

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

CINTHIA DE CÁSSIA MELO CAVALCANTE

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALTO ALEGRE DO PINDARÉ - MA**

São Luis
2010

CINTHIA DE CÁSSIA MELO CAVALCANTE

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALTO ALEGRE DO PINDARÉ - MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Laboro – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para a obtenção de título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof.^a. Mestre Janete Valois Ferreira Serra

São Luis

2010

Cavalcante, Cinthia de Cássia Melo.

Perfil clínico-epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Alto Alegre do Pindaré – MA. Cinthia de Cássia Melo Cavalcante. - São Luís, 2010

00f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Transtorno mental. 2. CAPS – usuário. 3. Perfil clínico-epidemiológico. I. Título.

CDU 613.86

CINTHIA DE CÁSSIA MELO CAVALCANTE

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALTO ALEGRE DO PINDARÉ - MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Laboro – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para a obtenção de título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a. Mestre Janete Valois Ferreira Serra

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso maior protetor.

Aos meus pais, João Carlos Cavalcante e Maria do Carmo Melo Cavalcante pelo amor, por estarem sempre ao meu lado, por acreditarem na minha potencialidade.

Aos meus irmãos João Carlos Cavalcante Júnior e Marcelo Melo Cavalcante, pelas brincadeiras, cumplicidade e pelo bom humor.

A todos os professores do curso, especialmente a Professora Mestre Janete Valois Ferreira Serra, pela dedicação e competência demonstradas ao longo do curso.

Ao meu namorado José Fernandes Linhares Júnior, pelo apoio e compreensão.

Aos colegas de trabalho, José Neves Júnior, Luciana Oeiras, Kátia Regina Lins, Ruy Palhano Silva, pelas experiências compartilhadas.

A todos os pacientes e familiares que se disponibilizaram a participar da pesquisa, contribuindo, desta forma, para a realização do trabalho.

RESUMO

O número de pessoas diagnosticadas com transtorno mental vem demonstrar a necessidade de conhecer as variáveis desta problemática. A partir da Reforma Psiquiátrica pode-se observar mudanças que buscam resolutividade para o tratamento das doenças mentais. No município de Alto Alegre do Pindaré-MA foi criado o Centro de Atenção Psicossocial – CASP I visando oferecer tratamento para pessoas que sofrem de psicoses, neuroses graves, transtornos mentais e demais quadros. Constitui-se num centro de atendimento em saúde mental para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. Partindo-se deste princípio, realizou-se este estudo com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico dos usuários do CAPS I de Alto Alegre do Pindaré. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa-descritiva. Para coleta de dados utilizou-se os prontuários dos pacientes que consultaram no período de novembro de 2007 a novembro 2009. A amostra foi composta por 50 pacientes, os dados analisados foram: idade, sexo, escolaridade, procedência, situação familiar e conjugal, renda, raça/cor, situação de moradia. Investigou-se também dados referentes aos aspectos sociais e demográficos, dados sobre história da doença atual, como início do tratamento, número de internação, diagnóstico, indicação de medicação, antecedente familiar e pessoal. Os resultados mostram que a maioria da clientela atendida no CAPS I encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos, o que indica uma clientela jovem-adulta que está adoecendo; há predominância do sexo feminino, existe um número significativo de usuários que não são alfabetizados e possuem baixo nível de renda mensal. Com relação às patologias, verificou-se incidência de esquizofrenia e depressão. Os resultados foram discutidos e avaliados, tendo como base os dados epidemiológicos, lembrando-se que algumas hipóteses foram formuladas, assim como foram sugeridos alguns procedimentos, tais como, intervenção preventiva, terapêutica e de reabilitação, realizadas pelos profissionais que atuam no CAPS I deste município.

Palavras-chave: CAPS-usuário. Transtorno mental. Perfil clinico-epidemiológico.

ABSTRACT

The number of people diagnosed with mental disorder demonstrates the need to know the variables of the problem. From the Psychiatric Reform can observe changes that seek to solving for the treatment of mental illness. In Alto Alegre do Pindaré-MA was created Center for Psychosocial Care - CASP I aim at providing treatment for people suffering from psychosis, severe neurosis, mental disorders and other conditions. Constitutes a center of mental health care as a substitute for psychiatric hospitalizations. Starting from this principle, we carried out this study aiming to identify the epidemiological profile of users of I CAPS Alto Alegre do Pindaré. This is a research nature quatites-descriptive. To collect data we used the charts of patients who consulted during the period November 2007 to November 2009. The sample comprised 50 patients, data were analyzed: age, sex, education, origin, marital and family status, income, race, living situation. Was also investigated data on social and demographic data on the history of present illness, as the start of treatment, number of hospitalization, diagnosis, indications for medication, family history and personal. The results show that most of the clientele in CAPS I found in the age group 20-39 years, which indicates a young-adult clients who are sick, there is a predominance of females, a significant number of users who do not are illiterate and have low monthly income. With respect to diseases, there has been incidence of schizophrenia and depression. The results were discussed and evaluated, based on epidemiological data, remembering that some hypotheses were formulated, as was suggested some procedures, such as preventive intervention, treatment and rehabilitation, carried out by professionals working in this CAPS I municipality.

Keywords: CAPS-user. Mental disorder. Epidemiological and clinical profile.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes atendidos no CAPS I de acordo com o sexo. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	15
Gráfico 2 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados, de acordo com a faixa etária. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	16
Gráfico 3 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados, de acordo com a escolaridade. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	16
Gráfico 4 -	Distribuição dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a situação familiar e conjugal. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	17
Gráfico 5 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com raça/cor. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	18
Gráfico 6 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a procedência. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	18
Gráfico 7 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a situação de moradia. Alto Alegre do Pindaré. 2010.	19
Gráfico 8 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a renda familiar. Alto Alegre do Pindaré. 2010.	19
Gráfico 9 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a ocupação/profissão. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	20
Gráfico 10 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados sobre o início do tratamento. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	20
Gráfico 11 -	Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados sobre o número de internações. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.	21

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	10
2.1 Geral	10
2.2 Específicos	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
3.1 Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil	10
4 METODOLOGIA	12
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	15
6 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	28

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vem sendo delineada uma transformação no modelo assistencial em Saúde Mental, a partir da implantação de novas estratégias de atenção psicossocial, visando substituir o modelo tradicional de tratamento asilar e medicamentoso (AMARANTE, 1995).

A Reforma da Assistência Psiquiátrica nasceu na década de 1980, dentro contexto histórico de redemocratização do país a partir de um movimento organizado por vários trabalhadores de saúde mental que questionavam, discutiam e analisaram a prática psiquiátrica enquanto produtora de segregação, violência, exclusão e institucionalização. Diante disso, o movimento buscava propostas que pudessem promover uma reestruturação e humanização nos serviços de Saúde Mental (AMARANTE, 1995). Nesse panorama, surgem os CAPS como:

[...] um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p.13).

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS têm como principais objetivos: “oferecer atendimento a população de sua área territorial, realizar acompanhamento clínico, promover a inclusão social dos usuários através do acesso aos direitos civis, incentivar o fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. Portanto, o CAPS é um lugar de convivência e tem como finalidade oferecer assistência aos usuários com problemas de saúde mental, individual e coletiva com atendimento multidisciplinar e interdisciplinar, abrangendo aspectos físicos, mentais e sociais (BRASIL, 2004).

Considerando que o CAPS é um lugar terapêutico existem vários desafios a serem superados para o desenvolvimento de um bom trabalho. Dentre eles, podemos mencionar: garantir acesso imediato ao usuário com escuta afetiva e qualificada, acolhimento às várias situações de crise, valorização da materialidade da vida como setting e matéria-prima fundamental dos projetos terapêuticos, criação um espaço produtor de protagonismo, autonomia, sociabilidade e solidariedade. A equipe que trabalha no CAPS deve ter uma comunicação facilitadora, crítica e solidária, valorizar o usuário em seu contexto de vida enquanto fonte de saber, buscar compreender as situações de

crise dentro dos processos em curso e não como evento em si, ter uma formação continuada (NASCIMENTO, 1997).

Além disso, os profissionais que trabalham na área de saúde mental devem: articular ações em rede com os serviços de saúde, com equipamentos intersetoriais e com organizações comunitárias, investir na flexibilização e enriquecimento das relações sociais buscando ampliar a capacidade de inclusão e suporte às pessoas em intenso sofrimento psíquico.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2001), das dez doenças mais incapacitantes do mundo, cinco são de origem psiquiátrica, tais como, a depressão, o transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Alguns dados relevantes: 3% da população sofrem de transtorno mental, 6% têm transtorno devido ao uso de álcool e outras drogas, 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental e mais de 270.000 benefícios foram concedidos.

Pesquisas no Brasil destacam pontos relevantes sobre os transtornos mentais: a faixa-etária de predomínio entre 25 a 49 anos, o que indica uma clientela jovem-adulta que está adoecendo; há um percentual elevado de pessoas que convivem com seus familiares mais sem companheiro; há um número significativo de usuários que não são alfabetizados e geralmente tem baixo nível da renda mensal, complementa a Organização Mundial de Saúde.

Como forma de promover a organização do sistema de saúde local do município de Alto Alegre do Pindaré, foi implantado o CAPS em novembro de 2007, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do portador de transtorno mental. Logo, o interesse em caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos no CAPS do referido município surgiu em decorrência de conhecer a demanda de transtornos com vistas a oferecer assistência especializada e condizente com as necessidades dos usuários do CAPS I. Tal inquietação é decorrente de observações feitas pela pesquisadora no transcorrer de suas atividades profissionais realizadas neste CAPS.

Considera-se pertinente o surgimento de dúvidas durante a realização da pesquisa na medida em que o cotidiano profissional se constitui num desejo no momento em que se passa a conhecer e reconhecer a clientela

como foco central dos serviços e entendê-la como alvo que requer melhorias e aperfeiçoamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial do município de Alto Alegre do Pindaré – MA.

2.2 Específicos

- Identificar os aspectos demográficos da população estudada;
- Caracterizar os aspectos históricos atuais da doença mental.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

O primeiro hospício no Brasil foi criado em 1841 no Rio de Janeiro, mas não com o objetivo de tratar os doentes mentais, mas sim de afastá-los, separá-los, excluí-los da sociedade. Como existiam vários loucos que perambulavam pelas ruas, logo em seguida foram criados outros hospícios, com péssimas condições de higiene. Diante da grande demanda nos hospícios e a fim de ter receitas próprias, foram criadas colônias agrícolas em São Paulo e no Rio de Janeiro, mas foram desativadas alguns anos mais tarde por causa das epidemias de malária e febre amarela. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006).

No Maranhão, os doentes mentais eram colocados nas casas de caridade, Santa Casa de Misericórdia, às vezes por ordem policial, as pessoas acreditavam que os doentes mentais eram portadores de moléstias incuráveis (ROSA, 2006). De acordo com as afirmações do Ministério da Saúde, os hospitais psiquiátricos eram instituições que fechavam o portador de transtorno mental na lógica da vigilância, controle, massificação, padronização, portanto

não proporcionava tratamento e reabilitação. Vale lembrar que a oferta desse atendimento hospitalar existia nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando outras cidades carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. Diante desse quadro e analisando o contexto histórico do país no final da década de 1970, com a proclamação da Constituição, em 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. (BRASIL, 2007)

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi impulsionada pela 8ª. Conferência Nacional de Saúde, II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental e concretizado com a Lei 10.216 em 2001, a partir desse panorama criou-se novas estratégias para o tratamento de portador de transtorno mental. (KILSZTAJN et al., 2008). A Reforma Psiquiátrica, segundo o Ministério da Saúde, consistiu em:

Um processo político e social complexo, composto de atores, instituições, e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p.7).

O Ministério da Saúde também esclarece que a partir da Reforma começa a se definir no cenário brasileiro uma nova política de saúde mental, com redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a dessistitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, há uma significativa mudança do modelo de tratamento, no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade; surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, os hospitais gerais, os centros de convivência. Sobre as internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. E os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos (BRASIL, 2007).

Segundo Rosa (2006), a reforma no Maranhão começou com a implantação de seis regionais de referência em saúde mental, nas cidades de Rosário, Pinheiro, Pedreiras, Imperatriz, Codó e Bacabal. Até 2004 o Estado

possuía 05 CAPS nos seguintes municípios: São Luis, Imperatriz, Porção de Pedras, Timon, Parnarama e Pedreiras. De acordo com relatório do Ministério da Saúde, o número de CAPS cresceu no país consideravelmente a partir de 2001, a cobertura até o ano de 2006 era de 1.011 dessas instituições em todos os estados do Brasil (Ministério da Saúde, 2007). Em junho de 2010 temos a seguinte estimativa: 725 CAPS I, 406 CAPS II, 46 CAPS III, 122 CAPSi, 242 CAPS ad, um total de 1.541 CAPS no país. Percebe-se dessa forma, uma expansão significativa da cobertura em saúde mental em todas as regiões do Brasil, considerando que a região nordeste passou de uma condição considerada anteriormente como crítica, para uma cobertura boa ao longo desses anos (BRASIL, 2010).

Soma-se a esta expansão os centros de convivência e cultura, os hospitais-dia, a articulação com as equipes de saúde da família, as residências terapêuticas, o programa de volta de para casa. Tais estratégias constituem o processo da Reforma.

4 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva prospectiva exploratória com abordagem quantitativa.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I do município de Alto Alegre do Pindaré – MA que se localiza “na microrregião do Pindaré, na mesorregião do oeste maranhense, com uma população de 32.992 habitantes” (IBGE, 2007).

A economia da cidade é de subsistência voltada para agricultura, com plantação de arroz, mandioca e outros. O município é rico em recursos (hídricos, pecuária, agrícola, etc.) Produção de babaçu, onde extrai-se o óleo (azeite), produz-se carvão do coco, utiliza-se as palhas para a cobertura de casas tanto no interior como na cidade. O Rio Pindaré que corta a cidade tem

variedade de peixes, de onde a população complementa a alimentação e de onde muitos pescadores tiram sua renda.

Possui uma rede de Atenção Básica estruturada com Programa de Saúde da Família, Saúde Bucal, Centro de Especialidades, Hospital Municipal e Centro de Atenção Psicossocial I. O CAPS I foi inaugurado em 12 de novembro de 2007, possui uma equipe multidisciplinar composta por médico psiquiatra, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, pedagoga, artesão, auxiliar de enfermagem e demais técnicos. Funciona com atendimentos diários, de segunda a sexta-feira. Dentre as atividades desenvolvidas estão: consultas, oficinas terapêuticas, palestras, reuniões do projeto “cuidando do cuidador”, assembléias, eventos sócio-culturais, visitas domiciliares, dentre outras.

População

A população foi constituída por 50 pacientes, considerando-se como critério de seleção somente aqueles pacientes que aceitaram participar da pesquisa, mas que estavam em tratamento intensivo e/ou semi-intensivo e que tenham freqüentado o CAPS I no período de novembro/2007 a novembro/2009.

Instrumento de coleta de dados

Como técnica de coleta de dados, utilizou um questionário com perguntas abertas, referentes aos dados sobre:

- Aspectos demográficos: sexo, faixa etária, estado civil, cor, procedência; aspectos sócio-econômicos;
- Aspectos sócio-econômicos: escolaridade, profissão, renda, situação de moradia;
- Características ambientais: tipo de moradia, zona;
- Situação do tratamento: ambulatorial, hospitalar, número de internações;
- Diagnóstico do paciente e indicação de medicamentos.

Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada de acordo com os passos a seguir:

- Leitura de todos os prontuários de pacientes em tratamento intensivo e/ou semi-intensivo no CAPS I;
- Seleção de todos os prontuários que continham as informações necessárias para compor o perfil, tais como, idade, sexo, escolaridade, procedência, situação familiar e conjugal, renda familiar, raça/cor e situação de moradia (APÊNDICE A);
- O levantamento dos dados, organizando-os em uma planilha.

Análise dos dados

Os dados coletados foram representados em forma de gráficos e tabelas, analisados através do programa da Microsoft/Word/2003. Adotou-se este procedimento descritivo percentual e estatístico para melhor visualização dos dados.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

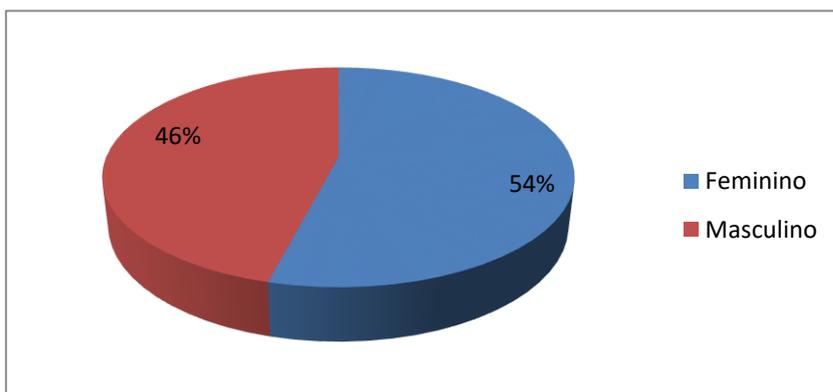


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 50 pacientes atendidos no CAPS I de acordo com o sexo. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Fazendo-se referência as características sociodemográficas, o gráfico 1 mostra que relação ao sexo há predominância do sexo feminino (54%), enquanto o masculino figura com 46%.

Com este resultado não se pode afirmar que o transtorno mental é prevalente no sexo feminino, mas ressalta-se que as mulheres procuram com maior frequência os serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Por outro lado, relata-se como resultado da maioria de estudos realizados, que a prevalência geral dos transtornos mentais é aproximadamente a mesma tanto para o sexo masculino, como para o feminino, e que as diferenças existentes devem ser analisadas através da distribuição diferencial dos transtornos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

No gráfico 2, observa-se a predominância dos usuários com idade entre 20 a 39 anos (54%), seguido de 30% de usuários que apresentam idade entre 40 e 59 anos.

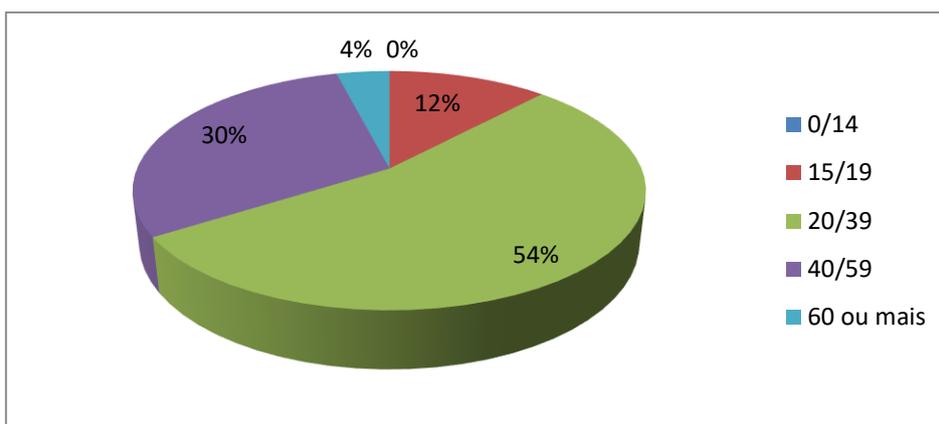


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados, de acordo com a faixa etária. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Estudos epidemiológicos já realizados demonstram a incidência de transtornos mentais na vida adulta, demarcando a diferença de gênero, de prevalência e do curso dos transtornos. Pesquisas estimam que 36% dos adultos sofreram em algum momento da vida de um transtorno mental. (BRASIL, 2010)

De acordo com a gráfico 3, trata-se de uma população com baixo nível de escolaridade, onde 38% não é alfabetizada, 32% possui o ensino fundamental incompleto e a variável alfabetizado apresentando apenas 14%.

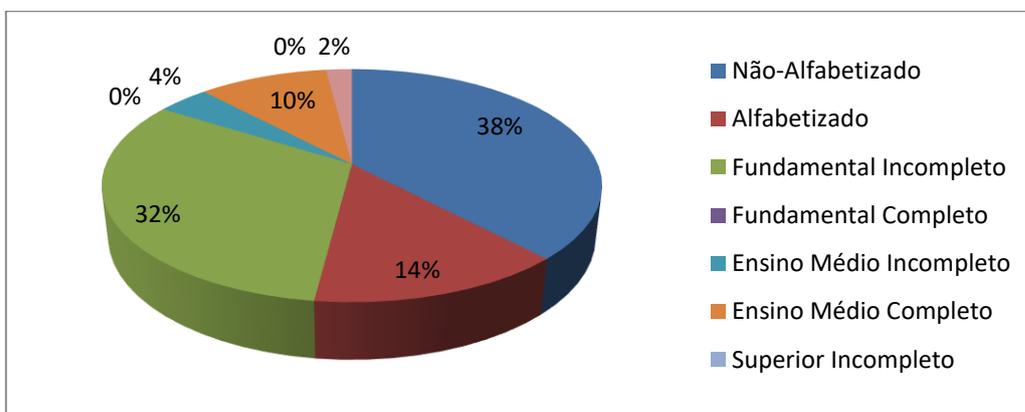


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados, de acordo com a escolaridade. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Muitas vezes, antes de um diagnóstico relacionado à doença mental o usuário apresenta no seu histórico escolar uma desadaptação, levando cada vez mais a um afastamento e desistência da escola.

Com relação à situação familiar e conjugal, observa-se que a maioria da clientela atendida no CAPS (64%) convive com familiares sem companheiro (a), seguida de 18% que convive com companheiro (a) e filho(s). (Gráfico 4).

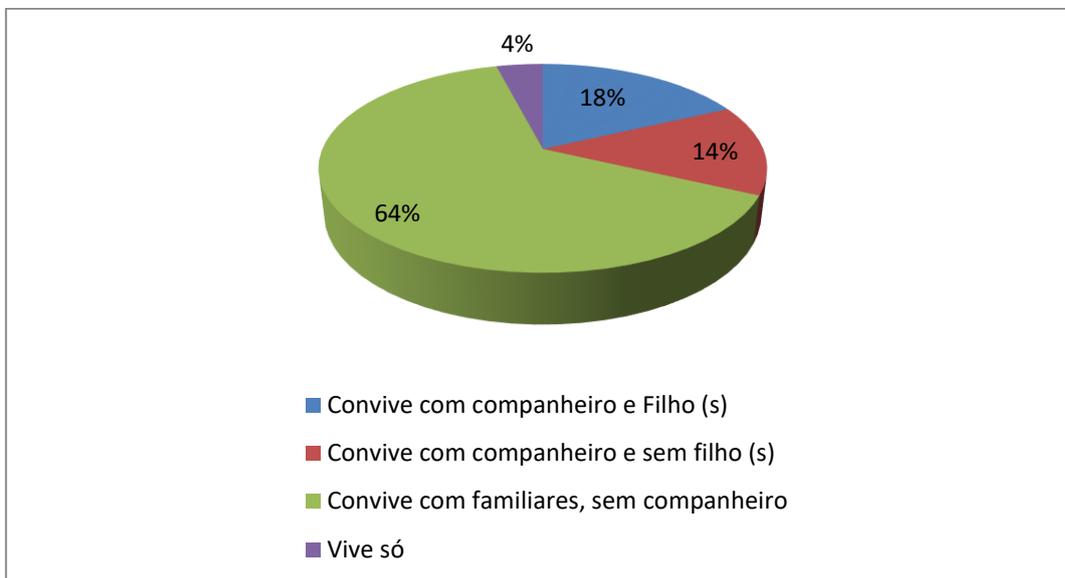


Gráfico 4 – Distribuição dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a situação familiar e conjugal. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Nota-se um índice significativo de pessoas que não tem compromisso matrimonial ou estável. O que condiz com a própria condição de ser e estar do sujeito, ou seja, as características e alterações de comportamento, pensamento, julgamento e sentimento, que interferem no desempenho da pessoa na vida familiar e social. Enfim, tais alterações reduzem a possibilidade da pessoa ter maior aparato conjugal.

No gráfico abaixo, observou-se que a clientela é de raça/cor parda (52%), 20% cor negra, e 24% de cor branca.

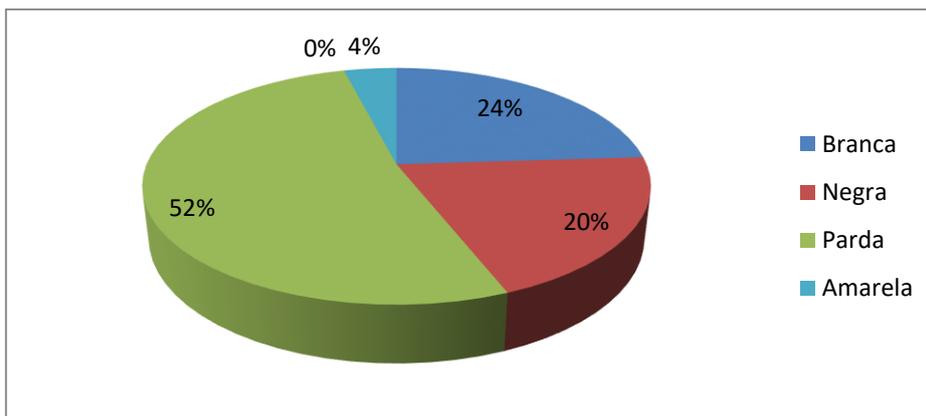


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com raça/cor. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Vale lembrar que adoecer faz parte da condição humana e o transtorno mental não escolhe nem cor de pele e nem classe social (MARI, 2010).

Acredita-se que o índice de pessoas que apresentam fenótipo na cor parda, pode estar relacionado com mistura e miscigenação de raça e cor existente no Brasil. E também pela localização geográfica do município de Alto Alegre do Pindaré com a região norte do país.

De acordo com o gráfico 6, verificou-se que 76% dos pacientes é procedente da sede, zona urbana do município de Alto Alegre do Pindaré. Enquanto 14% procedem do povoado Auzilândia, que concentra o segundo lugar em números de habitantes. Os demais povoados totalizam 10%.

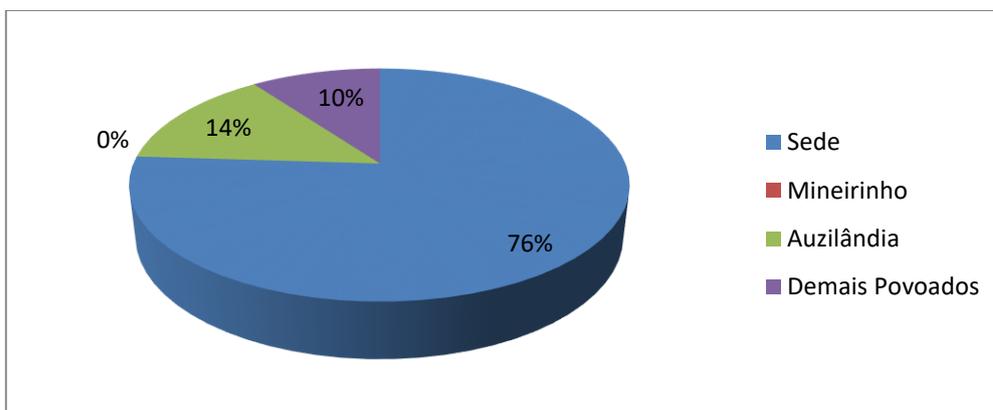


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a procedência. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Sobre a situação de moradia verifica-se que grande maioria da clientela possui casa própria, representando 84%. Enquanto que 16% possuem casa emprestada.

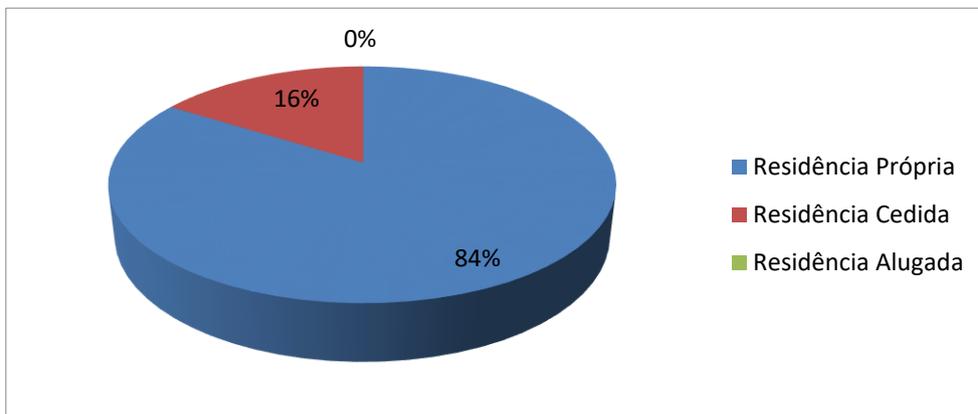


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a situação de moradia. Alto Alegre do Pindaré. 2010.

Acredita-se que este resultado, deve-se ao fato das famílias residirem a muito tempo no município. São famílias de caráter latifundiário, onde a ocupação da terra ocorre de modo que facilita a fixação de suas moradia e condições de trabalho.

Em relação à distribuição da renda familiar, verifica-se que 28% da clientela apresentam renda familiar de aproximadamente um salário mínimo, e 36% possui renda inferior a um salário mínimo.

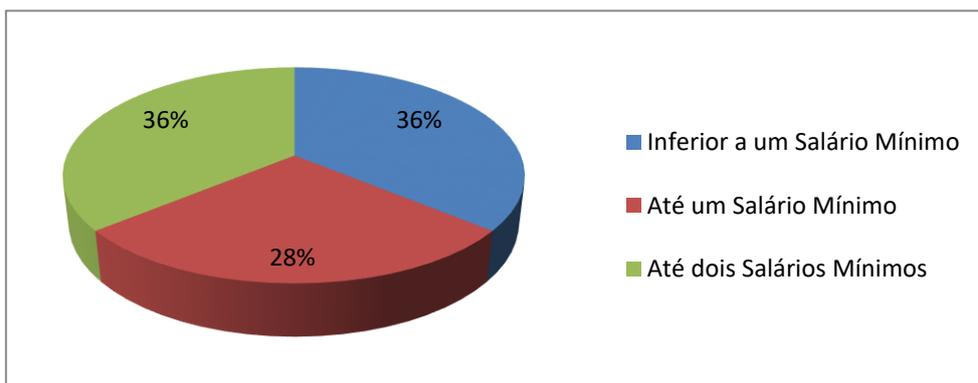


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a renda familiar. Alto Alegre do Pindaré. 2010.

De acordo com Ferreira Filha (2003), em sua discussão na relação da saúde mental e pobreza, afirma que os baixos salários, as perversões do

sistema econômico podem ser geradores de algumas perturbações mentais. Considera-se este fator de extrema relevância, pois algumas famílias, quando não possui um benefício, como aposentadoria e Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), relatam dificuldades financeiras, o que reflete no modo de tratar o seu doente.

O gráfico 9 mostra a predominância de pacientes sem ocupação (32%), seguida de pacientes que trabalham na lavoura (28%) e 18% para os que trabalham como dona de casa. O restante (22%) incluído na opção outras desempenham as atividades de vendedor, pedreiro, motorista, professor ou estudante.

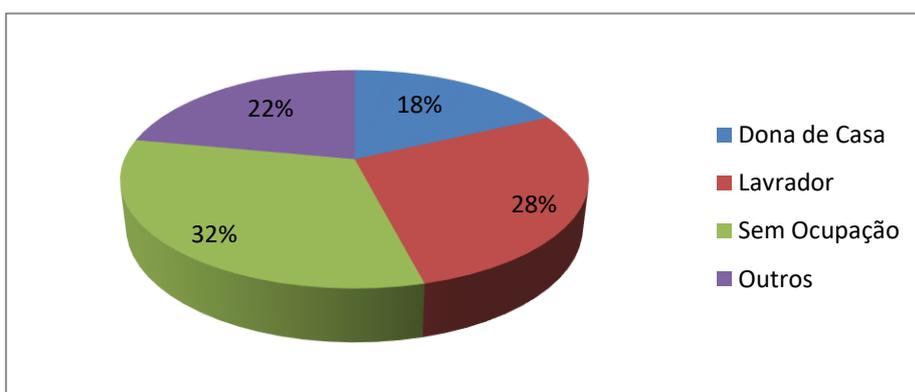


Gráfico 9 – Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados de acordo com a ocupação/profissão. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Em se tratando dos aspectos da História da Doença Atual (HDA), o gráfico 10 torna evidente que 60% dos pacientes iniciou tratamento psiquiátrico em serviços de saúde em nível ambulatorial e 40% iniciou nos serviços de saúde hospitalar.

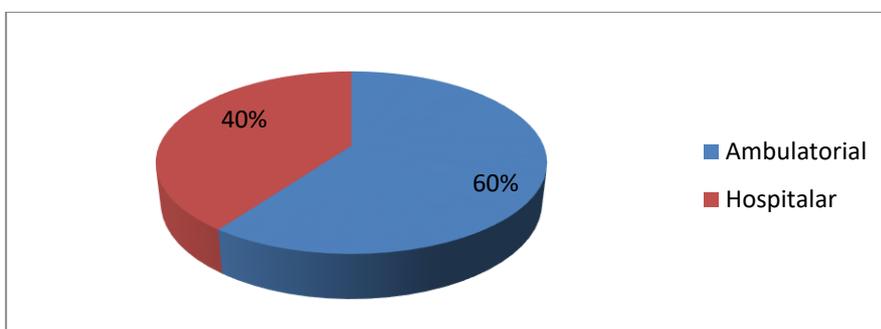


Gráfico 10 – Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados sobre o início de tratamento. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Os que iniciaram seu tratamento em nível ambulatorial, tendo consulta com psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, os atendimentos têm como objetivos contribuir para estabilidade, equilíbrio e bem-estar, evitando as internações. Por outro lado, os casos mais antigos receberam seu primeiro atendimento em hospitais psiquiátricos, em outras localidades.

No que se refere ao número de internações, observa-se que 63%, não passou por internação em hospitais psiquiátricos, enquanto que 37% já passaram pelo menos uma ou até cinco vezes por um processo de internação. (Gráfico 11).

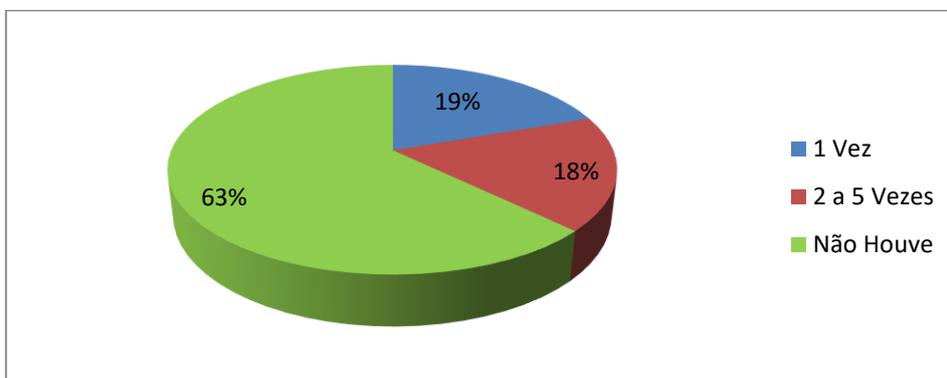


Gráfico 11 – Distribuição percentual dos 50 pacientes entrevistados sobre o número de internações. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Ao relacionar estes dados com os dados do gráfico anterior, observa-se que a maioria da clientela que teve sua primeira consulta no CAPS (ambulatório), não houve indicação e/ou necessidade de internação, uma vez que o plano terapêutico elaborado para esta clientela foi eficaz para a redução dos sintomas patológicos.

Observando-se o quadro 1, percebe-se que um número significativo de pacientes teve antecedentes familiares. Entretanto, isto não demonstra um fator hereditário predominante, mas algum caso na família, seja pelo grau de parentesco próximo ou distante, pode suscitar o aparecimento da doença atual.

Quadro 1 – Antecedentes familiar e pessoal

	Antecedente familiar	Antecedente pessoal		
		Uso de bebida alcoólica	Uso de cigarro/tabaco	Uso de substância psicoativa
SIM	32	14	10	7
NÃO	18	19		

O transtorno mental é uma patologia que abala as estruturas familiares, toda doença crônica, seja ela de origem orgânica ou psicológica, afeta seriamente o grupo familiar (Rodrigues, 2006).

Com relação aos antecedentes pessoais, notou-se que há uma clientela que faz uso de tabaco, álcool e outras drogas, o que justifica a necessidade de tratamento e atendimento para esta demanda, com foco na prevenção, recuperação e redução de danos (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição numérica dos 50 pacientes atendidos no CAPS I de acordo com o diagnóstico. Alto Alegre do Pindaré-MA. 2010.

Nº CID	DESCRIÇÃO DO CID	Nº CASOS
F20.0	ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE	4
F20.1	ESQUIZOFRENIA HEBERFRÊNICA	1
F20.3	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1
F20.5	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	6
F22.0	TRANSTORNO DELIRANTE	2
F23.0	TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO, SEM SINTOMAS ESQUIZOFRÊNICO	
F23.1	TRANSTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO, COM SINTOMAS ESQUIZOFRÊNICO	3
F25.2	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO DO TIPO MISTO	1
SUBTOTAL		18
F31.1	TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO SEM SINTOMAS PSICÓTICOS	1
F31.3	TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL DEPRESSIVO LEVE OU MODERADO	1
F31.5	TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL DEPRESSIVO GRAVE	
F31.7	TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, ATUALMENTE EM REMISSÃO	1
F32.1	EPISÓDIO DEPRESSIVO MODERADO	2

F32.2	EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE SEM SINTOMAS PSICÓTICOS	5
SUBTOTAL		10
F10	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ALCOOL	7
F17.2	TRANSTORNO MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE FUMO	
F19.2	TRANSTORNO MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE MÚLTIPLAS DROGAS E USO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	2
F41.0	TRANSTORNO DE PÂNICO (ANSIEDADE PAROXESTICA EPSÓDICA)	1
F41.1	ANSIEDADE GENERALIZADA	
F41.2	TRANSTORNO MISTO ANCIOSO E DEPRESSIVO	2
F41.3	OUTROS TRANSTORNOS ANCIOSOS MISTOS	
F43.1	ESTADO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	1
F70.0	RETARDO MENTAL LEVE	1
F71	RETARDO MENTAL MODERADO	1
F72	RETARDO MENTAL GRAVE	1
F90	TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS	
SUBTOTAL		16

- DOENÇAS DO SISTEMA NERVOOSO – G00-G99

Nº CID	DESCRIÇÃO DO CID	Nº CASOS
G30.1	DEGENERAÇÃO CEREBRAL CENIL, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	1
G40.3	EPILEPSIA E SINDROME EPILEPTICAS GENERALIZADAS IDIOPÁTICAS	3
G40.5	SINDROMES EPILEPTICAS ESPECIAIS	2
G45.3	AMAUROSE FUGAZ	
--	NÃO HOUE DIAGNÓSTICO	
SUBTOTAL		6
TOTAL GERAL		50

Fonte: CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde – Psiquiatria/Neurologia.

Para a Organização Mundial de Saúde (2001) os transtornos mentais e comportamentais, expressão usada pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª. revisão (CID 10), “são sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente em que na maioria dos casos são acompanhados de sofrimento e interferência nas funções pessoais.” Os transtornos implicam em condições caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor, ou por comportamentos associados com angústia e/ou deterioração do funcionamento e por sintomas e sinais específicos, seguindo um curso mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções.

Quadro 3 – Indicação para uso de medicação psicotrópica

MEDICAÇÃO/TIPO	Quantidade - de acordo com a clientela
A – Anticonvulsivante/Antiepiléptico	5
B – Antidepressivo	4
C – Ansiolítico	4
D – Antipsicótico	1
E – Outros (Neurolépticos, Lítios)	3
B e C	5
A e B	2
A, B e C	1
A e C	3
B e C	4
B e E	1
C e D	1
C e E	4
C, D e E	8
A e E	1
Antietanol	3
Sem indicação	
TOTAL	50

Verifica-se No Quadro 3, maior índice de indicação de medicação ansiolítico, antipsicótico e neuroléptico para a maioria dos pacientes, o que condiz com o resultado da prevalência de diagnóstico encontrada no CAPS, 14 casos de esquizofrenia, indicada no quadro.

Durante a pesquisa, houve a necessidade de serem feitas algumas associações dos tipos de medicação indicada para a clientela. Por exemplo, encontramos quatro pacientes que fazem uso de antidepressivo e ansiolíticos e

pacientes que fazem uso de ansiolítico e neuroléptico. Os esclarecimentos do Ministério da Saúde confirmam que os psicofármacos são drogas cujo principal objetivo é “modificar as funções psíquicas, normais ou alteradas, portanto não favorece a cura, apenas diminuem o sofrimento mental” (BRASIL, 2003).

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa assume uma base para reflexão acerca do modelo extra-hospitalar, tendo como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Alto alegre do Pindaré.

Diante do exposto, conclui-se que:

a) Houve predomínio para faixa etária compreendida entre 20 a 39 anos, o que indica uma clientela jovem-adulta que está adoecendo; o percentual elevado de pessoas que convivem com seus familiares mais sem companheiro;

b) Observou-se que a maioria da clientela apresenta fenótipo na cor parda; possuem casa própria e residem há muito tempo no município;

c) Há um número significativo de usuários que não são alfabetizados e tem baixo nível da renda mensal.

A pobreza e as condições associadas a ela, como o desemprego, o baixo nível de instrução, as privações e as condições de abrigo desfavoráveis, são muito presentes no interior do Maranhão. E dentro deste panorama, pode-se inferir que há uma prevalência maior de transtornos mentais.

Portanto, pensar a questão da saúde mental é, antes de tudo, pensar sobre o homem e sua condição de “ser” e “estar-no-mundo”. E os profissionais que trabalham com saúde mental têm que reconhecer sua função educativa, exercitar a análise e crítica da realidade, discutir as possibilidades de mudança.

As condições sócio-econômico-culturais, dentro do contexto da prevenção das doenças mentais ocorrem por meio da luta contra a pobreza, contra a falta de informação e contra a alienação do homem.

Com relação às patologias encontradas, verificou-se também a incidência de alcoolismo e uso de outras drogas. Sugerindo, portanto, de

acordo com o planejamento mensal do CAPS, a oferta de serviços para estes pacientes e seus familiares. Vale ressaltar que os profissionais que atuam no CAPS, devem fazer intervenção preventiva, terapêutica e de reabilitação. Inclusive esta tarefa deve ser de todos àqueles que trabalham no sistema de saúde.

Sugere-se que os profissionais da área da saúde, atuem de forma cada vez mais integrada à política de saúde do município, esperando-se que a partir deste estudo, a equipe do CAPS I, juntamente com as equipes da Atenção Básica, possa aprimorar e qualificar a assistência à saúde mental da comunidade.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo D. C. **Loucura, cultura e subjetividade**: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil 2006**. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf>. Acesso em 10 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. _____. **Legislação em Saúde Mental: 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. **Relatório de gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- IBGE. **Contagem da população**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>. Acesso em: 26 set. 2010.
- KILSZTAJN, Samuel ET AL. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 10. Disponível em: <<http://www.scielo/scielo.hp>>. Acesso em: 03 nov. 2009.
- MARI, Jair de J. **Não há saúde sem saúde mental**. Disponível em: <http://reformapsiquiatica.wordpress.com/2010/02/01>. Acesso em: 12 out. 2010.
- NASCIMENTO, Stellamaris P. S. **O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental**. São Paulo: LILACS, 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.
- ROSA, Lúcia C. S. **O Nordeste na Reforma Psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.
- Saúde Mental em dados. **Informativo eletrônico**. Brasília, ano 5, n. 7, jun. 2010. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental> >. Acesso em 08 out. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 – IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

SEXO: () F () M

DATA NASC: _____ IDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

ESCOLARIDADE: _____

COM QUEM MORA: _____

ESTADO CIVIL: _____ COR: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

SITUAÇÃO DE MORADIA: _____

NÚMERO DE INTERNAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL: _____

COM QUEM MORA: _____

2 – RENDA: _____

3 – INÍCIO DO TRATAMENTO:

4- ANTECEDENTE FAMILIAR:

5 – ANTECEDENTE PESSOAL:

6 – DIAGNÓSTICO(S) (CID 10):

7 – ORIENTAÇÃO/PRESCRIÇÃO/OBSERVAÇÃO:

Alto Alegre do Pindaré – MA, / /

Rua da Alegria, s/nº, Centro - CEP: 65.398-000 – Alto Alegre do Pindaré – MA.

CGC 01.612.832/0001-21

Telefax: (0xx98) 3664 - 1267/3664 – 1385

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSÍCOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

End: R. V9, bloco 2, apt. 203, condomínio Água Branca 2, Parque Shalon, São Luís-MA Fone: 8876-8292 e-mail: janete_valois@yahoo.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira. End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadora: Cinthia de Cássia Melo Cavalcante.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS I
DE ALTO ALEGRE DO PINDARÉ – MA**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre o perfil epidemiológico dos usuários do CAPS I de Alto Alegre do Pindaré. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sr (a) que ajudarão a conhecer as características socioeconômicas e a história da doença das pessoas atendidas neste serviço. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sr (a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sr (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil socioeconômico, sobre os aspectos da doença. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Alto Alegre do Pindaré, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Centro de Atenção Psicossocial
Rua da Alegria, s/nº, Rua da Alegria, CEP: 65.398-000
Alto Alegre do Pindaré-MA.