

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE

**TRANSTORNOS PSICÓTICOS NOS USUÁRIOS
DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação de Mestrado
submetida à banca examinadora
como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em
Saúde e Ambiente, na área de
concentração em Saúde e
Ambiente.

MÔNICA SILVA SILVEIRA
Orientadora
Marlizete Maldonado Vagas, D.Sc.

ARACAJU
Novembro – 2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE

**TRANSTORNOS PSICÓTICOS NOS USUÁRIOS
DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação de Mestrado
submetida à banca examinadora
como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em
Saúde e Ambiente, na área de
concentração em Saúde e
Ambiente.

MÔNICA SILVA SILVEIRA
Orientadora
Marlizete Maldonado Vagas, D.Sc.

ARACAJU
Novembro – 2009

RESUMO

TRANSTORNOS PSICÓTICOS NOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DE SERGIPE – CAPS

Mônica Silva Silveira

Nos últimos anos, a rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária no Brasil ampliou sua oferta de serviços com a criação de novos dispositivos especializados para os usuários de doença mental grave. A presente pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência dos transtornos psicóticos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos Municípios de Sergipe, discriminar quais as variáveis de gênero, idade, nível de escolaridade, profissão, coabitação, número de internação e a frequência da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Estudo do tipo epidemiológico descritivo. As informações foram coletadas em dezenove Municípios de Sergipe que têm Centros de Atenção Psicossocial e que são conveniados ao Sistema Único de Saúde. Os dados de 1444 prontuários foram analisados, através de estatística descritiva e expressos através de gráficos e tabelas em frequências absolutas e relativas, através de percentual simples, com nível de significância estatística no valor convencional de 5 % ($p < 0,05$). A prevalência de transtorno psicótico foi de 59% para o gênero masculino e de 41% para o feminino, com faixa-etária prevalente de 36% entre 25-35 anos; quanto ao estado civil, 69% eram solteiros e 76% sem situação ocupacional definida. Quanto ao número de internações, os usuários com esquizofrenia tiveram maior índice do que os usuários portadores de outros transtornos psicóticos. Concluiu-se que há uma elevada frequência de esquizofrenia 75% para 25% de outros transtornos psicóticos. Que os usuários com esquizofrenia têm maior comprometimento na vida sócio-econômica. Sugere-se a padronização de protocolos de avaliação dos usuários enquanto fonte importante de pesquisa.

Palavras-chave: transtorno mental; prevalência; saúde mental; CAPS.

ABSTRACT

PSYCHOTIC DISORDERS IN USERS OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTRES IN THE STATE OF SERGIPE – CAPS

Mônica Silva Silveira

In the past few years, the network of attention towards community-based Mental Health in Brazil has expanded its services with the creation of new specialized devices for users who have serious mental illness. This research aimed at identifying the prevalence of psychotic disorders in Psychosocial Care Centers (CAPS) in the municipalities belonging to the state of Sergipe, discriminating the variables of gender, age, level of schooling, occupation, cohabitation, number of hospitalization and the frequency of schizophrenia and other psychotic disorders. Descriptive epidemiological study. Information was gathered in nineteen municipalities in the state of Sergipe, which have Psychosocial Care Centers and which are provided with the Unified Health System. The data of 1444 records of users were analyzed, by means of descriptive statistics, and expressed through graphs and tables in absolute and relative frequencies, through simple percentage, with statistical significance level in the conventional value of 5% ($p < 0,05$). The prevalence of psychotic disorder was of 59% for the male gender and of 41% for women with age-range prevalent of 36% between 25-35 years of age; as to marital status, 69% were unmarried and 76% did not have a defined occupational situation. As a result towards the distribution of users with Psychotic Disorder diagnosis, it was shown that 75% of the users were diagnosed with schizophrenia and 25% with other psychotic disorders. Regarding the number of committal, it was noticed that users with schizophrenia had the largest number of committal compared to those with other psychotic disorders. That the users who suffer from schizophrenia are shown to be more compromised in what regards socioeconomic life. It is suggested that the users' protocols of evaluation should be standard as they are important sources of research.

Keyword: Mental disorder; prevalence; mental health; PCC.

1. INTRODUÇÃO

Considerando-se a tríade epidemiológica sujeito, agente e ambiente os estudos epidemiológicos subsidiam a visão de gestores e técnicos da área, bem como da comunidade em geral para transformar as condições de saúde da população, buscando compreender a relação entre a saúde e a doença como parte da organização social. O resultado dos estudos é importante para fundamentar o desenvolvimento de novas tecnologias e estratégias de prevenção adequadas às populações estudadas (LIMA, 2002).

Projeções epidemiológicas referentes à saúde mental enfatizam a magnitude dos problemas mentais, que aumentarão dentro de 25 anos. A estimativa é de que em cada quatro habitantes do planeta um enfrentará algum tipo de transtorno mental, podendo ser a depressão, a esquizofrenia, o atraso mental, o distúrbio da infância e adolescência, a dependência de álcool ou de drogas ou o mal de Alzheimer (OPAS/OMS, 2001).

Em Sergipe os dados de transtornos psicóticos e suas relações não são conhecidos, observando-se a importância de estudos que visem retratar o perfil dos portadores e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, pertencentes ao Sistema Público de Saúde.

Deste modo, este estudo irá identificar a prevalência dos transtornos psicóticos nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe, o perfil psicossocial dos usuários e a relação. Os resultados poderão contribuir com ações que serão originadas de acordo com o perfil dos usuários levantados nesta pesquisa, e como consequência o redirecionamento de políticas públicas, que poderão resultar em propostas na oferta da Rede de Saúde Mental do Estado de Sergipe

De acordo com as normas do colegiado do programa de Pós-graduação da UNIT, esta dissertação encontra-se organizada em capítulos e os resultados estão apresentados sob forma de artigos. O primeiro capítulo apresenta a revisão bibliográfica, o segundo e terceiro são artigos originados pela pesquisa e, por último, serão apresentadas as considerações gerais da dissertação.

2. CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Considerações Históricas do Transtorno Mental

Os povos mais primitivos viam o adoecer de forma inexplicável e irracional, baseado em crenças do imaginário coletivo. As referências às doenças mentais remontam às civilizações egípcias. Estes povos visualizavam a doença mental como uma possessão demoníaca ou manifestações do descontentamento dos deuses, em que os doentes eram vistos como vítimas dos castigos divinos (CATALDO NETO, *et al.*, 2003).

A mais antiga doença mental levou o nome de epilepsia (epi, o que está acima; lepsia, abater). Os antigos pensavam que o diabo vinha de cima e abatia o indivíduo. Contra os possuídos pelo diabo foram praticadas as mais atrozes condutas, desde escorregá-los para fora dos muros da cidade, condenando-os à vida errante, até confiá-los a barqueiros que os transportavam em suas naus para desembarcá-los em terras distantes (PALOMBA, 2003).

Até o início da era cristã, a loucura era vista pelo menos sob três enfoques: De Homero até a tragédia grega, ela aparece como obra da intervenção dos deuses, dentro de um enfoque mitológico-religioso. Entre os trágicos, na obra de Eurípedes, é produto dos conflitos passionais do homem, mesmo que permitidos ou impostos pelos deuses, inaugurando uma concepção passional ou psicológica da loucura. Finalmente, no período de Hipócrates a Galeno, ela passa a ser efeito de disfunções somáticas. Na medicina pré-helênica foi dominada por concepções mágico-animistas sobre as influências de elementos da natureza agindo no homem. Na Grécia pré-hipocrática a medicina era praticada de modo mágico nos templos de Esculápio, de onde os doentes mentais eram expulsos a pedradas (PESSOTTI, 1994).

Na Idade Média os doentes e a população com a categoria de pessoas necessitadas, eram assistidos por amigos, vizinhos e familiares ou podiam ser internados em hospitais gerais que tivessem leitos para esse tipo de paciente. O documento da Fundação da Santíssima Trindade, que data dos meados do século XIV, prevê 30 leitos. Ao

final do século XVII (1696) foi criada uma instituição especial para os portadores de transtornos mentais, o St. Peters, em Bristol/Inglaterra, que foi o primeiro hospital público para doentes mentais (ALLDERIDGE, 1979, p.322, apud ORNELLAS, 1997).

As idéias da Renascença questionaram e dividiram a Igreja Católica, debilitaram e rejeitaram os velhos rituais, e renovaram o interesse na surpreendente civilização antiga. Entre os séculos XV e XVI, o Renascimento trouxe a liberdade e uma orientação humanista que fizeram cair a Inquisição e abriram o caminho para os grandes avanços científicos, mas os doentes ainda perambulavam soltos nas cidades e nos campos e havia poucas instituições públicas para cuidar deles (SMITH, 1985).

Em meados do século XVII o mundo da loucura vai se tornar o mundo da exclusão. Cria-se, em toda a Europa, estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos: os considerados inválidos, pessoas a quem a família ou o poder real queriam evitar um castigo público, pais de família dissipadoras, eclesiásticos em infração, enfim, todos aqueles que em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade davam mostras de “alteração”. Estas casas não tinham orientação médica; os doentes estavam lá porque não podiam ou não deviam fazer parte da sociedade (FOUCAULT, 1994).

No decorrer dos séculos XVII e XVIII, a etiologia diabólica é progressivamente descartada. Há uma retomada dos conceitos de Hipócrates, identificando a loucura com a patologia de funções superiores. Foi considerado, o cérebro, como o órgão do pensamento e se escreveu que as doenças mentais tinham causas naturais, desmistificando a epilepsia como doença sagrada. Foram descritos e classificados, de modo completo, os quadros melancólicos, maníacos e paranóicos (SMITH, 1985).

O médico Philippe Pinel (1745-1826) em 11 de dezembro de 1794, apresentou sua monografia à Sociedade de História Natural de Paris, chamada de *Memória da loucura*, reconhecido como o primeiro texto científico da nova especialidade. Nessa conferência, defendeu o tratamento psiquiátrico e os princípios humanitários que o tornaram fundador da psiquiatria na França (TABORDA *et al.*, 2004).

Philippe Pinel marca um novo momento. Assumindo as suas funções no hospício, torna o local uma casa de tratamento e não mais um depósito de horror e de temor. Para tanto, introduziu a função médica ao libertar os loucos de suas correntes assim como dispensou-lhes um tratamento voltado à adequação do homem ao seu meio ambiente (PALOMBA, 2003).

Segundo Foucault (1994): Pinel seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento, pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco (FOUCAULT, 1994, p. 81-82):

O asilo ideal que Tuke montou perto de York é considerado como a reconstituição em torno do alienado de uma quase-família onde ele deveria sentir-se em casa; ele é submetido ao controle social e moral ininterruptos; a cura significará reinculcar-lhe aos sentimentos de dependência, humildade, culpa e o reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar.

Os enfoques mitológicos, psicopatológico-passional e organicista são modos de pensamento permanente na história do conceito de loucura, que atravessou diferentes épocas estando, inclusive, presente na contemporaneidade. Com o Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental, ou *Traité*, de Pinel, publicado em 1801, inaugura-se a psiquiatria como especialidade médica. Pinel define a loucura, ou alienação, como o desarranjo das funções mentais, intelectuais rejeitando, inclusive, as explicações organicistas (FOUCAULT, 1994).

A partir do século XVIII, os manicômios começam a surgir de forma mais sistemática. Não por acaso, esse momento histórico coincide com a divulgação das idéias de Descartes. Ao identificar o pensamento como condição para a existência, instala-se o consenso da razão e do juízo como condição para o homem ser capaz de cuidar de si (MACHADO, 2000).

No Brasil, como na Europa, em um primeiro momento os doentes ficavam perambulando pelas ruas das cidades; quando muito, eram recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou hospitais gerais. Nesses locais não existia a previsão de nenhum tipo de tratamento específico; aos doentes eram destinadas celas insalubres e castigos corporais. O ato que marca a maioria de D. Pedro II como Imperador é justamente o da assinatura do decreto de fundação do primeiro hospital brasileiro – o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, que foi inaugurado em 1852. O primeiro movimento de reforma da assistência foi a partir da presidência de Rodrigues Alves, no início do século XX, que deixava a política de Assistência a Alienados e a Gestão do Hospício Nacional - antigo D. Pedro II - aos cuidados de Juliano Moreira e também designava Oswaldo Cruz para a direção dos serviços de saúde pública (SILVA, 2001).

Os primeiros pacientes que foram internados no Hospício D. Pedro II eram aqueles destituídos de família: mendigos, alcoolistas, negros alforriados. Por outro lado, havia

aqueles que “sofriam de paixões”, não aceitavam os princípios morais da sociedade e “deformavam a imagem da família”. Também a estes cabia a internação psiquiátrica (SILVA, 2001).

Com a Reforma Sanitária, ao final da década de 1970 e o processo de constituição do Movimento da Luta Antimanicomial, surge a proposta do fim dos manicômios e sua desinstitucionalização, coincidindo com o fim da ditadura militar brasileira e o início da Anistia Política. Nesse contexto, começam os questionamentos acerca das práticas de Saúde Mental (SANT’ANA; BRITO, 2006).

Ao final da década de 1980 o Brasil se encontrava com a nova tendência, a partir do discurso médico Italiano da Psiquiatria Democrática, e a proposta de um novo modelo de cuidado ao portador d doença mental. Nessa época, os hospitais-dia começaram a ser utilizados na assistência pública à saúde mental no Brasil, e os serviços de tipo internação integral (AMARANTE, 1998).

Para Franco Basaglia (1985) o doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá se opor àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença:

... é por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o da sua própria humanidade. Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedade são as regras, o homem, seja qual for seu estado mental, se objetiviza gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas (BASAGLIA, 1985, pp.120).

Na evolução do atendimento em Psiquiatria no Brasil, o novo modelo de assistência pretende rever o saber psiquiátrico tradicional, criando possibilidades de transformação e construção de um novo saber. Um programa de reabilitação psicossocial introduz novos recursos e diversos sujeitos no percurso terapêutico. Cabe ao Serviço de Saúde Mental identificar a rede de relação social passível de reintegrar a pessoa que requer ajuda, construindo estratégias que venham a propiciar intervenções reais concretas, claras e objetivas (PEREIRA, 2003).

2.2 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

No ano de 1989 foi dada entrada no Congresso Nacional o Projeto Lei nº 10.216/2001 do Deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Foi na década de 90, a partir da assinatura da Declaração de Caracas e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passaram a vigorar normas sobre serviços de atenção diária. Desde então foram criados, para os portadores de sofrimento psíquico, os Núcleos de Apoio Psicossociais – NAPS, que após alguns anos ampliaram as atividades oferecidas, passando a se denominar Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Hospitais-dia (BRASIL, MS, 2002).

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional é que a promulgação da referida Lei foi redirecionada à assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Foi no contexto da promulgação dessa Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política do governo federal, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a se consolidar (BRASIL, MS, 2004). Os centros de atenção psicossocial foram criados sob a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e do modelo assistencial em saúde mental se estabeleceu a partir das modalidades de Atendimento em Saúde Mental, através da portaria nº 336, de 19/02/2002 (BRASIL, MS, 2004).

O CAPS é um serviço de saúde municipal aberto, comunitário, que oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A função desse serviço é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, internação em hospitais psiquiátricos e promovendo a inserção social das pessoas com transtorno mental de forma gradual e planejada (BRASIL, MS, 2007).

Dentre as atividades oferecidas destacam-se o atendimento de psicoterapia individual e em grupo, orientação familiar, acompanhamento psiquiátrico, assembléias e reuniões de usuários. A equipe é composta por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, outras especialidades de nível superior específicas de cada serviço, técnicos e auxiliares de enfermagem e funcionários de nível médio (BRASIL, MS, 2001).

Os CAPS são distribuídos de acordo com características discriminadas no atendimento a pacientes com transtornos graves e persistentes. Têm-se três modalidades de serviços estabelecidos: CAPS I – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II- Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Também é disponibilizado os CAPSi, para o atendimento de crianças e adolescentes, e o CAPS/AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (BRASIL, MS, 2005).

Na Tabela 1 abaixo é demonstrado o número total de cada tipo de CAPS no país. O Estado de Sergipe se encontra na segunda colocação em número de CAPS, de acordo com o indicador de número de unidades por 100.000 habitantes (BRASIL, MS, 2009)

Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – 31 de janeiro de 2009

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAP Si	CAP Sad	Total	Indicador CAPS /100.000 hab
Paraíba	3.742.606	26	9	2	7	5	49	0,99
Sergipe	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,90
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Rio Grande do Sul	10.855.214	56	33	0	11	15	115	0,80
Ceará	8.450.527	34	27	3	5	13	82	0,79
Santa Catarina	6.052.587	36	13	0	6	7	62	0,73
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Paraná	10.590.169	32	25	2	7	18	84	0,65
Bahia	14.502.575	88	25	2	4	11	130	0,60
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	65	41	8	8	8	130	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	30	37	0	12	15	94	0,50
São Paulo	41.011.635	50	68	16	23	46	203	0,45
Pernambuco	8.734.194	14	17	1	4	10	46	0,45
Espírito Santo	3.453.648	5	7	0	1	3	16	0,39
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Tocantins	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
Pará	7.321.493	14	11	1	1	4	31	0,33
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
Brasil	189.612.814	618	382	39	101	186	1326	0,55

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008. Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes. Nota 2 - Parâmetros : Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

No Estado de Sergipe, até as décadas de 20 e 30, os pacientes com transtornos mentais não tinham assistência médica; muitos foram enviados para o Estado de Salvador para o asilo João de Deus, quando não, vagavam pelas ruas, e eram temidos e ridicularizados (SILVA, 2003).

Foi fundado em 1940, no Estado Sergipe, o hospital-colônia Eronildes de Carvalho, que utilizava métodos comuns à época como o de eletroconvulsoterapia (ECT), e, por dificuldades em sua estrutura física e financeira foi fechado em 1960. Em 1951 foi aberta a Clínica Psiquiátrica Adauto Botelho, referência do poder público. No final da década de 70 foi construído o Hospital Psiquiátrico Garcia Moreno, que passou a receber os pacientes graves do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Em 1962, fundada a Casa de Saúde Santa Maria e em 1980, a Clínica de Repouso São Marcelo. Em 1994, após auditoria da Secretaria Municipal de Saúde o hospital Adauto Botelho encerrou suas atividades (FIGUEREDO; PORTO, 2001).

O primeiro CAPS fundado em Sergipe localiza-se no município de Nossa Sra. da Glória; “Luz do Sol” – CAPS I, em 1999, e em Aracaju “Artur Bispo do Rosário” CAPS I, sob a coordenação do Psiquiatra Messias Cordeiro, marcando o início de um novo momento na Saúde Mental do Estado (MS, SAS/DATASUS, 2000).

Em 2007 o hospital Garcia Moreno fechou suas portas e os internos foram transferidos para uma nova proposta de cuidar do doente mental - as Residências Terapêuticas: serviço especializado para pacientes crônicos sem referência familiar. Funcionando nas antigas dependências do hospital Adauto Botelho, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial criado pela gestão Municipal de Saúde do Município de Aracaju “CAPS Liberdade” – CAPS III, ao lado do serviço de urgência psiquiátrica, que fazia a cobertura para todo o Estado. Até o ano de 2008, Sergipe tinha 27 CAPS, sendo dois desses de referências para portadores com dependência em álcool e outras drogas, localizados nos Municípios de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro, um CAPS para os pacientes infanto-juvenis no Município de Aracaju, e uma Urgência psiquiátrica nas dependências do hospital São José, no Município de Aracaju (BRASIL, MS, 2008).

2.3 Epidemiologia dos transtornos mentais

A epidemiologia psiquiátrica é o ramo de pesquisa da psiquiatria que investiga a distribuição dos transtornos mentais na população e os fatores que influenciam a incidência

(LAST, 2001). O conhecimento da frequência de um transtorno mental pode ampliar a compreensão das causas da doença e direcionar formas de tratamento.

As características epidemiológicas de uma doença, que incluem descrição da distribuição de fatores como idade, sexo, gênero e classe social, fazem parte do relatório das patologias e são usadas para estabelecer critérios de diagnóstico e prognóstico (ANDRADE, 2000).

A esquizofrenia é uma doença de distribuição universal, com incidência que varia entre diferentes locais. Em geral afeta entre 0,5 e 1,5% da população adulta. A incidência é comparável em todas as sociedades, estando na faixa de 0,5 a 5% em cada 10.000 pessoas por ano (CATALDO NETO *et al.*, 2003).

É difícil estabelecer uma definição operacional a respeito da época do início do transtorno mental. Em uma revisão de vinte e três estudos na Europa e na América do Norte, uma taxa da incidência de 2,5 para 10.000 pessoas foi encontrada, embora houvesse um grau largo de variação entre os estudos nos relatórios das taxas da incidência e de prevalência (NAKANE *et al.*, 1992).

Com relação às psicoses não-afetivas, que incluem transtornos como esquizofrênicos, esquizoafetivos, esquizofreniformes, delirantes ou paranóides, os estudos brasileiros tiveram índices similares de 0,8% para a prevalência de um ano. O índice norte-americano foi de 0,4%. Com base nos estudos, estima-se que há entre 679.192 e 1.358.393 adultos no Brasil portadores dessa condição psicótica. O índice de prevalência para toda a vida variou de 1,1 a 1,9%, sugerindo que 1.867.790 a 3.226.184 pessoas já tenham sido atingidas (MELLO *et al.*, 2007).

Diversos fatores determinam a prevalência, o início e a evolução dos transtornos mentais e comportamentais. Fatores sociais, econômicos, demográficos, sexo e idade, ameaças graves como conflitos e desastres, a presença de doença física grave, o ambiente familiar, a pobreza e as condições associadas ao desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio ilustram o impacto na saúde mental (MELLO, 2007).

O início habitual da esquizofrenia acontece no fim da adolescência até os 30 anos, sendo os homens afetados em média cinco anos antes das mulheres. Os hormônios

femininos teriam efeitos parecidos com os neurolépticos, por isso os sintomas seriam de início mais tardio, quando as taxas hormonais nas mulheres começam a diminuir (HÄFFNER *et al.*, 1998; GIACON, 2006; STUBBE, 2007).

Em geral, o início dos transtornos psicóticos nos homens é em torno dos 18-25 anos e nas mulheres dos 25-35 anos. Essa diferença pode variar no critério diagnóstico utilizado para a esquizofrenia. No início da adolescência, a razão homem/mulher é 2:1. Após os 50 anos, essa proporção se inverte, em aproximadamente 3% a 10% das mulheres que iniciam a doença após os 45 anos (GOLDSTEIN, 1995).

Segundo Seeman (1990), o estrógeno é um fator protetor nas mulheres. Há diferenças entre os sexos na esquizofrenia por existirem diferenças no desenvolvimento cerebral intra-uterino, assim como efeitos protetores do estrógeno que agiriam no sexo feminino na vida adulta. A velocidade do desenvolvimento cerebral intra-uterino é mais lenta no sexo masculino e esse processo parece estar associado à ação da testosterona no período da gestação.

Há décadas se tem visto diferenças entre gêneros feminino e masculino que foram explicadas diante das diferenças na organização mental. A pesquisa tem dado hoje relevância às teorias bioquímicas e neuropsicológicas, como o prognóstico melhor nas mulheres do que nos homens. Conseqüentemente, focalizando em fatores bioquímicos, genéticos e sociais ao mesmo tempo, tem-se procurado pelas diferenças sócio-demográficas e pelas características sintomatológicas, o resultado dos estudos ajudarão a compreender a etiologia clínica e o prognóstico da doença nos diferentes gêneros (ATALAY, 2006).

Outra possível consequência do trauma de nascimento são as anormalidades estruturais cerebrais (MURRAY, 1988) que estão mais associadas ao sexo masculino: idade de início mais precoce, sintomas negativos, alargamento dos ventrículos cerebrais, gravidade e cronicidade da doença.

De acordo com Stubbe (2007), não se acredita que fatores psicológicos ou sociais causem a esquizofrenia. Contudo, no contexto de sua vulnerabilidade deve ser considerado o estresse ambiental, incluindo alto nível de expressão emocional na família. O início do adoecimento tende a ser insidioso e na maioria das crianças há comprometimento no desempenho escolar, dificuldade de adquirir novas informações e habilidades, perda do avanço nos relacionamentos interpessoais.

Vallada e Samaia (2000), numa breve revisão sobre estudos genéticos-epidemiológicos e os fatores de risco na esquizofrenia, concluíram que as pesquisas com famílias de gêmeos e adotados indicavam a existência do componente genético para esquizofrenia. Estima-se que esse represente de 70% a 80% da susceptibilidade total para desenvolver a doença. Também há estudos de genética molecular e dos fatores pré e perinatais. Como um transtorno heterogêneo, nenhum modelo simples de herança genética foi encontrado (MAJ; SANTORIUS, 2005).

O teste neuropsicológico frequentemente utilizado nos estudos das alterações dos processos de atenção em pacientes esquizofrênicos é o “*Continuous performance test*” (CPT). Nesse tipo de teste o indivíduo é solicitado a identificar, rapidamente, um estímulo alvo entre vários estímulos distratores ou não relevantes. Ainda que baixos rendimentos no CPT possam ser observados em outras condições psiquiátricas, há indicações de que pacientes esquizofrênicos apresentam um padrão específico de alterações nesse tipo de teste. Eles apresentam tipicamente um comprometimento nos processos de discriminação sinal/ruído, ainda que não apresentem erros quanto ao critério de identificação (ADAD, 2000).

Na inter-relação entre neuropsicologia e psiquiatria, a esquizofrenia apresenta o aumento da perturbação do fluxo de consciência devido às vivências fora do contexto que invadem ao ocorrer desconexão ou desordem no circuito fronto-têmporo-cerebelo-tálamo cortical, o que altera a atenção e a memória do indivíduo acometido. Há sintomas nucleares como a invasão do fluxo normal de consciência por vivências bizarras, descontextualizadas da vida psíquica em curso, porém o paciente pode ter inalterada outras modalidades de consciência; ele não perde o *eu*, reconhecimento pessoal ou parte específica de quem ele é, mas a sua funcionalidade. Aqueles que não estão tão graves a ponto de não se tornarem demenciais, podem realizar bem a maioria das tarefas da memória de trabalho (CAIXETA *et al.*, 2007).

No desempenho de testes neuropsicológicos, os indivíduos com esquizofrenia apresentam alterações. Estima-se que déficits cognitivos atinjam entre 40% a 60% dos indivíduos acometidos. Entretanto, no atual estágio do conhecimento, essas alterações não parecem ser elementos confiáveis como marcadores biológicos da esquizofrenia, principalmente por não existirem padrões específicos de comprometimento cognitivo associados à doença. Esses instrumentos são de maior utilidade na avaliação do grau de

incapacitação interpessoal e ocupacional associados à esquizofrenia. Embora exista pouca discordância em relação à existência dessas alterações em pacientes esquizofrênicos, não existe unanimidade em relação aos aspectos qualitativos e quantitativos desses déficits (ADAD *et al.*, 2000).

Segundo Duran *et al.* (2004), a investigação da relação entre maus tratos infantis e transtornos psiquiátricos no curso de vida, em um grupo de 234 mulheres americanas de origem indígena, em uma unidade básica de Saúde dos EUA, encontrou alta proporção de participantes (84,2%) com algum transtorno mental, sendo que 60,7% das participantes apresentaram critérios diagnósticos para dois ou mais transtornos. Os resultados mostram ainda, que a prevalência de transtornos mentais aumentou de acordo com os tipos e a severidade de maus tratos. Dentre as 54 participantes que experienciaram todos os tipos de abuso e negligência, 75,9% apresentaram histórico de abuso e dependência de álcool e drogas; 68,5%, histórico de transtorno de humor; 83,3%, transtorno de ansiedade; e 63%, transtorno de estresse pós-traumático.

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) apontam o aumento da prevalência de transtornos mentais na população. Estima-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos. O sofrimento psíquico representa quatro, das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, embora a maioria deva ser tratada de forma preventiva. Devido a essa problemática, a OMS chama a atenção dos governos a investirem em políticas de saúde para o enfrentamento dessa questão, incentivando medidas de promoção e prevenção à saúde mental, e também na oferta de tratamento e reabilitação psicossocial.

Quanto ao tratamento do transtorno psicótico faz-se necessário a utilização de uma abordagem multimodal, com a prescrição da farmacoterapia de medicamentos antipsicóticos atípicos: risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol e ziprasidona, de segunda linha: os antipsicóticos: haloperidol, tiotixeno, clorpromazina, trifluoperazina e molidona, e os chamados terceira linha: clozapina, potenciação com lítio ou outro estabilizador do humor, eletroconvulsoterapia, tratamento psicossocial e a psicoeducação dos familiares (STUBBE, 2007).

No Brasil, com gastos de 2,4% do orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS em saúde mental, prevalência em 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos. Tem havido sensível inversão nos últimos anos, privilegiando-se os

equipamentos substitutivos como os CAPS em detrimento das clínicas psiquiátricas. Para ilustrar citamos o fato de que em 1997 a rede de saúde mental era composta por 176 CAPS com 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos ficava com os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados, contra 80% de 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil (BRASIL, MS, 2004).

O ônus de doenças mentais como a depressão, a dependência ao álcool e a esquizofrenia foi durante muito tempo subestimado. Isto se deveu à forma de avaliação do impacto dessas doenças que, em geral, quantificava o número de mortes decorrentes delas e não o número de indivíduos incapacitados (MELLO *et al.*, 2007).

2.4 Diagnóstico dos Transtornos Psicóticos

Em estudos clássicos, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), desenvolveu um estudo ao acompanhar pacientes hospitalizados, e estabeleceu os primeiros critérios para a esquizofrenia, o qual separou a psicose maníaco depressiva da demência precoce. Ele reuniu os conceitos demência precoce, de Morel, em 1860; da catatonia descrita por Kalhbaum, em 1874, e da hebefrenia, de Hecker, em 1871, sob o nome de demência precoce. Os critérios se baseavam em três características principais: sintomatologia, etiologia e evolução (LOUZÃ, 2007).

Euger Bleuler (1857-1939), em 1911 reorganizou os critérios para a demência precoce sob o nome de esquizofrenia. Os critérios diagnósticos se baseiam nas seguintes características: sintomatologia, intensidade e evolução. Dentro dos sintomas fundamentais, a desorganização do pensamento, associação frouxa das idéias. Para Bleuler é o sintoma mais importante e nem todos os sintomas podem estar presentes para se considerar o diagnóstico de esquizofrenia, o que favorece o diagnóstico mesmo na falta dos sintomas psicóticos descritos por Kraepelin, como delírios e alucinação, admitindo a existência de várias esquizofrenias (SHIRAKAWA *et al.*, 1998).

Em 1913, Jaspers, em seu tratado de psicopatologia geral, descreveu o delírio como sendo um juízo falso e patológico caracterizado por incorrigibilidade, convicção absoluta e impossibilidade do conteúdo. O delírio é incompreensível em sua origem, pois deriva das chamadas vivências delirantes primárias em que ocorreram mudanças na personalidade, ruptura na história do indivíduo com atribuição de significados novos às

percepções, uma sensação de auto-referência e de revelação. Jaspers descreve as alterações da consciência do *eu* que estariam presentes nos psicóticos (JASPERS, 1980).

Na década de 1930, Kurt Schneider (1887-1967), discípulo de Jaspers, critica o critério sintomatológico de Bleuler dizendo que para se fazer um diagnóstico precisava de sintomas mais definidos clinicamente. Enquanto Kraepelin enfatizava a idade de início precoce com uma deterioração progressiva e sintomas psicóticos graves, Bleuler dava ênfase à heterogeneidade dos sintomas e aos tipos de esquizofrenia, à desorganização do pensamento e às influências da personalidade na gênese da mesma. Schneider estabeleceu uma hierarquia de sintomas, apontando para as vivências delirantes, as alucinações auditivas e a perda da autonomia do *eu* como sendo específicos da esquizofrenia (SHIRAKAWA *et al.*, 1998).

A esquizofrenia é reconhecida atualmente como uma síndrome, pois não tem única entidade da doença que apareça como causa, mas como resultante de vários fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociais. A compreensão de aspectos diferentes como características da pré-morbididade, etiologia clínica, prognóstico e o resultado da esquizofrenia nos homens e nas mulheres ajudará destacar seus fatores patogênicos, psicológicos e sociais subjacentes (CATALDO, 2003).

Têm dois parâmetros de classificação que são a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (1993), elaborada pela Organização Mundial de Saúde OMS, e o Manual Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais DSM-IV-TR (2002).

O DSM-IV (2002) define a esquizofrenia como uma perturbação com duração mínima de seis meses e inclui, no mínimo, um mês de sintomas da fase ativa: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, sintomas negativos como o embotamento afetivo. A idade média de início do primeiro episódio de esquizofrenia se situa na primeira metade da faixa dos 20 anos para os homens e final da faixa dos 20 para as mulheres. De início abrupto ou insidioso, suas primeiras manifestações clínicas são chamadas normalmente de sinais e sintomas prodrômicos.

O termo transtorno não é um termo exato, porém é assim usado para definir um conjunto de sintomas que geralmente envolvem o sofrimento e a interferência nas funções pessoais ao exercer as atividades da vida. A esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes são classificados pelo CID-10 (1993) com a nomenclatura F20-

F29. Este agrupamento reúne a esquizofrenia como categoria mais importante deste grupo, os transtornos delirantes persistentes, como um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios e os transtornos esquizoafetivos que são mantidos nesta seção, ainda que sua natureza permaneça controversa.

É necessário esclarecer que a psicose e a esquizofrenia não são intercambiáveis. A psicose é o termo geral referente à perturbação do processamento do pensamento e a uma percepção comprometida da realidade. Deste modo, a psicose ou os sintomas podem ocorrer como parte de várias síndromes psiquiátricas além da esquizofrenia, incluindo o transtorno afetivo como a depressão, mania e outros (STUBBE, 2008).

Yung e McGorry (1996), após revisão sobre o conceito dos primeiros sinais de psicose, definiram alguns aspectos iniciais da doença como: prejuízo na concentração e atenção, redução em impulso e motivação, anergia, humor depressivo do sono, ansiedade, isolamento social, desconfiança, deterioração do funcionamento em papéis sociais e irritabilidade.

Faz-se necessário conceituar dois sintomas psicóticos importantes, a exemplo do delírio, que é a reação orgânica aguda e que consiste em alteração da consciência e da atenção, deterioração da orientação e memória, especialmente a recente, o que dá origem ao que se chama de falsificação, e a alucinação, quando os órgãos senso-percepção funcionam na ausência de objetos concretos externos ou quando não há acontecimentos factuais. Neste caso há dois tipos de alucinação de que se tem destaque: a alucinação visual e a auditiva (CAMPBELL, 1986).

Os chamados sintomas positivos e negativos tiveram muita influência sobre o conceito de esquizofrenia, principalmente a partir de 1980, quando Crow apresentou a idéia de dimensões positivas e negativas pelo conceito de duas “síndromes da esquizofrenia”. A dimensão ou síndrome positiva (tipo I) era representada por um quadro agudo, reversível, com boa resposta ao tratamento neuroléptico, que seria causada pelo provável aumento de receptores dopaminérgicos e ausência de alterações cerebrais estruturais. Já a dimensão negativa (tipo II) estava associada a uma má resposta ao tratamento neuroléptico, crônica, devido à redução de receptores dopaminérgicos e alterações cerebrais estruturais. Além disso, o conceito de sintomas negativos passou a figurar oficialmente dentro dos critérios do DSM-IV (LOUZÃ, 2000).

Atualmente, pode-se entender que os sintomas positivos de esquizofrenia incluem os vivenciados pelo indivíduo – alucinações, delírios e perturbações do pensamento; enquanto os negativos descrevem a falta de experiências normais e incluem anergia (falta de energia) e pobreza da fala e do pensamento (CAIXETA *et al.*, 2007).

A esquizofrenia é uma preocupação freqüente do estudo da psicopatologia na adolescência, pois geralmente se inicia nesta fase da vida. Embora nem todas as manifestações patológicas ou desviantes sejam sintomas de uma esquizofrenia iniciante, constata-se um paradoxo: de um lado, uma doença de algum modo rara, mas grave e duradoura, de outro, uma nosografia flutuante, incerta. Nas fronteiras entre o normal e o patológico são particularmente difusas, isso explica os riscos tanto por excesso como por falta do estabelecimento de um diagnóstico no seu início (MARCELLI; BRACONNIER, 2007).

Os principais fatores de risco adaptado sobre esquizofrenia, segundo Edwards *et al.*, (2002), são: história familiar, de primeiro grau de psicose, personalidade vulnerável: esquizotípica ou esquizóide, funcionamento pré-mórbido alterado, antecedentes de traumatismos craniano (TC), quociente de inteligência baixo (QI), antecedentes de sofrimentos perinatais e obstétricos, acontecimentos da vida e abuso de substâncias.

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante polimorfo e heterogêneo. Não há sintomas ou sinais patognomônicos, sinal ou sintoma característico de uma doença; o diagnóstico é elaborado a partir dos apresentados pelo paciente e pelos dados da anamnese. Apesar de não existir uma personalidade pré-mórbida característica da esquizofrenia, em muitos pacientes é comum a falta de adaptação psicossocial na infância e adolescência (LOUZÃ, 2007).

Para o estabelecimento do diagnóstico de esquizofrenia é necessário, antes, excluir outros transtornos mentais que tem sintomatologia semelhante. Três grupos de transtornos devem ser considerados, como: os chamados de espectro da esquizofrenia, transtornos nosograficamente distintos da esquizofrenia e os quadros orgânicos com manifestação esquizofreniforme (DSM-IV, 2002).

Atualmente, segundo o CID-10 (1993), os subtipos clássicos da esquizofrenia são definidos pela sintomatologia mais freqüente no momento da avaliação. Os principais subtipos são: paranóide (F20.0), hebefrenia (F20.1), catatonia (F20.2), indiferenciada ou residual (F20.3) e simples (F20.6), enquanto os demais transtornos psicóticos se agrupam

entre os transtornos esquizotípicos (F21), transtornos delirantes persistentes (F22), transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23), transtornos delirantes induzidos (F24), transtornos esquizoafetivos (F25) e outros transtornos psicóticos não-orgânicos (F28).

A sintomatologia dos principais subtipos clínicos da esquizofrenia, segundo o CID-10 (1993, pp 85-96), é descrita como:

Esquizofrenia Paranóide, considerada a forma mais comum da doença. Estão presentes como sintomas delírios persecutórios, de referência, ciúme, ascendência, alucinações auditivas e de comando, gustativas, olfativas e cenestésicas.

Esquizofrenia hebefrênica, delírios e alucinações fugazes e fragmentários, afetos superficial e inadequado, pensamento desorganizado, discurso incoerente. A faixa-etária atingida é entre os 15 e os 25 anos de idade; existe o rápido desenvolvimento dos sintomas chamados negativos: perda de vontade e embotamento negativo.

Na esquizofrenia catatônica os transtornos de psicomotricidade são freqüentes; o paciente pode alterar períodos de esturpor, mutismo, rigidez muscular, obediência automática.

A esquizofrenia indiferenciada quando os sintomas apresentados não satisfazem critérios para os outros tipos ou apresentam características variáveis.

A esquizofrenia residual consiste no estágio crônico da esquizofrenia, por pelo menos um ano, com mínimos sintomas positivos, pelo menos um episódio psicótico prévio e bem definido.

A esquizofrenia simples desenvolvimento insidioso e progressivo de conduta estranha, declínio no desempenho social, embotamento afetivo, isolamento.

Outros transtornos psicóticos são representados pelas categorias nosológicas F21 a F29 da Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (1993), enquanto no DSM-IV-TR (2002) os mesmos são inseridos em outros transtornos psicóticos. Essa categoria abriga tanto os transtornos agudos, crônicos ou persistentes.

O transtorno esquizotípico transtorno caracterizado por comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham às da esquizofrenia. Afeto frio ou inapropriado, estranho ou excêntrico, idéias paranóides ou bizarras, sem que apresentem idéias delirantes autênticas. Com início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral ao transtorno de personalidade (CID-10, 1993).

O transtorno esquizoafetivo trata-se de transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são de tal modo proeminente que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia, quer de episódio depressivo ou maníaco. Outros transtornos psicóticos não-orgânicos são transtornos delirantes ou alucinatorios que não justificam o diagnóstico de esquizofrenia. Os transtornos delirantes persistentes é um grupo que inclui uma variedade de transtornos que são caracterizados, quase exclusivamente, por um único sintoma, o delírio, e são representados pela parafrenia e pela paranóia (CID-10, 1993)

Um número considerável de rótulos e definições foi proposto, durante o último século, para designar transtornos psicóticos transitórios, que são considerados separados da esquizofrenia. Conceitos tradicionais destacados nestas áreas são os *bouffées* delirantes, da tradição francesa, as psicoses esquizofreniformes, da psiquiatria escandinava; e as psicoses ciclóides, da tradição alemã (PULL, 1995).

3. REFERÊNCIAS

- ADAD, M; CASTRO R; MATOS P. Aspectos Neuropsicológicos da Esquizofrenia. *Revista Psiquiatria* v. 22 p. 31-40, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. ET. AL. Brazilian Multicentric study of psychiatric morbidity. *British journal of Psychiatry*, v. 171, p. 24-529, 1997.
- AMARANTE, P. *Asilo, alienados e alienistas: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1998
- ANDRADE, L. Surveys of morbidity and psychiatric comorbidity. *Current opinion in Psychiatry*, v.13, p.2001-207, 2000.
- ATALAY, F; ATALAY H. Gender Differences in Patients With Schizophrenia in Terms of Sociodemographic and Clinical Characteristics. Reprinted from the *German Journal of Psychiatry*, 2006. Disponível em: <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de> · ISSN 1433-1055.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de janeiro. Fiocruz, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). *Legislação em saúde mental: 1990-2000*. 2ª. ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002. Lei no- 10.126 de 6 de abril de 2001.
- BRASÍLIA, Ministério da Saúde (BR). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Coordenação de Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE MS. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle DRAC. DATASUS, 2000.
- CAIXETA, M. *et. al.* *Neuropsicologia dos transtornos mentais*. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CATALDO NETO; GABRIEL J. CH. G, NINA R. F. (orgs). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. In: ABREU E ALEXEI, *Esquizofrenia*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. Cap. 60, p. 369-385.

CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições clínica e Diretrizes Diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre, 1993.

DER G, G.S; MURRAY R.M. Is schizophrenia disappearing? *Lancet*, n. 335, p. 513-516, 1990.

DSM-IV – *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental*. Trad. Cláudia Dornelles; 4. Ed. Ver-Porto Alegre: Artmed, 2002.

DSM-IV – *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A, 1995.

DURAN, B., MALCOE, L. H., SANDERS, M., WAITZKIN, H., SKIPPER, B., & YAGER, J. Child maltreatment prevalence and mental disorders outcomes among American Indian women in primary care. *Child Abuse & Neglect*, v. 28, n.4, p. 131-145. 2004

EDWARDS J; GORRY, MC P.D. Implementing early Intervention. In: *Psychosis*. London: Martin Dunitz, 2002.

FIGUEREDO, M.J.P, PORTO A.C. Reforma psiquiátrica em Aracaju, história, desafios e possibilidades. Monografia Final de Especialização da Gestão de Serviço de Saúde Mental. Brasília: UnB, 2001.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. São Paulo, Ed: Tempo brasileiro, 1994.

GIACON, C. C. B; GALERA, F.A. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista Esc. Enfermagem. USP* vol.40 n. 2, São Paulo, junho, 2006.

GOLDSTEIN J.M. The impact of gender in understanding the epidemiology of schizophrenia. In: Seeman MV, editor. *Gender and psychopathology*. Washington (DC): *American Psychiatry Press*, p. 159-99, 1995..

HÄFFNER H., HEIDER W., BEHRENS S., GATTAZ W.F, HAMBRECHT M, LÖFFLER W, *et al*. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizo Bull* v. 24 n.2 p. 99-1131, 1998.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1980.

LAST, J.M. *A dictionary of epidemiology*. 4 ed. New York: Oxford University, 2001.

LIMA, M. Epidemiologia e o SUS. Consolidação do SUS redefine papel da Epidemiologia. *Revista Súmula* n. 88. p. 4, jun/jul. 2002.

LOUZÃ, Neto; RODRIGUES L.N.M; ELKIS H. *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACHADO, R. *A filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

MAJ, M; SANTORIUS. *Esquizofrenia*. Trad. Ronaldo Cotaldo Costa. 2 ed.. Porto alegre: Artmed, 2005.

MARCELLI D; BRACONNIER A. *Adolescência e psicopatologia*. Tradução Fátima Murad. – 6. Ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARI J J, ALMEIDA-FILHO N, Coutinho; ANDRADE, S.B; MIRANDA C.T, STREINAR D. The epidemiologic of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychological Medicine*, 2003.

MELLO, M. F. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELLO. M. F.; MELLO A. F; KOHN R (orgs). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. Verificar

MORENO V., ALENCASTRE M.B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(2):43-50. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06>. disponível em 30 de outubro de 2009.

NAKANE Y; OHTA Y; RADFORD M. H. Epidemiological studies of schizophrenia in Japan. Disponível em Medline 1996 pmid:1553505. Acesso em 04 de maio de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. World Health Organization, 2001.

ORNELLAS, C.P. O paciente excluído: História e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PALOMBA, G.A. Tratado de Psiquiatria Forense, Civil e Penal. São Paulo: Artmed, 2003.

PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. Comunicação, Saúde, educação, v7, n12, p.71-82, fev, 2003.

PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. Rio de janeiro: Ed.34, 1994.

PULL C. B. Atypical psychotic disorders Schizophrenia. In: HIRSCH S. R; WEINBERGER D. R., pp. 15-27, Blackwell Science, Oxford, 1995.

SANT'ANNA, T.C.B. lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicol. Cienc. Prof.* v.26 n.3 Brasília, set., 2006.

SEEMAN M.V, LANG M. The role of estrogens in schizophrenia gender differences. *Schizophr Bull* 1990;16(2):185-94.

SHIRAKAWA, J.M.C. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos editorial, 1998.

SILVA, M.V.O. A instituição sinistra – mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SILVA, J.H.M. Contribuição à História da Psiquiatria de Sergipe. Universidade Federal de Sergipe. Monografia. Aracaju, 2003.

SMITH, A.G. Esquizofrenia e Loucura. Trad. Dóris Vasconcelos. Porto Alegre, artes Médicas, 1985.

SPANDINI, L.S; SOUZA, M.C.B.M. Família e doença mental: a difícil convivência da diferença. Rer. Esc. Enfermagem USP, 2004. Acesso em dezembro de 2006.

STUBBE, D. Psiquiatria da infância e adolescência. Trad. Irineo S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VALLADA, F.P.H. SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. Departamento de Psiquiatria da FMUSP Rev Bras Psiquiatr 2000;22(Supl I):2-4.

TABORDA; CHALUB; ABDALLA-FILHO. Psiquiatria forense. Porto alegre. Artmed, 2004.

YUNG A.R., Mcgorry P.D. The prodromal phase of first-episode psychosis past and current conceptualizations. Schizophr Bull, 22: 353-370,1996.

3. CAPÍTULO II – PERFIL DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNO PSICÓTICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DE SERGIPE

Resumo

Estudo descritivo, documental cujo objetivo foi o de levantar o perfil do usuário com transtorno psicótico assistido nos Centros de Atenção Psicossocial de Sergipe. Foram incluídos no estudo 1444 prontuários com diagnóstico de transtorno psicótico. Para realizar a coleta de dados, utilizou-se protocolo criado a partir de referências do Sistema Único de Saúde, tendo como variáveis dados pessoais e familiares, data de admissão no serviço e número de internação. Os dados foram organizados em planilha, através do programa estatístico SPSS e submetidos a análises da estatística descritiva. A prevalência de transtorno psicótico foi de 59% para o gênero masculino e de 41% para o feminino, com faixa-etária prevalente de 36% entre 25-35 anos; quanto ao estado civil, 69% eram solteiros e 76% sem situação ocupacional definida. Considera-se que o transtorno psicótico acomete uma população em idade produtiva, o que causa aos indivíduos prejuízos na inserção no mercado de trabalho e na criação de novas configurações familiares.

Palavras-chave: transtorno psicótico, caracterização de portadores, CAPS, epidemiologia.

ARTICLE I – PROFILE OF USERS WHO HAVE PSYCHOTIC DISORDERS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN THE STATE OF SERGIPE

Abstract

Descriptive, documentary study, whose objective was to raise the profile of the user with psychotic disorder, assisted in Psychosocial Care Centers in the state of Sergipe. In this study, 1444 patients records with psychotic disorder diagnosis were included. For data collection, it was used a protocol created from references provided by the Unified Health System, by having as variables family and personal data, the date of admittance at the service and the number of committal. Data were organized in the statistical program worksheet SPSS and subjected to descriptive statistical analysis. The prevalence of psychotic disorder was of 59% for the male gender and of 41% for women with age-range prevalent of 36% between 25-35 years of age; as to marital status, 69% were unmarried and 76% did not have a defined occupational situation. It is considered that the psychotic disorder plagues a productive age population, which causes losses towards the insertion of individuals in the labor market and towards the creation of new family settings.

Keywords: psychotic disorder, characterization of carriers, PCC, epidemiology.

3.1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde mental do país têm passado por um amplo processo de mudanças na última década, desde a publicação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que direciona o atendimento à rede comunitária de atenção destinada ao usuário com problemas de saúde mental (BRASIL, MS, 2007).

Pertencente ao campo da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial tem como suporte ações político-ideológicas, teórico-práticas e éticas que norteiam as mudanças de paradigmas do antigo sistema asilar. Segundo Amarante (1999), foram propostas transformações na saúde mental, nos campos: teórico-assistencial, na desconstrução de conceitos e práticas da psiquiatria e psicologia; no técnico-assistencial das redes de novos serviços jurídico-políticos da extinção dos manicômios e substituição por instituições abertas; e nas legislações sanitária, civil, penal e sociocultural das relações entre instituição, usuários e comunidade.

O empenho na saúde mental tem sido a busca por minimizar, ou fazer cessar, os efeitos negativos e até degradantes das antigas formas de cuidar do sujeito adoecido psiquicamente. O Movimento de Reforma Psiquiátrica tem se colocado à frente numa difícil luta contra as esferas de poder opressoras que, já instituídas, reduzem o sujeito à condição de objeto, em intervenções que mais adoecem do que curam e restringem a condição humana (LEMOS; JÚNIOR CAVALCANTE, 2009).

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos usuários com transtorno mental, segundo critérios populacionais e demandas locais. Essa rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais e ambulatorios, bem como com Programa de Volta para Casa, o qual subsidia o retorno do usuário ao convívio de familiares. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, MS, 2007).

Pode-se ressaltar que com a criação dos CAPS aconteceu um avanço de forma significativa na organização da rede de saúde mental, pois os mesmos são considerados dispositivos estratégicos para o desenvolvimento do convívio social. Esses centros utilizam os recursos comunitários como forma de instrumento terapêutico no cuidado em saúde

mental, e no processo de reinserção social, destacando a relevância da articulação intersectorial (ESCUDEIRO; SOUZA, 2009).

Os CAPS são serviços da rede municipal de saúde com sistema aberto e comunitário, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas, através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Sua função é promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais e oferecer a essa população atendimento clínico em regime de atenção diária (BRASIL, MS, 2007).

A Rede de Atenção Psicossocial é definida de acordo com o porte dos municípios. Dessa forma, os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi). Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma: CAPS I, para municípios com até 20.000 habitantes; CAPS II, com dois ou três turnos, para municípios entre 70.000 – 200.00 habitantes e rede básica com ações de saúde mental; e CAPS III, funcionando 24 horas; CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS III, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental para municípios com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, MS, 2004; RABELO *et al.*, 2005).

O objetivo dos espaços substitutivos da rede psicossocial, oriundos do movimento de reforma psiquiátrica, é a reinserção do sujeito com transtorno mental ao seu território, à sua família e à comunidade. Esta mudança de paradigma vem ocorrendo aos poucos (MIELKE *et al.*, 2009).

As intervenções terapêuticas com terapia psicossocial, musicoterapia e outras modalidades como a psicoterapia individual e grupal, terapia ocupacional em pacientes com esquizofrenia produzem melhoras significativas assim como melhora nas relações psicossociais e funcionamento global do indivíduo (VALENCIA *et al.*, 2006).

No Estado de Sergipe até as décadas de 20 e 30, os pacientes com transtornos mentais não tinham nenhum tipo de assistência médica. Muitos foram enviados ao Estado da Bahia, para o asilo João de Deus (SILVA, 2003). De 1902 até 1940 a forma de tratamento não apresentava mudanças significativas quando foi fundado o hospital-colônia Eronildes de Carvalho, que utilizava métodos comuns à época como a eletroconvulsoterapia

(ECT), e que, por dificuldades na estrutura física e financeira foi fechado em 1960. Em 1951 foi aberta a Clínica Psiquiátrica Adaulito Botelho, referência do poder público estadual. No final da década de 70 foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico Garcia Moreno, que passou a receber os pacientes graves do Hospital Psiquiátrico Adaulito Botelho. Em 1962 foi fundada a Casa de Saúde Santa Maria e em 1980 a Clínica de Repouso São Marcelo. Em 1994, após auditoria realizada pela Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe no Adaulito Botelho, o mesmo teve que ser fechado (FIGUEREDO; PORTO, 2001).

O primeiro CAPS do Estado de Sergipe foi fundado em 1999, no município de Nossa Sra. Da Glória e em Aracaju no ano 2000, sob a coordenação do Psiquiatra Messias Cordeiro; na sequência, outros CAPS foram criados marcando, então, o início de um novo modelo da Saúde Mental no Estado (BRASIL,SAS/DATASUS, 2000).

Em 2007 o hospital Garcia Moreno teve que ser desativado, e os pacientes ali assistidos foram incluídos na nova proposta de cuidar do paciente mental oferecida pelas Residências Terapêuticas, serviço especializado para pacientes crônicos sem referência familiar. Funcionando em parte do local, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial criado pela gestão municipal de Aracaju foi o CAPS Liberdade, localizado nas antigas dependências do Adaulito Botelho, ao lado da urgência psiquiátrica, para todo o Estado de Sergipe. Até novembro do ano de 2008 Sergipe tinha 27 Centros, distribuídos em todo seu território, incluindo dois CAPS de referência para portadores com dependência em álcool e outras drogas, nos municípios de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro; um CAPS para pacientes infanto-juvenis, no município de Aracaju; e uma Urgência Psiquiátrica em Aracaju, que atende a todo o Estado (BRASIL, MS, 2007).

No nível macropolítico são necessárias políticas públicas que possibilitem a articulação de várias esferas de poder, enquanto no nível micropolítico necessita-se da articulação entre técnicos, moradores e comunidade mais ampla, na produção/invenção do cuidado. A redução da reforma a um processo de desospitalização, sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais, reforça a existência de discursos segundo os quais tal reforma tem promovido desassistência, o que acaba por justificar a manutenção da estrutura psiquiátrica tradicional (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

No Estado de Sergipe não se tem o registro da prevalência dos transtornos mentais graves, dados indispensáveis para a elaboração de políticas públicas. Este

estudo justifica-se por ter como objetivo de caracterizar o perfil do usuário com transtornos psicóticos, assistidos nos Centros de Atenção Psicossocial de Sergipe – CAPS.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo, transversal.

Locais: Os CAPS do Estado de Sergipe inaugurados entre os anos de 1999-2008.

Em Aracaju: CAPS I Artur Bispo do Rosário, CAPS III Liberdade e CAPS III David Capistrano Filho; Aquidabã: CAPS I Esperança; Barra dos Coqueiros: CAPS I Pedro Bispo da Cruz/Barra das Águas; Nossa Senhora da Glória: CAPS I Luz do Sol; Lagarto: CAPS I Aconchego; Itabaiana: CAPS I Renato Bispo de Lima; Tobias Barreto: CAPS I Claridade; Nossa Senhora do Socorro: CAPS II Marta Barreto, CAPS II Terezinha Félix; Canidé do São Francisco: CAPS I Renascer; Itabaianinha: CAPS I Sen. Renildo Santana; São Cristovão: CAPS I Walter Correia; CAPS II João Bebe Água; Itaporanga D'Ajuda: CAPS I Arte de Viver; Simão Dias: CAPS I Dona Zífinha; Poço Verde: CAPS I Terras do Meu Sertão; Japoatã: CAPS I Maria Quitéria da Silva Souza; Estância: CAPS I Carmem Prado Leite; Propriá: CAPS I Irmã Augustinha; Maruim: CAPS I Senhor dos Passos; Salgado: CAPS I Janete Alves Lima.

3.2.2 População do estudo

Foram considerados 1444 prontuários com diagnóstico de Transtornos Psicóticos atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, do Estado de Sergipe que estavam com frequência regular nos CAPS entre os meses de novembro – dezembro de 2008.

3.2.3 Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídos os prontuários de usuários que freqüentavam regularmente os CAPS, em regime intensivo (frequência em todos os dias úteis) ou semi-intensivo (frequência variável), no período de coleta de dados (novembro/dezembro/2008), independente da sua data de admissão no Serviço, com diagnóstico médico no

agrupamento de transtorno Psicótico CID-10 F20–F29, cuja nomenclatura é considerada pelo Código de Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento. Foram excluídos os prontuários com dados insuficientes para o preenchimento do protocolo de coleta de dados.

3.2.4 Variáveis estudadas

Considerou-se para a análise do levantamento as seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, profissão, estado civil, renda pessoal, coabitação, data de admissão no serviço, número de internações.

3.2.5 Procedimentos

Foram levantados os registros referentes ao diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Psicótico com o agrupamento do CID - F20 e F29, encontrados nos prontuários dos usuários de todos os Centros de Atenção Psicossocial de tipos I, II e III que estavam freqüentando regularmente o serviço regular no período da coleta.

Nos CAPS, através da seleção de todos os prontuários com diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Psicótico, foi preenchido um protocolo para cada usuário.

Os dados organizados alimentaram um banco construído através do software – Statistical Package of Social Science - SPSS 16.0, que serviu de base para a geração de tabelas e gráficos com testes da estatística descritiva, como distribuição de freqüências absolutas e relativas, percentual simples e análises bivariadas, e teste qui-quadrado de Pearson ao nível de significância estatística de ($<0.05\%$).

3.2.6 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida à aprovação pela Coordenação de Saúde Mental do Estado de Sergipe e Coordenadores dos Centros Atenção Psicossocial CAPS, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes com aprovação (Parecer nº 081108), de acordo com os Requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, de modo a utilizar os materiais e dados coletados, com a garantia de total privacidade da identidade dos casos levantados nos prontuários.

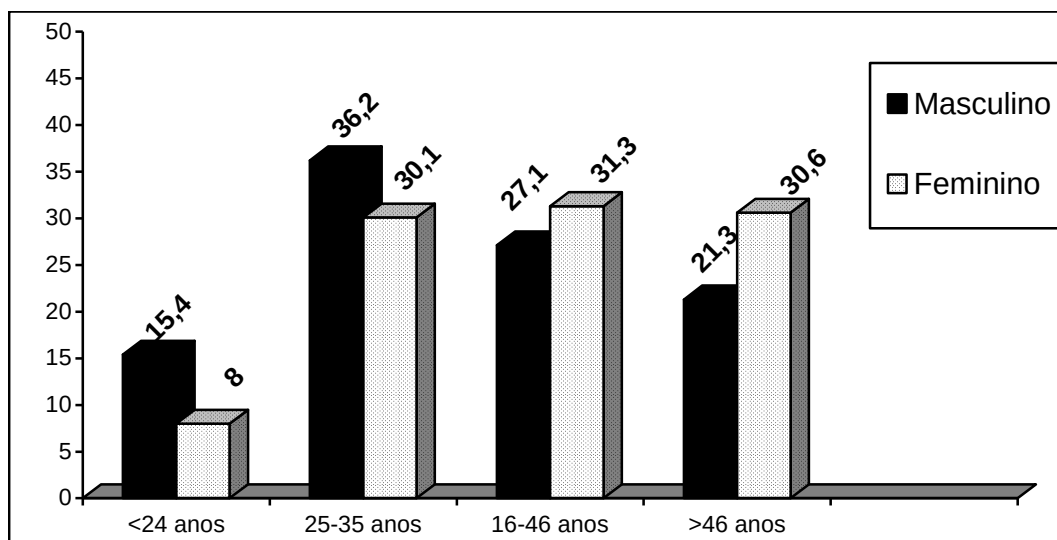
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram pesquisados 1844 prontuários, sendo que 1444 foram selecionados para a pesquisa, devido à falta de dados suficientes no instrumento de coleta. Constatou-se que o maior número de transtornos psíquicos foi encontrado no município de Aracaju (22,4%), com 03 CAPS; e no de Nossa Senhora do Socorro (15%), com 02 CAPS. Entretanto, este percentual se deve ao fato de que tais municípios são os mais populosos, visto que o primeiro é a capital do Estado e o outro faz parte da grande Aracaju (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição do número de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psíquico, por Município, dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe, 2008.

Municípios	Nº de CAPS	Tipos de CAPS	Nº de Prontuários	Nº de Sujeitos	%
Aracaju	03	Tipo I	493	323	22,4
		Tipo II			
		Tipo II			
Aquidabã	01	Tipo I	34	34	2,4
Barra dos Coqueiros	01	Tipo I	28	23	1,6
Canidê do São Francisco	01	Tipo I	29	29	2,0
Estância	01	Tipo I	39	39	2,7
Itabaiana	01	Tipo I	130	90	6,2
Itaporanga	01	Tipo I	42	37	2,6
Itabaianinha	01	Tipo I	23	18	1,2
Jaboatã	01	Tipo I	79	64	4,4
Lagarto	01	Tipo I	67	67	4,6
Maruim	01	Tipo I	16	11	0,8
Nossa Senhora da Glória	01	Tipo I	65	50	3,5
Nossa Senhora do Socorro	02	Tipo I	267	217	15,0
		Tipo II			
Poço Redondo	01	Tipo I	64	64	4,4
Propriá	01	Tipo I	79	69	4,8
Salgado	01	Tipo I	37	37	2,6
São Cristovão	02	Tipo I	108	88	6,1
		Tipo II			
Simão Dias	01	Tipo I	114	94	6,5
Tobias Barreto	01	Tipo I	110	90	6,2
T O T A L	23		1814	1444	100,0

Figura 1 – Distribuição da frequência de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe – CAPS, por idade e gênero, 2008.



Ao relacionar a idade com o gênero, observou-se que os usuários de 17 e 24 anos tem 15,4% do gênero masculino e 8% do gênero feminino; de 25 e 35 anos, são 36,2% do gênero masculino e 30,1% do gênero feminino; de 36 e 46 anos 27,1% são do gênero masculino e 31,3% do gênero feminino; e os usuários com mais de 46 anos são 21,3% do gênero masculino e 30,6% do gênero feminino (FIGURA 1).

Observou-se a maior predominância nas faixas-etárias iniciais de (<24 anos) e entre 25-35 anos para o gênero masculino, e o aumento do gênero feminino nas faixas-etárias de 36-46 e (> 46 anos), o que está de acordo com a literatura científica, que pontua o início mais precoce do transtorno psicótico para os homens do que para as mulheres, com aumento de casos mais tardios para as mesmas.

Em estudo realizado por Giacon (2006) verificou-se que os homens têm a idade de início da doença mais precoce que as mulheres. Este fator é considerado, tradicionalmente, importante para o prognóstico. Quando a doença se inicia antes dos 20 anos, a doença costuma comprometer mais o indivíduo. A idade de início no homem (15 a 25 anos) costuma ser, em média dez de anos mais cedo do que na mulher.

Segundo Ferreira *et al.* (2007), em estudo realizado no Hospital Doutor João Machado, referência estadual psiquiátrica situado em Natal/RN – Brasil, no período de 1999 a 2005 constatou-se que a média de idade dos pacientes internados era de 39 anos, a maior frequência de internações era do sexo masculino, e o maior número de pacientes

Ao relacionar estado civil e gênero dos usuários com diagnóstico de transtornos psicóticos foi encontrado que dentre os usuários do gênero masculino 72,9% são solteiros; 17,8% são casados; 7,9% são separados; e 1,4% são viúvos. Dentre os usuários do gênero feminino 49,1% são solteiros; 27,9% são casados; 18,5% são separados; e 4,6% são viúvos (TABELA 1). Nota-se, então, que independente do gênero a maioria dos usuários são solteiros. A relação entre gênero e estado civil, possui alto grau de significância estatística ($p < 0,001$).

O transtorno psicótico afeta o indivíduo em suas condições clínicas e psíquicas, a sintomatologia refere-se ao desempenho pré-mórbido social e ocupacional e ausência de afeto embotado ou pleno. De acordo com os resultados o predomínio é de usuários solteiros, o que pode sugerir as dificuldades vivenciadas pelos mesmos, diante do diagnóstico do transtorno psicótico no seu contato relacional.

Segundo resultados da pesquisa de Cardoso *et al.* (2006), há diferenças na qualidade de vida, sobretudo no domínio ocupacional; entre homens e mulheres o estado civil apresenta a variável mais relevante para a qualidade de vida. Ser solteiro associa-se, consistentemente, a uma mais baixa qualidade de vida tanto para homens quanto para mulheres. A maior duração da doença (>5 anos) foi o segundo marcador em importância, principalmente para homens. As investigações consistentemente apontam o estado conjugal como preditor de melhor evolução da esquizofrenia, considerado como indicador de competência social, o qual repercute em formas diferentes de qualidade de vida.

Tabela 2 – Distribuição da frequência e do percentual de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe – CAPS, por Gênero e Coabitação, 2008.

	Coabitação											
	Sozinho		Família nuclear		Família conjugal		Lar protegido		Terceiros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gênero												
Masculino	61	7,1	612	71,2	131	15,3	43	5	12	1,4	859	100
Feminino	28	4,8	379	64,8	142	24,3	24	4,1	12	2,1	585	100
Total	89	6,2	991	68,6	273	18,9	67	4,6	24	1,7	1444	100
Valor de p	<0,001											

Ao relacionar o gênero com coabitação percebeu-se que 7,1% dos usuários do gênero masculino residem sozinhos; 71,2% estão com a família nuclear (pais, irmãos); 15,3% têm família conjugal (casados, relação marital); 5% estão em lar protegido (residência terapêutica); e 1,4 moram com terceiros (sem laços consanguíneos). Já entre os usuários do

gênero feminino 4,8% moram sozinhos; 64,8% têm família nuclear; 24,3% têm família conjugal; 4,1% estão em lar protegido; e 2,1% moram com terceiros. A relação entre gênero e coabitação possui alto grau de significância estatística ($p < 0,001$), conforme se apresenta (TABELA 2).

Os resultados apontam para um elevado número de usuários na mesma coabitação com seus familiares, o que reflete as necessidades dos mesmos em serem assistidos de acordo com as características de cada diagnóstico nas tarefas cotidianas, acompanhamento nos cuidados pessoais, controle do tratamento medicamentoso, e atividades que exijam outras competências.

Na vida da pessoa com transtorno mental grave, a família tem uma função central. Os resultados apontam que a sua maioria, vivem em suas famílias de origem ou mantêm-se com familiares próximos. Os resultados reforçam o impacto da esquizofrenia no ambiente familiar. É indiscutível a sobrecarga dos cuidadores (ZANETTI *et al.*, (2007), e a necessidade de aprenderem a conviver com problemas diários comuns a essa população como o isolamento social e o acesso ao tratamento psicossocial.

No CAPS, a inserção da família também se constitui como uma dinâmica singular, na qual esse relacionamento deve se apoiar na desconstrução da idéia de estar só no enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando e acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

A família é quem identifica os problemas iniciais da doença, e é quem precisa conviver com as crises, condições de tratamento, administração das prescrições médicas e a articulação do indivíduo. A família forma o suporte efetivo, é a partir dela que se dará o referencial de crescimento e desenvolvimento de cada pessoa. Em estudo sobre esquizofrenia, Zanetti *et al.*, (2007) ressalta a reflexão das consequências da reforma psiquiátrica para a família e a indiscutível necessidade de uma rede efetiva de apoio ao familiar e comunidade.

Devido à importância da família no acompanhamento, tratamento e reabilitação nos serviços substitutivos dos CAPS, essa começa a receber a devida atenção pelas políticas públicas de saúde mental. De acordo com Rosa (2003) vale lembrar que o neoliberalismo reorienta as políticas públicas desde a década de 1970, muitas funções anteriormente assumidas pelo Estado foram devolvidas à família, nesse caso, exigiu-se dela a sua

participação efetiva. A família ficou sobrecarregada e com tarefas para as quais não se encontrava preparada (ROSA, 2003).

Tabela 3 – Distribuição da frequência e do percentual de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe CAPS, por gênero e escolaridade, 2008.

Gênero	Escolaridade*																
	N. A.		A.		E.F.I.		E.F.		E.M.I.		E.M.C.		S.		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Masculino	247	28,8	193	22,5	289	33,6	78	9,1	21	2,4	27	3,1	4	0,5	859	100	
Feminino	151	25,8	134	22,9	207	35,4	58	9,9	9	1,5	23	3,9	3	0,5	585	100	
Total	398	27,6	327	22,6	496	34,3	136	9,4	30	2,1	50	3,5	7	0,5	1444	100	
Valor de p																p = 0,717	

*Legenda: N.A. – não alfabetizado; A. – alfabetizado; E.F.I. – ensino fundamental incompleto; E.F. – ensino fundamental; E.M.I. – ensino médio incompleto; E.M. – ensino médio; S. – superior.

Em relação à escolaridade identificou-se que 28,8% dos usuários do gênero masculino não são alfabetizados; 33,6% deles têm ensino fundamental incompleto e somente 5% tem ensino superior, como as usuárias do gênero feminino, que apresentam proporções semelhantes em relação aos outros níveis de escolaridade. Verifica-se que não há relação, estatisticamente significativa ($p=0,717$) entre gênero e escolaridade (TABELA 3).

Conforme resultados acima a história educacional dos usuários com transtorno mental grave, mesmo bastante diversificada, é marcada pela diminuição do nível de escolaridade, o que podemos entender como consequências do comprometimento das funções cognitivas. Sabe-se que o adoecimento mental compromete a continuidade de atividades laborais, limitando a capacidade física, mental e a funcionalidade adequada ao cumprimento de papéis sociais. No entanto é preciso considerar que os sujeitos pertencem a uma população assistida pelo Sistema Único de Saúde, de nível econômico baixo, com dificuldades no acesso a uma educação formal especializada. Dessa forma deve-se atentar para a necessidade de estudos mais amplos que investiguem melhor a questão da escolaridade em portadores de transtornos psicóticos.

Tabela 4 – Distribuição do percentual de usuários com Diagnóstico de Transtorno psicótico e a variável Profissão nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe CAPS, 2008.

Profissão	N	%
Sim*	353	24,4
Não*	1091	75,6
Total	1444	100,0

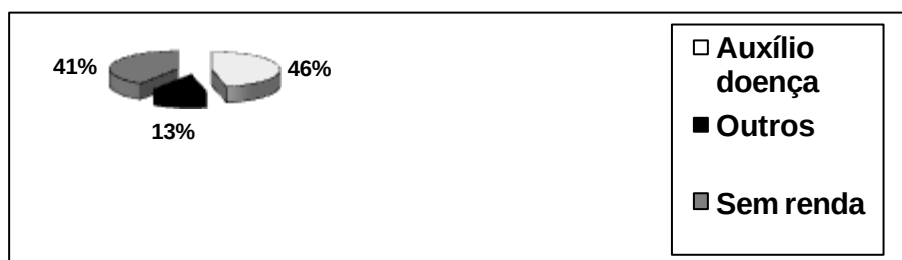
*Sim – tem profissão *Não- Não tem profissão

Sobre a distribuição dos usuários com diagnóstico de transtornos psíquicos e variável profissão. Os resultados apontam que a maioria dos usuários 75,6% para os que não têm profissão definida e 24,4% para os que têm alguma profissão definida (TABELA 4).

Os resultados podem demonstrar o comprometimento da atividade ocupacional, o que o coloca em desvantagem dentro da população economicamente ativa, pois, num contexto de sobrevivência, a procura de um emprego torna-se imperativa. Não estar inserido no mercado de trabalho afeta sua qualidade de vida e o status social.

As avaliações econômicas dos custos da esquizofrenia e da efetividade de seu tratamento são inerentes ao contexto em que são realizadas. Para cada região deve-se identificar as suas demandas e os seus custos no investimento dos Sistemas de Saúde (LINDNER, *et al.*, 2009).

Figura 2 – Distribuição da frequência e do percentual de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe – CAPS, por Renda, 2008.



Em relação à renda pessoal dos usuários com diagnóstico de transtorno psíquico, observa-se que 46,5% estão com auxílio doença, recebendo do Instituto Nacional do Seguro Social Previdência - INSS por afastamento ou aposentadoria/invalidez; 40,8% não possuem renda estabelecida, e 12,7% são sustentados por familiares ou terceiros (FIG. 1).

Os resultados demonstram que o transtorno mental grave traz consequências marcantes para a vida profissional do portador destes transtornos, causando comprometimento significativo e, na maioria das vezes, duradouros. O que acarreta ônus para a população atingida e também ao Sistema Único de Saúde – SUS e Previdência Social. Percebe-se a necessidade de Políticas direcionadas para a rede de saúde em cuidados primários, que trabalham com programas de educação preventiva mais direcionada para a saúde mental da população.

Estima-se o alto custo financeiro da doença, já que afeta o indivíduo nos primeiros anos mais produtivos de sua vida. Segundo Sadock e Kaplan, (2007), cerca de 75% dos portadores de esquizofrenia grave não podem trabalhar e são financeiramente dependentes de familiares ou de benefícios da Previdência Social.

Tabela 5 – Distribuição da frequência de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe CAPS, por faixa-etária e número de internações, 2008.

Intervalo de Idade	Número de Internações									
	Nunca		01 a 02		03 a 05		Mais de 06		Total	
	n1	%	n2	%	n3	%	n4	%	N	%
< 24	101	21,2	48	12,3	27	6,9	03	1,60	179	100
25-35	171	36,8	119	40,8	120	30,5	47	25,4	487	100
36-46	119	25,0	117	30,0	121	30,8	59	31,9	416	100
>46	95	20,0	66	16,9	125	31,8	76	41,1	362	100
Total	476	33	390	27	393	27,2	185	12,8	1444	100
Valor de p	p<0.01)									

Ao relacionar a idade com o número de internações nas clínicas psiquiátricas, observou-se que dos usuários com idade entre 17 a 24 anos 21,2% nunca foi internado; e apenas 1,60% mais de seis vezes. Dos usuários com idade de 25 a 35 anos 40,8% foram internados uma ou duas vezes; 30,5% entre três a cinco vezes e 25,4% mais de seis vezes. Já os usuários com idade de 36 a 46 anos, 30,8% foram internados entre três a cinco vezes; e 31,9% mais de seis vezes. Dos usuários com idade de 46 anos 41,1% mais de seis vezes foram internados; 31,8% de três a cinco vezes, sendo a relação entre idade e numero de internações estatisticamente significativa (TABELA 5).

A faixa etária predominante em estudos similares é variável. De acordo com Amarante *et al.* (1999), em um censo dos pacientes internados em 20 hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro encontraram faixa etária inferior a 40 anos, corroborando dos achados desse estudo.

Nos estudos estatísticos-descriptivos realizados por Miranda *et al.* (2008), sobre a incidência dos distúrbios mentais em serviços de saúde mental entre 1997/2001, em seis instituições públicas, os dados de 3.877 registros analisados: 674 (17,38%) pertencentes à categoria infantil (0-12) e 3.203 (82,62%) à categoria adulto (13-80), revelaram que os casos de internação psiquiátrica ocorreram em 1.389 indivíduos, sendo 920 homens (66,2%) e 469 mulheres (33,7%). A faixa etária de maior incidência ocorreu entre 30 e 49 anos (41,8%),

revelando que a doença mental incidiu na etapa mais produtiva da vida dos indivíduos adultos, etapa esta que se caracteriza pela constituição e consolidação da vida familiar e profissional.

Tabela 6 – Distribuição da frequência de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe CAPS, por gênero e número de internações, 2008.

	Número de Internações									
	Nunca		01 a 02		03 a 05		Mais de 06		Total	
Gênero	n1	%	n2	%	n2	%	n3	%	N	%
Masculino	292	34	232	27	224	26,1	111	12,9	859	100
Feminino	184	31,5	158	27	169	28,9	74	12,6	585	100
Total	476	33	390	27	393	27,2	185	12,8	1444	100
Valor de p	p=0,634									

Quando feita a relação entre gênero e número de internações notou-se que dos usuários do sexo masculino 34% nunca se internou, 27% internou-se entre uma ou duas vezes, 26,1% de três a cinco vezes e 12,9% mais de seis vezes. Já os usuários do sexo feminino 31,5% não se internaram nenhuma vez, 27% de uma a duas vezes, 28,9% de três a cinco vezes e 12,6% mais de seis vezes (TABELA 6).

Após a reforma psiquiátrica, verificou-se a redução no número de leitos em clínicas psiquiátricas (MS, BRASIL, 2007) e a ampliação dos serviços de saúde mental na rede primária e centros de atenção psicossocial.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que os usuários têm um perfil de maior prevalência o gênero masculino, de baixo nível de escolaridade e situação financeira desfavorável. Destaca-se a necessidade de cuidados institucionais e parentais que os conduzam no resgate de uma assistência psicossocial, e que os reinsira num contexto social mais amplo.

É importante discutir práticas preventivas de atenção à saúde mental na rede de saúde básica, de ações que estimulem aptidões de autocuidado, que tenham como objetivo diagnosticar situações de risco à saúde mental da população, para que se possa evitar diagnóstico tardio.

A exclusão da pessoa com sofrimento psíquico está presente na ruptura dos vínculos sociais e do direito ao exercício da cidadania, e perpassa o âmbito econômico social, pelo modo de vida e pelos padrões de interação entre os indivíduos, a família e a comunidade.

De acordo com os resultados a maior prevalência de usuários com transtorno psicótico está no gênero masculino, estado civil solteiro, coabitando com familiares. Percebe-se que o adoecimento leva-os a comprometimentos de ordem não somente biológica, mas, sobretudo na esfera psicossocial.

Com o conhecimento do perfil dos usuários do CAPS, faz-se necessário investir em modos de cuidado que os vinculem à sociedade. Deve-se entender que o CAPS não pode ser reconhecido como *o seu lugar*, mas como dispositivo que os conduza às novas descobertas, em direção às interações ativas entre a sua pessoa e seu meio.

É necessário que seja oportunizado, além de uma assistência especializada modos de produção, práticas da autonomia e resignificação, visando à inclusão em alguma atividade econômica para aqueles que tenham menos alterações nas suas condições física e mental, a fim de lhes garantirem o sustento.

Faz-se ainda oportuna a informatização através de protocolo eletrônico para levantamento dos dados dos prontuários, a fim de permitir acesso e uso em programas de políticas públicas e sistemas de controle do Ministério da Saúde, a exemplo do DATASUS.

Para finalizar, a política pública de saúde mental deve ampliar os serviços na rede, e também estimular dispositivos não assistenciais. Para isso, é necessário sair da lógica de protocolos que organizaram por tantas décadas, de forma administrativa e tecnocrática, os serviços psiquiátricos.

5. REFERÊNCIAS

- ALEMAN A., RENÉ S. KAHN, SELTEN JP. Sex differences in the risk of schizophrenia – evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:565-571.
- AMARANTE P.D, COUTINHO E.S.F, SILVA J.P.L. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):505-11.
- AMORIM, K.M.A; DIMENSTEIN M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. *Ciênc. saúde coletiva* v.14 n,.1 Rio de Janeiro, Jan./Fev.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação de Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação de Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde MS. Secretaria de atenção à saúde SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle DRAC. DATASUS, 2000.
- CARDOSO, L.S; CAIAFFA,T; BANDEIRA M.; SIQUEIRA A. L.; ABREU, M. N. S. Abreu; FONSECA J. O. P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.22 v. 6 pp.1303-1314, jun, 2006.
- ESCUDEIRO C.C; SOUZA, M.L.A. S. Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mudança do Modelo de atenção na Região de Lins-SP. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1, 2009.
- FERREIRA A.A; SENA, G., S.M. GALVÃO, V.M; FELIX R. H. M; MENDONÇA R.M; GUERRA G.C.B; RODRIGUES, F.Ch. Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. *J. Bras. Psiquiatria*, v.56 n.3 Rio de Janeiro, 2007.
- FIGUEREDO, M.J.P, PORTO A.C. Reforma psiquiátrica em Aracaju, história, desafios e possibilidades. Monografia Final de Especialização da Gestão de Serviço de Saúde Mental. Brasília: UnB, 2001.
- GIACON, B.C.C.; GALERA, S.A.F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev. da Escola de Enfermagem USP* v.40 n.2 São Paulo Jun 2006.
- LEMONS, P.M; JÚNIOR CAVALCANTE F. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* v.14 n.1, Rio de Janeiro jan./fev. 2009.
- LINDNER, L.M; MARASCIULO, A.C; FARIAS Marení Rocha; GROHS Geder Evandro Motta Grohs. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* v.43 supl.1 São Paulo Aug.2009.

MCGRATH J; SAHA S; WELHAM J, EI SAADI O, MACCAULEY C, CHANT D. Asystematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and metholology. *PubMed Central BMC Med.* 2004, apr, v 28;2:13.

MIELKE, F.B; KANTORSKI L.P; JARDIM V.M.R; OLSCHOWSKY A.; MACHADO M.S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. saúde Coletiva* v.14 n.1. Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009.

MESSIAS E.L, CHEN CY, EATON W.W. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am.* 2007 sep;30(3):323-38.

MIRANDA, Ch.A; TARASCONI, C.V; SCORTEGAGNA, S.A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Aval. psicol.* [online]. ago. 2008, v.7, n.2 [citado 23 Outubro 2009], p.249-257.

RABELO, A.R; MATTOS, A.A.Q, COUTINHO, D.M, PEREIRA, N.N. Um manual para o CAPS Centro de Atenção Psicossocial. Série Saúde Mental. Neuropsiquiatria UFBA, 2005.

ROSA, L. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: editora Cortez, 2003.

SADOCK, B.J; KAPLAN. Compêndio de psiquiatria. Trad. Cláudia Dornelles...(et al) – 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SCHRANK G; OLSCHOWSKY A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. esc. enferm. USP* vol.42 no.1 São Paulo Mar. 2008. doi: 10.1590/S0080-62342008000100017

SILVA, J.H. Contribuições à História da Psiquiatria de Sergipe. Conferência no II Simpósio de Saúde Mental, Aracaju/Se, 2003.

TARGUM S.D, ABBOTT J.L. Psychoses in the elderly: a spectrum of disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 8): 4-10.

VALENCIA, M.; MUROW, E; RASCON L.M. Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoteapia y terapias múltiples. *Rev. Latinoam. Psicol.* [online]. dez. 2006, vol.38, no.3 [citado 27 Setembro 2009], p.535-549. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0120-0534.

ZANETTI, ACG, Galera SAF. O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 2007; 28 (3):385-92.

4 CAPÍTULO III

ESTUDO SOBRE A ESQUIZOFRENIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS.

Resumo

Estudo descritivo, retrospectivo, cujo objetivo foi analisar a prevalência da esquizofrenia nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Sergipe. Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento criado a partir de referências protocolares do Sistema Único de Saúde. Foram analisados 1444 prontuários com diagnóstico de transtorno psicótico dos 19 municípios sergipanos. A análise quantitativa dos dados foi feita com testes da estatística descritiva. Como resultado sobre a distribuição dos usuários com diagnóstico de Transtornos Psicóticos, encontrou-se 75% dos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia e 25% com outros transtornos psicóticos. Evidenciou-se que 79,9% dos usuários do gênero masculino foram diagnosticados com esquizofrenia e 20,1% com outros transtornos psicóticos; quanto aos do gênero feminino, 68,7% foram diagnosticados com esquizofrenia e 31,3% com outros transtornos psicóticos. Quanto ao número de internações, notou-se que os usuários com esquizofrenia tiveram maior número de internações do que os com outros transtornos psicóticos. Concluiu-se que é elevada a população com esquizofrenia e que esta é prevalente no gênero masculino, sinalizando maior comprometimento nas dimensões profissão, escolaridade e dependência familiar.

Palavras-chave: esquizofrenia, transtorno psicótico, internação psiquiátrica, CAPS.

STUDY ON SCHIZOPHRENIA IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS – PCC

Abstract

Descriptive, retrospective study, whose purpose was to analyze the prevalence of the types of psychotic disorders in Psychosocial Care Centers (CAPS) in the municipalities belonging to the state of Sergipe. For data collection, it was used an instrument created from protocol references and provided by the Unified Health System. In this study, we analyzed 1444 patients' records with psychotic disorder diagnosis in the 19 municipalities of the state of Sergipe. The quantitative analysis of the data was made with multivariate descriptive statistical testing through the software SPSS 16.0. As a result towards the distribution of users with Psychotic Disorder diagnosis, it was shown that 75% of the users were diagnosed with schizophrenia and 25% with other psychotic disorders. It was revealed that 79,9% of the users of the male gender were diagnosed with schizophrenia and 20,1% with other psychotic disorders; as to the users of the feminine gender, 68,7% were diagnosed with schizophrenia and 31,3% with other psychotic disorders. Regarding the number of committal, it was noticed that users with schizophrenia had the largest number of committal compared to those with other psychotic disorders. It was concluded that the population with schizophrenia is high and that it is prevalent in the male gender, which flagged greater commitment towards the following dimensions profession, schooling and family dependency.

Keywords: schizophrenia, psychotic disorder, committal, PCC.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais causam considerável impacto na vida de uma pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida. O estudo, conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao realizar o Estudo *Global Burden of Disease* na década de 1990, estimou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo em termos de morbidade e mortalidade, analisando dados de 54 países. Os resultados concluíram que 30,8% dos afastamentos por motivo de doenças são decorrentes de transtornos mentais.

A esquizofrenia é uma doença de distribuição universal, considerada uma das mais graves doenças psiquiátricas, que afeta, desfavoravelmente, a vida dos pacientes em vários domínios (SALOKANGAS R, *et al*, 2001). Sua incidência varia, mas em geral afeta entre 0,5 e 1,5% da população adulta. A incidência é comparável em todas as sociedades, estando na faixa de 0,5 a 5% em cada 10.000 pessoas por ano (CATALDO NETO *et al.*, 2003). Estudos têm apontado que seus efeitos podem variar de acordo com o sexo, mostrando maior comprometimento nos homens, quando comparados às mulheres (CARDOSO, 2005).

Para se realizar os diagnósticos dos transtornos mentais, a fundamentação pode ser em diversas teorias; algumas enfocam os mecanismos psicológicos, ambientais ou biológicos. No entanto, têm-se dois parâmetros de classificação que são a CID-10 (1993) - Classificação Internacional de Doenças, elaborada pela Organização Mundial de Saúde OMS e o DSM-IV (2002) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais.

O CID-10 (1993) apresenta como subtipos da esquizofrenia: paranóide F20.0, esquizofrenia hebefrênica F20.1, esquizofrenia catatônica F20.2, esquizofrenia indiferenciada F20.3, depressão pós-esquizofrênica F20.4, esquizofrenia residual F20.5, esquizofrenia simples F20.6, outra esquizofrenia F20.8, esquizofrenia não especificada F20.9.

Em conformidade com a classificação da OMS, a CID-10 (1993) considera os outros transtornos psicóticos pelas categorias nosológicas F21 a F29, tanto os transtornos agudos, crônicos ou persistentes. Assim sendo, temos: transtornos esquizotípicos F21; transtornos delirantes persistentes F22; transtornos psicóticos agudos e transitórios F23; transtornos delirantes induzidos F24; transtornos esquizoafetivos F25; outros transtornos psicóticos não-orgânicos F28 e psicose não orgânica não especificada F29.

A esquizofrenia é considerada a categoria mais importante desse grupo de transtornos. Segundo o DSM-IV (2002), a esquizofrenia é uma perturbação com duração mínima de 06 meses e inclui no mínimo 1 mês de sintomas da fase ativa, ou seja, dois ou mais dos seguintes: delírio, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos. Segundo a CID-10 (1993), os transtornos esquizofrênicos F20-F29 são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, assim como por afeto inadequado ou embotado, podendo desenvolver delírios e alucinações. Alucinações e delírios são freqüentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles (PULL, 2005).

Os sintomas positivos de esquizofrenia incluem os vivenciados pelo indivíduo, que são: alucinações, delírios e perturbações do pensamento. Porém, os negativos descrevem a falta de experiências normais e incluem anergia (falta de energia), pobreza da fala e do pensamento (STUBBE, 2008). A fase prodrômica se caracteriza por ansiedade, insônia, dificuldade de atenção e concentração, irritabilidade, deterioração da *performance* e das atividades cotidianas, distúrbios do comportamento, distanciamento social, comportamento desorganizado, paranóides alucinatórios, delírios menos freqüentes que alucinações (ALVARENGA *et al.*, 2000).

A psicose e a esquizofrenia não são intercambiáveis. A psicose é o termo geral referente à perturbação do processamento do pensamento e a uma percepção comprometida da realidade. Deste modo, a psicose ou os sintomas podem ocorrer como parte de várias síndromes psiquiátricas, além da esquizofrenia, incluindo a depressão; transtorno afetivo, mania; excitação, e outros (STUBBE, 2008).

A incidência e prevalência de esquizofrenia mostram variação proeminente entre determinadas regiões. Os homens são mais susceptíveis de desenvolver a esquizofrenia do que as mulheres. O status migrante, comunidade rural ou urbana, de nascimento ou residência e avançada idade paterna, infecção pré-natal e nutrição estão associados aos fatores de risco acrescidos no desenvolvimento da esquizofrenia (MCGRATH;SUSSER, 2009).

As causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas. Porém, há consenso em atribuir a desorganização da personalidade verificada na esquizofrenia, à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas, entre as quais se destacam as de natureza genética (SILVA, 2006). Estudos com famílias, gêmeos e adotados indicavam a existência

do componente genético para esquizofrenia. Estimou-se que o componente genético representa de 70% a 80% da susceptibilidade total para desenvolver a doença. Por ser uma doença complexa e comum, a esquizofrenia é, muito provavelmente, um transtorno etiológicamente heterogêneo; isto é, devem existir, por exemplo, casos de esquizofrenia da forma genética e da forma ambiental (VALLADA FILHO *et al.*, 2002).

Pacientes esquizofrênicos demonstram alterações no desempenho em uma grande variedade de testes neuropsicológicos. Estima-se que déficits cognitivos podem ser identificados em 40% a 60% dos indivíduos acometidos por essa condição psiquiátrica. Entretanto, no atual estágio do conhecimento, essas alterações não parecem ser elementos confiáveis como marcadores biológicos da esquizofrenia, principalmente porque não foram estabelecidos padrões específicos de comprometimento cognitivo associados à doença (ADAD, 2000).

Os principais fatores de risco são: a história familiar (1º- grau) de psicose; personalidade vulnerável: esquizotípica, esquizóide; funcionamento pré-morbido alterado; antecedentes de traumatismo craniano (TC); quociente de inteligência baixo (QI) (EDWARDS *et al.*, 2002).

A farmacoterapia no tratamento da esquizofrenia, embora não curativas, tem sido eficiente na terapêutica das drogas antipsicóticas (i.e. neurolépticas) estabeleceram-se como o tratamento primário para todos os estágios da doença. Reduzem o tempo de hospitalização e possibilitam o manejo continuado eficaz em seus lares (GAMA, *et.al*, 2004).

O tratamento exige uma abordagem multimodal. Os antipsicóticos são classificados em típicos e atípicos. O atípico é fundamentalmente aquele que tem a capacidade de produzir um efeito antipsicótico sem produzir parkinsonismo clinicamente significativos. Parece melhorar os sintomas negativos e daria menos efeito danoso no déficit cognitivo, comparado ao típico (CATALDO, 2003).

Os medicamentos neurolépticos oferecem prevenção e alívio dos sintomas, mas somente eles não são capazes de recuperar os aspectos mentais prejudicados ou reintegrar a pessoa ao seu cotidiano. Para tanto, utiliza-se conjuntamente as abordagens psicossociais e o tratamento medicamentoso (ANDREASEN; BLACK, 2001).

A introdução de uma nova geração de antipsicóticos é um avanço no tratamento da esquizofrenia. Os medicamentos de última geração apresentam importantes vantagens em termos de ter reações adversas reduzidas. Os novos antipsicóticos são alternativas valiosas

aos neurolépticos clássicos (CATALDO, *et al.*, 2003). O tratamento com esses fármacos não apenas reduz a sintomatologia, como também auxilia a promoção da participação de pacientes na reabilitação psicossocial, o que resulta na melhoria da qualidade de vida geral (MAJ, 2005).

Este artigo tem o objetivo de descrever e analisar o perfil dos usuários com o diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo, transversal.

Locais: Os CAPS do Estado de Sergipe inaugurados entre os anos de 1999 – 2007.

Em Aracaju: CAPS I Artur Bispo do Rosário, CAPS III Liberdade e CAPS III David Capistrano Filho; Aquidabã: CAPS I Esperança; Barra dos Coqueiros: CAPS I Pedro Bispo da Cruz/Barra das Águas; Nossa Senhora da Glória: CAPS I Luz do Sol; Lagarto: CAPS I Aconchego; Itabaiana: CAPS I Renato Bispo de Lima; Tobias Barreto: CAPS I Claridade; Nossa Senhora do Socorro: CAPS II Marta Barreto, CAPS II Terezinha Félix; Canidé do São Francisco: CAPS I Renascer; Itabaianinha: CAPS I Sen. Renildo Santana; São Cristovão: CAPS I Walter Correia; CAPS II João Bebe Água; Itaporanga D'Ajuda: CAPS I Arte de Viver; Simão Dias: CAPS I Dona Zifinha; Poço Verde: CAPS I Terras do Meu Sertão; Japoatã: CAPS I Maria Quitéria da Silva Souza; Estância: CAPS I Carmem Prado Leite; Propriá: CAPS I Irmã Augustinha; Maruim: CAPS I Senhor dos Passos; Salgado: CAPS I Janete Alves Lima.

3.2.2 População do estudo

Foram considerados 1444 prontuários com diagnóstico de Transtornos Psicóticos atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, do Estado de Sergipe que estavam com frequência regular nos CAPS entre os meses de novembro – dezembro de 2008.

3.2.3 Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídos os prontuários de usuários que freqüentavam regularmente os CAPS, em regime intensivo (freqüência em todos os dias úteis) ou semi-intensivo (freqüência variável), no período de coleta de dados (novembro/dezembro/2008), independente da sua data de admissão no Serviço, com diagnóstico médico no agrupamento de transtorno Psicótico CID-10 F20–F29, cuja nomenclatura é considerada pelo Código de Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento. Foram excluídos os prontuários com dados insuficientes para o preenchimento do protocolo de coleta de dados.

3.2.4 Variáveis estudadas

Considerou-se para a análise do levantamento as seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, profissão, estado civil, renda pessoal, coabitação, data de admissão no serviço, número de internações.

3.2.5 Procedimentos

Foram levantados os registros referentes ao diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Psicótico com o agrupamento do CID - F20 e F29, encontrados nos prontuários dos usuários de todos os Centros de Atenção Psicossocial de tipos I, II e III que estavam freqüentando regularmente o serviço regular no período da coleta.

Nos CAPS, através da seleção de todos os prontuários com diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Psicótico, foi preenchido um protocolo para cada usuário.

Os dados organizados alimentaram um banco construído através do software – Statistical Package of Social Science - SPSS 16.0, que serviu de base para a geração de tabelas e gráficos com testes da estatística descritiva, como distribuição de freqüências absolutas e relativas, percentual simples e análises bivariadas e teste qui-quadrado de Pearson ao nível de significância estatística <0.05 %.

3.2.6 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida à aprovação pela Coordenação de Saúde Mental do Estado de Sergipe e Coordenadores dos Centros Atenção Psicossocial CAPS, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes com aprovação (Parecer nº 081108), de acordo com os Requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, de modo a utilizar os materiais e dados coletados, com a garantia de total privacidade da identidade dos casos levantados nos prontuários.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir apresentam-se algumas especificidades dos tipos de transtornos psicóticos encontrados nos CAPS.

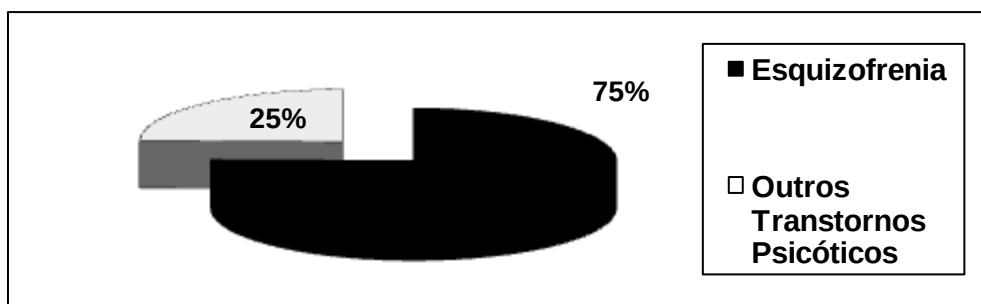


Figura 1 – Distribuição do percentual de usuários por Diagnóstico de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe - CAPS, 2008.

Em relação à distribuição dos usuários com diagnóstico de Transtornos Psicóticos encontrou-se 75% com esquizofrenia e 25% com Outros transtornos psicóticos (FIGURA 1).

Observa-se a predominância da esquizofrenia na população dos CAPS, o que sugere o redimensionamento das atividades de planejamento na oferta de serviços, que direcione propostas terapêuticas combatíveis com as comorbidades dessa população.

Dois grandes estudos foram realizados no Brasil: o primeiro, sobre morbidade psiquiátrica, em 1991 (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1997), inclui 6.476 indivíduos e foi conduzido em Brasília, São Paulo e Porto Alegre; e o segundo, que forneceu índice dos transtornos psiquiátricos na comunidade, foi o de Andrade e colaboradores (1997), porém limitado a dois bairros de São Paulo: Jardim América e Vila Madalena. Ambos estudos tiveram índices

similares de 0,8% para prevalência de um ano nas psicoses não-afetivas, incluindo transtornos como esquizofrênicos, esquizoafetivos e delirantes ou paranóides.

O estudo de Modesto e Santos (2007) sobre o perfil diagnóstico e sócio-demográfico de pacientes assistidos em Saúde Mental no Programa de Saúde da Família em Cachoeira/Bahia encontrou como resultado o maior percentual de transtornos psicóticos graves com (37%) de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, seguidos de 18% para transtornos afetivos, 12% de epilepsias, 10% de retardo mental, 8% de transtornos neuróticos, 10% de uso abusivo de álcool e 5% sem diagnóstico preciso.

Estudo de Medeiros (2005), sobre a epidemiologia foi desenvolvido em todos os municípios da Paraíba atendidos no programa de saúde mental no ano de 2004, foi encontrado como resultados o diagnóstico mais elevado do grupo F20-F29 com 24,4% de casos, transtornos episódicos e paroxísticos com 22,0% e em terceiro lugar o grupo F40-F49 que englobam os transtornos neuróticos relacionados com o stress e por ultimo transtornos somatoformes com 19,4% casos. A amostra não apresenta diferença com relação ao sexo, mais a faixa etária existe a predominância de 20 a 39 anos.

Figura 2 – Distribuição do percentual de usuários com Diagnóstico do Tipo de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe CAPS por idade, 2008.

0,

($p=0,347$)

Ao relacionar a idade com o tipo de transtorno observou-se que nos usuários de 17 e 24 anos têm 11,6% com diagnóstico de esquizofrenia e 14,9% tem outro transtorno psicótico. De 25 e 35 anos, têm 34,2% com esquizofrenia e 32,6% com outros transtornos psicóticos. De 36 e 46 anos 28,6% com esquizofrenia e 29,5% com outros transtornos psicóticos. E os usuários com mais de 46 anos tem 25,6% com esquizofrenia e 23,3% com outros transtornos psicóticos. O que não demonstra nível de significância estatística (FIGURA 2).

Em estudo sobre as características sociodemográficas da população psiquiátrica Rabelo *et.al* (2005) encontrou como população predominante o sexo masculino e a faixa etária de 22-50 anos. Segundo os autores os baixos percentuais dos portadores de documentos de identificação civil, aliados aos diversos indicadores de des-habilitação social encontrados na população do estudo, não têm sido levados adequadamente em conta nos

procedimentos terapêuticos atuais dos doentes mentais, de modo geral, inclusive nesses novos serviços substitutivos.

No estudo de Paixão *et al.* (2009) os resultados apontam um total de 319 internos das três instituições, entre eles observou-se o gênero feminino com 65,83% com altos índices de transtorno psíquico, em relação ao sexo masculino com 34,17%. Em relação à idade pode-se notar que a faixa etária na qual predomina as alterações psíquicas é entre 41 – 60 anos, com um total de 49 %, as outras faixas aparecem com 41% entre 21 – 40 anos, e apenas 10% com idade superior a 60 anos.

Tabela 1 – Distribuição da frequência de usuários com Diagnóstico do Tipo de Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe - CAPS, por gênero, 2008.

Gênero	Diagnóstico					
	Esquizofrenia		Outros Transtornos Psicóticos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	686	79,9	173	20,1	859	100
Feminino	402	68,7	183	31,3	585	100
Total	1088	75,3	356	24,7	1444	100
Valor do p						0,000

Ao analisar a frequência relativa da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, de acordo com o gênero dos usuários, observou-se que 79,9% dos usuários do gênero masculino e 68,7% do gênero feminino foram diagnosticados com esquizofrenia foram diagnosticados com esquizofrenia, mostrando que a prevalência é maior no grupo masculino e fortemente significativa (TABELA 1).

Corroborando a prevalência do gênero masculino encontrada, estudo Coutinho *et al.* (2002) em pesquisa realizada em 20 hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (RJ), envolvendo a participação de 3.223 pacientes internados, encontrou como diagnóstico mais freqüente a esquizofrenia (42,1%).

Segundo Usall (2003) a incidência da esquizofrenia na fase inicial do adoecimento é maior no gênero masculino do que no feminino. Considera-se que o estrógeno desempenhe um papel de proteção na esquizofrenia, fazendo que as mulheres tenham idade de início mais tardia, requeiram doses menores de neurolépticos, tenham um curso mais favorável, mais sintomas positivos e sintomas negativos menos graves que os homens. Episódios

psicóticos agudos ocorrem em períodos do ciclo com baixos níveis de estradiol (HUBER *et al.*, 2001).

Para Chaves (2000) o gênero é um importante fator preditivo no curso e evolução da esquizofrenia. O autor aponta que as mulheres têm um prognóstico melhor que os homens em relação ao número de reinternações psiquiátricas. Os homens apresentam também frequência maior de transtornos da personalidade pré-mórbida, maior probabilidade de permanecerem solteiros e idade de início da doença mais precoce.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de usuários com Diagnóstico de Transtorno Psicótico e Esquizofrenia e Profissão nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe - CAPS, 2008.

Diagnóstico	Exerce alguma profissão							
	Não tem profissão		Tem profissão		Não consta no prontuário		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia	820	<u>75,4</u>	182	16,7	85	7,8	1087	100
Outros Transtornos	270	<u>75,8</u>	61	17,1	25	7	356	100
Total	1090	75,5	2443	16,8	110	7,6	1444	100
Valor do p								0,881

Quando feita a relação do tipo de diagnóstico de transtorno psicótico com o exercício de uma profissão, observou-se que dos usuários com esquizofrenia 75,4% não tem profissão; 16,7% tem profissão e 7,8% não consta nenhum tipo de profissão no prontuário. Já os usuários com outros transtornos psicóticos 75,8% não tem profissão; 17,1% tem profissão e 7% não consta nenhum tipo de profissão no prontuário (Tabela 3). Segundo resultados não houve significância estatística entre esquizofrenia e outros transtornos psicóticos quanto à profissão.

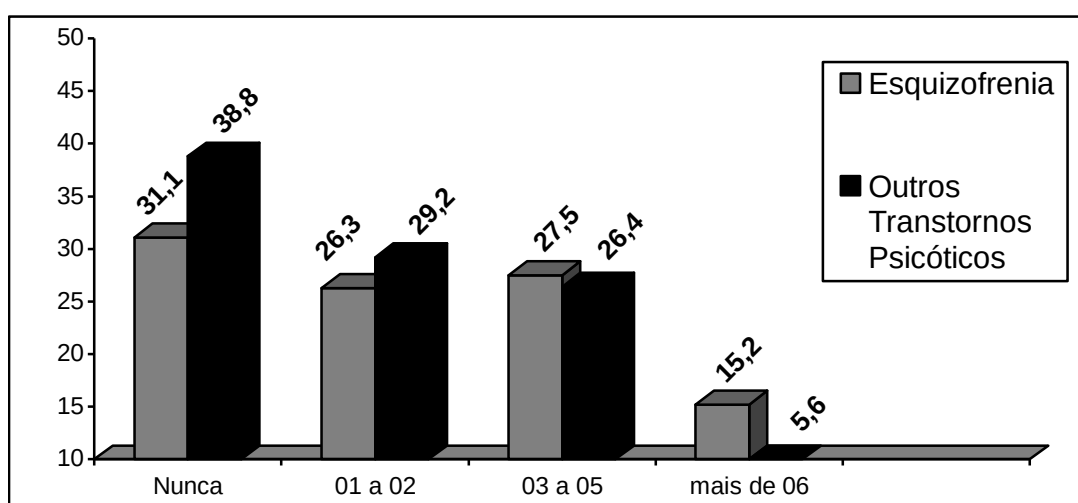
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo e esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos.

Silva *et al.* (1999) no estudo sobre perfil demográfico e sócio-econômico de internos em hospitais psiquiátricos, afirmaram que a evolução da doença e das internações comprometeu a vida econômica desses pacientes. No período entre a primeira internação psiquiátrica e aquela por ocasião do censo, observou-se uma redução pela metade do número de internos que tinha alguma ocupação capaz de prover renda. Além disso, um

terço deles não tinha nenhuma fonte de renda, e metade não tinha vínculo com a previdência social.

A esquizofrenia é um grave problema de saúde pública nos países desenvolvidos, e afetava, em média, 0,5/1.000 pessoas adultas e causando custos econômicos elevados à sociedade (MENEZES; MANN, 1993),

Figura 3 – Distribuição do percentual de usuários com Diagnóstico do Tipo do Transtorno Psicótico nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe CAPS por número de internações, 2008.



($p < 0,001$)

Quando se relacionou o diagnóstico de Transtornos Psicóticos com o número de internações os resultados (Cf. FIGURA 3) os resultados mostram que houve um número maior de internações em virtude de outros transtornos psicóticos do que da esquizofrenia, de um modo geral, sendo que na faixa de três a cinco internações, a esquizofrenia teve um discreto predomínio. O teste qui quadrado de Pearson aponta a significância estatística destes resultados.

Quanto à reestruturação da oferta de serviços à saúde mental, após a mudança no sistema assistencial trazido pela reforma psiquiátrica, houve de forma progressiva a substituição na oferta de clínicas psiquiátricas para a rede de serviços extra-hospitalares. Neste caso, o CAPS tem sido referência de base para a população com transtorno mental grave, reduzindo o número de leitos hospitalares e o número de internações.

No Estado de Sergipe, após implantação dos CAPS, foi criado dispositivo para regular o controle à internação, dos quais se destaca a obrigatoriedade do usuário antes da

admissão em clínicas psiquiátricas conveniadas pelo SUS, ser consultado pela urgência psiquiátrica, a qual caberá deixá-lo em período determinado para observação e estabilidade do quadro de crise ou ser transferido para as clínicas psiquiátricas.

Há dois CAPS 24 horas que admitem usuários em crise, o que inviabiliza sua internação em clínica psiquiátrica. No entanto, é sabido da necessidade de outros CAPS 24 horas que consigam fazer a cobertura dos usuários dos demais municípios sergipanos.

Num estudo para descrever a evolução da morbidade dos transtornos mentais de maior frequência do município de Alfenas (MG), por meio dos dados fornecidos pelo sistema de informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, para a série histórica de 1995 a 2007, concluiu-se que os transtornos mentais mais frequentes foram de esquizofrenia, álcool e outras substâncias psicoativas e transtornos afetivos, sendo que os diagnósticos relacionados à esquizofrenia, no ano de 2005, correspondiam a aproximadamente 70% de todas as internações por transtornos mentais no município. Quanto ao custo da internação, apresentou um aumento tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino e o grupo de diagnósticos de transtornos psiquiátricos que mais demandou recursos financeiros foi o de transtornos esquizofrênicos (SILVA, 2009).

Estudo estatístico-descritivo conduzido por Miranda *et al.* (2008), investigou a incidência dos distúrbios mentais em serviços de saúde mental entre 1997/2001. Os casos de internação psiquiátrica revelaram que a incidência masculina é duas vezes superior à feminina. Os resultados do presente estudo revelaram que a busca de procura espontânea por atendimento foi verificada mais em mulheres (52,8%), como tentativa destas em desenvolverem recursos para a readaptação. O número de homens que busca atendimento ambulatorial é inferior ao número de mulheres. Acredita-se que eles não busquem auxílio nos estágios iniciais de sofrimento psíquico, o que pode contribuir para o agravamento dos quadros psicopatológicos, culminando na necessidade de internação psiquiátrica.

4. CONCLUSÃO

O transtorno psicótico é uma doença complexa e que produz comprometimento para a vida do indivíduo. Apresenta alterações características do pensamento e da percepção. Dentro do agrupamento dos transtornos psicóticos a esquizofrenia aparece como a mais importante, devido ao seu índice de prevalência e grau de comprometimento.

Em relação à distribuição dos usuários com diagnóstico de Transtornos Psicóticos encontrou-se 75% com esquizofrenia e 25% com Outros transtornos psicóticos.

No entanto, é considerado que são necessárias outras pesquisas de prevalência e incidência no contexto brasileiro, para se discriminar a oferta de serviços especializados para essa população de maneira mais precisa para os transtornos graves.

As abordagens psicossociais promovem o suporte ao indivíduo e a família. Mas não são todas as famílias que possuem condições funcionais, emocionais e econômicas capazes de conduzirem questões pertinentes à convivência com esse indivíduo.

As noções básicas sobre a prevalência de esquizofrenia têm implicações importantes para o planejamento de serviços de saúde e de epidemiologia, os quais conduzem ao conhecimento dos fatores de risco e ao redirecionamento para a oferta de serviços especializados para essa população.

A oferta de serviços comunitários para os transtornos mentais mais graves e mais resistentes ao tratamento não elimina a necessidade de serviços hospitalares complementares. De acordo com a gravidade da situação, medidas como intensificação de especialidades de atendimento, controle de medicação, internações em hospital-dia ou em unidades hospitalares só terão verdadeiro sentido para o paciente se forem tomadas em conjunto.

Os serviços comunitários e hospitalares devem coexistir com o objetivo de complementarem-se. As ações devem ser realizadas de maneira que se sobreponham ao modelo biomédico da doença, e que articulem a abordagem de clínica ampliada, capaz de não colocar em foco apenas o sofrimento do sujeito, mas um novo olhar com a perspectiva de projetos terapêuticos individualizados de acordo com a necessidade do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ADAD, M.A; CASTRO, R.; MATTOS P. Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). Rev. Bras Psiquiatr 2000; v.22 Supl I, p. 31-34.
- ALMEIDA, F.N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Revista ABP_APAL, v.14, p.93-104, 1997.
- ANDREASEN N.C, BLACK D.W. Introductory textbook of psychiatry. 3th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001.
- ANDRADE, L. Prevalence of mental disorders in an epidemiological catchment area in the city of São Paulo, Brasil. Presented at the Symposium of the World Psychiatric Association Section of Epidemiology and Community Psychiatry, p. 19-22, October, Sydney, Australia, 1997.
- ALVARENGA, S.H; TEIXEIRA A.L; COSTA C. Esquizofrenia de início na infância: uma revisão da apresentação clínica e da evolução. J. Bras Psiquiatr. 2000; v.10 n.12 p.387-93.
- CARDOSO, C.S; CAIAFFA W.T, BANDEIRA M; SIQUEIRA A.L; ABREU M.A; FONSECA J.O. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. Cad Saúde Pública 2005; 21:1338-48.
- CATALDO N; . G, NINA R. F. (orgs). Psiquiatria para estudantes de medicina. In: Areu e Alexei, Esquizofrenia. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. Cap 60 , p. 369-385.
- CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre, 1993.
- COUTINHO E.S.F, *et al.* Censo de pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1803-7.
- DSM-IV – *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental*. Trad. Cláudia Dornelles; 4. Ed. Ver-Porto Alegre: Artmed, 2002.
- EDWARDS, J., Mc GORRY P.D.: Implementing early intervention. In Psychosis, London, Martin Dunitz, 2002.
- HUBER TJ, ROLLNIK J, WILHELMS J. Estradiol levels in psychotic disorders. Psychoneuroendocrinology 26:27-35, 2001.
- MCGRATH J.J; SUSSER E.S. New directions in the epidemiology of schizophrenia. Queensland Brain Institute, University of Queensland, Brisbane, QLD Med J Aust. 2009, Feb 16; 190 (4 Suppl): S7-9.
- PULL, C. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), Esquizofrenia (pp. 13-70). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- MAJ, M. Esquizofrenia. Trad. Cataldo R.C. In Anthony F. Lehman 123-124. 2ª- edição – Porto Alegre: Artmed, 2005.

MEDEIROS, E.N. Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde dos municípios paraibanos. LILACS (on-line), 2005. Disponível em <<http://base.bireme.br>>. Acesso em setembro de 2006.

MELLO. M.F. MELLO A.F; KOHN R. (orgs). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENEZES PR, M.A.H. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(5):340-9.

MODESTO, T.N., SANTOS D.N. Saúde mental na Atenção Básica. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.31, n.1, p.19-24 jan./jun. 2007.

CATALDO, N.A., GAUER G.J.CH., FURTADO, R. N. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

OMS - Organização Mundial de Saúde, Organização Pan- Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.

PAIXÃO C; MATIAS D; ALENCAR I; NUNES M; SALES P; VEIGA P.H.A. Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100032 .

RABELO A. R.; CARDOSO E.; MELO A. Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do sistema único de saúde do estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.29 n.1, p.43-56 jan./jun. 2005.

SAHA S, WELHAM J, CHANT D, MCGRATH J. Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Soc. Psychiatr Epidemiol*. 2006 May;41 (5):338-40. Epub Mar.

SILVA, H.L.R. Evolução da morbidade por doenças mentais no município de Alfenas-MG. (2009). Tese de dissertação, área de concentração enfermagem psiquiátrica. Defendida em 03/03/2009. Universidade de São Paulo. Disponível em www.tese.usp.br.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia. USP*. v. 17 n. 4 São Paulo, dez, 2006.

SILVA J.P.L., COUTINHO E.S.F; AMARANTE P.D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* vol.15 n.3 Rio de Janeiro Jul/Set.1999.

SALOKANGAS R, HONKONEN T, STEGARD E, KOIVISTO M. To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; v. 36, p. 381-90.

STUBBE, D. Psiquiatria da infância e adolescência. Trad. Irineo S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VALLADA FILHO, P. H.; SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. Departamento de Psiquiatria da FMUSP *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl I):2-4.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fazer parte da expansão e consolidação das estratégias de atenção à saúde mental nacional, o estado de Sergipe avançou na oferta de serviços com a implantação dos CAPS I,II,III, CAPS álcool e outras drogas, CAPS infanto-juvenil CAPSi, ambulatorios de saúde mental com psiquiatras e psicólogos, urgência psiquiátrica, residências terapêuticas. Atualmente Sergipe ganha destaque como um dos primeiros nos ranque de número de CAPS por população/habitantes.

Por outro lado, o Estado está carente na sistematização e produção científica no setor. Para se estudar o desenvolvimento de estratégias de atenção adequada às características dos usuários, o perfil dos usuários dos serviços de saúde mental devem ser conhecidos e divulgados para nortear a elaboração de políticas específicas.

A doença mental grave tem uma etiologia heterogênea e complexa. Os avanços científicos na área da neuropsicologia apontam para anomalias funcionais e estruturais, e é provável que genes de suscetibilidade atuem em conjunto com fatores do desenvolvimento e do ambiente.

O perfil psicossocial dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe apresentou características sócio-demográficas que corroboram com outros estudos científicos, como o acometimento da doença nos primeiros anos da vida adulta, e o comprometimento na preparação e acesso para o mercado de trabalho. A doença afeta o indivíduo na sua fase mais produtiva, sendo que vários aspectos da sua vida são atingidos, provocando o comprometimento do funcionamento social e ocupacional dos portadores e, conseqüentemente, seu ambiente familiar que, por sua vez, pode representar um maior risco de comorbidades.

Observou-se que o diagnóstico da esquizofrenia foi prevalente em todos os CAPS investigados, que os usuários são, na sua maioria, do gênero masculino, de acordo com o apontado na literatura. Por outro lado, o trabalho técnico nos CAPS leva a pesquisadora a considerar acerca da necessidade de intervenções específicas voltadas para este público, de acordo com a caracterização levantada.

Durante a pesquisa confrontou-se com a dificuldade de identificação diagnóstica dos usuários, pois além da falta de dados básicos de caracterização, observou-se imprecisão ou omissão da classificação específica do agrupamento F20-F29 do CID-10. A omissão dos dados pessoais também estava presente, o que pode ser decorrente do desconhecimento

da necessidade da precisão no preenchimento dos prontuários. Observa-se, assim, como necessário, um trabalho de capacitação das equipes para a manutenção de arquivos de dados que facilitem o manuseio dos mesmos e o acesso à pesquisa.

Avanços no detalhamento da descrição clínica e padronização de protocolos de avaliação proporcionariam, também, uma maior confiabilidade no diagnóstico dos usuários e também a acessibilidade dos mesmos às assistências farmacológica e psicossocial.

A articulação entre as instâncias do Sistema Único de Saúde e o processo de gestão das políticas Nacional e Estadual com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar-Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), prioridade nas políticas de desinstitucionalização, que muitas vezes não são acompanhadas de uma atenção integral ao usuário de saúde mental, uma vez que necessita de reintegração social, partindo da reconstrução de vínculos, através dos quais se observa uma grande dependência dos pontos de vista pessoal e social, principalmente dos homens que foram acometidos precocemente com transtornos psicóticos.

Contudo, faz-se necessário, ainda, a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III, que ofereçam assistência 24 horas ao usuário em período de crise, pois é percebido o número reduzido dessa oferta de serviço.

Neste estudo fica a importância da efetividade da implantação dos serviços comunitários, que trazem, no seu bojo, a compreensão da construção coletiva do saber e a práxis constitutiva da clínica psicossocial.

ANEXO