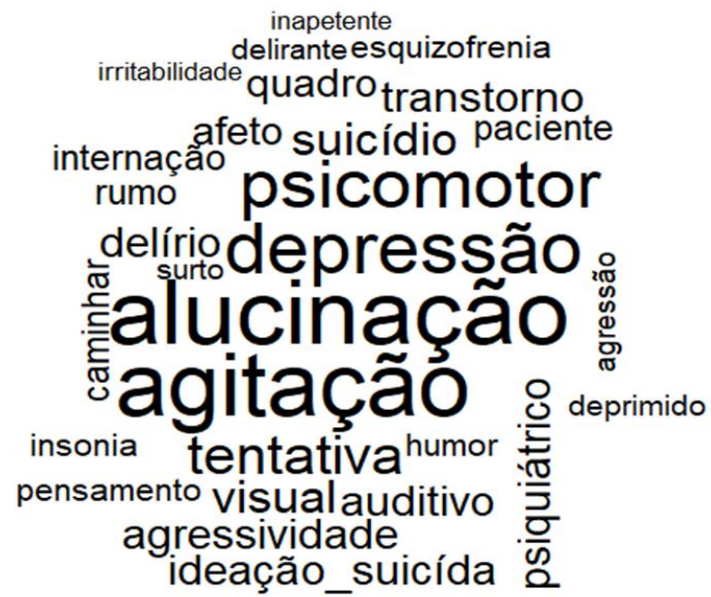
Figura 4: Análise de similitude correspondente ao histórico presente nos pedidos de internação psiquiátrica de idosas da macrorregião de Saúde no Meio Oeste.



Fonte: Elaborado pela autora.

A palavra de maior destaque (Figura 5) no corpus organizado apontou que dentre as palavras ativas, a palavra alucinação (eff 29) destacou-se com maior número de citações, seguida por agitação (eff 28) depressão (eff 22), psicomotor (eff 21).

Figura 5: Nuvem de palavras correspondente ao histórico presente nos pedidos de internação psiquiátrica de idosas da macrorregião de saúde meio oeste.



Fonte: Elaborado pela autora.

## 6. DISCUSSÃO

O estudo identificou que 8,8% dos pedidos de internações psiquiátricas da Macrorregião de Saúde Meio Oeste eram de idosos. No trabalho desenvolvido por Zanardo et al (2017) na cidade de Porto Alegre junto a pessoas internadas em unidade psiquiátrica identificou que 18,8% de um total de 96 indivíduos tinham mais de 60 anos. O percentual de pedidos de internação psiquiátrica de pessoas idosas desta pesquisa chama atenção pelo fato de que no Brasil o percentual de idosos na população geral ser de 14,7% e no estado de Santa Catarina ser de 15,2% de acordo com os dados disponibilizados pelo IBGE (BRASIL, 2021).

Dos 76 pedidos de internação psiquiátricas das mulheres idosas objeto deste estudo, observou-se que somente 39 (51,3%) tiveram autorização. Esse achado demonstra que a disponibilidade de vagas para internação psiquiátrica na região é deficitária. O número de leitos de internação psiquiátrica informados pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina em seu site é de 114 leitos (SES, 2011).

Em documento elaborado pela OMS, identificamos a orientação de 1,5 leito de psiquiatria para cada 10000 habitantes, considerando esta recomendação, o ideal para a população da Macrorregião de Saúde (924.702 habitantes) seria ter 139 leitos, no entanto o número de leitos recomendados por manual elaborado pelo Ministério da Saúde a referência é de 1 leito para cada 23 mil habitantes, nesse sentido, os leitos nesta macro deveriam ser de 41. Essas diferenças de estimativas caracteriza-se como um grande desafio para o planejamento dos cuidados em saúde mental principalmente nas demandas agudas em psiquiatria.

Dentre os indicadores de qualidade hospitalar, o tempo de internação identificado na pesquisa teve como média 10,46 dias. Este achado difere dos dados encontrados em outros estudos em que o tempo médio de hospitalização foi de 26,66 dias (SOUZA, SOUZA e MAGNA, 2008), 26,2 dias (SILVA *et al.*, 2014), 36,3 dias (ZANARDO et al., 2017), 28,05 dias (BRAGÉ et al. 2020). Essa diferença discrepante é atribuída ao fato da qualidade das informações encontradas nas planilhas disponibilizadas pelo SISREG.

Com relação ao encaminhamento dos pedidos de internação psiquiátrica, na sua maioria, foram realizados pelas Secretarias de Saúde Municipais, caracterizando 39,5% das solicitações, o que pode ser explicado devido ao fato de somente 21% dos municípios da microrregião possuírem CAPS em sua rede de assistência. Tal situação fragiliza o cuidado e expõe o paciente a situações que poderiam ser evitadas. Fernandez et al. (2020), em um estudo que avaliou o índice de cobertura da RAPS no país identificou que na região sul em 2017 havia 204 CAPS I, 85 CAPS II, 9 CAPS III e 71 CAPS AD. A análise final desses pesquisadores foi de que no Brasil 50% da população no ano citado possuíam cobertura de algum tipo de serviço pertencente à RAPS.

De acordo com dados do Ministério da Saúde 1910 municípios brasileiros possuem algum tipo de CAPS, considerando esta informação recente observamos que no país somente 34,3% das cidades possuem pelo menos um serviço comunitário do tipo CAPS (BRASIL, 2022). Comparando o cenário nacional com o cenário da macrorregião estudada temos uma diferença significativa para menos na porcentagem de municípios que possuem CAPS.

Miliauskas et al (2019) observaram que a associação entre o aumento da cobertura de CAPS e a redução do número de internações foi encontrada para todos os grupos diagnósticos estudados, exceto para o grupamento de álcool e outras drogas na região metropolitana de São Paulo. Este achado reforça positivamente o preconizado pela reforma psiquiátrica que prevê tratamento para portadores de transtornos mentais em serviços de base comunitária. Neste estudo observou-se que dos 76 pedidos de internação realizados no ano de 2021 pela macrorregião de saúde Meio Oeste, 49 (64,5%) foram provenientes de pacientes que residiam em municípios que possuíam CAPS.

Quanto a análise qualitativa dos dados através do *software* IRAMuTeQ, observamos que eles vão de encontro aos achados quantitativos deste estudo, uma vez que os conteúdos presentes sinais e sintomas dos pedidos de internação, corroboram com as hipóteses diagnósticas indicadas conforme as figuras qualitativas e na CHD. A classe 1 da CHD, apresenta em 41.9% das solicitações de internação sintomas relacionados a interrupção da vida, ideação e tentativas de suicídio.

Conforme a Tabela 6, a categoria de diagnósticos psiquiátricos agrupados mais frequente nos pedidos de internação foi a relacionada aos Transtornos de Humor.

Ao comparar os agrupamentos de diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes no estudo com os conteúdos dos pedidos de internação observamos que a análise qualitativa organizou os textos extraídos do SISREG em três classes. Ao ver essas classes é nítida a presença de sinais e sintomas relacionados a transtornos de humor (N = 28: 36,8%) e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (N= 24: 31,6%).

Os achados deste estudo vão ao encontro da literatura, tendo em vista que as mulheres são mais acometidas por Transtornos de Humor (afetivos). Em um estudo de MACÊDO 2018, há maior prevalência de transtornos de humor (afetivos) no sexo feminino com maiores taxas entre 60 a 80 anos de idade. Já em uma pesquisa de Silva Júnior e Fischer (2014) os transtornos do humor são os mais frequentes.

Com o aumento da expectativa de vida há maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre elas os transtornos mentais e comportamentais (WHO, 2021). Em um estudo realizado com 994 idosos na região sul do Brasil, apontou que 8,1% dos participantes teriam sintomas depressivos indicativos de um Episódio Depressivo Maior (CORRÊA *et al*, 2020). Em um estudo de BERTOLOTE *et al* (2002) os transtornos mentais mais comuns associados ao suicídio são a depressão, transtorno de humor bipolar e dependência de álcool e outras drogas.

Ao analisar a Classe 1 (Figura 3) observa-se a descrição de sintomas depressivos, os quais conforme descrito acima, são comuns em mulheres nesta faixa etária. Em um estudo de (GAZALLE, HALAL e LIMA. 2004), constatou-se que a depressão foi significativamente maior em indivíduos do sexo feminino com idade entre 65 e 74. Já em um estudo de (OLIVEIRA, GOMES e OLIVEIRA, 2006) em uma amostra de 118 idosos entre 60 e 64 anos também houve predominância do sexo feminino, caracterizando 90% da amostra. Para LOPES *et al* (2016) a prevalência de depressão foi mais significativa entre as mulheres que vivem em áreas urbanas do que em homens. Entretanto, segundo CRUZ, CASADO e FURLAN (2021), deve-se ficar atento ao fato de que a depressão em pessoas idosas pode ser confundida com

problemas causados pelo avanço da idade, como a falta de apetite, insônia, tristeza constante, e isolamento social.

Na análise de similitude, “agitação” aparece como termo central seguido por outros que corroboram com a ideação e tentativas de suicídio. Da mesma forma, a nuvem de palavras (Figura 5) explicita de forma bem clara os conteúdos dos pedidos de internação com as hipóteses diagnósticas indicadas pelo profissional solicitante da internação. Segundo os dados da OMS em média 700 mil pessoas morrem em consequência do suicídio anualmente. Em um estudo de SANTOS *et al* (2019), no Brasil, as taxas de suicídio mais elevadas se concentram na população entre 70 e 79 anos. Quando comparado a outras pesquisas MINAYO (2017), refere que os idosos que tentam suicídio ou apresentam ideações suicidas possuem idades que variam entre 60 e 88 anos. Contudo, ainda cita que a faixa etária entre 60 e 69 anos é onde se concentra a maioria dos comportamentos de risco.

O suicídio é um considerável fator de risco para a saúde pública o que impacta a sociedade em geral, nessa perspectiva o comportamento suicida é considerado uma emergência médica, sendo responsável por grande parte dos casos de emergências psiquiátricas. Para BERTOLOTE e FLEISCHMANN (2010), quando há risco iminente de suicídio, recomenda-se a internação psiquiátrica, ainda que involuntária. A partir dos dados deste estudo observa-se que essa recomendação não é seguida pois, 48,7% dos pedidos de internação não foram atendidos sendo que destes, 22 (59,4%) dos pedidos de internação não autorizados são dos agrupamentos de F20 - F29 e F30 - F39, sendo 11 pedidos de cada agrupamento.

A classe 2 e 3 da CHD coloca em evidência os sintomas psicóticos descritos nos pedidos. Esta constatação da análise qualitativa dos dados está diretamente associada com os dados quantitativos apresentados na Tabela 6. De acordo com a literatura técnica da área, os sintomas psicóticos comuns na esquizofrenia, são classificados em Positivos e Negativos. Os positivos estão associados com as alterações da sensopercepção e pensamento como alucinações e delírios e os negativos mais associados com as alterações da vontade e do humor como o isolamento social, a dificuldade de sentir prazer e falta de energia e motivação (DALGALARRONDO, 2008).

## 7. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo permitem identificar que as mulheres idosas são acometidas especialmente por transtornos de humor, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, além das tentativas ou ideação suicida, estando de acordo com o esperado pela literatura.

Foi verificada a importância do CAPS nos encaminhamentos das solicitações para que haja redução dessas internações. Salieta-se a necessidade de atenção e investimento dos órgãos públicos na atenção à saúde mental da população, em especial a faixa etária idosa. Para tal, incentivar políticas públicas voltadas à prevenção, encaminhamento, tratamento e acompanhamento adequado são extremamente necessárias.

Além disso, ao melhorar o cuidado em saúde mental, há uma diminuição drástica nas solicitações de internação. Assim reduzindo o sofrimento ao paciente e à família. Contudo é de extrema importância a realização de novos estudos para planejar ações em saúde e realizar novas estratégias de acompanhamento da evolução dos dados e colaborar na adoção de medidas para controle e redução do número de internações.



## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. D.C.; TORRE, E. H. G. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial**: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. Acesso em: 9 jul. 2022.
- BASAGLIA, F. A. **Psiquiatria alternativa contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática – conferências no Brasil**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BERTOLETE, José Manoel e FLEISCHMANN, Alexandra. **Suicídio e diagnóstico psiquiátrico**: uma perspectiva mundial. *Psiquiatria Mundial*. Outubro de 2002; 1(3): 181–185. v.1(3); Outubro de 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/> Acesso em: 02 Fev. 2023.
- BRAGÉ, Émilly Giacomelli; et al. **Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica**. *J. Bras. Psiquiatr.* 2020, v. 69, n. 3, p.165-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psiq/a/cxysQDvZYf9QqM6TckK5FHt/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jul. de 2022.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.
- BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. **Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas**. Brasília: Diário Oficial da União, 2019.
- BRASIL. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. **Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos**, conforme especifica. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite**. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de 91 Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
- BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.108 de 31 de maio de 2021. **Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial**, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília: Diário Oficial da União, 2021.
- BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.
- BRASIL. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

CACIAN, N. **Governo eleva pagamento por longa internação em hospital psiquiátrico.** Folha de São Paulo. 28 ago. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>. Acesso em 10 out. 2022.

CASTRO, Ingrid Paula Gonzaga; SILVA, Marina Tomas do Nascimento. **A Reforma Psiquiátrica Promovida pela lei 10.216/01** e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais. Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva. Belo Horizonte, n.40, p. 53-69. jan./abr. 2020 | ISSN 1678 8729. Disponível em: <http://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/wp-content/uploads/2020/07/DIR40-03.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2022.

Corrêa Maria Lima, et. al. **Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. 2020;25:2.083-2.092. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bBD6tYJXZPPhGYkhfvf4Dbh/abstract/?lang=pt> Acesso em: 02 Fev. 2023

CRUZ Juliana Medina, CASADO Maria de Fátima, FURLAN Simone. **Depressão na terceira idade.** Trabalho de Conclusão de Curso. Jales, 10 de dezembro de 2021. Disponível em: [http://ric.cps.sp.gov.br/bitstream/123456789/7576/1/enfermagem\\_2021\\_2\\_maria\\_de\\_fatima\\_casado\\_depress%C3%A3o\\_na\\_terceira\\_idade.pdf](http://ric.cps.sp.gov.br/bitstream/123456789/7576/1/enfermagem_2021_2_maria_de_fatima_casado_depress%C3%A3o_na_terceira_idade.pdf) . Acesso em: 02 Jan 2023.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERNANDES, Cristofthe Jonath. et al.. **Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. Cad. Saúde Pública, 2020 36(4), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvksHzcS7j8LHMqH/abstract/?lang=pt> Acesso em: 06 Fev. 2023.

FERREIRA, J. T. MESQUITA, N. N. N.; SILVA, T. A.; SILVA, V. F.; LUCAS, W. J. BATISTA, E. C. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental.** Rev. Saberes, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

FORTES, Hildenete Monteiro. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2010, v. 10, p. 321-330, 24 fev 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>. Acesso em 9 jul. 2022.

GAZALLE Fernando Kratz, HALLAL Pedro Curi e LIMA Maurício Silva. **Depressão na população idosa:** Rev Bras Psiquiatr 2004;26(3):145-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/YDmqvq6p8QCZcSNmckjwpTC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 05 Fev 2023.

GUERRERO, A. V.; BESSONIA, E. A.; CARDOSO, A. J. C.; VAZ, B. C.; BRAGA-CAMPOS, F. C. BADARÓ, M. I. M. **O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários.** Saúde Soc., v. 28, n. 3, p. 11-20, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/enderecos/15816-hospitais-sm-atualizado/file> Acesso: 04 Fev 2023.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal- 2019.** Brasil e Grandes Regiões. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf> Acesso em: 21 abr. 2022.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M.; ANTONACCI, M. H.; GUEDES, A. C. **Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia.** JONAH, v. 11, n. 2, e21112120766, 2021.

L'ABBATE, S. **A análise institucional e a saúde coletiva.** Ciência saúde coletiva, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LOPES Cláudia Souza et al. **Desigualdades no acesso ao tratamento da depressão**: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS– PNS. *Int J Equity Health* 15, 154 (2016). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0446-1> Acesso em: 15 Jan. 2023.

LOPES, Maria Helena Itaquí. **Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos**. Texto incluído em 25/08/2001 (c) MHI Lopes/2001. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/psiques.htm>. Acesso em: 09 ago. 2022.

MACÊDO, Carina Taíse de Medeiros. **Avaliação dos transtornos de humor (afetivos) e outros transtornos mentais e comportamentais no Nordeste do Brasil**. 2018. 58 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28297>. Acesso em: 31 Jan. 2023.

MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C. **Dos corpos como objeto: uma leitura póscolonial do 'Holocausto Brasileiro'**. *Saúde debate*, v. 45, n. 128, p. 164-177, 2021.

MENDONÇA José Lorenzato. **Breve história da psicossomática: da pré-história à era romântica Professor Assistente do Departamento de Saúde Mental** Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1444> Acesso em: 10 ago. 2022.

MILIAUSKAS, C. R. et al.. **Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. Saúde coletiva, 2019 24(5), maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6JSbHzbr8LkfdY5DkwtXknn/?lang=pt#>. Acesso em: 06 Fev. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et. al. **O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida**. *Physis* 27 (04) Oct-Dec 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/981-1002/> Acesso em: 01 Fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva **Subsecretaria de Assuntos Administrativos Memória da Loucura**. Apostila de Monitoria Série I. História da Saúde no Brasil Brasília – DF 2008. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura\\_apostila\\_monitoria.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf) Acesso em: 10 jun 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº n°224/92. **Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental**. Brasília: 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MIRANDA Andrea Tourinho P. de, Vitória Beltrão Bandeira **PACIENTE JUDICIÁRIO: O ESFORÇO COLETIVO NA QUEBRA DE PARADIGMA**. *J bras Psiq*, 48(2): 53-60,1999. Disponível em: [https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/13133/ANDREA\\_TOURINHO\\_PACHECO\\_DE\\_MIRANDA\\_VIT\\_RIA\\_BELTR\\_O\\_BANDEIRA.pdf](https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/13133/ANDREA_TOURINHO_PACHECO_DE_MIRANDA_VIT_RIA_BELTR_O_BANDEIRA.pdf). Acesso em Jun 2022.

MS. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial ( RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Set 2022. Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/> Acesso em: 06 Fev. 2023.

OLIVEIRA Deise A A P O, GOMES Lucy, OLIVEIRA Rodrigo F., **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência**. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):7346. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zMgVZk78cvSFxtQLHGcm6RP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 Fev 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - CID-10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª revisão. ROSA, L. C. S. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003. SAÚDE MENTAL EM DADOS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/search/rkeys=umenta+o+numero+de+pessoas+com+depressao+no+mundo+Brasil>. Acesso em: 18 maio 2022.

ORNELLAS Cleuza Panisset. **Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados**. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, Jun 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SfKnBcTMyK888bSx5trPgpL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 jun. 2022

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. D. C. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil**. Aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. D. C. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 41-55.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis: Gráfica do Estado/IOESC, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/14617-plano-diretor-de-regionalizacao-2018/file>. Acesso em: 18 maio 2022.

SANTOS Mariana Cristina Lobato et. al. **Suicídio em idosos: um estudo epidemiológico**. Rev. Esc. Enferm. USP · 2021;55:e 03694, (2020). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wCrn4qXgdB9cggkYf5jCZXB/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Considera%20ndo%20de%20a%20totalidade%20da,em%205%2C3%2F100.000> Acesso em 31 Jan. 2023

Secretaria do Estado de Saúde. **Hospitais com Leitos de Internação Psiquiátrica/ Saúde Mental no Estado**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/enderecos/15816-hospitais-sm-atualizado/file> Acesso: 04 Fev 2023.

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 8, p. 2543-2554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>. Acesso em: 01 junho de 2022.

SILVA, Thaise Liara. et. al **Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral**. Reme : Rev. Min. Enferm. vol.18 no.3 Belo Horizonte Jul./Set. 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/952> Acesso em: 02 Fev. 2023.

SILVA-JÚNIOR João Silvestre, FISCHER Frida Marina. **Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 186-190, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Dcf4t5TXFQjnqrMrh86h39f/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 22 Jan. 2022.

SOUZA José Carlos, SOUZA Neomar , MAGNA Luís Alberto. **Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico**. J Bras Psiquiatr. 2008;57(2):112-116. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/VRGWx9mDHWNQWPxtDKwxrFw/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 04 Fev 2023.

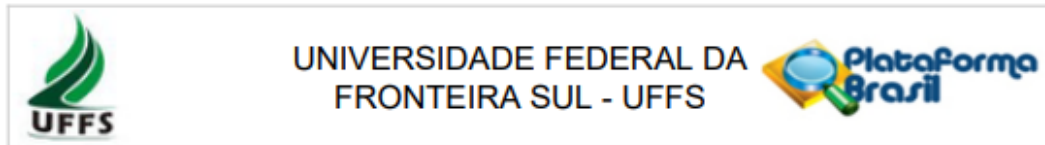
TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

World Health Organization (WHO). **Mental health of older adults 2017**. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 26 dez. 2021.

YASUI, S. **Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana da reforma psiquiátrica brasileira**. Livros & Redes, v. 18, n. 2, p. 585-589, 2011.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. et al. **Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre:** características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, n. Rev. bras. epidemiol., 2017 20(3), jul. 2017. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/45mzV9JgWVZcgLDxSY3J4zS/?format=pdf&lang=pt> Acesso 02 Fev 2023.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Fatores associados a internação psiquiátrica de idosos das Macro Regiões de Saúde Joaçaba e Grande Oeste de Santa Catarina.

**Pesquisador:** Anderson Funai

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 44847221.6.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA E INOVAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.622.576

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de submissão de emenda ao protocolo de pesquisa intitulado "Fatores associados a internação psiquiátrica de idosos das Macro Regiões de Saúde Joaçaba e Grande Oeste de Santa Catarina", no qual o pesquisador responsável justificou da seguinte forma o envio:

"A Estudante Mirian Revers faz parte da equipe de pesquisa do Projeto aprovado pela FAPESC e não havia sido inserida no Termo de Compromisso para uso de dados. Andressa Vendruscolo dos Santos e Mirian Revers estão sob minha orientação para realização de seus TCC's e esta Emenda tem a finalidade de inserir Mirian no Termo."

**Objetivo da Pesquisa:**

Transcrição dos objetivos:

**Objetivo Primário:**

Detectar a prevalência dos transtornos mentais e comorbidades clínicas não-psiquiátricas em idosos internados em leitos psiquiátricos das macrorregiões de Saúde Joaçaba e Grande Oeste do estado de SC.

**Objetivo Secundário:**

1. Avaliar a prevalência de fatores sociodemográficos em idosos internados em leitos psiquiátricos das macrorregiões de Saúde Joaçaba e Grande

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.802-112

**UF:** SC

**Município:** CHAPECÓ

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.622.576

profissionais participantes. Nessa situação, em caso de constrangimento, embaraço ou desconforto, o entrevistador interromperá a gravação e a entrevista no intuito de tranquilizar o participante, dando-lhe apoio e acalmando-o. Ainda, a entrevista poderá ser reagendada, caso o participante não esteja em condições de retomá-la e assim o deseje. Esgotadas as tentativas de retomar e ou reagendar a entrevista, o entrevistador reforçará aos participantes a possibilidade de retirar-se do estudo sem qualquer prejuízo.

Outra medida a ser tomada refere-se ao esclarecimento de todos os participantes sobre o sigilo em torno das informações fornecidas, o que será feito para assegurar-lhes o anonimato. Para tanto, os nomes dos participantes serão substituídos por códigos: IH1 = Idoso Hospitalizado 1; INH1 = idoso Não Hospitalizado 1; E1 = Equipe 1; F1 – Familiar 1.

Caso o risco previsto ocorra, a equipe responsável pela realização da pesquisa irá comunicar o serviço de saúde da área de abrangência da residência do participante do estudo. Os dados de identificação ficarão restritos ao banco de informações construído para organização dos dados e a ele terão acesso apenas os pesquisadores responsáveis pela entrevista e o coordenador do estudo.

**Benefícios:**

Os resultados deste estudo trarão benefícios diretos e indiretos aos participantes. Como benefício direto destaca-se o retorno imediato que os idosos terão de sua condição de saúde mental. Tal benefício estende-se aos familiares e à equipe de saúde, posto que poderão planejar o cuidado direto a cada um e a assistência de forma global. Como benefícios indiretos cita-se o acesso que os serviços de saúde mental e de internação psiquiátrica terão ao perfil de saúde mental e comorbidades dos idosos o que, a médio e longo prazo, poderá redundar em transformações na assistência em saúde nessa área."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de submissão de emenda ao protocolo de pesquisa intitulado "Fatores associados a internação psiquiátrica de idosos das Macro Regiões de Saúde Joaçaba e Grande Oeste de Santa Catarina", no qual o pesquisador responsável justificou da seguinte forma o envio:

"A Estudante Mirian Revers faz parte da equipe de pesquisa do Projeto aprovado pela FAPESC e não

<b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
<b>Bairro:</b> Área Rural <b>CEP:</b> 89.802-112
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> CHAPECO
<b>Telefone:</b> (49)2049-3745 <b>E-mail:</b> cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.622.576

profissionais participantes. Nessa situação, em caso de constrangimento, embaraço ou desconforto, o entrevistador interromperá a gravação e a entrevista no intuito de tranquilizar o participante, dando-lhe apoio e acalmado-o. Ainda, a entrevista poderá ser reagendada, caso o participante não esteja em condições de retomá-la e assim o deseje. Esgotadas as tentativas de retomar e ou reagendar a entrevista, o entrevistador reforçará aos participantes a possibilidade de retirar-se do estudo sem qualquer prejuízo.

Outra medida a ser tomada refere-se ao esclarecimento de todos os participantes sobre o sigilo em torno das informações fornecidas, o que será feito para assegurar-lhes o anonimato. Para tanto, os nomes dos participantes serão substituídos por códigos: IH1 = Idoso Hospitalizado 1; INH1 = idoso Não Hospitalizado 1; E1 = Equipe 1; F1 – Familiar 1.

Caso o risco previsto ocorra, a equipe responsável pela realização da pesquisa irá comunicar o serviço de saúde da área de abrangência da residência do participante do estudo. Os dados de identificação ficarão restritos ao banco de informações construído para organização dos dados e a ele terão acesso apenas os pesquisadores responsáveis pela entrevista e o coordenador do estudo.

**Benefícios:**

Os resultados deste estudo trarão benefícios diretos e indiretos aos participantes. Como benefício direto destaca-se o retorno imediato que os idosos terão de sua condição de saúde mental. Tal benefício estende-se aos familiares e à equipe de saúde, posto que poderão planejar o cuidado direto a cada um e a assistência de forma global. Como benefícios indiretos cita-se o acesso que os serviços de saúde mental e de internação psiquiátrica terão ao perfil de saúde mental e comorbidades dos idosos o que, a médio e longo prazo, poderá redundar em transformações na assistência em saúde nessa área."

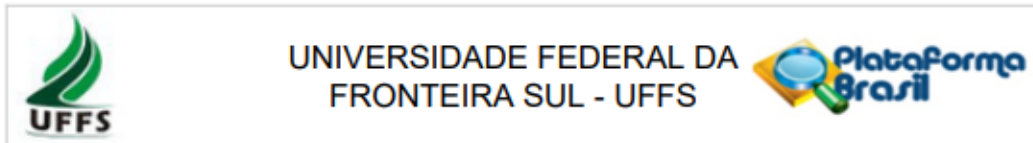
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de submissão de emenda ao protocolo de pesquisa intitulado "Fatores associados a internação psiquiátrica de idosos das Macro Regiões de Saúde Joaçaba e Grande Oeste de Santa Catarina", no qual o pesquisador responsável justificou da seguinte forma o envio:

"A Estudante Mirian Revers faz parte da equipe de pesquisa do Projeto aprovado pela FAPESC e não

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECÓ  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br





Continuação do Parecer: 5.622.578

havia sido inserida no Termo de Compromisso para uso de dados. Andressa Vendruscolo dos Santos e Mirian Revers estão sob minha orientação para realização de seus TCC's e esta Emenda tem a finalidade de inserir Mirian no Termo."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador respondeu de forma adequada as pendências indicadas no parecer emitido em 25 de agosto de 2022.

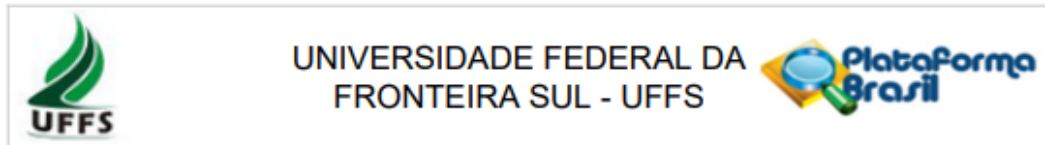
**Recomendações:**

# Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou

<b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar	
<b>Bairro:</b> Área Rural	<b>CEP:</b> 89.802-112
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> CHAPECO
<b>Telefone:</b> (49)2049-3745	<b>E-mail:</b> cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.622.576

qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br);

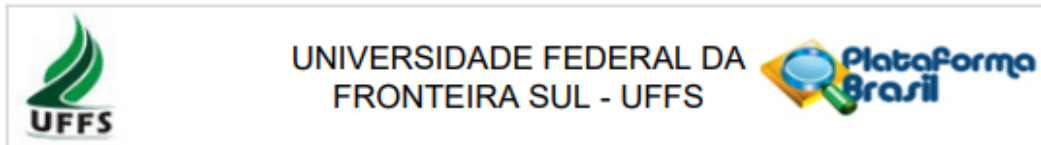
Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
<b>Bairro:</b> Área Rural <b>CEP:</b> 89.802-112
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> CHAPECÓ
<b>Telefone:</b> (49)2049-3745 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:cep.uffs@uffs.edu.br">cep.uffs@uffs.edu.br</a>



Continuação do Parecer: 5.622.576

qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
<b>Bairro:</b> Área Rural <b>CEP:</b> 89.802-112
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> CHAPECO
<b>Telefone:</b> (49)2049-3745 <b>E-mail:</b> cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.622.576

Outros	CartaRespostaAoCEP.doc	18/05/2021 22:34:02	Anderson Funai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBasicoPacienteNaolInternouProntoModificado.pdf	18/05/2021 22:30:49	Anderson Funai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBasicoPacienteFamiliarCuidadorProntoModificado.pdf	18/05/2021 22:27:29	Anderson Funai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBasicoEquipeSaudeProntoModificado.pdf	18/05/2021 22:27:10	Anderson Funai	Aceito
Outros	QuestionarioPesquisaModificado.pdf	18/05/2021 22:26:41	Anderson Funai	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistaModificado.pdf	18/05/2021 22:26:15	Anderson Funai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBasicoPacienteInternouProntoModificado.pdf	18/05/2021 22:24:07	Anderson Funai	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	17/03/2021 09:48:23	Anderson Funai	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 02 de Setembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Renata dos Santos Rabello**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br