



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS INTENSIVOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF INTENSIVE USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS USUARIOS INTENSIVOS DE UN CENTRO DE CUIDADOS PSICOSOCIAL

Rosiana Carvalho Costa¹, Marcia Oliveira Coelho², Edilson Martins Rodrigues Neto³, Lidia Audrey Rocha Valadas Marques⁴, Mara Assef Leitão Lotif⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar o perfil epidemiológico dos usuários intensivos de um Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** estudo descritivo quantitativo, de base documental, nos prontuários de pessoas atendidas de forma intensiva no período de maio a julho de 2010 no Centro de Assistência Psicossocial da Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza-Ceará. Os dados foram analisados no Programa IBM SPSS Statistics 20 apresentados em tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer de nº 10029576-2. **Resultados:** foram analisados 35 prontuários de pacientes intensivos, observou-se que o gênero feminino predominou, principalmente de escolaridade e renda baixas. Entre as queixas de sintomatologia predominaram as alucinações auditivas, quanto às patologias predominou o transtorno de humor. **Conclusão:** as políticas públicas de saúde mental de Fortaleza devem atuar no sentido de atender as necessidades de mudanças no CAPS. **Descritores:** Depressão; Transtornos Afetivos; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: evaluating the epidemiological profile of intensive users of a Psychosocial Care Center. **Method:** a quantitative descriptive study, of a document basis, in the records of people seen intensively in the period from May to July 2010 in the Psychosocial Assistance Center in Regional Executive Secretary VI in Fortaleza-Ceara. Data were analyzed in IBM SPSS Statistics 20 presented in tables. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Opinion nº 10029576-2. **Results:** there were analyzed 35 medical records of intensive patients, observing that females predominated, with low education and income. Among the complaints of symptoms predominated auditory hallucinations, regarding the diseases predominated mood disorder. **Conclusion:** the public policies of mental health in Fortaleza should act to meeting the needs of changes in CAPS. **Descriptors:** Depression; Affective Disorders; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil epidemiológico de los usuarios intensivos de un Centro de Atención Psicosocial. **Método:** un estudio descriptivo cuantitativo, de base de documental, en los registros de personas atendidas intensamente en el período mayo-julio, 2010, en el Centro de Asistencia Psicosocial de la Secretaria Ejecutiva Regional VI en Fortaleza-Ceará. Se analizaron los datos en IBM SPSS Statistics 20 presentados en tablas. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Opinión nº 10029576-2. **Resultados:** eran analizados 35 prontuarios de pacientes intensivos, se observó que las mujeres predominaban, principalmente de baja educación y bajos ingresos. Entre los síntomas de quejas predominan las alucinaciones auditivas, para las enfermedades predominó el trastorno de humor. **Conclusión:** las políticas públicas de salud mental de Fortaleza deben actuar para satisfacer las necesidades de cambios en el CAPS. **Descriptores:** Depresión; Trastornos Afectivos; Epidemiología.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: rosiana_costa@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Prefeitura Municipal de Fortaleza/PMF. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: oc.marcia@gmail.com; ³Farmacêutico, Prefeitura Municipal de Fortaleza/PMF, Mestrando, Pós-Graduação em Farmacologia, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: edilsonmrneto@hotmail.com; ⁴Graduando em Odontologia, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lidiavaladas@gmail.com; ⁵Graduando em Odontologia, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: mara_lotif@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A existência de distúrbios mentais é tão antiga como o início da existência humana, mas o seu reconhecimento como patologia, seu conceito, são acontecimentos recentes na história da humanidade, assim como a forma de tratamento, na qual, através dos avanços tecnológicos vem permitindo um conhecimento e uma investigação mais profunda e precisa do corpo do paciente, amenizando desta forma o sofrimento de portadores de doença mental.

Inicialmente na história da medicina transtornos psiquiátricos eram referidos pela literatura como manifestações malignas, erros, fraquezas humanas, onde os indivíduos chamados loucos não tinham o domínio da razão. Somente a partir do século XVIII, com o surgimento dos hospitais psiquiátricos no primeiro mundo é que a loucura assumiu a definição de doença mental.¹

Em 6 de abril de 2001, a legislação brasileira no âmbito parlamentar, aprova a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. Embora o Ministério da Saúde critique a Lei Federal 10.216, reconhece um avanço no novo ritmo que ela representou para a transformação do modelo de assistência em saúde mental e para o processo de Reforma Psiquiátrica do Brasil.²

Dentro de novas propostas assistenciais, surgiram no Brasil vários serviços de saúde embasados no que preconiza reforma psiquiátrica, ocorrendo destaque para os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS. Estes são serviços com referência no tratamento de portadores de transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, cuja gravidade dos sintomas, justifique suas inclusões e assistência de forma intensiva, comunitário e promotor de vida, no seu território de abrangência. O Ministério da Saúde, através da portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 estabelece que os Centros de Assistência Psicossocial possam constituir-se nas modalidades; CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. A adoção das novas práticas em Saúde Mental, tendo como substituição ao modelo hospitalocêntrico, vem permitir aos portadores de transtornos mentais, familiares e comunidades, novas formas de tratamento mais humanitário com inclusão social e resgate a cidadania.³

No Ceará, o processo de reforma psiquiátrica ocorreu mesmo antes da aprovação da lei 10.216. Com implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Sendo o primeiro no município de Iguatu em 1991.⁴

Em funcionamento desde julho 2001, o CAPS é um serviço integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentado pela portaria nº 336/GM de fevereiro de 2002. Pode-se procurar diretamente o serviço ou ser encaminhado pelo o sistema de saúde. Oferece atendimento individual, e em grupo. O tratamento pode ser ambulatorial, semi-intensivo e intensivo. Sendo o atendimento intensivo aquele destinado ao indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas de socialização e convívio familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento poderá ser domiciliar se necessário.³

Isto indica que o conhecimento do perfil epidemiológico do paciente é importante por permitir conhecer a realidade em que o mesmo está inserido e o tratamento oferecido. Devido a isto se questiona qual o perfil social demográfico e clínico dos pacientes intensivos do Centro de Atenção Psicossocial.

OBJETIVO

- Avaliar o perfil epidemiológico dos usuários intensivos de um Centro de Atenção Psicossocial.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa e de base documental. A unidade de pesquisa foi um Centro de Assistência Psicossocial da Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza-Ceará. A população foi composta por usuários atendidos na unidade. A amostra foi composta pelo total de pessoas atendidas de forma intensiva no período de maio a julho de 2010.

Durante a coleta de dados utilizou-se os prontuários dos pacientes intensivos, a saber: sociais (sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil, religião, local de origem da referencia ao CAPS) e clínicas (queixas principais; números de internações psiquiátricas; doenças associadas; diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); uso de medicamentos; plano terapêutico oferecido pelo CAPS).

Os dados foram organizados em Planilha Eletrônica do IBM SPSS Statistics 20. Este programa permitiu a elaboração de tabelas, cálculos percentual, dados estatísticos descritivos.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o Parecer de nº 10029576-2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 35 prontuários de pacientes intensivos dessa unidade atendidos no período de maio a julho de 2010.

Observa-se a prevalência do sexo feminino em 23 pacientes (65,71%), conforme tabela1. Confirmando que as práticas de assistência psiquiátricas apresentam particularidades quanto ao gênero. Isso diz respeito tanto à busca pelo próprio “alívio do sofrimento pelas mulheres nas unidades de saúde, quanto pelo relacionamento que as mesmas estabelecem com seus pares no seu cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade”.⁵

Esse mesmo estudo afirma que as mulheres procuram os serviços de atendimento em saúde para produzirem novos significados para com a sua experiência com a loucura, isso se

deve a uma prática asilar que não lhes deu oportunidade de falarem de seus sofrimentos psíquicos em função de suas diferenças enquanto gênero.

As mulheres são vítimas de discriminação praticamente em todas as esferas do mundo do trabalho, doméstico e na sociedade. Para o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU -, “as mulheres se encontram numa condição de maior risco de desenvolver transtornos mentais manifestando sofrimento psíquico”. Para o relatório, isso se deve aos vários papéis desempenhados pela mulher dentro do contexto familiar e profissional. O papel de esposa, de mãe, educadora e cuidadora, associada no contexto de mão de obra dentro do mercado de trabalho, contribuindo para a renda familiar, sobrecarrega a mulher nos seus aspectos físicos e mentais.

Tabela 1. Dados sociodemográficos Usuários Intensivos do CAPS, Fortaleza-CE, 2011.

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	12	34,29
Feminino	23	65,71
Faixa Etária		
21 - 26	5	14,29
27 - 32	6	17,14
33 - 38	7	20
39 - 44	11	31,43
Acima de 44	6	17,14
Escolaridade		
Analfabetos	6	17,14
Ensino Fundamental	7	20
Fundamental incompleto	15	42,86
Ensino Médio	3	8,57
Ensino médio incompleto	4	11,43
Renda		
Sem renda	2	5,71
< 1 salário mínimo	4	11,43
1 sm	22	62,86
2 - 3 sm	6	17,14
> 3 sm	1	2,86
Situação conjugal		
Solteiro	17	48,57
Casado	11	31,43
Desquitado/separado	4	11,43
Viúvo	1	2,86
Divorciado	2	5,71
Religião		
Católica	20	57,14
Evangélica	11	31,43
Espírita	1	2,86
Cristão Ortodoxo	1	2,86
Outras	1	2,86
Nenhuma	1	2,86

As mulheres, em torno de 8 pacientes (34,78%) apresentaram um maior número de patologias de distúrbios mentais nas faixas etárias de 39 a 44 anos (dados não demonstrados em tabela). Sabe-se que nesta fase da vida, o sexo feminino já começa a apresentar os primeiros sinais de falência ovariana, queda nos níveis de estrogênio e progesterona, ou seja, peri-menopausa ocasionando distúrbios tanto de natureza física quanto mental. Nessa idade é comum relatarem queixas como cefaleias, ondas de calor, sudorese intensa, e outros. Depois a depressão, labilidade emocional, irritabilidade, nervosismo, e as crises de identidades são frequentes. Considerando que a flutuação hormonal acontece com todas as mulheres nessa fase, é provavelmente seguro afirmar que o desenvolvimento de transtornos de humor durante este período depende também de outros fatores, além das alterações hormonais, que confirmam vulnerabilidade e predisposição.⁶

Enquanto isso, o sexo masculino aparece com maior frequência na faixa de 33 a 38 anos 4 (33,33%) (Dados não demonstrados em tabela). Nesta faixa de idade, o homem inserido no mercado de trabalho, emprego e desemprego e a competição na luta burocrática por cargos, lideranças e melhores salários, passa a sentir os efeitos nefastos do sistema capitalista, ocorrendo aí prováveis transtornos mentais, assim há o encaminhamento ao serviço de saúde mental.

Observou-se na tabela acima que alguns resultados foram iguais. Estudos demonstram que cada idade possui suas possibilidades patológicas específicas, pois cada uma apresenta modificações somáticas próprias e se inscreve em um papel social determinado.⁵

A escolaridade dos pacientes intensivos apresentou níveis variados com maior predominância do ensino fundamental incompleto, em 15 (42,86%). Os dados de analfabetismo registrados por 6 (17,14%), contribuem significativamente para a discriminação desta população com sérios problemas transtornos mentais quando tentam entrar nos bancos escolares. Trabalhos mostram que pessoas com baixo nível educacional, abaixo da nona série, têm mais probabilidade de adquirir demência mental do que aqueles que possuem o ensino médio ou mais. Assim, quanto menor for o nível educacional, maiores as chances de desenvolver transtornos de natureza mental.⁷

Vale ressaltar que não houve registro de pessoas com nível superior no quadro estudado, lembrando que este grupo populacional geralmente possui planos de

saúde privados, em virtude de seu maior nível de renda, pois estão em melhor qualificação educacional. Para o profissional de saúde, é de grande importância o nível educacional de seus pacientes, assim, aqueles que frequentam o CAPS com melhor nível de instrução facilitam o seu tratamento, pois é uma pessoa que reivindica direitos e acompanha melhor as orientações sobre o seu distúrbio mental.⁸

Verifica-se, ainda na Tabela 1, que determinados grupos de pessoas com baixo nível de renda tendem a apresentar riscos de distúrbios mentais em virtude de sua situação sócio-econômica. Foi observado que efeitos negativos da pobreza sobre a saúde mental interagem sobre o indivíduo independentemente da idade, etnia e gênero. Aqueles que estão na base da pirâmide social enfrentam mais problemas mentais do que aqueles que estão no topo da pirâmide.⁷

O estudo dessa pesquisa, que se realizou em Fortaleza, encontra semelhanças com os de outros do Nordeste, onde a maioria dos pacientes estaria na faixa de 1 salário mínimo.

Quanto maior o nível de renda, maiores as probabilidades do indivíduo resolver seus distúrbios mentais; e à proporção que cresce a categoria social, diminuem os transtornos mentais.⁹

No que concerne ao estado civil, foi identificado na tabela 1 que 17 (48,57%) dos participantes são solteiros. Esses resultados podem ser explicados pela ruptura na curva da vida dos indivíduos com algum tipo de transtorno mental. Devido ao próprio adoecimento ou por sucessivas internações, muitos apresentam dificuldades para iniciar uma vida conjugal, não estabelecendo nenhum relacionamento. Em seguida os casados representados por 11 participantes (31,43%).¹⁰

Há uma forte tendência por parte de pessoas emocionalmente instáveis em desenvolver transtornos mentais quando entra em um processo de separação e/ou divórcio. Quando há uma fragmentação ocasionada por patologias mentais, nota-se que a situação conjugal influencia bastante no desenvolvimento de certas manifestações.¹¹

Reforçando este ponto de vista, é demonstrado por estudos que “a satisfação pessoal de ser pai ou mãe” e, ao mesmo tempo, a responsabilidade social por um grupo de pessoas tende a diminuir na pessoa a probabilidade de adquirir doenças mentais entre casados. No entanto, embora este posicionamento tenha sentido, em outros casos estudados encontram-se algumas

variações nos resultados, pois problemas familiares como: baixa renda, desemprego, drogas, ser solteiro, podem influenciar nos transtornos mentais. E tratando-se de casos de transtornos mentais persistentes, há uma tendência maior de ocorrência nos desentendimentos em virtude dos desgastes emocionais. Nesse sentido é importante que os profissionais envolvidos promovam palestras, debates, atividades em grupos, em fim use a comunicação para que os problemas entre os pacientes sejam questionados. E com as psicoterapias assim aplicadas melhora a qualidade do tratamento, dando-lhe uma melhor qualidade de vida.¹²

Dos pacientes dos CAPS estudados a religião católica é a que possui a maior frequência 20 (57,14%), coincidindo com as pesquisas nacionais mostradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que aponta esta religião como a que tem o maior número de fiéis (75,6%).¹³

Dos 35 pacientes observaram-se diversidades de religiões. Esse fato demonstra que o sofrimento psíquico pode ser tão intenso, que o paciente procura em várias religiões a solução para seus males. Há pacientes que informam mesmo serem adeptos de duas religiões, como foi o caso de um paciente (2,86%) que informou pertencer ao mesmo tempo ser católico e evangélico. Neste caso, cabe ao profissional depois de passado esta confusão de origem religiosa esclarecer individualmente ou mesmo para o grupo toda a importância de compreender fé e fidelidade religiosa, na intenção de fazer com que cada paciente compreenda o verdadeiro sentido da crença religiosa na sua vida. Alguns trabalhos explicam que o processo dessa informação deve ser respeitoso, chamando à atenção para um número significativo de profissionais que não tem a ética da terapêutica quando busca impor suas convicções pessoais religiosas ou anti-religiosas desprezando o princípio da neutralidade.¹⁴

Há ampla maioria dos estudos que mostram a relação entre religiosidade e saúde mental, busca na religião a solução para os seus problemas de saúde. Neste enfoque quando os indivíduos se envolvem com leituras religiosas, frequência a cultos, aos grupos de orações comunitárias, ao mesmo tempo, considerando-se pessoas mais religiosas, passam a apresentar um maior bem estar psicológico e social, estando menos sujeitas a depressões, a dependência de substâncias químicas e com menor probabilidade de ideias suicidas. No entanto o terapeuta de saúde mental deve ter conhecimento do impacto

religioso no diagnóstico e evolução dos transtornos mentais psiquiátricos, capacidade e habilidade profissional é preciso para abordar e avaliar sobre o uso da crença religiosa do paciente, até que ponto lhe faz bem e quando podem está prejudicando a doença.¹⁵

Apenas 6 usuários (17,14%) penetraram no serviço do CAPS pela via do Programa de Saúde da Família (PSF). Este como representação primária do SUS constitui uma porta de entrada ao serviço para o CAPS, sendo um dos primeiros recursos da população para entrar no serviço de saúde. No entanto, para que o serviço funcionasse de forma abrangente, seria necessário que houvesse informações junto à população carente de serviços psiquiátricos sobre os locais de funcionamento do sistema, dando, ao mesmo tempo, facilidade de acesso tanto de transportes quanto de locais geográficos específicos dentro da cidade.

Os encaminhamentos oriundos de um hospital Público Mental do Ceará para este CAPS foi elevada, citados por 17 pessoas (48,57%), o que mostra que o modelo tradicional de hospital ainda predomina quando se trata de saúde mental. Foi observado que não houve nenhum encaminhamento vindo de Hospital Geral.

Em uma pesquisa de Avaliação de Atenção a Saúde Mental dirigida pelo Tribunal de Conta da União (TCU), foi revelada que em todos os estados visitados o número de unidades psiquiátricas em hospitais gerais ainda é baixo, explicando que as dificuldades foram: a falta de pessoal especializado, a lotação saturada com outras clínicas e a falta de estrutura física adequada ao atendimento.¹⁶

É sabido que ainda há polêmica quanto ao atendimento de saúde em hospital geral, entretanto foi observado que os municípios que possuem hospital geral que estão atendendo pacientes com transtorno mental, há um tempo maior, articulados com a rede extra-hospitalar, têm conseguido diminuir consideravelmente o número de internações psiquiátricas, chegando a alguns casos a zerar o número dessas internações. Os leitos designados em unidades psiquiátricas de Hospitais Gerais representam uma importante rede substitutiva no controle social das práticas assistências conforme reforma psiquiátrica, pois contribui para redução do estigma social contra o portador de transtorno mental, dando-lhe direito de experiência de cidadania.¹⁷

É preciso que as Políticas Públicas de Saúde Mental reconheçam os seus compromissos com as necessidades da população, seguindo o

ideário da Reforma Psiquiátrica, defendido em

diversas conferências Nacionais de saúde e

saúde mental.

Tabela 2. Distribuição das Queixas dos Usuários Intensivos dos CAPS, Fortaleza-CE, 2011.

Queixas	n	%
Alucinações auditivas	20	15,25
Insônia	18	13,56
Alucinações visuais	15	11,86
Nervosismo	15	11,86
Cefaléia	11	8,47
Ansiedade	9	6,78
Tristeza	9	6,78
Tremores	7	5,08
Idéias delirantes	7	5,08
Anorexia2 Tontura	4	3,39
Logorréico	2	1,69
Anorexia	2	1,69
Inchaço nas pernas	2	1,69
Esquecimento	2	1,69
Epilepsia	2	1,69
Mutismo	2	1,69
Tentativa de suicídio	2	1,69
Total	129	100,00

O estudo da tabela 2 mostra que entre as queixas dos usuários intensivos do CAPS, as alucinações auditivas apresentaram maior prevalência (15,25%), o que já era esperado, pois se trata de pacientes em início de crise ou controle de sintomatologia.

Outro distúrbio que merece atenção é o nervosismo, na literatura foi encontrado que de 49% que declararam ter nervosismo, 22% se consideravam como sendo portadoras de depressão, e 24,7% diziam ter insônia. Existindo a dificuldade de expressar os seus sentimentos e os relatando como nervosismo.¹⁸

As internações psiquiátricas de três a sete vezes representam 17,16%, não condizendo com os objetivos da reforma psiquiátrica, pois se preconiza a substituição dos leitos psiquiátricos por leitos em hospitais clínicos. Todavia, os casos de nunca internados são da ordem de 26,65%, dos 35 casos estudados. Sem informação representam também 26,65% da amostra do estudo, mostrando que houve negligência por parte dos profissionais quando das informações necessárias para um planejamento do plano terapêutico.

Em relação à comorbidades 7 dos pacientes (20,02%) não apresentaram doenças associadas ao seu caso de transtorno mental. Mas 5 deles (14,30%) apresentaram associação com a diabetes. Neste caso, os prováveis transtornos de tratamento da diabetes, com dietas, prontidão na alimentação e

recomendações possam interferir no seu quadro psicótico. Mais uma vez observam-se dados sem informações em 19 deles (54,34%).

Ao comentar a tabela 3, é importante esclarecer que na pesquisa nos prontuários verificou-se em alguns pacientes o registro de diagnósticos variados a cada consulta, às vezes mais de uma indicação diagnóstica, por tanto a existência de mais patologias. Considerado o episódio atual na classificação do CID-10.

Observam-se diversos transtornos psiquiátricos. Os transtornos de humor são os diagnósticos psiquiátricos com maior frequência, encontrados em 14 pacientes (40%). Há uma diversidade de trabalho que aponta a prevalência desse transtorno, com um acometimento maior a depressão. Que causa impacto negativo na vida do paciente, no convívio familiar e de trabalho. É justificada a necessidade de se investir em programas de saúde mental, com atendimento primário que é a porta de entrada do sistema de saúde, conforme propõe a OMS. Colocar saúde mental entre prioridade no programa de saúde da família (PSF) parece ser fundamental, pois inclui estratégias de prevenção e tratamento, assim como é feito para pacientes diabéticos e hipertensos.¹⁹

Nesse sentido deve-se compreender que a saúde mental é um aspecto específico, mas inseparável da saúde geral, é inegável o atendimento no PSF.

Tabela 3. Distribuição dos Diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Fortaleza, 2011

Diagnóstico	n	%
F07.9- Transtornos orgânico de personalidade e de comportamento, não especificado, decorrente de doença, lesão e disfunção cerebrais	1	2,86
ESQUIZOFRENIA E SUBTIPOS	5	
F20.0 - Transtorno psicótico paranóide		14,30
F23.9 - Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado	1	2,86
F25.0 - Esquizoafetivo do tipo maníaco	1	2,86
F25.1 - Esquizoafetivo do tipo depressivo	1	2,86
F25.2 - Esquizoafetivo do tipo misto	1	2,86
F25.9 -Esquizoativo do tipo não especificado	2	5,70
F29 -Psicose não orgânica não especificada	4	11,4
TRANSTORNOS AFETIVOS DE HUMOR	2	
F31. 2 -Transtorno afetivo bipolar-Atual maníaco com sintoma psicótico		5,70
F31. 3 -Transtorno afetivo bipola- atual depressivo	2	5,70
F31. 7 - Transtorno bipolar (Misto)	1	2,86
F32 - Episódios depressivos	1	2,86
F32. 2 - Episódio depressivo grave, sem psicose	2	5,70
F32. 3- Episódio depressivo grave, com psicose	1	2,86
F33. 2+F41 Transtorno Depressivo Recorrente	2	5,70
F.33.3-Transtorno Depressivo Recorrente com sintomas psicóticos	3	8,60
F34 - Transtorno de humor afetivo permanente	1	2,86
TRANSTORNOS FÓBICO-ANSIOSOS	1	
F40. 1 - Fobias sociais	2	2,86
F41- Outros transtornos ansiosos		5,70
F41. 9 Transtorno ansioso não especificado	1	2,86
Total	35	100,0

Os resultados da tabela 4 indicam a alta medicalização por paciente. Os antipsicóticos são os medicamentos mais administrados, 44,85% (57), onde a Clorpromazina e o Haloperidol, foram os de maior prevalência. Em seguida os antihistamínicos com 17,32% (22), Dos antidepressivos, 9,44% (12), a Imipramina, 4,72% (6) é o mais receitado pelos médicos.

Fármacos anticonvulsivantes, também chamados de estabilizadores de humor, e antipsicóticos são utilizados no tratamento de pacientes com transtorno bipolar. O lítio, os antipsicóticos típicos e atípicos, a carbamazepina e o valproato são eficazes no tratamento da mania aguda. A Carbamazepina, o valproato e a olanzapina parecem eficazes em prevenir mania, mas assim como o lítio, são menos eficazes na prevenção da depressão. Para a depressão bipolar, o lítio e a olanzapina mostram eficácia menor que a lamotrigina. O tratamento combinado é uma opção, pois a mania responde bem a um fármaco e sintomas depressivos a outros. A prescrição combinada deve ser feita levando em consideração fatores como interação farmacológica, toxicidade, dosagem e eficácia terapêutica. A utilização da terapêutica medicamentosa atingiu 100% dos prontuários da pesquisa. Portanto os 35 usuários intensivos em estudo têm registro de medicamentos psicotrópicos, demonstrando um predomínio do atendimento psiquiátrico.²⁰

Observou-se também que menos da metade participam das atividades em grupo oferecidas no serviço. Todos os pacientes intensivos

devem ser inseridos em atividades terapêuticas, de acordo com suas necessidades específicas porque essas situações exigem atenção mais afetiva. Em trabalho também realizado em um Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE foi reforçado que a atividade em grupo apresenta-se como um importante meio de intervenção, atuando como desnaturalização do sofrimento e potencialização da construção de modos coletivos de existência que driblem a exclusão e a negação do potencial de vida. Sendo assim, o profissional de saúde mental deve debater com maior frequência a relação do uso dos psicotrópicos com a reabilitação psicossocial, devendo ter capacidade de detectar e questionar junto com a equipe multidisciplinar o tempo de utilização do medicamento, as recaídas, e a possibilidade de redução da farmacoterapia, no intuito de proporcionar aos pacientes que fazem uso de psicofármacos uma vida melhor.²¹

O número reduzido de visitas domiciliares foi um fato marcante durante o estudo. Em uma pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, Brasil (2005) constatou-se que as reais causas das poucas visitas domiciliares seria a carência de profissionais diante da elevada demanda, a falta de veículo para os transportes da equipe e a não remuneração dessas atividades pelo SUS. Relatou-se ainda que “Os principais efeitos deste reduzido números de visitas são o distanciamento dos profissionais em relação às famílias do paciente e a permanência da estigmatização no processo de reinserção social. O grupo de família não foi citado tornando isso um ponto

negativo, já que a terapia envolvendo família ajuda significamente na redução dos sintomas e na auto-estima do paciente.²

Houve ausência constante de alguns registros das atividades terapêuticas, havendo, portanto uma deficiência em relação à inclusão social. Tudo isso em virtude das necessidades oriundas da escassez de funcionários dentro do CAPS e da grande demanda daqueles que procuram o atendimento psiquiátrico e, conseqüentemente, medicamentos, no entanto, os casos de ausência de registros das atividades terapêuticas apontados aqui não são exclusivos apenas no Ceará, mas em grande parte dos estados do Brasil, como o de São Paulo e também estados do sul, IBGE (2005).¹³

Foi relatado na literatura que esse tipo de dispositivo exige uma objetivação clara em sua finalidade, evitando-se assim, a banalização de sua ocorrência. Fala do significado do grupo, que precisa ser exposto

e expresso de forma particular a cada um dos participantes, e não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço.²¹

Estudos indicam uma possível previsão que haverá um aumento do número de pessoas que sofrem com transtornos mentais, onde provavelmente prevalecerá a depressão. E com isso, uma maior atenção nas ações de equipe de saúde mental, ações essas que combatam as injúrias intencionais ou acidentais, que possam ocorrer no atendimento à clientela de saúde mental.²²

A importância para o aperfeiçoamento do serviço, e os profissionais que neles atuam tendo em vista os compromissos com a instituição, que devem ir de encontro com o que diz a Reforma Psiquiátrica.

Tabela 4. Distribuição dos medicamentos utilizados pelos os pacientes intensivos do CAPS, Fortaleza-CE, 2011.

Medicamento		n	%
Antipsicóticos	Clorpromazina	24	18,9
	Haloperidol	22	17,3
	Tioridazina	07	5,51
	Levomepromazina	02	1,57
	Decanoato de Haloperidol	02	1,57
		57	44,85
Antihistamínico	Prometazina	22	17,32
	Bromazepam	02	1,57
Ansiolíticos	Diazepam	13	10,24
		15	11,81
Antidepressivos	Fluoxetina	02	1,57
	Imipramina	06	4,72
	Amitriptilina	04	3,15
		12	9,44
Anticonvulsivantes	Fenitoina	02	1,57
	Carbamazepina	09	7,14
		11	8,71
Anticolinérgico	Biperideno	06	4,72
	Estabilizador de Humor	04	3,15
Total		127	100

CONCLUSÃO

Constatou-se que as mulheres 23 (65,71%) têm mais sofrimento psíquico, quase o dobro que os homens. Esse fenômeno pode ter relações devido ao fato das mulheres estarem submetidas às situações bastante difíceis em virtude de suas responsabilidades domésticas, baixos salários, discriminações dentro do mercado de trabalho e outras aflições da vida social. No que se refere ao sexo masculino, à constatação mais significativa ficou por conta

do modo pelo qual os homens externalizam os seus sentimentos depressivos.

Quanto o quadro de patologias, que foi outro ponto levantado pelo estudo, o transtorno de humor prevaleceu, sendo uma necessidade o aprimoramento de políticas públicas específicas é necessário para a promoção e prevenção de males maiores.

Embora o estudo tenha mostrado deficiências e limitações, serviu para mostrar a realidade do CAPS de Fortaleza. Houve avanços na saúde mental de Fortaleza, desde 2005, entretanto há grandes desafios ainda a

enfrentar. É preciso qualificar os grupos terapêuticos, estender o esforço de luta pelo respeito dos pacientes com transtornos psiquiátricos, melhorar a inclusão social destes, no contexto social e familiar.

Que as políticas públicas de saúde mental de Fortaleza sejam implementadas no sentido de atender as necessidades de mudanças no CAPS, considerando os resultados obtidos do estudo. O poder público fazer o seu papel de executor de ações, avaliando as condições físicas da instituição, a qualidade dos profissionais e do plano terapêutico ofertado, para que desta forma o paciente que sofre de transtorno mental se sinta acolhido e seguro.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. História da loucura na idade clássica. 6th ed. São Paulo: Perspectiva; 1999.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, Legislação em Saúde Mental, 5ª ed., Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, Garcia Filho C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. Ciências & Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2013 June 28];16(12):4685-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300017&script=sci_arttext.
4. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filho MO, Vianna RPT, Dias MD, et al. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 June 28];62(5):675-680. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500004.
5. Andrade LSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiquiatr Clin [Internet]. 2006 [cited 2013 June 28];33(2):43-54. Available from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>.
6. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas, 6th ed. Porto Alegre: Editora ARTMED; 2001.
7. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social Science & Medicine [Internet]. 2010 [cited 2013 June 28];71(3):517-528. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621748>
8. Costa JSD. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2002 [cited 2013 June 28];5(2):164-173. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/04.pdf>.
9. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2013 June 28];18(3):122-130. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17.pdf.
10. Guerra CS, Herculano MM, Ferreira Filha MO, Dias MD, Cordeiro RC, Araújo VS. Perfil Epidemiológico e Prevalência do Uso de Psicofármacos em uma Unidade Referência para Saúde Mental. Nurs. UFPE on line [Internet]. 2013; 7(6): 4444-51. [cited 2013 June 28]. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3437/6425>.
11. Scott KM, Wells JE, Angermeyer M, Brugha TS, Bromet E, Demyttenaere K, et al. Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. Psychological Medicine [Internet]. 2010 [cited 2013 June 28];40(9):1495-1505. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19939327>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por amostra em domicílios. Brasília: IBGE; 2005.
13. Peres JFP, Simao MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Rev. Psiquiatr. Clín [Internet]. 2007 [cited 2013 June 28];34:32-8. Available from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/136.html>.
14. Dalgalarrodo P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião (editorial). Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2006 [cited 2013 June 28];28:177-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300006
15. Rocha ALM, Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental. Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Brasília: Tribunal de Contas da União; 2005.
16. Cáceres CC. Hospital Geral: Um novo paradigma em Saúde Mental. Revista Eficaz

Científica Online [Internet]. 2010 [cited 2013 June 28];1(1):93-5. Available from: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf.

17. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Fiori N, Bortolotto A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. Rev Panam. Salud Publica [Internet]. 2006 [cited 2013 June 28];20(1):22-8. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v20n1/31717.pdf>.

18. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2013 June 28];24(9):2043-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/10.pdf>.

19. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM, Ratzke R. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2004 [cited 2013 June 28];26(3):37-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700009&script=sci_arttext

20. Sousa DLM, Pinto AG, Jorge MSB. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. Texto contexto - Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 June 28];19(1):147-154. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a17>.

21. Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. Occup Environ Med [Internet]. 2010 [cited 2013 June 28];68:408-13. Available from: <http://oem.bmj.com/content/68/6/408>

Submissão: 05/07/2013

Aceito: 06/12/2014

Publicado: 15/02/2015

Correspondência

Edilson Martins Rodrigues Neto.
Rua Jorge Acurcio 600 / Ap. 206
Bairro Vila União
CEP 60410-802 – Fortaleza (CE), Brasil