

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LUANA PINTO BUMBEL**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE ADOLESCENTES INTERNADAS  
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

**Porto Alegre**

**2018**

**LUANA PINTO BUMBEL**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE ADOLESCENTES INTERNADAS  
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christine Wetzel.

**Porto Alegre**

**2018**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Características sociodemográficas de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre .....	27
<b>Tabela 2-</b> Perfil clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre.....	29
<b>Tabela 3-</b> Características de adolescentes internadas relacionadas a condição de saúde, consumo de drogas e violência.....	31

Agradeço a Deus pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada, agradeço a meus professores e aos meus colegas que me ajudaram na conclusão da monografia.

## RESUMO

BUMBEL, Luana Pinto. **Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre**. 2018, 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Enfermagem- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental no município de Porto Alegre. Para a abordagem quantitativa a amostra constituiu-se de 46 prontuários de todas as pacientes internadas no período compreendido entre julho de 2015 e agosto de 2017. O banco de dados foi exportado para o software estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22.0, onde foram feitas as análises a partir de técnicas estatística descritivas e análise frequência e prevalência. Na análise dos dados quantitativos identificou-se que houve maior prevalência de adolescentes internadas com idade respectivamente de 17 anos correspondendo a 26,1%, referente a cor 47,8% de cor branca, que todas as adolescentes possuem algum tipo de escolaridade, 58,7% possui o ensino fundamental incompleto, que 71,7% das adolescentes reside com familiares. Referente a primeira internação 56,5% adolescentes foram internadas pela primeira vez. No que tange ao motivo de internação, 39,1% das adolescentes estiveram internadas por tentativa de suicídio e 23,9% estiveram internadas por autoagressão. Entre as características dos diagnósticos apresentados no momento da internação, apresentou-se que 39,1% (n=18) das adolescentes foram diagnosticadas com transtorno depressivo e que 8,7% foram diagnosticadas com transtorno de humor bipolar (THB). Entre os riscos apresentados no momento da internação, 19,6% com ideação suicida, seguido 17,4% com tentativa de suicídio. Com o que corresponde a variável medicamentos, o estudo identificou três principais grupos de medicamentos registrados, que foram prescritos na alta hospitalar 77,7% dos adolescentes receberam prescrição de antipsicóticos, 44,4% de antidepressivos e 37,7% de estabilizadores do humor associados. Considerando os registros das internações, assim como o perfil sociodemográfico e clínico, ressalta nesse estudo a importância da prática profissional e o conhecimento científico.

**Palavras-Chave:** adolescentes, enfermagem, saúde mental.

## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
3.1 REFORMA PSIQUIATRICA E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ADOLESCENCIA.....	10
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>19</b>
4.1 TIPOS DE ESTUDO E DELINEAMENTO .....	19
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO .....	21
4.5 COLETAS DE DADOS.....	21
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	22
4.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	25
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período que compreende a transição entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como jovens com idade entre 10 e 19 anos (OMS, 2017). No Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) define adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Para Pinto et al (2014) os adolescentes são sujeitos que se encontram na segunda década da vida e que vivenciam conflitos internos ou situações que podem comprometer diretamente sua saúde mental. Segundo a OMS a prevalência dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais e comportamentais na infância e adolescência é de 10% a 20% (VINOCUR, 2011). Além disso, trata-se de um problema que afeta áreas do desenvolvimento e impacta na saúde física e mental da família com suas óbvias consequências para a vida adulta.

O desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes no Brasil só foi proposto no início do século XXI. Antes disso, o país não tinha formulações no setor da saúde mental que orientassem a elaboração de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais. Historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram propostas pelos setores educacionais e de assistência social (COUTO et al, 2004). Essa carência de uma política específica traz repercussões importantes na medida em que se trata de um grupo com importante vulnerabilidade.

Com o objetivo de superar essa carência e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência com plano específico integrada à política nacional de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal objetivo dessa política é a construção e elaboração de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades de crianças e adolescentes com um plano específico. Duas ações estão em andamento nos últimos anos: a implantação de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSi) e a construção de estratégias para articulação intersetorial da

saúde mental envolvendo os setores da educação, da assistência social, da justiça e direitos com vista à integralidade do cuidado (COUTO et al, 2008).

A implantação tardia de uma política e a falta de serviços específicos faz com que as ações voltadas para os adolescentes ainda estejam pautadas no modelo psiquiátrico clássico. Com a falta de equipamentos que promovam a inclusão social e o cuidado em liberdade, tem-se ainda na internação uma estratégia central, perpetuando o modelo hospitalocêntrico.

Frente a essa realidade, torna-se relevante ter mais informações sobre os adolescentes que internam em unidades de saúde mental, na medida em que esse caminho, quando relacionado a uma carência de ações que promovam estratégias de cuidado em saúde mental na direção da atenção psicossocial, pode representar a perpetuação de um modelo cronificador e excludente.

O interesse pela temática está relacionado à minha jornada acadêmica dentro da Universidade, na qual tive a oportunidade de me deparar com as questões da área da saúde mental, percebendo que, nem sempre, os serviços e equipes estavam preparados para atender adolescentes. Fiz estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) voltado para o atendimento de adultos, cujo trabalho era diferenciado, não focado apenas na doença e na incapacidade. O cuidado era realizado por uma equipe multiprofissional através de oficinas culturais, de culinária, de músicas, de pinturas e salão de beleza. Tive contato com esses usuários e foi onde despertou meu interesse por esta área, entendendo que o cuidado em saúde mental deve ir para além do olhar medicalizante, diversas ações, entre essas as de inserção social.

Porém, apesar de não ter experiência com internações em saúde mental, me questionava quem seriam as pessoas que ainda precisavam dessa forma de atendimento. Pensando no grupo de adolescentes, pode-se pensar que a falta de serviços já mencionada pode ser um fato que leva a que esse grupo específico não ter acesso a opções que dialoguem com os pressupostos das políticas vigentes.

Frente a isso, este estudo tem como questão de pesquisa: **Qual o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre?**



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Caracterizar aspectos relacionados a internação: diagnósticos, motivo da internação, tempo médio de duração, medicamentos prescritos e riscos apresentados.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 REFORMA PSIQUIATRICA E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ADOLESCENCIA

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (EISENSTEIN, 2005).

Adolescência é entendida como o segundo grande salto para a vida, o salto em direção a si mesmo, como ser individual. Esses autores distinguem puberdade de adolescência. Puberdade refere-se aos fenômenos fisiológicos, que compreendemos mudanças corporais e hormonais, enquanto adolescência diz respeito aos componentes psicossociais desse mesmo processo (FERREIRA et al, 2010).

A fase da adolescência tem importância vital para a estruturação de personalidade do indivíduo, além de ser uma época da vida em que os melhores índices de saúde, vitalidade e criatividade são vividos, permitindo que o adolescente se responsabilize pelas tarefas da vida adulta e se lance em novos sonhos e perspectivas (AVANCI et al, 2007).

Para Assis et al (2003) a adolescência é um período de mudança e transição, que afeta os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais. Eles guardam em comum o fato de terem histórias de vida e experiências particulares, sofrerem, transtornarem-se e poderem expressar de diferentes maneiras seu transtorno, mal-estar ou sofrimento intenso. São sujeitos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, aprender, mas também serem atravessados por enigmas inerentes à sua condição humana. São seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos (COUTO & DELGADO, 2015).

A adolescência parece ser uma das fases do desenvolvimento humano em que um grande número de mudanças ocorre em um período de tempo muito curto, o que supõe uma certa preocupação em relação ao desenvolvimento de problemas ligados à saúde mental (BAPTISTA et al, 2001). Frente às características dessa população específica, a atenção no cuidado a saúde desses usuários tem ganhado ao longo do tempo visibilidade na atenção à saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica surge a partir do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no fim dos anos 1970, que traz a necessidade de melhor qualificação da assistência psiquiátrica, mas também das transformações das relações sociais e a discussão das formas de isolamento e segregação social. Assim, um dos pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira será a luta pela desinstitucionalização, buscando a superação da cronicidade, a transformação dos modelos e paradigmas da assistência centrada no manicômio, dos internos e da internação como única resposta à doença mental (POLETTI, 2008).

A Reforma Psiquiatria e o Movimento da Luta Antimaconial têm como princípio a substituição do modelo asilar, como forma de tratamento em saúde mental pelo modelo substitutivo, que desloca o seu objeto de intervenção da doença e dos sintomas para os sujeitos e grupos que vivem a experiência do sofrimento psíquico em seus contextos. Em outras palavras transfere o *locus* das intervenções dos hospitais e do interno do serviço para o território, utilizando-se de recursos sociais que possam dialogar com as necessidades singulares dessa população e investir na construção de lugares de pertencimento, onde prevaleça o respeito as diferenças subjetivas e a possibilidade do efetivo exercício das potencialidades e trocas sociais (BLIKSTEIN, 2012).

O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta principal a redução do número de leitos nos manicômios e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos (TANAKA & RIBEIRO, 2009).

Do século XIX até meados do século XX, os hospitais psiquiátricos eram considerados a mais eficaz modalidade terapêutica à loucura. O isolamento social e as práticas coercitivas eram suas ferramentas, considerados um gesto humanitário e civilizatório, condições fundamentais para o “tratamento moral” colocado por estes primeiros psiquiatras (POLETTI, 2008).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se consolidando enquanto modelo assistencial nos últimos 30 anos. Os avanços alcançados nesse período são inegáveis onde se percebe a redução do número de leitos de longa permanência, a abertura, a diversificação e a interiorização dos serviços Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de uma rede de serviços e estratégias de atenção como os Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de atenção integral em hospitais gerais, consultórios de rua, integração da rede à Estratégia Saúde da Família (ESF), construção de políticas de geração de renda, entre outros (VALADARES, 2013)

No entanto, é somente no ano de 2001 que a Reforma Psiquiátrica é implantada definitivamente como política oficial com a promulgação da lei 10.216/2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e associando-o ao movimento do Sistema Único de Saúde de ampliação de redes e a necessidade do ingresso da saúde mental (POLETTI, 2008).

Segundo a Lei Federal 10.216, entra em vigor no país, orientando o tratamento em serviços de base comunitária. O artigo 2, item IX, da referida Lei: Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX -Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A reorientação da assistência psiquiátrica brasileira, consolidada com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), Lei nº 10.216/2001, teve como eixo norteador a garantia de dignidade e de liberdade para pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico. Diante de críticas e denúncias de diferentes atores sociais sobre as condições desumanas e pouco terapêuticas dispensadas aos

considerados doentes mentais nos hospitais psiquiátricos brasileiros, bem como do reconhecimento de experiências de transformação da assistência psiquiátrica em outros países, o processo de reforma psiquiátrica ganhou força no Brasil (ANDRADE & MALUF, 2017).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em 1987, num momento em que o país vive a total crise política, fortalecimento dos movimentos civis pela redemocratização, crise econômico-financeira na Previdência Social, total inadequação do sistema de saúde vigente acelerando a reforma e implantação do Sistema Único de Saúde. Agrega-se a este processo a nova Constituição que vem em 1988, trazendo a característica essencial à Reforma Psiquiátrica Brasileira: o desafio de devolver a cidadania aos doentes mentais. Nesta conferência, reafirma-se a crítica ao modelo asilar e aproxima-se o modelo terapêutico a alguns princípios do SUS, como universalização e equidade do acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais, descentralização na gestão e assistência, ações integradas de saúde (POLETTI, 2008).

Nesta conferência, o compromisso com uma nova visão do transtorno mental e com sua forma de tratamento ficou marcado em suas discussões. Este não era mais tratado per se, mas com uma visão que passou a abranger uma dimensão política, social e histórica, e buscando garantir os direitos de cidadania da pessoa com transtorno mental. Em relação à criança e ao adolescente, a I Conferência reconheceu a ausência de legislação específica e a deformação conceitual vigente, que considera menores sem lar, 'meninos de rua', como futuros delinquentes ou "psicopatas" e propõe a limitação da internação psiquiátrica de adolescentes e do uso de psicofármacos (CUNHA et al, 2011).

A mobilização expressa na I Conferência se fez sentir no legislativo, materializando-se, em 1989, em um projeto de lei que instituía a Reforma Psiquiátrica no Brasil, espelhado no modelo instaurado na Itália. Este previa a extinção gradual do hospital psiquiátrico. Sua proposta levou doze anos para ser aprovada, resultando na Lei 10.216/2001, de 6 de abril de 2001. Esta Lei substituiu o Decreto 23.559, de 1934, que tratava da "assistência aos loucos". A partir desta data, a Reforma Psiquiátrica brasileira passou a ter peso de lei, e a proposta de rompimento com as práticas asilares se tornou meta governamental (CUNHA et al, 2011).

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi de grande importância não somente ao movimento da Reforma, mas a afirmação e fortalecimento do SUS. Traz as recomendações gerais sobre o modelo de atenção propondo a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de "ruptura com o modelo hospitalocêntrico" e de garantir "o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte (POLETTI, 2008). As proposições centraram-se nos seguintes 3 temas: rede de atenção em Saúde Mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania (REBOLI 2013).

A saúde mental da infância e adolescência tem uma história muito recente. Iniciando-se pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001. Até aquele momento, quem se preocupava com as questões específicas desse grupo era o campo da educação e da assistência social. O relatório final da III Conferência indicou que a construção de uma rede de atenção à saúde infantil-juvenil começaria pela criação dos Centros de Atenção Psicossocial para a infância, os CAPSi (BRASIL, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 2001 e teve como Tema "Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social". Os debates se organizaram através dos subtemas: financiamento; recursos humanos; controle social, acessibilidade; direitos e cidadania (REBOLI, 2013).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental (POLETTI, 2008).

Com a Reforma Psiquiátrica e a aprovação da lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), as duas realizadas em 2001, elevaram o nível de institucionalidade da reforma psiquiátrica brasileira, ampliando o alcance de suas ações e a aplicação de seus princípios. Com essa Lei, a saúde mental passou a se organizar como uma política de estado baseando-se na defesa dos

direitos de pacientes mentais e não apenas como um programa de governo (COUTO & DELGADO, 2015).

Dois meses depois da III CNSM, em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria 336/2002 abrangendo uma parte que fala especificamente à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi. As orientações contidas nessa portaria, sendo a primeira na história do SUS com orientações para a SMCA. Dois anos depois, em 2004, foi criado, também pelo Ministério da Saúde, o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2005).

De acordo com a Portaria nº 336/2002, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e objetiva ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2009). Como um sistema aberto de assistência a crianças e adolescentes, o CAPSi conta com equipe multiprofissional, e possibilita não só atendimentos clínicos especializados, mas também tem como função promover saúde e inserir o usuário crianças e adolescentes no meio social e reabilitá-lo no meio em que vive e tem a finalidade de romper com o estigma da loucura (RONCHI & AVELLAR, 2010).

As mudanças no cenário de uma política em saúde mental para população infanto-juvenil tiveram como marcos a Reforma Psiquiátrica, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, que exigiu a reestruturação da assistência (BRAGA & D'OLIVEIRA, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), importante documento legal, aprovado em 1990, que tem o objetivo de assegurar os direitos de cidadania a crianças e jovens, visa a enfatizar o caráter de cidadão das crianças e dos adolescentes e a garantir os seus direitos, asseverando a necessidade do Estado garantir a proteção integral desses sujeitos, com a constituição de ambientes e de vínculos sociais e familiares afetivos, o pertencimento a um território e a seu tecido social, a educação em escolas, a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros. Com efeito, o ECA é um marco histórico para a construção de novas políticas e modos de atenção voltados para a população infanto-juvenil (BRAGA et al, 2017).

Com a aprovação da Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece os critérios de organização e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu-se uma série de novos debates e desafios para Política Nacional de Saúde Mental. Destaca-se a estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios das capitais e municípios do interior (MACEDO et al, 2017).

Na situação de diferentes países, ficou marcada uma defasagem da necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela (COUTO et al, 2008).

De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta. Tais especificidades tendem a permanecer invisíveis na agenda mais geral das políticas de saúde mental, requerendo, assim, a proposição de uma agenda política específica (COUTO, 2004).

Com o objetivo de superar essa delegação silenciosa e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência como um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS. A principal finalidade desta política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades de crianças e adolescentes. Duas ações prioritárias escolhidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no começo do século XXI, para iniciar o processo de construção de redes, a primeira é a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi) e a segunda é o desenvolvimento de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, como educação, assistência social, justiça e direitos (COUTO, 2004).

Em um estudo que teve como objetivo realizar uma revisão sistemática, reunindo os recentes estudos que avaliaram a prevalência de transtornos mentais na



infância e adolescência e possíveis fatores associados identificaram estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), que crianças e adolescentes representam respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial (THIENGO et al, 2014).

Os possíveis fatores associados à ocorrência de transtornos mentais nessas populações, os quais podem ser agrupados em fatores biológicos, relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas; fatores genéticos, relacionados à história familiar de transtorno mental; fatores psicossociais, relacionados a disfunções na vida familiar e situações indutoras de estresse; e fatores ambientais, como problemas na comunidade (violência urbana) e tipos de abuso (físico, psicológico e sexual) (THIENGO et al, 2014).

Estima-se que de 10 a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Tem também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes (BRASIL, 2018).

Em outro estudo que descreve a prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes escolares brasileiros, segundo macrorregiões, tipo de escola, sexo e idade, avaliaram 74.589 adolescentes identificou que a taxa de transtornos mentais foi mais elevada entre meninas quando comparadas aos meninos não havendo diferença importante por macrorregião ou tipo de escola (LOPES et al, 2016).

No estudo de Benetti et al (2007) foi realizado o levantamento da produção nacional sobre a saúde mental na adolescência. Esse estudo identificou que algumas situações são prioridades na adolescência, tais como depressão, suicídio e psicoses. Além dessas, também devem ser considerados os transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares e as condições médicas associadas, como diabetes e epilepsias.

A gênese dos problemas de saúde mental em adolescentes vincula-se aos vários fatores, ao determinismo genético e as desordens cerebrais, a exemplo da epilepsia, violência, perda de pessoas significativas, adversidades crônicas, eventos estressantes agudos, problemas no desenvolvimento, adoção, abrigo, além de

problemas culturais e sociais que repercutem de forma significativa no desenvolvimento (FEITOSA et al, 2011).

Para uma adequada atenção a esses problemas é necessário o desenvolvimento de ações focalizando a saúde mental da criança e do adolescente baseadas na compressão, na intervenção sobre as situações identificadas e na elaboração de diretrizes políticas (BENETTI et al, 2007).

Considerando isso, por meio da análise de prontuários o estudo tem como objetivo caracterizar o perfil de adolescentes em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre, considerando-se assim, aspectos relacionados a sua internação.

## 4 MÉTODO

Este estudo é um subprojeto do projeto intitulado “Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre”.

### 4.1 TIPOS DE ESTUDO E DELINEAMENTO

Estudo quantitativo transversal, do tipo exploratório e descritivo, realizado a partir da técnica de análise de prontuários.

Este delineamento vem a contribuir, pois, por meio do estudo da frequência e da distribuição desses eventos em função das variáveis ligadas a pessoa, lugar e tempo permite caracterizar um perfil epidemiológico das populações, possibilitando intervenções de saúde coletiva (NETO et al., 2013). A partir da análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros, os resultados da pesquisa quantitativa são tomados como se estivesse abordando um retrato real de toda a população alvo da pesquisa (FONSECA, 2002).

Boente e Braga (2004) trazem uma classificação de pesquisas quanto aos objetivos e fases, dentre estas encontram-se as descritivas e exploratórias, sendo a primeira quando há um levantamento de dados e o porquê dos mesmos, e a segunda quando há necessidade de investigação do objeto de estudo pois esse possui poucas informações.

A realização da coleta de dados em prontuário conta com as vantagens de ser uma fonte rica e estável de dados, não há a necessidade de contato com o paciente, baixo custo e subsistência ao longo do tempo, porém, entre as limitações deste tipo de pesquisa encontram-se a não representatividade e na qualidade ou falta de registro de informações nos prontuários (GIL, 2008).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em uma unidade de saúde mental do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande

do Sul. Fundado em 24 de janeiro de 1953. No início dos anos 1980, o HMIPV tornou-se referência regional no atendimento a gestantes de alto risco, desfrutando de posição privilegiada no ranking dos hospitais administrados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Em 24 de agosto de 2000, o HMIPV passou para a gestão municipal, através de termo de cessão de uso firmado entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura de Porto Alegre. Neste mesmo ano, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, mantido até hoje (HMIPV, 2018).

Atua nas mais diversas especialidades nas áreas de pediatria, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria. Especializado no atendimento materno-infantil, atua como serviço de referência à rede pública de saúde. Oferece um serviço de assistência de alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética às mulheres, crianças e adolescentes, desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa, busca transformar-se em centro de excelência e referência para Porto Alegre e Região Metropolitana (HMIPV, 2018).

A unidade de internação de saúde mental está localizada no quinto andar do bloco A do hospital, conta com 24 leitos, no qual apenas 18 leitos encontram-se em funcionamento, dos quais cinco ficaram destinados ao tratamento de gestantes usuárias de crack no qual o hospital é referência e cinco destinadas às adolescentes, e os outros dez leitos é reservado a psiquiatria em geral. O restante dos leitos no qual não foram atribuídos a pacientes ficam desocupados pela falta de recursos humanos e funcionários na unidade.

Os cinco leitos destinado às adolescentes ficam no mesmo quarto, sendo supervisionadas em conjunto. Os leitos destinados às gestantes usuárias de drogas ficam distribuídos com os leitos das pacientes da psiquiatria em geral, pelo fato de que elas possam compartilhar das mesmas histórias e muitas delas provêm das ruas.

As pacientes internam na Psiquiatria do HMIPV provenientes da Emergência Psiquiátrica do Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul (PACS) ou Emergência Psiquiátrica do IAPI.

A Internação recebe os pacientes de Porto Alegre atendidos nos dois Pronto Atendimentos Psiquiátricos citados anteriormente. Os leitos são regulados pela Central de Regulação do Município de Porto Alegre. Unidade funciona 24h, porém, o hospital recebe as pacientes para internação das 8h às 17h30min, diariamente.

A unidade conta com uma equipe composta por seis enfermeiros correspondendo um enfermeiro para cada turno. A equipe conta com 18 técnicos de

enfermagem correspondendo (quatro técnicos no turno da manhã, quatro técnicos no turno da tarde, quatro técnicos no turno da noite A, três técnicos na noite B e três técnicos na noite C).

A unidade de internação psiquiátrica configura-se com uma equipe multiprofissional, com residentes da psiquiatria infantil e psiquiatria em geral, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

A internação de adolescentes iniciou-se no ano de 2016, até então adolescentes com transtornos mentais eram encaminhadas às instituições e hospitais de referência.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi de pacientes internadas em uma unidade de saúde mental de um hospital de Porto Alegre, a amostra constituiu-se nos prontuários de todas as pacientes internadas no período compreendido entre julho de 2015 e agosto de 2017. As pacientes que estiveram internadas mais de uma vez, foram consideradas os dados referentes de cada internação, separadamente, desde que estivessem no período estipulado.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Nesse subprojeto foram utilizados os dados referentes aos prontuários das pacientes adolescentes entre 14 a 19 anos de idade. A idade mínima está condicionada as regras da instituição a ser estudada que interna adolescente a partir dessa faixa etária. Já a idade máxima terá como referência a preconizada pela OMS, que conforme já referido, define a adolescência com idade entre 10 a 19 anos.

#### 4.5 COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante os meses de abril e maio de 2018, por uma equipe composta por sete coletadoras. A equipe foi constituída por quatro discentes da graduação, duas discentes da pós graduação e duas docentes todas vinculadas à Escola de Enfermagem da UFRGS. A equipe participou da construção

do instrumento, e do treinamento da aplicação dos instrumentos afim de padronizar a coleta das informações.

A partir disso a coleta de dados da Pesquisa foi realizada em três momentos: primeiramente, foi realizado um levantamento de todas as pacientes internadas no local do estudo, no período estipulado pela pesquisa, no livro de registro utilizado pela unidade, onde são registradas todas as internações ocorridas. Este levantamento possibilitou identificar o número dos prontuários das pacientes para a etapa posterior.

No segundo momento, foi realizado um estudo-piloto com o instrumento para avaliar, corrigir possíveis erros e fazer os ajustes necessários no instrumento, foi desenvolvido um estudo-piloto com três prontuários antes do início da pesquisa. Este estudo-piloto permitiu algumas readequações de termos no instrumento para o padrão utilizado pela instituição, assim como a retirada e acréscimo de informações de acordo com os registros encontrados.

Após esta etapa, os prontuários das pacientes foram consultados diretamente no Serviço de Arquivo Médico (SAME), conforme amostra, com auxílio de um instrumento pré-codificado (ANEXO A). Como trata de uma pesquisa documental a busca é realizada em documentos com dados secundários, a mesma pode ser feita no ato do registro ou posteriormente (MARCONI; LAKATOS, 2010). Foram considerados os dados referentes à última internação.

Neste subprojeto os dados serão provenientes do banco de dados do projeto original, sendo consideradas os prontuários das pacientes adolescentes internadas no hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

#### 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O instrumento de coleta de dados foi composto por um formulário estruturado contendo variáveis que visavam identificar aspectos demográficos, sociais, condições de saúde, informações sobre a internação, rede de serviços de referência e contra referência, histórico policial e legal. Para avaliação dos desfechos foram utilizadas as variáveis listadas a seguir:

1- Idade: Refere-se à idade da paciente no dia da internação.

2- Cor: Refere-se a cor da pele autodeclarada da paciente. Estratificada em: branca, preta, parda, amarela e indígena.

3- Escolaridade: Refere-se ao nível de escolaridade da paciente. Estratificado em: fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo e sem escolaridade.

4- Com quem mora: Refere-se a com quem a paciente reside. Estratificado em: pai, mãe, filhos, companheiro(a), padrasto/madrasta, outros familiares, instituição, amigos ou sozinho.

5- Ocupação: Refere-se ao trabalho/ocupação da paciente. Estratificado em: Aposentada/afastada/beneficiária, desempregada, estudante, serviços gerais, empregada doméstica, secretária, trabalhadora do comércio, indústria, do lar, trabalhadora de saúde, trabalhadora da educação, trabalhadora do sexo, autônoma e sem ocupação.

6- Estado conjugal: Estratificada em: com companheiro(a) e sem companheiro(a).

7- Estado civil: Refere-se ao estado civil da paciente. Estratificado em: solteira, casada, divorciada e viúva.

8- Procedência: Refere-se ao lugar de onde provém. Estratificado em: Porto Alegre ou outro. Quando de Porto Alegre estratificado a partir dos Bairros constituintes da cidade. Quando outro estratificado em cidades de procedência.

9- Situação de rua: Refere-se a paciente encontrar-se em situação de rua. Estratificado em: sim ou não.

10- Histórico policial/legal: Refere-se a registros policiais/legais contra a paciente. Estratificado em sim ou não.

11- Primeira internação: Estratificada em sim ou não.

12- Motivo da internação: Refere-se a causa da internação. Estratificado em: suicídio (risco, ideação ou tentativa), autoagressão, heteroagressão (homicídio), agudização do quadro psiquiátrico, risco ao conceito e condições clínicas.

13- Encaminhamento: Refere-se ao serviço que fez o encaminhamento da paciente para internação. Estratificado em: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Pronto

Atendimento IAPI, Ambulatório HMIPV e outros (transferência de outros hospitais e outros andares do hospital).

14- Diagnóstico: Refere-se a hipótese diagnóstica da internação. Estratificado em: transtorno por uso de substâncias, transtorno afetivo bipolar/humor bipolar, transtorno depressivo, transtornos alimentares, esquizofrenia (esquizoafetivo), transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade, retardo mental/transtorno global do desenvolvimento/autismo e outros (transtorno orgânico não especificado, transtornos somatoformes e dissociativos).

15- Riscos: Refere-se aos riscos apresentados pela paciente no momento da internação. Estratificado em: tentativa de suicídio, ideação suicida, exposição moral e agressividade.

16- Alta para: Refere-se ao segmento da paciente após a internação. Estratificado em: ambulatório (especialista, psicoterapia/psicoeducação e Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)), CAPS (Hospital dia), atenção básica, comunidade terapêutica e outros

17- Medicamentos: Refere-se aos medicamentos prescritos na alta. Estratificado em: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, não psiquiátricos e outros medicamentos psiquiátricos.

18- Problema crônico de saúde: Estratificado em sim ou não.

19- Qual problema crônico: estratificado em hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias, HIV, hepatites, hipotireoidismo e outras doenças.

20- Consumo de drogas: Estratificado em sim ou não.

21- Quais drogas: Refere-se aos tipos de drogas usadas pelas pacientes. Estratificado em: maconha, cocaína, crack, heroína, álcool, tabaco e outras.

22- Gestante: Refere-se a paciente estar gestante no momento da internação. Estratificado em sim ou não.

23- Sofreu violência: Estratificado em sim ou não.

24- Tipo de violência: Caso a paciente tenha sofrido violência qual o tipo. Estratificado em: física, sexual, verbal, psicológica e outras.



#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as informações coletadas foram codificadas, digitadas e organizadas pela equipe de coletadoras no editor de planilhas Microsoft Office Excel constituindo-se o banco de dados. O banco de dados foi exportado para o software estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22.0, onde foram feitas as análises a partir de técnicas estatística descritivas: análise frequência e prevalência.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa de origem foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o n 33479 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, sob o parecer n° 2.465.372 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) (ANEXO C).

A presente pesquisa configura-se, assim, como um subprojeto da pesquisa Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre e, portanto, também segue diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos n 466/2012 do Conselho Nacional de saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta o uso de dados secundários em pesquisas (BRASIL, 2012). Tendo aprovação pela COMPESQ da Escola de Enfermagem da UFRGS sob o n° 34953.

Além disso, é apresentado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE A), por oferecer risco substancial a privacidade dos dados e, para isso, foi assumido o compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato das pacientes.

Apresenta-se, também, a Carta de Autorização do Coordenador da Pesquisa (APÊNDICE B) que mostra a ciência e autorização do coordenador para a utilização dos dados dos prontuários das pacientes adolescentes para este estudo.

## 5 RESULTADOS

Inicialmente a pesquisa propôs analisar 314 prontuários físicos, no entanto obtendo quatro perdas de prontuários, em razão do setor responsável pelos mesmos não encontrá-los, caracterizando assim uma amostra total de 310 prontuários. Como esse estudo se trata de um recorte, constituiu-se parte dos resultados apresentados a seguir apenas os dados dos prontuários das pacientes adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental.

Nesse sentido, o total de prontuários de pacientes adolescentes internadas no período de julho de 2015 a agosto de 2017, entre 14 a 19 anos, corresponde a uma amostra de 46 (14%) dos prontuários totais no mesmo período. Os dados apresentados na Tabela 1, correspondem ao perfil sociodemográfico das adolescentes internadas com as seguintes variáveis: idade em anos, cor, escolaridade, com quem mora, ocupação, estado conjugal, estado civil, procedência, situação de rua, histórico policial legal.

**Tabela 1** – Característica sociodemográfica de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Idade em anos</b>		
14	10	21,7
15	6	13,0
16	10	21,7
17	12	26,1
18	7	15,2
19	1	2,2
<b>Cor</b>		
Branca	22	47,8
Preta	10	21,7
Parda	14	30,4
<b>Escolaridade</b>		
Fund. Incompleto	27	58,7
Fund. Comp.	3	6,5
Médio incompleto	14	30,4
Médio Completo	1	2,2
Não informado	1	2,2
<b>Com que mora</b>		
Familiares	33	71,7
Companheiro	2	2,2
Instituição	11	23,9
<b>Ocupação</b>		
Desempregada	5	10,9
Estudante	34	73,9
Serviços Gerais	1	2,2
Comercio	2	4,3
Sem Ocupação	3	6,5
Não informado	1	2,2

<b>Estado Conjugal</b>		
Com Companheiro	14	30,4
Sem Companheiro	28	60,9
Não informado	4	8,7
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	43	93,5
Casada	3	6,5
<b>Procedência</b>		
Porto Alegre	37	80,4
Outros	9	19,6
<b>Em situação de rua</b>		
Sim	1	2,2
Não	45	97,8
<b>Histórico policial legal</b>		
Sim	1	2,2
Não	45	97,8
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Referente a variável idade em anos, identifica que 26,1% das adolescentes internaram com idade de 17 anos; sendo 47,8% de cor branca; 21,7% de cor preta e 30,4% de cor parda.

Em relação ao tempo médio de internação 41,3% ficaram internadas em um intervalo de 15 a 30 dias. .

Quanto a escolaridade 58,7% possuem ensino Fundamental Incompleto e 30,4% Ensino Médio Incompleto.

No que se refere a variável *com quem mora* 71,7% das adolescentes reside com familiares o que inclui mãe, pai, tios, irmãos, padrasto e madrasta. Constata-se que 23,9% moram em instituição e 2,2% reside com companheiro.

Quanto ao *estado civil*, 93,5% são solteiras, mas em relação ao *estado conjugal* 30,4% tem companheiro. Em relação a *procedência* 80,4 % são oriundas de Porto Alegre e 19,6% moram em outros municípios.

Em referência a situação de rua 2,2% encontra-se em situação de rua. Referente ao histórico policial legal 97,8% das adolescentes não possuem nenhum tipo de registro na polícia.

Já a **Tabela 2**, correspondem ao perfil clínico de adolescentes internadas e serão apresentadas as seguintes variáveis: primeira internação, número de internações anteriores, motivo de internação, serviço que encaminhou, diagnóstico, riscos apresentados, alta e medicamentos.

**Tabela 2-** Perfil clínico de adolescente internadas em uma unidade de saúde mental no município de Porto Alegre.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>sociodemográficas</b>		
<b>Primeira internação</b>		
Sim	26	56,5
Não	20	43,5
<b>Número de internações anteriores</b>		
Sim	20	43,5
<b>Média</b>		2,5
<b>Motivo da internação</b>		
Suicídio	18	39,1
Suicídio e agudização do quadro	5	10,9
Suicídio e risco ao conceito	1	2,2
Autoagressão	11	23,9
Heteroagressão	2	4,3
Agudização do quadro	5	10,9
Agudização do quadro e Risco ao conceito	1	2,2
<b>Serviço que encaminhou</b>		
PACS	9	19,6
IAPI	19	41,3
Ambulatório	5	10,9
Outros	6	13,0
Não informado	7	15,2
<b>Diagnóstico</b>		
Trans. de humor bipolar (THB)	4	8,7
Trans. de humor bipolar e Uso de Substancia	1	2,2
Trans. de humor bipolar e Trans. de personalidade	1	2,2
Trans. de humor bipolar e retardo mental	2	4,3
Transtorno depressivo	18	39,1
Trans. depressivo e trans. Por uso de substancia	1	2,2
Trans. depressivo e trans. Alimentar	2	4,3
Trans. depressivo e trans. de personalidade	4	8,7
Trans. depressivo e trans. Ansiedade	1	2,2
Trans. depressivo e outros	1	2,2
Transtorno alimentar	3	6,5
Trans. alimentar e trans. De personalidade	2	4,3
Trans. alimentar e retardo mental	1	2,2
Esquizofrenia	1	2,2

Trans. de personalidade e trans. THB	1	2,2
Retardo mental	3	6,5
<b>Riscos apresentados</b>		
Tentativa de suicídio	8	17,4
Tentativa de suicídio e Ideação suicida	6	13,0
Tentativa de suicídio e agressividade	2	4,3
Ideação suicida	9	19,6
Ideação suicida e exposição moral	4	8,7
Ideação suicida e agressividade	6	13,0
Agressividade	5	10,9
Exposição moral	4	8,7
Não informado	2	4,3
<b>Alta</b>		
Ambulatório	38	82,6
CAPS	2	4,3
Atenção básica	1	2,1
Outros	2	4,3
Não informado	3	6,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Medicamentos</b>		
Antipsicóticos	35	77,7
Antidepressivo	20	44,4
Estabilizador do humor	17	37,7
Ansiolítico	3	6,6
Anticonvulsivante	2	4,4
Antiparkinsonianos	3	6,6
Outros medicamentos psiquiátricos	1	2,2

Referente a variável *primeira internação* 56,5% foram internadas pela primeira vez. Entretanto, das adolescentes que tiveram internações anteriores, apresentaram uma média de 2,5 internações anteriores para cada adolescente.

No que tange ao *motivo de internação*, no momento da admissão, 39,1% das adolescentes estiveram internadas por tentativa de suicídio, 23,9% estiveram internadas por autoagressão, 4,3% por heteroagressão e 10,9% por agudização do quadro psiquiátrico.

Em relação aos *serviços* que mais encaminharam as adolescentes ao HMIPV foram os serviços de emergência do IAPI 41,3% e o PACS 19,6%. Há ainda uma pequena porcentagem dos outros serviços de encaminhamento, entre esses estão o ambulatório de saúde mental 10,9%.

Entre as características dos *diagnósticos* apresentados no momento da internação, apresentou-se que 39,1% das adolescentes foram diagnosticadas com transtorno depressivo. Das adolescentes que foram diagnosticadas com depressão, havia a comorbidade psiquiátrica, ou seja, além do diagnóstico de depressão, também haviam sido diagnosticadas com transtorno alimentar, ou transtorno por uso de substância, ou transtorno de ansiedade, ou transtorno de personalidade.

Evidenciou-se que 8,7% das pacientes foram diagnosticadas com transtorno de humor bipolar (THB). Das adolescentes que foram diagnosticadas com transtorno de humor bipolar havia outro diagnóstico concomitante, como por exemplo: transtorno de humor bipolar e transtorno por uso de substância, transtorno de humor bipolar e transtorno de personalidade e retardo mental.

Os transtornos alimentares, retardo mental e esquizofrenia foram identificados respectivamente em 6,5%, 6,5% e 2,2% das adolescentes internadas.

Entre os *riscos* apresentados no momento da internação, 19,6% somente com ideação suicida, seguido 17,4% somente com tentativa de suicídio. Observa-se também que esses riscos também co-existem com outros riscos apresentados a Tabela 2 apresenta.

O estudo identificou que 82,6% das adolescentes receberam como contra referência o serviço de ambulatório de psiquiatria do HMIPV, 4,3% para o CAPS e 2,1% para a atenção básica.

Com o que corresponde a variável *medicamentos*, o estudo identificou três principais grupos de medicamentos registrados, e que foram na alta hospitalar 77,7% das adolescentes receberam prescrição de antipsicóticos, 44,4% de antidepressivos e 37,7% de estabilizadores do humor associados. Ressalta que uma amostra de adolescentes pode ter recebido a prescrição de mais de um medicamento, de mesmo grupo ou não. A média de medicamentos prescritos na alta foi de 2,5 medicamentos psiquiátricos para cada adolescente.

Os resultados a seguir apresentados na **tabela 3** correspondem as variáveis: problema crônico de saúde, consumo de drogas, tipo de drogas, gestante, sofreu violência, tipos de violência.

**Tabela 3-** Características de adolescentes internadas relacionadas a condição de saúde, consumo de drogas e violência.

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<b>Problema crônico de saúde</b>		
Sim	15	32,6
Não	30	65,2
Não informado	1	2,2
<b>Consumo de drogas</b>		
Sim	10	21,7
Não	35	76,1
Não informado	1	2,2
<b>Tipo de drogas</b>		
Maconha	4	8,6
Cocaína	1	2,1
Álcool	8	17,3
Tabaco	3	6,5
Outros	2	4,3
<b>Gestante</b>		
Sim	4	8,7
Não	42	91,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Sofreu Violência</b>		
Sim	34	73,9
Não	10	21,7
Não informado	2	4,3
<b>Tipos de violência**</b>		
Física	2	4,3
Física e verbal	7	15,2
Física e psicológica	2	4,3
Física e sexual	6	13,0
Psicológica	5	10,9
Psicológica e sexual	1	2,2
Sexual	9	19,6
Sexual e outra	1	2,2
Outra	1	2,2

Conforme a **Tabela 3**, 32,6% das adolescentes internadas apresentam problema crônico de saúde. Considerando o consumo de drogas 21,7% adolescentes fazem uso de algum tipo de droga. Entre os tipos identificados 17,3% das pacientes fazem uso de álcool e 8,6% fazem uso de maconha. Ressalta que uma mesma adolescente pode fazer o uso de uma ou mais droga.

Do total das adolescentes 8,7% estavam grávidas durante a internação, porém (n=9) já estiveram engravidadas e destas (n=7) tiveram uma gestação e (n=2) tiveram duas gestações.

Além disso o estudo apresentou a variável *sofreu violência* 73,9% das pacientes sofreram algum tipo de violência. Entre as adolescentes internadas, 19,6% sofreram abuso sexual, 19,9% sofreram violência psicológica e 13 %. Das adolescentes sofreram violência do tipo física e sexual.



## 6 DISCUSSÃO

A fim de aprofundar a discussão o estudo buscou identificar o perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre cruzando variáveis sociodemográficas. O total da amostra constituiu-se de um total de 46 adolescentes internadas num período de dois anos. A unidade de internação começou a internar as adolescentes no ano de 2016, até então, a unidade de internação não internava a população juvenil.

. Entre as variáveis sociodemográficas, investigou-se: cor/raça, escolaridade, se estava trabalhando (sim/não); com quem mora (com quem vive); estado conjugal, estado civil, procedência, situação de rua, histórico policial, motivo de internação, diagnóstico, serviço que encaminhou, riscos apresentados, medicamentos, uso de drogas, tipo de drogas, se gestante, se sofreu violência.

Em um estudo realizado em São Paulo realizaram um levantamento em seis hospitais onde obtiveram entrevistas com adolescentes internadas e mediante coleta em prontuários, identificaram que metade das adolescentes tinham até o Ensino fundamental Completo, cerca de 20% trabalhavam no momento da internação. Quanto ao hábito das adolescentes 11,7% referiram ter fumado, 8,8% consumiram álcool e 1,2% usaram drogas ilícitas (JORGE et al, 2014).

Referente ao estudo identificou-se que das adolescentes internadas, 58,7% tinham o ensino fundamental incompleto e que cerca de 73,9% eram estudantes. Quanto ao hábito uso de drogas 17,3% consumiam álcool, 8,6% fazem uso de maconha. Entre os achados da pesquisa, identificou-se que o tempo médio de internação das adolescentes foi de 41,3%, que todas as adolescentes possuem algum tipo de escolaridade, sendo que 58,7% possuem ensino Fundamental Incompleto e 30,4% Ensino Médio Incompleto, que 71,7% das adolescentes reside com familiares, que 60,9% das adolescentes não tem companheiro e 93,5% são solteiras, que 80,4% são oriundas de Porto Alegre e 19,6% moram em outros municípios. Em referência a situação de rua 97,8% das adolescentes não se encontram em situação de rua, sendo que 2,2% encontra-se em situação de rua. Referente ao histórico policial legal 97,8% das adolescentes não possuem nenhum tipo de registro na polícia. Diante do

estudo presente houve um percentual diferente no que condiz com características sociodemográficas e clínicas das adolescentes.

Em um estudo retrospectivo observacional, cuja amostra foi selecionada de uma população clínica de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos que teve por objetivo caracterizar a população de adolescentes internados em uma unidade de saúde mental por tentativa de suicídio (TS) compreendida entre dois anos, identificou-se uma amostra de 28 adolescentes, sendo 20 (71%) do sexo feminino e 8 (29%) sexo masculino. A falta de estrutura familiar é patente nestes jovens, de referir ainda que apenas 25% (7) pertence a uma família nuclear. Cerca de 39,2% (11) apresentava antecedentes familiares de doença psiquiátrica nos pais e 21% (6) referia antecedentes familiares de TS. Muitos adolescentes apresentavam seguimentos anteriores (60,7%; 17) e TS prévios (30,1%; 14) (CORDOVIL et al, 2009).

Referente aos motivos da internação a maioria das adolescentes foram internadas pela primeira vez 56,5%. No que tange ao motivo de internação, no momento da admissão, 39,1% das adolescentes estiveram internadas por tentativa de suicídio, 23,9% estiveram internadas por autoagressão, 4,3% por heteroagressão e 10,9% por agudização do quadro psiquiátrico. Em relação aos serviços que mais encaminharam as adolescentes ao HMIPV foram os serviços de emergência do IAPI 41,3% e o PACS 19,6%. Entre as características dos diagnósticos apresentados no momento da internação, apresentou-se que 39,1% das adolescentes foram diagnosticadas com transtorno depressivo. Já nos registros evidenciou-se que 8,7% das usuárias foram diagnosticadas com transtorno de humor bipolar (THB). Os transtornos alimentares, retardo mental e esquizofrenia foram identificados respectivamente em 6,5% (n=3), 6,5% (n=3) e 2,2%(n=1). Entre os riscos apresentados no momento da internação, 19,6% somente com ideação suicida, seguido 17,4% somente com tentativa de suicídio.

Considerando os registros dos motivos de internação, assim como da avaliação de riscos apresentados pelas adolescentes internadas, no que tange a autoagressão e a heteroagressão, esses são comportamentos autodestrutivos, como são exemplo o comportamento de automutilação e o suicídio, manifestam-se sobretudo em adolescentes que apresentam problemas relacionais, especialmente a nível familiar, onde é frequente existir conflito, com crítica sistemática e falta de afeto, com recurso

a soluções desadaptativas cujas as consequências são, frequentemente e irreversíveis (MESQUITA et al, 2011).

Mesquita et al (2011) em seu estudo, que analisou o envolvimento de adolescentes em comportamentos autodestrutivos, considerando a influência do funcionamento familiar e a sintomatologia depressiva, que dos 49 participantes 12.2% se feriram de forma intencional, 64.6% consiste em realizar corte na pele, 6.25% raspar a pele e 4.1% uso de tesoura, esses dados nos direciona a necessidade de se discutir sobre a prevalência da automutilação na adolescência.

A automutilação é o ato de machucar o corpo sem a intenção consciente de suicídio. Os comportamentos de automutilação incluem cortar, queimar, escoriar a pele e bater em várias partes do corpo de forma repetitiva (OLIVEIRA, 2016).

Em relação a ideação suicida e tentativa de suicídio grande parte dos adolescentes já sentiu vontade de morrer, deste grupo, 68 adolescentes 26.7% já pensaram em fazer alguma coisa para morrer, sendo que 48 (19.1%) referem tê-lo feito. A maioria referiu apenas uma tentativa (62.5%), havendo, contudo, um relato de nove tentativas. Os meios incluem a ingestão de comprimidos, afogar-se e cair de uma varanda. No que diz respeito ao Ambiente Familiar, participantes com risco ao nível de vontade de morrer, intenção suicida e tentativas de suicídio apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente a participantes sem risco, realizando uma avaliação mais negativa deste ambiente (MESQUITA et al, 2011)..

Para Alves et al (2002) a relação drogadição e adolescência é atualmente quase que direta porque a rebeldia e a transgressão sejam inerentes a esta fase da vida e na antiga e usual atitude por parte deles de se contrapor aos costumes tradicionais da cultura, a droga seja entre um dos comportamentos que os jovens adotam nos dias de hoje.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo procurou encontrar informações em uma amostra que representasse a população de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre. Buscou encontrar características sociodemográficas e clínicas destas adolescentes

Os achados deste estudo permitem identificar o perfil das adolescentes internadas e, de modo geral, as adolescentes encontram-se em média com 17 anos, verificando-se maior concentração entre os internamentos nas faixas etárias de 14 à 17 anos. Mais da metade das adolescentes frequenta a escola e há um grande número dentre elas que mora com familiares.

Com relação ao padrão de utilização de drogas, motivo de internação e diagnóstico, os resultados evidenciaram considerável número. Estes aspectos apresentados carregam consigo a sugestão de que intervenções nos serviços desenvolvam atuações a proposição de caminhos e meios para a promoção e bem-estar dessas pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R; K & Luís A. **Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba**. Interação em Psicologia, Curitiba, jun. 2002. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3195/2558>>. Acessado em: 25/06/2018.
- AVANCI, J. Q. et al. **Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-294, set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000300007). Acessado em: 18/06/2017.
- ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.3, pp.669-679. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 18 jul, 2017.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. **Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Saúde debate [online]. 2017, vol.41, n.112, pp.273-284. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010311042017000100273&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042017000100273&lng=en&tlng=pt). Acessado em: 17 /07/2017.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher and DIAS, Rosana Righetto. **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes**. Psicol. cienc. prof. [online]. 2001, vol.21, n.2, pp.52-61. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>.
- BAHLS, Saint-Clair. **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2002, vol.78, n.5, pp.359-366. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000500004>. Acessado em: 23/06/2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério Público do Estado do Paraná. **Aspectos legais da internação psiquiátrica de crianças. Revista Igualdade XLI**. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/pagina-452.html#main-content>. Acessado em: 24/06/2018.
- BLIKSTEIN, F. **Destino de crianças: estudo sobre internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico**. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012
- BOENTE, Alfredo; BRAGA, Gláucia. **Metodologia científica contemporânea**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental. III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210llicnsm.pdf>. Acessado em: 13/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3\\_ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf). Acesso em: 13 abril, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. n. 83. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_9ed.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf). Acessado em: 18/06/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infante juvenil, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infante-Juvenil--2005-.pdf>. Acessado em: 12/04/2017.

BENETTI, S. P. C.; et al. **Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.6, pp.1273-1282. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-452233>. Acessado em: 18/07/2017.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Interface (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, n.52, pp.33-44. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0033.pdf>. Acessado em 18/06/2017.

Braga, Claudia Pellegrini, d'Oliveira, AFPL. **Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação**. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2017/Jan). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politicas-publicas-na-atencao-a-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes-percurso-historico-e-caminhos-de-participacao/16060?id=16060>.

COUTO, M. C. V. C. **Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e adolescentes**. IN: Ferreira, Tânia (Org). A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Ed. Autêntica/FHC-FUMEC, 2004, p. 61-74.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462008000400015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462008000400015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado em: 18/07/2017.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais.** *Psicologia Clínica* 2015, 27. Disponível em: <http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=291042226002>. Acessado em:13/04/2017.

C. Cordovil, M. Crujo, D.F. Guerreiro. **Tentativas de suicídio em adolescentes internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central Sau Mental**, XI (2009), pp. 15-20. Disponível em: [http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/421/1/Rev%20Saude%20Mental%202009\\_XI\\_15.pdf](http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/421/1/Rev%20Saude%20Mental%202009_XI_15.pdf). Acessado em: 19/06/18.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica—Universidade Estadual de Maringá. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 68 76, jan./jun. 2011.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios.** *Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, abr./jun. 2005. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167)>. Acessado em: 18/07/2017.

FERREIRA, T. H. S.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. **Adolescência através dos séculos.** *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp.227-234. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2>. Acessado em: 13/04/2017.

FEITOSA, H. N., RICOU, M., REGO, S. & NUNES, R. Saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**. 2011, 19(1), 259-275. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/521/636](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/521/636). Acessado em: 15/07/2017.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JORGE, M, H. P. M et al. **Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo.** 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2014, vol.23, n.2, pp.305-316. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2237-96222014000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222014000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 23/06/2018.

Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M., Cunha, C. F., Vasconcelos, M. T., Bloch, K. V., e Szklo, M. 2016. ERICA: Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, 50(supl. 1), 14s. doi: [dx.doi.org/10.1590/S01518-8787](https://doi.org/10.1590/S01518-8787)

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** *Saúde soc.* [online]. 2017, vol.26, n.1, pp.155-170. Disponível em:

<http://revistas.usp.br/sausoc/article/view/132832>. Acesso em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902017000100155&lang=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000100155&lang=es). Acessado em: 17/07/2017.

MESQUITA, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, A. **Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes**. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 3, 97-109.

NETO, A. S. L. et al. **Epidemiologia descritiva: características e possibilidades de uso**. In: ROUQUAYROL, M.Z., GURGEL M. (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

OLIVEIRA, F. C. S. **Internação compulsória de adolescentes em hospital psiquiátrico: uma revisão bibliográfica**. TCC(especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Atenção Psicossocial. 2014.. Acesso em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167312>. Acessado em: 17/06/2018.

OLIVEIRA, T. A.; Araújo, M. A. **Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental**. Curso de pós-graduação especialização em saúde mental e atenção básica. Salvador, 2016. Acesso em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/326/1/TCC%20gravar%20%28Tain%C3%A1%20Oliveira%29.pdf>. Acessado em: 19/06/2018.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Rev Bioethikos**. 2010 [citado 2014 mar. 07];4(4):423-30. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/Bioethikos\\_423-430\\_.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/Bioethikos_423-430_.pdf). Acessado em: 13/04/2017.

POLETTI PC. **Intersetorialidade e a clínica em Saúde Mental: construindo e ampliando redes para a inclusão**. Campinas: UNICAMP; 2008. (Programa de Aprimoramento em Saúde Mental). Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tcc2007patriciacoghipoletti.pdf>. Acessado em: 22/04/2017.

PINTO, A. C. S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 555-564, jun 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84122>. Acessado em: 18/07/2017.

REBOLI, Karla Garcia; KRÜGER, Tânia Regina. **Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental**. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS. Anais... Florianópolis, 2013.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. **Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES**. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2010, vol.12, n.1, pp. 71-84. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872010000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872010000100007). Acessado em:13/04/2017.

SA, Daniel Graça Fatori de; BORDIN, Isabel A. Santos; MARTIN, Denise and PAULA, Cristiane S. de. **Fatores de risco para problemas de saúde mental na**



**infância/adolescência.** Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 2010, vol.26, n.4, pp.643-652. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000400008>.

TANAKA, O. Y. RIBEIRO, E. L. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.2, pp.477-486. ISSN 1413-8123. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141381232009000200016&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232009000200016&lng=en&tlng=pt). Acessado em: 18/06/2017.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V. and DELGADO, P. G. G. **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.6, pp.1933-1942. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601933&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601933&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado em: 13/04/2017.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; e LOVISI, G. M. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática.** J. bras. psiquiatr. [online]. 2014, vol.63, n.4. pp.360-372. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 13/04/2017.

VALADARES, F. C. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.2, pp.573-574. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200029). Acesso em: 21 abril, 2017.

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Escola de Enfermagem

Termo de Compromisso de Utilização dos Dados

### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do projeto: Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre

Pesquisadora: Luana Pinto Bumbel

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- 1- Preservar as informações dos informantes cujos dados serão coletados.
- 2- Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão.
- 3- Que as informações serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos da pesquisa.
- 4- Que serão respeitadas todas as normas da resolução 466/2012 e suas complementares na execução deste projeto.

Luana Pinto Bumbel

Luana Pinto Bumbel

Pesquisadora

Porto Alegre, 10 de abril de 2018

## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Escola de Enfermagem

Carta de Autorização do Coordenador da Pesquisa

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA PESQUISA

Declaro para os devidos fins que Luana Pinto Bumbel, Acadêmica do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa: "Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre" para elaborar seu trabalho de conclusão de curso intitulado " Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre". Ressalto que este trabalho faz parte dos produtos oriundos da pesquisa, e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.



---

Christine Wetzel

Coordenadora da Pesquisa

Porto Alegre, 10 de abril de 2018

## ANEXO A

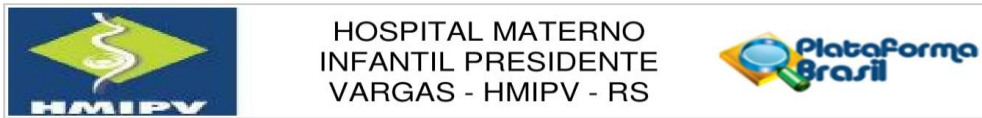
### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Escola de Enfermagem Instrumento de Coleta

INSTRUMENTO DE COLETA							
1	PRONTUÁRIO:						
2	DATA DE NASCIMENTO:						
3	IDADE:       anos						
4	COR DA PELE:	(1) Branca (2) Preta (3) Pard (4) Amarela (5) Indígena (6) Outra. Qual?					(8) não se aplica
5	ESTADO CONJUGAL:	(1) Com companheiro (a) (2) Sem companheiro (a)					
6	ESTADO CIVIL:	(1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) Viúva (5) Divorciada					(8) não se aplica
7	PROCEDÊNCIA:	(1) Porto Alegre. Qual bairro? (2) Outra. Qual?					(8) não se aplica
8	SITUAÇÃO DE RUA:	(1) Sim (2) Não					
9	ESCOLARIDADE:	(1) Fundamental Incompleto (2) Fundamental Completo (3) Médio Incompleto (4) Médio completo (5) Superior Incompleto (6) Superior completo (7) Sem escolaridade					
10	OCUPAÇÃO:						(8) não se aplica
11	MOTIVO DA INTERNAÇÃO:						(8) não se aplica
12	DATA DA INTERNAÇÃO:						(8) não se aplica
13	SERVIÇO DE ENCAMINHAMENTO:						(8) não se aplica
14	PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA:	(1) Sim (2) Não.					(8) não se aplica
15	SE NÃO, NÚMERO DE INTERNAÇÕES PRÉVIAS:						(8) não se aplica
16	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:						(8) não se aplica
17	PROBLEMA CRÔNICO DE SAÚDE:	(1) Sim (2) Não					(8) não se aplica
18	SE SIM:	(1) HAS (2) DM (3) Obesidade (4) HIV (5) Outro. Qual?					(8) não se aplica
19	USUÁRIA DE DROGAS:	(1) Sim (2) Não					(8) não se aplica
20	SE SIM:	(1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Heroína (5) Álcool (6) Tabagismo					(8) não se aplica
21	CRENÇA:	(1) Sim (2) Não					(8) não se aplica
22	SE SIM:	(1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Umbanda (5) Outra. Qual?					(8) não se aplica
23	GESTANTE:	(1) Sim (2) Não					(8) não se aplica
24	NÚMERO DE GESTAÇÕES:						(8) não se aplica
25	NÚMERO DE FILHOS:						(8) não se aplica
26	NÚMERO DE ABORTOS:						(8) não se aplica
27	RISCOS APRESENTADOS:	(1) Tentativa de suicídio (2) Ideação suicida (3) Exposição moral (4) Agressividade					(8) não se aplica
28	TIPO DE INTERNAÇÃO:	(1) Voluntária (2) Involuntária (3) Compulsória					(8) não se aplica
29	SE INVOLUNTÁRIA OU COMPULSÓRIA, JUSTIFICATIVA:						(8) não se aplica
30	MEDICAMENTOS:						(8) não se aplica

31	SOFREU VIOLÊNCIA:	(1) Sim	(2) Não						(8) não se aplica	
32	SE SIM:	(1) Física	(2) Verbal	(3) Psicológica	(4) Sexual				(8) não se aplica	
33	SUSPEITA VIOLÊNCIA:	(1) Sim	(2) Não						(8) não se aplica	
34	SE SIM:	(1) Física	(2) Verbal	(3) Psicológica	(4) Sexual				(8) não se aplica	
35	AGRESSOR:								(8) não se aplica	
36	DATA DA ALTA:								(8) não se aplica	
37	ALTA PARA:								(8) não se aplica	

## ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Escola de Enfermagem  
Parecer do projeto de pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

**Pesquisador:** CHRISTINE WETZEL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78697417.0.3001.5329

**Instituição Proponente:** Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV - RS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.614.547

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como proposta para obtenção do título de mestrado. Trata-se de estudo quantitativo, exploratório descritivo, com o objetivo geral de identificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes em uma unidade internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

A revisão teórica descreve a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1960, por meio da desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental, alterando um modelo pautado na assistência médico centrada em hospitais específicos (manicômios), para o que atualmente é realizado, ou seja, um modelo psicossocial e em rede, em que os hospitais gerais vêm se configurando como pontos de atenção na prestação de assistência em momentos específicos do ciclo da doença, como por exemplo, nas crises. A partir disso, constroem a questão da pesquisa sobre o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em uma unidade de internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes em uma unidade de internação em saúde mental feminina do município de Porto Alegre.

**Endereço:** Av. Independência 661 - Bl. C 7º andar  
**Bairro:** Independência **CEP:** 90.035-076  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-3377 **E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL PRESIDENTE  
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.614.547

**Objetivos específicos:**

- Identificar a prevalência de diagnósticos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).
- Identificar principais motivos de admissão para a internação.
- Caracterizar aspectos relacionados à internação: tempo médio de duração, medicamentos prescritos.
- Conhecer o sistema de referência e contra referência das pacientes.
- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das pacientes nos anos de 2015, 2016 e 2017.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores esta pesquisa oferece risco substancial na privacidade dos dados e, para isso, todos pesquisadores ou colaboradores terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Quanto aos benefícios, a pesquisa produzirá informações que poderão servir como subsídio para um maior conhecimento da população assistida com vistas a melhorias na assistência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será realizado na unidade de saúde mental do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. É uma pesquisa observacional, transversal de dados de indivíduos, mediante a aplicação da técnica de coleta de dados em prontuários.

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

Os termos obrigatórios foram incluídos.

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

Todas as alterações solicitadas pelo CEP foram realizadas. Projeto encontra-se ética e metodologicamente de acordo com a legislação em vigor.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Informamos que toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP HMIPV.
2. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.
3. Para o ingresso nas dependências do hospital o pesquisador responsável deverá solicitar ao CEP

**Endereço:** Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

**Bairro:** Independência

**CEP:** 90.035-076

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-3377

**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

Página 02 de 04



HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL PRESIDENTE  
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.614.547

HMIPV a confecção de crachá para toda a equipe de pesquisa.

4. Para o início da pesquisa, o investigador deverá apresentar à chefia do serviço onde será realizada a pesquisa o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo CEP.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1062757.pdf	22/03/2018 19:51:27		Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_CHEFE_ARQUIVOMEDICO.pdf	22/03/2018 19:50:47	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	COMPROMISSO_ENTREGARELATORIO.pdf	22/03/2018 19:49:43	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	TERMO_UTILIZACAO_DADOSPRONTUARIOS.pdf	22/03/2018 19:47:25	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_DE_DISPENSA_TCLE.pdf	22/03/2018 19:44:22	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	agneslattes.pdf	28/11/2017 16:46:10	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	28/11/2017 16:45:02	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	CARTAREPOSTADILIGENCIA.pdf	28/11/2017 16:42:45	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPerfilHMIPVmodificado.pdf	28/11/2017 16:39:48	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcud.pdf	03/10/2017 11:17:01	CHRISTINE WETZEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

**Bairro:** Independência

**CEP:** 90.035-076

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-3377

**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br





HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL PRESIDENTE  
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.614.547

PORTO ALEGRE, 23 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria da Graça Alexandre**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Independência 661- Bl. C 7º andar  
**Bairro:** Independência **CEP:** 90.035-076  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-3377 **E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

Página 04 de 04