UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS

FORTALEZA
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como pré- requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária, Linha de Pesquisa Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Violante Augusto Batista Braga

FORTALEZA - CEARÁ
FEVEREIRO - 2007

S713c Souza, Adriano Rodrigues
Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários/ Adriano Rodrigues de Souza. 2007.
90 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

1. Saúde Mental. 2. Perfil de Saúde. 3. Enfermagem. 4. Indicadores. I. Título.

CDD 610.7368

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduaçao em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga (orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

_____

Prf°. Dr°. Ricardo José Soares Ponte
Universidade Federal do Ceará-UFC
Membro Efetivo

_____

Profª. Drª. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Universidade Federal do Ceará-UFC
Membro Efetivo

_____

Profª. Dr°. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

➢ **A Deus,** primeiramente, e ao meu protetor **São Vicente de Paulo,** por terem se tornado a força espiritual e o sustentáculo da fé, durante os momentos difíceis e agora neste momento feliz da realização de mais um sonho.

➢ **Aos meus pais, Otacílio e Francisca,** pelo dom da vida, mas, principalmente, por terem tido a sensibilidade de proporciona-me o que nunca conseguiram plenamente alcançar - **o saber.** Obrigado pelo amor, carinho, compreensão, amizade, porém, obrigado também, pelas cobranças, broncas e sermões que me fizeram ver a importância da educação na vida de uma pessoa.

➢ **A minha mulher Aline**, primeiramente, por me haver dado a pessoa mais amada de minha vida, Alice, e depois por ter sido sempre esposa incentivadora, dedicada, companheira e colaboradora. Sem o seu amor, e incentivo não teria chegado onde estou e conto com eles, para alcançar vôos mais altos.

➢ **A nossa filha Alice,** que nasceu neste período e que se tornou a pessoa mais importante em minha vida. Chegou e encheu minha vida de alegria e felicidade e ao mesmo tempo contribuiu na elaboração deste trabalho, pois por várias vezes ficou junto a mim no computador, acompanhando e colaborando na escrita deste relatório final. Obrigado, Alice, por você existir. Papai a ama!

➢ **A minha irmã, Adriana,** que mesmo distante sempre esteve presente ao meu lado, principalmente, quando cuidou de meus pais. Obrigado, a vida com você, maninha, tem outro brilho!

➢ **À Profª. Drª. Violante Augusta Batista Braga,** por se fazer presente ao meu lado como amiga e orientadora neste trabalho tão difícil, que é escrever. Agradeço não só pelas técnicas de orientação, mas, principalmente, pelos ensinamentos de vida que ganhei em seu convívio.

➢ **Ao Prof Dr Paulo César de Almeida,** pela disponibilidade em ajudar-me na leitura deste estudo.

➢ **A minha cunhada Caroline Feitoza,** que muito colaborou na coleta dos dados comigo. Obrigado pela sua disposição e ajuda.

➢ **À Equipe da Célula de Vigilância Epidemiológica de Fortaleza (CEVEPI),** pela contribuição e compreensão que tiveram comigo, quando tive que me ausentar para concluir este trabalho.

➢ **Ao meu coordenador, Dr. Ricardo Ponte, e ao companheiro Osmar Nascimento,** por terem sido amigos e compreensivos em minhas solicitações de liberação e pelos incentivos que me proporcionaram na execução deste trabalho.

➢ Aos amigos que me ajudaram de alguma forma - **CEVEPI: Rubens, Marcelo, Cristina; CAPS: Luciene, Silvani; MESTRADO: Andersom.** Muito obrigado pela colaboração de cada um.

➢ **Aos coordenadores, recepcionista e responsáveis pelo SAME** dos CAPS, por terem se colocados à disposição e facilitado meu acesso aos documentos de pesquisas.

➢ **A Secretaria de Saúde, na figura do Dr. Luiz Odorico,** que disponibilizou suas unidade de saúde para a realização desta pesquisa.

➢ **A FUNCAP,** por ter acreditado na pesquisa e contribuído em sua formulação.

➢ **A todos** aqueles que fazem parte do meu cotidiano e que de alguma forma contribuíram na consecução deste trabalho.

“Dizem que sou louco. Por pensar assim. Se eu sou muito louco. Por eu ser feliz. Mais louco é quem me diz. E não é feliz, não é feliz”.

(Rita Lee e Arnaldo Baptista)

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Município de Fortaleza, Ceará, com base em seus prontuários. Estudo epidemiológico, realizado em três CAPS, localizados nas Secretárias Executivas Regionais SER III, IV e VI. Os dados foram produzidos com o auxilio de um questionário que contemplou os seguintes aspectos: dados de identificação e socio-demográficos; antecedentes pessoais, familiares e patológicos, sintomatologia, tipos de atividades terapêuticas e evolução. Com base nos 385 prontuários traçou-se o perfil dos usuários descritos a seguir. Perfil sócio-demográfico: 60,1% eram do gênero feminino; 63,4% estavam na faixa etária entre 20 e 49 anos; 43,9% deles possuem o 1º grau completo; 69,5% tinham renda mensal entre um a quatro salários mínimos; 15,4% contam com aposentadoria como a principal fonte de renda; 71,9% são católicos; 92,6% residem em casa. Antecedentes pessoais, familiares e patológicos: 40,5% apresentaram alterações psíquicas na infância; em 45,4% dos pacientes estudados, os pais apresentaram alguma alteração psíquica durante a vida; 60% dos pacientes estudados revelaram conflitos no relacionamento familiar; 53,9% estiveram internados em hospitais clínicos; 15,9% tiveram a insônia como principal queixa sintomatológica; 18,5% dos pacientes apresentaram como principal fator desencadeador das crises a morte de ente querido; 39,4% apresentaram os transtornos neuróticos como diagnostico principal; 91% dos casos apresentaram os psicofármacos como o principal tratamento de escolha; 30,5% utilizaram os ansiolíticos como droga de primeira escolha; 56% dos pacientes tiveram como outras formas de abordagem o atendimento individual; em 9% dos casos este atendimento foi realizado por psicólogo. A partir dos dados pôde-se concluir que: gênero feminino constitui a maioria dos usuários; a faixa etária considerada produtiva apresentou-se com 60% e mais de ocorrência em ambos os gêneros; a maioria dos pacientes que freqüentam os CAPS é de baixa renda, educação primária, vive de aposentadoria e mais de 90% residem em casa; mais de 40% registraram transtornos em outras fases da vida; mais de 50% já tiveram internações em hospitais clínicos; a maioria tem a insônia como principal queixa sintomatológica e 91% deles tiveram a psicofarmacologia como a única forma de tratamento. Com base nos dados, pode-se inferir que os CAPS configuram-se como estrutura de atenção a pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento mental, o que é reconhecido pela própria equipe de saúde, mas, que, nem sempre, os princípios da reforma psiquiátrica foram atendidos, considerando-se este serviço como um dos dispositivos da rede de atenção em saúde mental. Este tipo de serviço objetiva atuar como dispositivo estratégico no estabelecimento da rede comunitária de cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários voltados para a atenção integral aos usuários e suas famílias, propiciando uma integração entre serviços de saúde, usuários, comunidade e rede social de apoio. Pelos resultados deste estudo, considera-se que muito precisa ser revisto pelos gestores e trabalhadores da rede de atenção em saúde mental, na busca de se avançar nas conquistas até aqui alcançadas e garantidas por lei. O estabelecimento de uma nova rede de atenção em saúde mental vai além da mera ampliação no número de serviços, exigindo novos saberes e práticas baseadas no paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, mudando-se o foco de atenção da doença para a pessoa em sofrimento mental, em toda complexidade decorrente desta condição. Mesmo contemplando apenas três serviços, a realidade aqui mostrada fornece subsídios para se repensar o CAPS como dispositivo importante na implementação da rede de atenção em saúde mental no Ceará.

Palavras-Chave: Saúde mental, perfil de saúde, enfermagem, indicadores.

ABSTRACT

This research objectified to outline the epidemiological and socio-economical profile of the Centre of Psychosocial Attention (CAPS)'s users in the municipality of Fortaleza, Ceará, based on their handbooks. It was an epidemiological study which was carried out in three CAPS located in Regional Executive Secretariats (SER III, IV and VI). The data was produced through the elaboration of a questionnaire which included the following aspects: identification and socio-demographical data, personal previous history, family previous history, pathological previous history, symptomatology, types of therapeutic activities and evolution. Based on 385 handbooks, the users' profile was built up. Socio-demographical profile: 60,1% were female; 63,4% of the patients were between 20 and 49 years old; 43,9% of the patients finished Junior high school; 69,5% have an income between 1 and 4 minimal wages; 15,4% have the pension from the retirement as the main income; 71,9% are Catholics; 92,6% live in houses. Personal, familiar and pathological record: 40,5% presented psychical alterations in their childhood; 45,4% of the studied patients' parents presented a psychical alteration during the life; 60% of the studied patients presented conflicts in familiar relationship; 53,9% have been interned in clinical hospitals; 15,9% had the insomnia as the main symptomatologic complaint; 18,5% of the patients had as the main factor of the crises, a beloved's death; 39,4% had Neurotic Disturbances as the main diagnosis; 91% of the cases had the psychopharmacos as the main chosen treatment; 30,5% used the ansiolitics as the first chosen drug; 56% of the patients had other forms of approach such as individual attendance; in 9% of the cases, this attendance was carried out by a psychologist. From the obtained data we can conclude that: most users are female; the age group considered productive was present with more than 60% in both genders; most part of the patients who frequent the CAPS have low income, primary education, live with pension from retirement and more than 90% live in houses; more than 40% had disturbances in other phases of life; more than 50% have been interned in clinical hospitals; most of them has insomnia as the main symptomatologic complaint and 91% had the psychopharmacology as the only form of treatment. Considering the data, we can infer that CAPS takes shape of the structure of attention to people that present any kind of mental suffering, what is recognized by the health team itself. But we can also infer that the principles of the Psychiatric Reform were not always attended, considering this service as one of the provisions of the net of mental health attention. This type of service objectifies to actuate as a strategic provision in the building of the community net of care, developing community therapeutic projects turned to the integral attention to the users and their families, propitiating integration between health services, users, community and social net of support (BRASIL 2004). Through the results of this study, it is considered that a lot must be reviewed by managers and workers of the net of mental health attention, trying to advance in the achievements which were achieved up to now and guaranteed by Law. The building of a new net of mental health attention is more than the mere amplification in the number of services. It requires the building of new knowledge and practices based on the paradigm proposed by the Psychiatric Reform, changing the focus of attention from the disease to the person in mental suffering, in all the complexity resulting from this condition. Although this study contemplates only three services, the reality showed here provides subsidy to rethink the CAPS as an important provision in the implementation of the net of mental health attention in Ceará.

Key-words: mental health, health profile, nursing, indicators.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Demonstrativo percentual das alterações psíquicas apresentadas pelos familiares dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	62
GRÁFICO 2 -	Demonstrativo percentual do relacionamento entre os usuários acompanhados nos CAPS e seus familiares. Fortaleza-CE, 2006.	63
GRÁFICO 3 -	Demonstrativo em percentual dos usuários acompanhados nos CAPS que usam terapia medicamentosa. Fortaleza-CE, 2006.	73
GRÁFICO 4 -	Demonstrativo em percentual do profissional responsável pelo ultimo atendimento prestados aos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados nos CAPS por sexo. Fortaleza-CE, 2006.	42
TABELA 2 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados nos CAPS por faixa etária. Fortaleza-CE, 2006.	44
TABELA 3 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados nos CAPS por sexo e faixa etária. Fortaleza-CE, 2006.	45
TABELA 4 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos da cor apresentada pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	46
TABELA 5 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos da situação conjugal dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	47
TABELA 6 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos do nível de escolaridade dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	48
TABELA 7 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos da renda familiar dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	49
TABELA 8 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados nos CAPS quanto à escolaridade e a renda. Fortaleza-CE, 2006.	50
TABELA 9 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos da situação de moradia dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	51
TABELA 10 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos do tipo de religião seguido pelos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	52
TABELA 11 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados nos CAPS relativo a quem trabalha e que ocupação tem. Fortaleza-CE, 2006.	53
TABELA 12 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos das origens de encaminhamentos apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	55
TABELA 13 -	Demonstrativo das alterações apresentadas pelos os usuários acompanhados nos CAPS durante as várias fases da vida, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-CE, 2006.	58

TABELA 14 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos antecedentes patológicos apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	63
TABELA 15 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos das hospitalizações clínicas e psíquicas que se submeteram os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	64
TABELA 16 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos das queixas e distúrbios psiquiátricos apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	66
TABELA 17 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos fatores desencadeantes apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	68
TABELA 18 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos das hipóteses de diagnóstico apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	71
TABELA 19 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos das medicações utilizadas pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006**.**	74
TABELA 20 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos dos tipos de atividades terapêuticas realizadas nos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	76
TABELA 21 -	Demonstrativo em valores absolutos e relativos do tipo de alta que foram submetidos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.	79

QUADRO

QUADRO 1 -	Distribuição dos prontuários e amostra segundo os CAPS III, IV e VI.	40

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 Breve contextualização da Reforma no Brasil	20
3.2 A Inclusão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como forma de atenção à saúde mental	27
3.3 Assistência ao doente mental no Ceará	29
3.4 A Saúde Mental no município de Fortaleza	32
4. REFERENCIAL TEORICO-METODOLÓGICO	36
5. RESULTADOS	
5.1 Perfil sócio-econômicos dos usuários dos CAPS de Fortaleza	42
5.2 Antecedentes pessoais dos usuários dos CAPS de Fortaleza	56
5.3 Antecedentes familiares e patológicos dos usuários dos CAPS de Fortaleza	60
5.4 Sinais e sintomas apresentados pelos usuários dos CAPS de Fortaleza	64
5.5 Tratamentos e evolução clínica dos usuários dos CAPS de Fortaleza	72
6. CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O final da década de 1970 é marcado, no Brasil, pelo despertar da classe trabalhadora da rede de assistência psiquiátrica, que conclamou por mudanças na forma de assistir o portador de transtornos mentais, denunciando a ineficácia do sistema hospitalocêntrico, sendo considerado ultrapassado e sem resolubilidade. Este movimento, que ficou conhecido como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), buscou envolver os diversos segmentos da sociedade, procurando integrá-los na consecução de uma nova rede de assistência psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira fundamenta-se no movimento italiano, tendo como foco a desinstitucionalização e a mudança de paradigma da doença para a existência-sofrimento do indivíduo em seu corpo social. A reforma psiquiátrica da Itália propõe

> [...] uma nova filosofia no tratamento utilizado em psiquiatria, contendo uma proposta de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”, avessa, portanto, à centralização no processo de cura, que resultou insuficiente e ineficaz até hoje. Dentro dessa visão, o problema da psiquiatria não é mais a cura, a vida produtiva, mas a produção de vida voltada para a sociabilidade, utilizando-se dos “espaços coletivos” e de “convivência dispersa. (ROTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 30).

As idéias centrais dessa reforma partem da premissa que não se deve separar a doença da existência global do paciente, devendo-se buscar superar os aparatos técnicos, as legislações e as administrações constituidas para assistir a pessoa em sofrimento mental, mudando-se o foco da atenção da doença para a existência-sofrimento, visando também à recuperação da cidadania e a reinserção da pessoa à sociedade.

A desinstitucionalização, tão preconizada pelas duas reformas, a italiana e a brasileira, não significa, somente a substituição dos manicômios por serviços alternativos, ou mesmo por aparatos psiquiátricos modernos, ou ainda pelo simples programa de racionalização de recursos com a redução dos leitos psiquiátricos, como pensado e aplicado separadamente por diversos idealistas dos movimentos reformistas em vários momentos históricos e em diversos países.

Desinstitucionalizar significa restituir a dignidade da pessoa em sofrimento mental mediante a reconquista de sua cidadania, da promoção de tratamentos dignos, que superem o modelo clínico, com base na atenção médico-biológica centrada na patologia e no hospitalocentrismo, mediante o estabelecimento de redes de cuidados substitutivas

(hospitalização parcial, existência de leitos em hospitais gerais, pensões protegidas, centros de atenção psicossocial, entre outros). Este ideário conseguiu instigar, também, a sociedade brasileira a discutir a loucura e suas instituições, levando ao repensamento do que estava posto aos vários segmentos sociais, encabeçados pelos trabalhadores de saúde mental, culminando no Congresso Brasileiro, com a apresentação de um projeto de lei, que ficou conhecido como Projeto Paulo Delgado (1989), o qual defendeu a substituição da rede de assistência hospitalar por um sistema de serviços substitutivos de atenção à pessoa em sofrimento mental.

A luta por esse projeto tornou-se emblemática, desencadeando um rol de discussões por todo o Brasil, envolvendo não só a área de saúde mental mas, principalmente, a rede de saúde pública do Brasil, que neste período, em meados de 1990, encontrava-se em decurso de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, com a municipalização.

É neste contexto histórico que me encontro inserido, apresentando um percurso profissional ligado, inicialmente, à Epidemiologia, que reputo de suma importância no gerenciamento dos serviços de saúde pública.

Para Rouquayrol e Almeida Filho (2003), a Epidemiologia é definida como a ciência básica da saúde coletiva, capaz de estudar e descrever a saúde-doença em uma população.

Tendo como base teórica-metodológica a Epidemiologia, exerci por cinco anos a Coordenação da Vigilância Epidemiológica no Município de Crateús-CE. Foi neste município que pude acompanhar o desenrolar dos debates acerca da reforma psiquiátrica brasileira, pois integrei a equipe que estruturou o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dali, no ano de 1999, iniciando, assim, meu envolvimento com a área de saúde mental.

A inserção definitiva como profissional da assistência psiquiátrica ocorre com a aprovação em concurso no Município de Fortaleza, onde fui lotado em um centro de atenção psicossocial (CAPS) e mais recentemente concretiza-se com minha integração ao corpo de docentes da UNIFOR, na disciplina de Saúde Mental.

Em ambas as atividades desenvolvidas, percebo que se amplia a mudança da assistência psiquiátrica, cujo inicio aconteceu na 1970. Atualmente, novas formas de

atenção à pessoa em sofrimento mental estão sendo implementadas, proporcionando renovado modelo de perceber e lidar com essa clientela.

Os profissionais de Enfermagem sempre integraram os serviços de assistência psiquiátrica no Brasil, tendo uma formação com ênfase no desempenho de atividades instrumentais (aplicação de injeção, administração de medicamentos, realização de curativos, entre outras), limitando-se a habilidades técnicas ou tecnicistas e no modelo clínico "biologizante". A conjuntura transformadora hoje ocorrente na rede assistencial em saúde mental conclama não só a Enfermagem, mas todos os envolvidos profissionalmente e os vários segmentos sociais com esta questão a participarem de uma nova forma de perceber e atuar junto a esta demanda.

No âmbito dessa proposta, Zerbetto e Pereira (2005) acentuam a necessidade de uma formação específica para aqueles profissionais que tencionam atuar na área de saúde mental, sendo necessário, além da habilidade aprendida na graduação, maior aperfeiçoamento de novas formas de abordagem, entre elas, as técnicas de relacionamento terapêutico.

Instigado por tais mudanças e estimulado por minha trajetória profissional, no curso da qual vivenciei situações antagônicas às preconizadas pela reforma psiquiátrica, fui levado a refletir e questionar as formas de assistência prestadas a esses pacientes. Estes questionamentos emergiram durante a prática profissional, oportunidade em que muitas vezes, me defrontei com violação aos direitos humanos dessas pessoas.

Procurando contribuir com a mudança da prática de Enfermagem Psiquiátrica preconizada pela nova forma de assistir a pessoa em sofrimento, busquei implementar atividades que contribuíssem para uma melhor assistência dos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS da Secretária Executiva Regional IV (SER IV), do Município de Fortaleza. Entre essas atividades, destaco aquelas voltadas a Educação em Saúde, para as quais busquei desenvolver palestras educativas e reuniões informativas com temas, conteúdos e assuntos diversos, permitindo maior interação do serviço com a comunidade.

A transformação na assistência psiquiátrica, decorrente da reforma, tem entre os seus objetivos o resgate da cidadania e a ressocialização. Para isso, é preciso conhecer o

2 OBJETIVOS

2. 1 Objetivo Geral

- Traçar o perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários dos CAPS de Fortaleza.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar informações sobre condições epidemiológicas e socioeconômicas dos usuários acompanhados pelos CAPS;

- identificar os transtornos mentais diagnosticados nos usuários dos CAPS e

- verificar a existência de associação entre as queixas de sofrimento e as variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e clínicas identificadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Breve contextualização da reforma psiquiátrica no Brasil

A percepção de loucura é tão antiga como a própria vida, mas não a sua identificação, seu conceito e forma de tratamento, que evoluem no decorrer dos tempos, buscando acompanhar os padrões culturais, sociais e políticos de cada época.

Os gregos a tratavam como uma concepção sobrenatural. Os romanos defendiam um tratamento humanitário por considerarem a loucura como um processo normal. Após o período de domínio grego e romano, inicia-se um período considerado de obscurantismo, que se estendeu até o século XVIII. Os pacientes mentais deixaram de ser doentes e passaram a ser tratados como embruxados ou endemoniados.

A partir deste momento, nasce o modelo sobrenatural da doença, que se caracterizava por desenvolver tratamentos rígidos, fundamentados nas cerimônias religiosas centradas nos exorcismos, com queima de pacientes para purificação do mundo (ESPINOSA, 2000).

Instala-se neste período o que se pode considerar como o jardim das espécies mentais, onde a cada momento surge um novo conceito de classificação mental. Sampaio (1998, p. 28) conclui que “O corte não é mais entre divino e humano, mas, dentro do humano, entre físico e psíquico, e, dentro do psíquico, entre experiência trágica e experiência crítica, felicidade e falsa felicidade, racionalidade e irracionalidade”.

Associado a esta transição de conceitos e definições, estrutura-se a industrialização mundial, que se instala implantando a idéia do saneamento corporal e da capacidade produtiva. Sem apresentar o saneamento corporal que a industrialização preconizava e sendo considerado um transtorno a sociedade da época, os doentes mentais passam a ser considerados perigosos e improdutivos, começando a disseminar a idéia de que esta comunidade de pacientes precisaria ser retirada da sociedade, necessitando ganhar um espaço capaz de entendê-los. Nesse contexto, o asilo surge como um espaço institucional e político do desvio, com uma estratégia que possibilitasse produzir conhecimento e cura dos desvios de comportamento apresentados por estes pacientes. Não

se tratou, portanto, de um espaço puramente negativo e sim de um lócus positivo da psique (LUZ, 1994).

O enclausuramento dos loucos, porém, diferenciava-se dos demais grupos infratores, necessitando, com isso, de um aparato de saberes e práticas cientificas que justificasse a sua permanência neste espaço de reclusão. Assim sendo, instala-se uma relação dialética entre o poder político e o poder médico, potencializando uma reclusão incontestável ao louco (PEREIRA, 2004).

Pereira (2004, p. 29) assinala que: “a transformação da loucura em um fenômeno médico, e com isso, passível de intervenção especializada teve nos trabalhos de Pinel (1745-1826) seu ponto fundador, e na França pós-revolução francesa, seu cenário provocador”.

É o próprio Philippe Pinel, introdutor da idéia de loucura como fenômeno médico, que recorre ao ato de libertação dos loucos, mas esta atitude não implicou a saída do espaço de reclusão e sim em uma transformação na forma assistencial até então prestada aos doentes mentais. Este espaço (manicômio) tornou-se dispositivo de assistência indispensável ao atendimento, tratamento e acompanhamento dos doentes mentais daquela época.

Inspirado nesse modelo implantado na Europa, o Brasil inicia a organização de seu sistema de atenção psiquiátrica, datando-se de 1848 os primeiros registros de uma política de saúde voltada aos portadores de transtornos mentais.

Como no sistema europeu, a saúde mental brasileira espelhou-se na institucionalização de seus pacientes, sendo construídos manicômios no Rio de Janeiro e em São Paulo, nos anos de 1852 e 1901, respectivamente (ESPINOSA, 2000).

A tendência manicomial tornou-se, com efeito, a tônica da assistência psiquiátrica brasileira, tendo como foco principal a preservação da ordem social, evitando, com isso, que a desordem psíquica fosse irradiada na sociedade nacional. O manicômio brasileiro teve como principal fonte inspiradora em sua organização o modelo psiquiátrico francês, importando os preceitos e práticas institucionais implementados em França, porém, sem as discussões políticas e sociais que permearam o processo francês.

Ociosidade, vadiagem, mendicância foram algumas das

população. Essa idéia é reforçada por Costa (1989, p. 48), ao assinalar que o doente mental habitante dos primeiros manicômios brasileiros era o desvalido “brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três ‘pês’: pobre, psicótico e preto”.

Ressalte-se, ainda, que a administração manicomial era exercida por leigos e religiosos, sem haver sequer a presença de profissionais de saúde. Somente no inicio do século XX, com algum custo, os médicos instalaram-se na direção destas instituições (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

O ganho dessa instalação aconteceu em 1912, quando a Psiquiatria se tornou especialidade médica. Deste ano até a década de 1920 ocorreu o fortalecimento e um aumento considerável das instituições psiquiátricas.

Já as décadas de 20 e 30 do século XX, são marcadas pelo discurso da Liga Brasileira de Higiene Mental, que focava a implementação de medidas de prevenção à incidência das doenças mentais. Nesta contextualização, registra-se o trabalho, mesmo que isolado, de Ulisses Pernambucano, década de 1930, e em seguida da Dra. Nise da Silveira, década de 1940, que buscaram desenvolver atividades extra-hospitalares capazes de compreender a inconsciência dos pacientes (OLIVEIRA, 2002).

As décadas subseqüentes foram marcadas pela consolidação das estruturas manicomiais proporcionado pela Era Vargas e pelo “fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70" (TENORIO, 2002).

Levados pelos impulsos de reformas psiquiatricas comunitárias ocorridas em outros países, como Estados Unidos, Inglaterra e França, o governo brasileiro propôs uma forma de assistência psiquiátrica, segundo a qual os manicômios foram transformados em hospícios. Para isso, ocorreu a disponibilização de abundantes recursos financeiros que se destinaram à ampliação e construção de ambientes asilares, contribuindo para que o Brasil criasse um dos maiores parques manicomiais do mundo. O objetivo principal, no entanto, que era a melhoria na forma assistencial prestada aos pacientes, em nada se modificou, permanecendo a exclusão e o isolamento social da loucura (ESPINOSA, 2000).

Outro ponto importante a destacar nesta reforma assistencial foi a mudança ocorrida no âmbito administrativo das redes manicomiais do Brasil. Até meados da década de 1960, esses hospícios eram quase exclusivamente estatais ou filantrópicos. No inicio

dos anos de 1970, observa-se considerável expansão da rede hospitalar psiquiátrica privada, resultante do financiamento ofertado pelo Governo federal.

Para Mendes (1999, p. 22), a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) constituiu um "... fato paradigmático na conformação do modelo médico-privatista, onde ocorre a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial e uma prática médica orientada em termos lucrativos".

Ao mesmo tempo em que se ampliavam os próprios mecanismos de remuneração dos serviços mentais contratados e conveniados, desnudava-se o caráter discriminatório e excludente no interior dos manicômios brasileiros. Delineiam-se, por conseguinte, os interesses exclusivamente econômicos, distanciando-se daqueles preconizados com o incentivo feito pelo Governo federal, sob uma prática assistencial humanizada.

Revoltados com o incentivo financeiro do governo à reestruturação e construção de ambientes de exclusão dos loucos, influenciados pelos diversos movimentos reformistas que ocorriam em outros paises, fortalecidos pelo fim da expansão econômica e pela abertura política iniciada, profissionais, estudantes e setores da sociedade civil iniciam intensas discussões a respeito da assistência psiquiátrica prestada ao portador de transtorno mental no Brasil (VIVEIROS, 2003).

Focado-se nesta capacidade, que o ser humano tem de enfrentar e reivindicar seus direitos, inicia-se um procedimento discursivo de conquista da cidadania para as pessoas mentalmente desordenados no Brasil, sendo, porém, preciso ultrapassar os limites retóricos e alcançar os pragmáticos.

A junção de todos estes fatores há pouco mencionados, provocou, em meados da década de 1970, a estruturação de movimentos (reforma psiquiátrica e reforma sanitária), em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão da saúde brasileira. Estas reformas tomaram maior pulso com o movimento denominado de "abertura política", estruturado por meio de movimentos sociais em diversos setores da sociedade civil, refletindo-se na reorganização partidária, no reordenamento sindical e na reivindicação social da anistia ampla geral e irrestrita (BRASIL, 2005).

Embora contemporâneo da reforma sanitária, a reforma psiquiátrica brasileira levanta uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças, pela

superação da violência asilar. Foi neste cenário que o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) emerge como um movimento social, lançando o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios” (NICK; OLIVEIRA, 1998; ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Ajudado pela crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, de outra parte, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e, finalmente, impulsionado pela idéia de que as reformas na assistência da saúde mental do mundo transcorreram em momentos políticos ímpares, o MTSM iniciou uma série de denúncias quanto à política nacional de saúde mental, quanto às condições, sejam públicas ou privadas, de atendimento psiquiátrico à população manicomial. Esse movimento foi um dos desencadeadores de verdadeira transformação na assistência psiquiátrica do País (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Na elaboração teórica da reforma psiquiátrica proposta pelo MTSM estava a proposta da ruptura com a cultura psiquiátrica e a implementação de um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que fosse capaz de realizar a verdadeira transformação da assistência psiquiátrica. Para isso, este processo necessitava de firmar-se como ato político e social, sendo capaz de mobilizar e da ampliar o MTSM, extrapolando os âmbitos profissionais e administrativos.

Foi com essa mentalidade de firmação política e social que se organizou o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, SP), em 1987, de onde emergiu a mudança de paradigma, que então desloca seu objeto de conhecimento para o ser, o indivíduo em sofrimento emocional. Naquele evento, se iniciou a mobilização pela aprovação do projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, que deliberou pela extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

É importante registrar, porém, um fato histórico-político ocorrido antes deste relevante importante Congresso e que corrobora a coetaneidade das reforma psiquiátrica e sanitária, que foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986. Este constituiu em um momento apical de formação político-ideológica e de participação comunitária, fortalecendo, assim, os movimentos de reforma vigentes no País, além de deliberar pela criação de um sistema único de saúde, modernizador e democratizante (MENDES, 1999).

É interessante mencionar que a conjuntura apresentada pelo Brasil nesse período fez ressurgir notável interesse pela experiência italiana de desinstitucionalização, tendo-se em sua critica radical ao manicômio a fonte inspiradora e impulsionadora da ruptura dos antigos paradigmas (BRASIL, 2005).

Este interesse pela desinstitucionalização do paciente com doença mental foi fortalecido pela constituição de várias organizações de membros familiares e usuários de serviços de saúde mental que passaram a se organizar e aderindo ao movimento nacional da luta antimanicomial, passando a desempenhar um papel relevante na luta pelos direitos desses pacientes (NICK; OLIVEIRA, 1998).

Somados a todos estes fatos, virificam-se "o surgimento do primeiro Centro de Apoio Psicossocial no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico - Casa de Saúde Anchieta".(BRASIL, 2005, p. 2). São momentos importantes na história da Psiquiatria nacional e, certamente, representaram um marco histórico da luta manicomial brasileira.

Em seguida àqueles acontecimentos ocorreu na cidade de Caracas, a Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da qual o Brasil participou com diversos agentes sociais e contribuiu para que o relatório final, conhecido como a Declaração de Caracas, legitimasse as iniciativas de reforma, que aqui vinham sendo trabalhadas, tornando-as sugestões para todo o Continente Americano (NICK; OLIVEIRA, 1998; BRASIL, 2005).

Estruturado na Declaração de Caracas, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro passou a elaborar seus princípios básicos, definidos pela regionalização, hierarquização, complementaridade do setor privado, descentralização e integração institucional. (...) "*a ênfase normativa permanecia no cuidado extra-hospitalar, estimulando a utilização de hospitais-dia, hospitais-noite, pensões e oficinas protegidas e de unidades psiquiátricas em hospitais gerais"* (NICK; OLIVEIRA, 1998, p. 584).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro concretizou-se, no campo jurídico, com a aprovação, no ano de 1999, do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, sancionado apenas no ano de 2001. A aplicação, no entanto, na prática, do previsto na Lei

10.216, ainda, se encontra em fase de implementação, esbarrando em obstáculos de toda ordem, principalmente políticos e ideológicos. Para que se consiga tornar realidade os princípios preconizados pela Lei, faz-se necessário o empenho de todos os movimentos sociais, políticos, familiares e comunitários.

Dentre os novos aparatos institucionais já implementados no País após o início da reforma, podem-se destacar os hospitais-dia (HD), os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os CAPS, os lares abrigados (LA), as residências terapêuticas e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Os hospitais-dia (HD) surgiram após a Segunda Guerra Mundial, coincidindo com a intenção de mudança da prática psiquiátrica, sendo registrada a implantação dos primeiros serviços no Canadá e na Inglaterra (VILAS BOAS, 2004).

No Brasil, o surgimento do HD ocorreu concomitantemente à reforma psiquiátrica e foi embasado pela Portaria 224/92, que o define como:

> ... uma instituição de assistência em saúde mental representando um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. (BRASIL, 2005a, p. 2).

Partindo da normatização há pouco reproduzido, o HD foi enquadrado como um dispositivo terapêutico de “hospitalização parcial”, com o objetivo de proporcionar um programa terapêutico que dê ênfase às manifestações clínicas e comprometa o paciente e sua família a promoverem uma relação terapêutica contratual com a equipe de terapia, buscando a reinserção deste usuário na sociedade (ESPINOSA, 2000).

Outro serviço implementado com as novas normas de assistência psiquiátricas foram os lares abrigados (LA), que se constituíram como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social nem laços familiares e que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2005b).

Estes lares têm como objetivo a reabilitação e a reintegração do paciente à sociedade, implicando a alternativa à hospitalização, e são locais de transição de caráter

terapêutico enquadrados em programas de reabilitação e reintegração social (ESPINOSA, 2000).

Seguramente nem um destes serviços substitutivos despertou mais interesse na comunidade profissional, familiar e no próprio paciente quanto os núcleos de atenção psicossocial/ centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), cuja implantação aconteceu na cidade de São Paulo em junho de 1987 (GULJOR, 2003).

O CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira ou simplesmente CAPS da Rua Itapeva apareceu como uma instituição própria, num espaço físico adequado e acolhedor ao tratamento da pessoa com quadro mental grave (GOLDBERG, 1996).

3.2 A Inclusão dos centros de atenção psicossocial (CAPS) como forma de atenção à saúde mental

O CAPS estrutura-se como novo espaço da terapia psiquiátrica, locus extra-hospitalar, que presta assistência multiprofissional e busca a reinserção social de seu usuário, prevenindo internações psiquiátricas desnecessárias e compulsivas, combatendo o preconceito e a discriminação (CUNHA, 2003).

A Portaria 224/92 do Ministério de Saúde cria oficialmente os CAPS e os define como:

> Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2005a, p. 12).

Com isso, o CAPS tem como objetivo oferecer um espaço de tratamento, reabilitação, acolhimento, relações interpessoais e produção de novas subjetividades às pessoas portadoras de transtornos mentais (OLIVEIRA, 2002).

Para isso, é necessário que as equipes multiprofissionais dos CAPS estabeleçam uma relação de confiança com os usuários destes serviços, capaz de demonstra-lhes a seriedade com que suas falas e atos são acolhidos, caso contrário há o risco de não se

estabelecer uma vinculação confiável entre o usuário e a instituição. Essa relação de confiabilidade deve se estabelecer mediante técnicas criativas e inovadoras de intervenção e tratamento, mantendo-se uma constante avaliação, procurando o não-engessamento nem a distorção de princípios e finalidades.

Para desenvolver estas propostas inovadoras, o CAPS deve se incluir na rede de assistência psiquiátrica municipal como um ambiente aberto, acolhedor e inovador, buscando implementar atividades que se reinventem constantemente, constituindo, pois, um lugar de passagem e de reatamento de laços familiares e sociais. Para isso, precisará estruturar-se no contexto de uma rede social que congregue não apenas o setor público ou privado onde esteja inserido e seja um sistema societário que inclua família, escola, trabalho, comunidade, amigos e etc.

Com esta visão, os CAPS lograrão modificar as atitudes profissionais e socirai

Partindo da proposta de reavaliação constante dos serviços vê-se a necessidade de uma equipe técnica bem organizada e bem preparada na acolhida, no desenvolvimento de projetos terapêuticos, no trabalho de atividades de reabilitação psicossocial e no compartilhamento do espaço de convivência com este usuário, equacionando problemas inesperados e desenvolvendo canais de comunicação constante entre familiares, usuários e comunidade.

Para que isso aconteça, é importante lembrar que o CAPS precisa se inserir numa rede articulada de serviços e organizações que lhe proporcionem uma oferta contínua de assistência (BRASIL, 2004).

Para que se estruture esta rede articulada de assistência, no entanto, é necessário que a equipe multidisciplinar, gestores e a própria sociedade conheçam as atividades e os serviços prestados aos usuários nos CAPS, possibilitando, assim, uma agregação de outros serviços junto aos centros de atenção psicossociais.

3.3 Assistência ao doente mental no Ceará

Os movimentos psiquiátricos registrados no Brasil repercutiram de forma positiva no Estado do Ceará, proporcionando uma emulação junto às categorias profissionais e impulsionando-as a lutarem por uma assistência psiquiátrica inovadora para o Estado. Particularmente, a desospitalização ganhou maior ênfase, sendo registrada, no Estado, a primeira lei brasileira que impedia a construção de leitos manicomiais. Infelizmente a lei não foi suficiente para barrar a predominância do tratamento hospitalocêntrico, que se confirma até os dias atuais.

A história da assistência psiquiátrica no Ceará, no entanto, é marcada, como em todo o País, pela construção e estruturação de ambientes asilares, tendo registro de 1886, com a edificação do primeiro hospital psiquiátrico, o São Vicente de Paulo. Após, seguiram diversos outros: Casa de Saúde São Gerardo (1935), Hospital de Saúde Mental de Messejana (1963).

O tratamento hospitalocêntrico perdurou por muitas décadas como a única forma de assistência existente no Estado do Ceará, até que a incapacidade da União em continuar financiando a expansão do modelo hospitalocêntrico veio à torna,

desencadeando, com isso, uma ampliação da rede ambulatorial psiquiátrica e a estruturação de treinamentos junto a médico generalistas para exercerem a assistência psiquiátrica no interior do Estado (SAMPAIO; BARROSO, 2000).

Tal fato desencadeou acerbas críticas ao modelo asilar existente no Ceará, que emergiu com veemência no inicio dos anos 1990 e, seguindo uma tendência nacional, ocorreu maior mobilização por parte de setores da sociedade civil cearense, principalmente dos profissionais da saúde. Soma-se a este contexto a implantação, em 1991, do primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do Estado, ocorrido na cidade de Iguatu (OLIVEIRA, 2002).

Os anos seguintes, 1992 e 1993, marcam um dos períodos mais importantes da transição da assistência psiquiátrica do Ceará, com a realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental (1992), quando foi criado o Foro Permanente de Saúde Mental; a criação do primeiro hospital-dia (1993) e a aprovação da lei 12.151, de autoria do deputado Mário Mamede, a qual proíbe a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos no Estado do Ceará e a implantação de novos serviços substitutivos. Nesse movimento de reforma, o interior do Estado, no caso, os CAPS de Canindé (08/93) e Quixadá (12/93), são outros marcos deste período (SAMPAIO; SANTOS, 1996).

Os primeiros resultados positivos obtidos com os serviços substitutivos implantados no Estado impulsionaram municípios como Icó (03/95), Cascavel (05/95) e Aracati (1997) a estrutura seus CAPS, objetivando conquistar os mesmos resultados alcançados por outras cidades, como a redução no número de internações e diminuição da ingesta de tranqüilizantes (OLIVEIRA, 2002).

Já o ano de 1999 vem para confirmar a proposta de mudança da assistência psiquiátrica cearense, sendo marcado pela decisão do Governo estadual de implantar 21 CAPS, um para cada microrregião de saúde do Estado. A Administração Municipal de Fortaleza também decidiu implantar seis CAPS, um para cada Secretaria Executiva Regional (SER). O marco histórico deste ano, porém, foi proporcionado pela cidade de Sobral, que teve fechado o seu hospital psiquiátrico, existente há mais de 25 anos. Esta cidade, situada na região norte do Estado do Ceará, foi palco do crime por tortura mais famoso registrado dentro de uma casa de repouso para pacientes com transtornos mentais, após o processo de reforma psiquiátrica em andamento (SAMPAIO; BARROSO, 2000).

Brito (2002, p. 1) registrou na época o fato da seguinte forma:

> Em outubro de 1999, morreu na Casa de Repouso Guararapes, o paciente Damião Ximenes Lopes, que na época tinha 30 anos e sofria de problemas de depressão. Após ser internado no dia 01 de outubro, para tratamento. No dia 04, sua mãe foi visitá-lo, ela o encontrou sangrando, com a cabeça inchada, com as mãos amarradas nas costas, sujo de fezes e de urina. Na hora que avistou a mãe, ele saiu correndo gritando 'polícia, polícia, polícia'. A mãe ainda chegou a pedir ajuda ao médico. Mas no mesmo dia, Damião morreu.

A família moveu uma ação de indenização por danos morais, na 5ª Vara Cível da Comarca de Sobral. O fato desencadeou diversas outras denúncias, que levaram a Secretaria de Saúde do Município, pressionada por diversos movimentos sociais, a fechar a referida casa de repouso, abrindo diversos serviços alternativos de tratamento para os pacientes com transtornos mentais do Município e da própria região.

Vale ressaltar que, em razão da morosidade da Justiça brasileira, o "Caso Damião", como ficou conhecido, foi parar na Organização dos Estados Americanos (OEA), que recebeu a denúncia de violação dos direitos humanos e entrou com um processo contra o Estado brasileiro, já que o paciente se encontrava sob a tutela do Estado no referido momento.

Este episódio ratifica a luta do movimento antimanicomial, provando que a assistência hospitalar, no caso da doença mental se encontra ultrapassada e, mais do que nunca, despreparada para assistir os transtornos mentais da atualidade.

O caso também concorre para demonstrar o pioneirismo das cidades interioranas, em assumirem, com determinação e audácia, a implementação de uma política de saúde mental inovadora. Enquanto isso, a capital, Fortaleza, só demonstra um impulso nesta mudança quando se vê circundada e pressionada pelos novos serviços e seus bons resultados obtidos nos município circunvizinhos.

Impulsionado pelo seu pioneirismo, pelos ótimos resultados obtidos e pela aprovação, por parte da sociedade, das novas formas de assistir o portador de sofrimento mental, atualmente o Estado do Ceará continua em plena expansão de seus serviços substitutivos à assistência hospitalocêntrica. O Estado conta hoje com 67 CAPS. Destes, 14 na capital, enquanto 53 se encontram nos demais Municípios (CEARÁ, 2005a).

Quanto à classificação segundo o tipo de CAPS no Estado do Ceará, 39 são do tipo I, que, para o Ministério da Saúde, devem ser implantados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; outros 13 CAPS estão incluídos no critério de tipo II, que compreendem populações entre 70 mil e 200 mil habitantes; e apenas um CAPS está na classificação de tipo III, que deve contemplar municípios com população superior a 200 mil habitantes. Merece destaque o fato de que, a única unidade tipo III, está localizada na região centro do Estado, na cidade de Iguatu (CEARÁ, 2005a).

Além dos CAPS já citados, cinco deles apresentam outra forma de classificação, sendo 11 do tipo AD, ou seja, responsável pelo atendimento a dependentes de álcool e outras drogas, e três enquadrado no critério de CAPSi, responsável pela assistência da população infantil, além também de três residências terapêuticas, todas no interior do Estado, nas cidades de Icó, Iguatu e Sobral, (CEARÁ, 2005a).

O Estado ainda, no entanto, não conseguiu reprimir, como deveria, a assistência hospitalocêntrica. Como exemplo disso, aponto a manutenção, em pleno funcionamento, de nove hospitais psiquiátricos. Sendo, oito deles localizados na Região Metropolitana de Fortaleza, demonstrando com isso a dificuldade da expansão na assistência extra-hospitalar. Dos oito hospitais, seis são particulares, um filantrópico e um do Estado (CEARÁ, 2005a).

3.4 A saúde mental no Município de Fortaleza

O Município de Fortaleza foi criado em 1725, por Carta Régia e teve seu nome proveniente da Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. O Município está situado na região Noroeste do Estado do Ceará e caracteriza-se por ser a capital estadual, sendo considerada a quinta maior cidade do País (CEARÁ, 2005b).

Fortaleza apresenta como limítrofes: ao norte, o Município de Caucaia e o oceano Atlântico; ao sul, Maracanaú, Pacatuba, Itaitinga e Eusébio; ao leste, os Municípios do Eusébio e Aquiraz e o oceano Atlântico; e ao oeste, os Municípios de Maracanaú e Caucaia. Fortaleza apresenta uma área territorial de 313,14 km^2, possuindo uma população estimada de 2.416.920 hab., com taxa de urbanização de 100%. Com expressivo percentual

de crescimento de 2,73%, o Município recebe, ainda, por meio do êxodo rural, cerca de 50.000 pessoas a cada ano, o que acarreta inchaço de sua periferia e o conseqüente crescimento relativo de sua população carente, bem como o aumento da demanda por serviços públicos de saúde (CEARÁ, 2005b; BRASIL, 2005c).

A economia de Fortaleza decorre da atividade de serviços, indústria e, nos últimos anos, do turismo. A Cidade tornou-se grande pólo turístico, apresentando média de acréscimo no fluxo turístico de 16,5% ao ano, de 1995 a 1999, tudo graças à localização geográfica em que se encontra. Ela está logo abaixo da linha do equador e é a rota mais curta para a Europa, Estado Unidos, Coréia do Sul e África. Por tudo isso, e mais pelos 25 km de belas praias, algumas com dunas de até 10 metros de altura, de areia branca, com enseadas de coqueiros e belas jangadas, a "Terra do Sol", carinhosamente antonomásia, é um belo destino para quem procura diversão, descanso e muita beleza natural (FORTALEZA, 2005a).

O clima equatorial e intertropical é outro fato que credencia a cidade de Fortaleza ao turismo, além de apresentar grande diversidade de atrações culturais, festivas, folclóricas e teatrais. A Cidade do ponto de vista administrativo está divididas em seis regiões denominadas secretarias executivas regionais (SER), sendo que estas regionais se responsabilizam pela execução administrativa de sua área geográfica.

Em cada SER existe um distrito de saúde, segmento da Secretária de Saúde, que executa as atividades de gerenciamento, planejamento e execução das ações da saúde naquela área. Este distrito de saúde conta com um gestor (coordenador do Distrito Saúde) e de vários outros coordenadores de células regionais (Atenção Básica, Epidemiologia, Sanitária).

O Município encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS), pela da Portaria nº1452/GM, de 13 de agosto de 2002, e é sede da Macrorregião Estadual de Saúde, sendo referência para diversos municípios da região metropolitana e do restante do estado.

O sistema de saúde de Fortaleza é composto por 422 unidades, sendo 206 (48,81%) clínicas especializadas, 85 (20,14%) unidades básicas de saúde e 39 (9,24%) hospitais especializados, sendo que, destes últimos, sete são especializados em tratamentos psiquiátricos. A saúde mental ainda conta com oito CAPS e nove unidades de assistência

ambulatorial. Caracteriza, desta forma, a assistência hospitalocêntrica desempenhada pela saúde mental de Fortaleza. Em média são realizadas 550 internações psiquiátricas por mês em Fortaleza, conconrrendo para confirmar a centralização do tratamento psiquiátrico dentro das unidades hospitalares (FORTALEZA, 2004; BRASIL, 2006b).

Os primeiros registros da mudança na forma de assistência psiquiátrica na Capital datam do ano 1993, com a criação de uma Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, ficando adormecida até o ano de 2000, quando, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Prefeitura criou o primeiro CAPS de Fortaleza, que iniciou seu funcionamento na Secretária Executiva Regional III (SER III).

No ano seguinte, foi criado o CAPS da SER IV, em parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE). A expansão da reforma psiquiátrica da Capital cearense se finaliza com a inauguração do CAPS da SER VI, que formalizou convênio com a UNIFOR (SAMPAIO; BARROSO, 2000, p. 170).

No inicio do ano de 2005, o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu a Prefeitura de Fortaleza, pela segunda vez, com um projeto de reformulação de toda a Administração pública. Na saúde, integrando o grupo dos gestores, encontram-se diversos militantes do processo de reforma psiquiátrica no Estado do Ceará.

Este grupo assume a gestão municipal de saúde com um discurso de renovação da assistência psiquiátrica na Capital, trazendo para as rodas de debate os seguintes princípios:

> 1- Implementação de uma política de promoção e direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população e seguindo o ideário da reforma psiquiátrica; 2 – Conceba um campo de ao em saúde mental de forma ampla e estimulante; 3- Promoção da integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; 4- Promova cuidados de saúde mental a nível comunitário; 5- Favoreça a universalidade de acesso aos serviços de saúde em geral que se fizerem necessários às pessoas em sofrimento mental; 6- Incentiva constantemente a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de Saúde mental (FORTALEZA, 2005b).

Passados dois anos da gestão, encontram-se gestores socialmente sensíveis, com um pacto de governabilidade que busca proporcionar transformações profundas nas práticas de governar.

Para uma discriminação mais fina das ações desenvolvidas pelo novo Governo municipal de Fortaleza (2005b), convém inventariar as ações desenvolvidas:

1 implantação de mais 13 novos CAPS;

2 realização de seminário de integração “A saúde mental no SUS”; e

3 integração dos profissionais das equipes de saúde mental em cursos de capacitação na área.

Com estas ações, o Governo municipal busca implantar uma política de saúde mental integrada ao sistema de saúde, estabelecendo níveis e interfaces e buscando promover a saúde, a prevenção de agravos e doenças, tratando e sociabilizando, com os menores custos econômicos. Para isso, tem na comunidade um parceiro, precisando estimulá-la e envolvê-la nesse trabalho, num esforço conjunto, possibilitando ao portador de sofrimento mental o recobro de status de cidadão (SILVA, 2000).

O mais importante é saber que a Coordenação atual do Município se encontra afinada à política nacional de saúde mental, que trabalha na redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, na garantia da assistência aos pacientes egressos dos hospitais, na criação e sustentação de rede extra-hospitalar e na defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e pessoas de sua família (FORTALEZA, 2007).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A Epidemiologia é o eixo estrutural da saúde pública. Desde muito tempo, situa-se como a disciplina identificadora das questões e problemas inerentes aos sujeitos sociais, buscando identificar e determinar a proporção destes eventos junto à população e, a partir de então, aplicar medidas de controle e contenção do problema (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A Epidemiologia é utilizada para traçar um perfil generalista de determinada situação, não sendo seu objetivo o estudo minucioso, como na clínica, e sim a descrição da doença em determinada estrutura social. Para isso, a disciplina embasa-se em duas categorias fundamentais: a descritiva, que procura descrever como um evento de saúde se caracteriza quanto ao tempo, lugar e indivíduos; e a Epidemiologia analítica, que caracteriza eventos de saúde em termos de modo de transmissão, fatores de exposição, desenvolvimento e o avanço do evento (ALVES, 2005).

A saúde pública utiliza-se bastante da capacidade descritiva proporcionada pela Epidemiologia e subsidia os gestores, técnicos e a própria comunidade no estabelecimento de mudanças em seu perfil epidemiológico, buscando implementar o conceito preconizado por Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 17), que definem a Epidemiologia como o ramo cientifico que

> (...) estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

O estudo de saúde-doença na população brasileira é objeto de uma modificação significativa com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei n 8.080, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado, desencadeando com isso, uma reforma nos diversos setores, requerendo a incorporação de mecanismos capazes de analisar e, sobretudo, monitorar os impactos proporcionados pelas mudanças trazidas pelo SUS (BRASIL, 2006a).

É neste contexto de uma assistência eqüitativa à população brasileira, que a Epidemiologia se implementa como norteadora dos profissionais de saúde pública, entre

eles, o enfermeiro, na elaboração de processos avaliativos do perfil epidemiológico apresentado pelas populações brasileiras, procurando explicitar os determinantes sociais do processo saúde-doença que acometem as comunidades brasileiras.

A nova Política de Saúde Pública Brasileira situa os enfermeiros como agentes transformadores do contexto social, convocando-os a se apoderarem das possibilidades disponíveis de intervir nas condições sanitárias, porém, para isso, eles têm que se apoderar da Epidemiologia como uma das ferramentas importantes para sua prática profissional, colaborando no traçado do perfil epidemiológico pretendido pelos movimentos sociais brasileiros.

Imbuído em continuar implementando o pensamento de Florence, que divisou a enfermagem com vista à manutenção de condições ótimas para a recuperação e a restauração da saúde dos indivíduos, e sabendo que a melhor forma para se alcançar estes objetivos é pelo conhecimento do que ocorre com as populações, lança-se mão dos estudos epidemiológicos para desejar as feições epidemiológicas dos usuários dos CAPS (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Como método norteador para este perfil, empregarei a Epidemiologia Descritiva, que, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 84):

> ... estuda a distribuição de freqüência das doenças e dos agravos à saúde coletiva..., possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vista ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença e promoção da saúde[...]

Dentre os diversos tipos de estudos epidemiológicos, optei por trabalhar com o estudo de corte transversal ou seccional. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), este tipo de estudo produz uma descrição “instantânea” da situação de saúde de uma população ou comunidade e é de grande utilidade no diagnóstico comunitário da situação local de saúde, além de utilizar amostras representativas da população, em decorrência das obvias dificuldade de inclusão da população em sua totalidade. Os autores também sugerem a aplicação da Teoria Estatística na leitura da amostra representativa, que se submeterá à aplicação do instrumento de pesquisa.

A escolha deste desenho de pesquisa ocorreu por ser considerado o mais empregado na prática de investigação no campo da saúde pública e por proporcionar a possibilidade de trabalhar com registro de grupos específicos de populações especiais.

O estudo se desenvolveu em três CAPS da cidade de Fortaleza. Utilizei como critério para a escolha destas unidades o fato de estarem em funcionamento há, pelo menos, um ano, pois creio que seja o prazo suficiente para, a estruturação e funcionamento, com certa qualidade, deste serviço.

A escolha do Município de Fortaleza para a realização do estudo decorreu do fato de ali eu residir e trabalhar, viabilizando, assim, um acesso fácil às unidades onde se desenvolveram as pesquisas. Outra razão importante para essa escolha foi a de eu haver trabalhado em um dos centros pesquisado, o que contribuiu bastante na estruturação do meu problema de pesquisa.

As unidades contempladas pelo critério de escolha encontram-se em funcionamento nas Secretárias Executivas Regionais (SER) III, IV e VI e foram estruturadas nos anos de 2000 e 2001.

O CAPS localizado na SER III abrange 15 bairros, onde reside uma população estimada de 372.999 hab. Este mantém uma parceria com a UFC, permitindo que se torne um ambiente de capacitação científico-profissional. O CAPS da SER IV abrange uma população estimada de 278.168 hab., distribuída por 16 bairros e tem convênio com a UECE para desenvolvimento de atividade práticas do Curso de Graduação em Enfermagem. A SER VI conta com um CAPS que se responsabiliza por desenvolver atividades nos 26 bairros da Secretaria Regional, onde reside uma população de 483.777 hab. e disponibiliza suas estruturas para capacitações de estudantes dos cursos de saúde da UFC e UNIFOR (FORTALEZA, 2005b).

Estas unidades são estruturadas em casas residenciais que passaram por adequações e, em sua maioria, não apresentam uma estrutura física adequada, como também exibem dificuldades de ordem logística, como: equipamentos sucateados, carência de recursos humanos e falta de recursos financeiros à implementação de atividades terapêuticas. Todos estes fatos resultam em um funcionamento precário, necessitando de uma reestruturação completa da rede de novos serviços em saúde mental de Fortaleza.

Para a estruturação do universo da pesquisa, contei com a cooperação de um estatístico, que utilizou a variável transtorno mental, a qual apresenta para este estudo a prevalência de 50% nos usuários dos CAPS, haja vista que esse valor implica um tamanho

máximo de amostra, para um erro amostral fixado a priori. Utilizo a fórmula a seguir, para populações infinitamente grande, tendo a equação:

$$n = \frac{t^2_{5\%} \text{ x } P \text{ x } Q}{e^2}$$

Onde:

- N – é o tamanho da amostra (n= 385);
- T – é o valor da distribuição T de Student ($T_{5\%}$ = 1,96);
- P – é a prevalência de Transtornos Mentais em usuários dos CAPS (P= 50%);
- Q – 100% - P = 50%;
- E – é o erro amostral “absoluto” (e= 5%);

Aplicando-se a fórmula, tem-se um de n = 385. A amostra foi estratificada por unidade de estudo, sendo considerado o número de prontuários existente nos CAPS, dados coletados previamente, como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 1 - Distribuição dos prontuários e amostra segundo os CAPS III, IV e VI.

CAPS	Nº DE PRONTUÁRIOS	Nº AMOSTRAL
CAPS III	7.562	180
CAPS IV	5.422	129
CAPS VI	3.175	76
TOTAL	**16.159**	**385**

A coleta de dados aconteceu seguindo a amostragem do tipo sistemática, tendo sido os prontuários escolhidos de 39 em 39, isso para os três CAPS, ressaltando que, para manter a aleatoriedade, realizei sorteio entre os primeiros 39 e daí, então, segui o somatório de 39, resultando no sistema citado há pouco.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e junho de 2006, sendo por mim próprio realizada a recolha, seguindo um calendário de datas e horários predefinidos com as coordenações das unidades.

Utilizei um instrumento predefinido (Apêndice A), que se encontra dividido em sete seções: dados de identificação e sociodemográficos, antecedentes pessoais, familiares e patológicos, sintomatologia, tipos de atividades terapêuticas e evolução clínica. Foi aplicado um piloto do instrumento, com o objetivo de identificar problemas em sua aplicação, como também proporcionar uma adequação à realidade a ser estudada.

A opção por utilizar o questionário ocorreu por considerá-lo um instrumento capaz de reunir dados de conhecimento, crenças, patologias, relacionamentos e sentimentos individuais (LOBIONDO-WOOD; HABER, 1994).

Com a utilização dos dados coletados com os questionários, realizei uma tabulação por intermédio do programa estatístico SPSS, versão 13.0, onde estabelecemos um cruzamento entre as variáveis, por meio de tabelas, quadros e gráficos. Ficou acordado entre mim e o estatístico que a variável não preenchida não constará na análise, pois representam valores muito elevados, prejudicando, assim, as análises. Considerações sobre esta variável foram feitas nas conclusões deste estudo.

Após a estruturação destes recursos, analisei os resultados, comparando-os com dados e estatísticas recentes, sejam oficiais (BRASIL, 2005c, DATASUS, 2007) ou resultantes de estudos científicos.

O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética da UFC, sendo avaliado na conformidade da norma contida na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

O estudo respeitou os três princípios éticos fundamentais da pesquisa: o da beneficência, que defende a máxima acima de tudo, não causar dano; o princípio de respeito à dignidade humana, que inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa; e o princípio da justiça, que inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade (POLIT; HUNGLER, 2004).

Foram encaminhadas ao Secretário Municipal de Saúde e a Coordenação de Saúde Mental do Município um termo de permissão para realizar a pesquisa nos centro psicossociais de Fortaleza (Apêndice B), e aos três coordenadores dos CAPS um termo de solicitação de acesso aos prontuários (Apêndice C). Constou no termo o compromisso de minha parte, garantir sigilo e confidencialidade com relação às informações a que tive acesso nos prontuários. Bem assim, foi expresso o pacto de que todos os dados serão

utilizados para a implementação de benefícios junto à sociedade pesquisada, procurando tornar os responsáveis pelo gerenciamento das políticas públicas de saúde desta área conhecedores dos resultados obtidos a partir dos dados coletados. Pretendo com isso contribuir para a melhoria da assistência prestada a saúde mental de Fortaleza.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil socioeconômico dos usuários dos CAPS de Fortaleza

O estudo foi realizado em três CAPS de Fortaleza, sendo analisados 385 prontuários de pacientes em acompanhamento nestas unidades, entre os anos de 2000 a 2006. A distribuição ocorreu de forma aleatória e ficou assim distribuída: o CAPS da Secretaria Executiva Regional (SER) III teve 182 prontuários avaliados (47,2%); o da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, 124 prontuários (32,2%); finalizando com o CAPS da Secretaria Executiva Regional (SER) VI, com 79 prontuários (20,5%).

Objetivando trabalhar a informação mais fidedigna que conseguisse, optei por tabular e analisar apenas os dados válidos que forem conseguidos pelo estudo. Dentre estes dados, encontrei a distribuição por gênero, que apresentou 229 (60,1%) pacientes do gênero feminino e 152 (39,9%) do masculino.

Tabela 1: Distribuição em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados nos CAPS, por sexo. Fortaleza-CE, 2006.

SEXO	Nº	%
Masculino	152	39,9
Feminino	229	60,1
TOTAL	**381**	**100**

A divisão de gênero, não só dentro dos transtornos mentais, mas, também no âmbito da própria sociedade, é determinante para a descrição das diferenças sociais apresentadas por homens e mulheres. Ambos os gêneros são educados para ter expectativas diversas com relação à vida e desenvolver emoções e o intelecto de formas distintas, além de apresentarem, na vida diária, diferentes normas de vestuário e de comportamento. Estas normas culturais adquiridas na primeira infância ditarão ao indivíduo as formas como ele deve perceber, pensar, sentir e agir como masculino ou feminino na sociedade em que se encontra inserido (HELMAN, 2003).

As normas culturais definidas pelas sociedades traçam limites aos gêneros masculino e feminino, principalmente nas formas de comportamento que estes gêneros

devam apresentar. A caracterização do gênero mascul

As mulheres apresentam por toda sua vida uma hierarquia fisiológica (menarca, menstruação, desvirginamento, gravidez, parto, puerpério, menopausa) susceptível ao desenvolvimento de conflitos psíquicos. É importante fazer referência a uma fase da vida feminina caracterizada pela falência ovariana, resultando na queda dos níveis de estrogênio e progesterona, definida como menopausa, trazendo alterações e repercussão em todos os aspectos da vida da mulher. Neste período a mulher apresenta alterações físicas (cefaléia, sudorese, calafrios, tonturas, entre outros) e psicológicas (depressão, crise de identidade, medo, irritabilidade) tão acentuadas que as levam ao serviço de saúde e a acompanhamento em serviços especializados de saúde mental, tal como o CAPS (CEARÁ, 1998).

O gênero masculino foi mais representativo na faixa etária de 30 a 39 anos 41 (27,0%). Geralmente, nesta faixa os homens estão inseridos no mercado de trabalho, o que é um determinante importante na identificação de possíveis transtornos ocorridos com este grupo, resultando no encaminhamento ao serviço de saúde.

Não há uma definição, por parte do Ministério da Saúde (MS), de faixa etária ou média de idade dos pacientes que devam freqüentar as unidades de CAPS. Normalmente, esta definição cabe a classificação de cada serviço. Porém, o Ministério da Saúde classifica os CAPS quanto à especificidade de demanda, o que resulta em cinco grandes áreas de atuação, assim distribuídos: CAPS I e II são responsáveis pelo atendimento diários a adultos, nos turnos da manhã e tarde, de 2ª a 6ª feira; o CAPS do tipo III destina-se ao mesmo público assistido pelos anterioriores, tendo a especificidade de prestar assistência nos três turnos, durante os sete dias da semana. Com um caráter mais específico de público e serviço, há os CAPSi e os CAPSad, com assistência voltada à crianças e a adolescente e aos usuários de álcool e outras droga, respectivamente (BRASIL, 2004).

É interessante ressaltar que o Município de Fortaleza conta atualmente com uma rede de serviços mental que compreende 14 CAPS, distribuídos nas seis regiões administrativas, da seguinte forma: seis CAPS gerais (tipo I e II), seis CAPSad e dois CAPSi (FORTALEZA, 2007).

Quanto à cor da pele, encontramos uma predominância da cor branca 59,8% (125), seguida de 27,8% (58) da cor parda e de 9,6% (20) de cor preta. Estudos comprovam que existem diferenças significativas na prevalência dos transtornos mentais entre os tipos de raça. Exemplo disso são os registros feitos por Stuart e Laraia (2001),

demonstrando que os tipos mais graves de psicopatologia tendem a ser diagnosticados em pacientes negros.

Tabela 4 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, da cor apresentada pelos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

COR	Nº	%
Branca	125	59,8
Preta	20	9,6
Amarela	6	2,9
Parda	58	27,8
TOTAL	**209**	**100**

Com relação ao estado civil, 42,7% (144) eram solteiros, 37,1% (125) casados, 9,2% (31) separados, 5,9% (20) viúvos e 1,8% - dezessete sujeitos da pesquisa - encontram-se em união consensual.

Sampaio (1993) considera os solteiros, os viúvos e os separados como os mais suscetíveis de apresentarem algum tipo de transtorno mental. Para o autor, a estabilidade no amor e no desejo, a satisfação emocional de ser pai ou mãe e a sensação de responsabilidade por um microgrupo são encaradas como possíveis razões para um menor índice de doenças mentais entre casados.

Tabela 5 - Distribuição, em valores absolutos e relativos, da situação conjugal dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

SITUAÇÃO CONJUGAL	Nº	%
Solteiro	144	42,7
Casado	125	37,1
Viúvo	20	5,9
Separado	31	9,2
União Consensual	17	1,8
Outros	11	3,3
TOTAL	**337**	**100**

Mesmo considerando-se as condições referidas anteriormente, não posso deixar de levar em conta o fato de que existem pessoas emocionalmente frágeis e que se tornam

vulneráveis quando não consegue desenvolver um casamento estável, um convívio sociável e desencadeiam fatores de riscos ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Ao se fragmentar, porém, por patologias percebe-se que a situação conjugal influenciará bastante no desenvolvimento de certas manifestações. Exemplo disso é o trabalho realizado por Lima (1999), que analisa a depressão e constata que esta tende a ocorrer mais entre pessoas divorciadas ou separadas do que entre solteiros e casados. Viuvez recente está associada à alta ocorrência de depressão.

Com base na Tabela 6, observei que o grupo pesquisado apresentou nível de escolaridade variado, com maior predominância até o 1º grau incompleto (56,4%). Nos outros níveis a distribuição foi a seguinte: 16,9% (58) com o 2º grau completo; 14% (48) com o 1º grau completo; 7,8% com 2º grau incompleto; 2,6% com 3º grau incompleto e 2,3% de 3º grau completo. Estes dados refletem os baixos níveis de escolaridade do País, onde 16 milhões de brasileiros são analfabetos, segundo o estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP (BRASIL, 2007).

Merece destaque, ainda, o fato de que, mesmo que mais da metade dos pesquisados sejam analfabetos ou com pouco nível de escolaridade, encontrei parte do grupo com nível médio e superior, completo ou não. O fato de terem tido acesso à educação formal, pode torná-los mais aptos para inserção no mercado de trabalho e favorecer o acesso a informações e possibilidades de tratamentos, abrindo perspectivas, muitas vezes, negada ao grupo de menor nível educacional.

Tabela 6 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, da escolaridade dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

ESCOLARIDADE	Nº	%
Analfabeto	43	12,5
1º Grau incompleto	151	43,9
1º Grau completo	48	14,0
2º Grau incompleto	27	7,8
2º Grau completo	58	16,9
3º Grau incompleto	9	2,6
3º Grau completo	8	2,3
TOTAL	**344**	**100,0**

Ao analisar os índices de analfabetismo registrado pelo estudo citado acima, deparo-me com Estado do Ceará ocupando a 3ª colocação do grupo dos cinco estados

(Bahia, São Paulo, Ceará, Minas Gerais e Pernambuco) com os maiores índices de analfabetismo do Brasil. Soma-se a estes índices o fato de que esta população (pacientes com transtornos mentais) sofre descriminações severas quanto ao seu estado mental, inviabilizando ou impedindo assim, o seu acesso às cadeiras escolares (BRASIL, 2007).

Stuart e Laraia (2001, p. 156) confirmam que "*as pessoas com nível educacional inferior à oitava série tem escores mais altos para demência que os sujeitos com segundo grau ou mais...*", comprovando, com isso, que quanto mais baixo o nível educacional do individuo maior a possibilidade de ele desenvolver transtorno mental.

Vale ressaltar que apenas 4,9% (17) apresentaram-se com 3º grau, seja completo ou incompleto. Geralmente, estes pacientes encontram-se sendo assistidos por serviços particulares, por apresentarem melhor condição financeira, resultante de sua qualificação educacional.

Experiência vivida como profissional de uma destas unidades estudada, mostrou-me que esta população tende a migrar aos CAPS após um período da instalação do transtorno mental, pois gasta com inúmeras formas de tratamento sem obter êxito. Esta migração tende a apresentar algumas particularidades. Às vezes são levados pelos relatos de outros tratamentos bem sucedidos, pelo encaminhamento do médico que acompanha na busca de interação grupal e, sem dúvida, a maioria levada pela necessidade de uma assistência gratuita que reduza os gastos orçamentais com o tratamento.

É sabido que o grau de instrução exerce forte influência sobre a capacidade de uma pessoa interagir socialmente. Além do mais, pacientes com melhor escolaridade tendem a exibir um conhecimento mais aprofundado de seus direitos.

O conhecimento da escolaridade dos pacientes atendidos nos CAPS é de suma importância, principalmente para o profissional de Enfermagem, que necessita estar orientado e preparado a prestar a assistência aos mais diversos grupos da população. Além do mais, a escolaridade influencia bastante na situação socioeconômica de um indivíduo, condição esta que desempenha um papel importante na determinação do processo saúde-doença da população.

A Tabela 7 apresenta a distribuição da renda familiar dos usuários, indicando que a maioria (53,1%) ganha até um salário mínimo (R$ 350,00) ou até quatro salários (85,1%). Poucos são os que recebem mais de quatro salários (7%), destacando-se aqueles que são considerados sem renda (7,8%).

Tabela 7: Distribuição, em valores absolutos e relativos, da renda familiar dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

RENDA	Nº	%
Menos de 1 Salário	38	15,6
1 Salário	91	37,5
2 a 4 Salários	78	32,1
5 a 7 Salários	15	6,2
8 a 10 Salários	1	0,4
Mais de 10 Salários	1	0,4
Sem Renda	19	7,8
TOTAL	**243**	**100,0**

Relacionando a renda familiar com a situação psiquiátrica Stuart e Laraia (2001, p. 157), descrevem que

> ... os efeitos negativos da pobreza sobre a saúde mental são sérios, independentemente de idade, etnia ou gênero, como comprovam muitos levantamentos comunitários que descrevem uma relação entre baixa situação socioeconômica e nível aumentado de sintomas psiquiátricos [...] Alguns pesquisadores acreditam que a diferença no risco pa

Tabela 8 - Distribuição, em valores absolutos e relativos, dos usuários acompanhados nos CAPS quanto à escolaridade e à renda. Fortaleza-CE, 2006.

	RENDA

Tabela 9 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, da situação de moradia dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

TIPO DE MORADIA	Nº	%
Casa	302	92,6
Apartamento	20	6,2
Pensão	1	0,3
Albergue	1	0,3
Outro	2	0,6
TOTAL	**326**	**100**
SITUAÇÃO DA MORADIA	**Nº**	**%**
Própria	213	73,2
Alugada	54	18,6
Cedida	22	7,6
Outros	2	0,7
TOTAL	**291**	**100,0**
TIPO CONSTRUÇÃO DA MORADIA	**Nº**	**%**
Alvenaria	61	96,8
Outro	2	3,2
TOTAL	**63**	**100,0**
Nº DE CÔMODOS	**Nº**	**%**
1 a 3	53	23,0
4 a 7	129	56,1
8 a 20	48	20,9
TOTAL	**230**	**100,0**
Nº DE MORADORES	**Nº**	**%**
01	11	4,2
02	21	8,0
03	57	21,6
04	56	21,2
05	53	20,1
06	33	12,5
07	33	12,5
TOTAL	**264**	**100**

Todo ser humano tem o direito à habitação digna, no entanto, este direito é constantemente violado. As Nações Unidas estimam que mais de cem milhões não possuem moradia (SILVA, 1989**).**

A problemática habitacional produz uma desorganização política geográfica nas cidades, produzindo a proliferação de favelas e subúrbios que, geralmente, surgem de forma desorganizada e sem condições básicas e de infra-estrutura necessária para se ter

uma vida digna e saudável. Locais com esta estruturação findas por refletir este processo de marginalização e exclusão em condições insalubre de existência, transformando-se em de tensões sociais desencadeadoras de violência, adoecimento físico e psíquico.

A Tabela 10 apresenta a distribuição da religião entre os pesquisados, mostrando a predominância do catolicismo, mesmo que já se perceba o crescimento das religiões evangélicas, conforme descrito abaixo.

Tabela 10: Distribuição, em valores absolutos e relativos, do tipo de religião seguido pelos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

RELIGIÃO	Nº	%
Católica	212	71,9
Evangélica	64	21,7
Espírita	3	1,0
Islâmica	1	0,3
Testemunhos de Jeová	4	1,4
Universal do Reino de Deus	3	1,0
Outra Religião	7	2,4
Catolica/ Evangélica	1	0,3
TOTAL	**295**	**100,0**

A religião católica teve 71,9% (212) dos pacientes como praticantes (Tabela 10), confirmando o predomínio desta religião no Brasil, que chega a ser praticada por 73,6% da população (BRASIL, 2006c). Mesmo com um considerável crescimento apresentado no último censo realizado no Brasil, os evangélicos estão longe de alcançar os católicos, pois representaram 21,7%; a terceira religião mais citada é a congregação das Testemunhas de Jeová, com 1,4% (4), seguida pelo espiritismo e a Igreja Universal do Reino de Deus, com 1% cada qual.

Para Baltazar (2003) as crenças religiosas são estratégias socioculturais utilizadas pelos pacientes na tentativa de lidar satisfatoriamente com sua doença e com outras adversidades de suas vidas.

A religiosidade é motivo de estudos entre os pesquisadores, que buscam comprovar os benefícios da prática religiosa e os benefícios da saúde individual, como demonstrado abaixo.

> Estudos realizados por pesquisadores americanos provam que sujeitos que se envolvem com a vida e atividades religiosas, com freqüência a cultos, orações e leitura de textos religiosos, e se consideram "pessoas mais religiosas" apresentam maior bem estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias, ideação e comportamentos suicidas (DALGALARRONDO, 2006, p. 177).

Estes estudos demonstram como são marcantes e profundas a vida religiosa e a relação com a saúde. Quando os problemas de saúde são relacionados aos transtornos mentais, a religiosidade afere importância fundamental para alguns pacientes, que buscam na religião muitas vezes a forma de curar seus transtornos.

É importante ressaltar a interação profissional com este tipo de crença religiosa, sendo fundamental - principalmente por parte do profissional enfermeiro, que, na maioria, é o responsável pela recepção dos pacientes nestes ambientes - compreender esta busca sem tomar por base o seu modelo individual e sim interagir com a crença exposta pelo paciente, buscando constituir o melhor plano terapêutico possível, conciliando-o à religiosidade do demandante do cuidado.

A Tabela 11 mostra a relação entre trabalho e o tipo de ocupação. Observa-se que a maioria dos participantes do estudo encontrava-se sem atividade laboral formal (55,3%); os que trabalham (44,7%) estando distribuídos em vários tipos de ocupação, encontrando-se 15,7% classificados como aposentados ou pensionistas, 9,4% como desempregados e 35,2% várias atividades autônomas. O trabalho é considerado como um meio de preservação e manutenção da própria vida, tornando-se caminho de subsistência e satisfação pessoal e familiar, além de proporcionar a realização de sonhos materiais.

Tabela 11 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, dos usuários acompanhados nos CAPS relativamente a quem trabalha e que ocupação tem. Fortaleza-CE, 2006.

TRABALHA	Nº	%
SIM	138	44,7
NÃO	171	55,3
TOTAL	**309**	**100**
OCUPAÇÕES	**Nº**	**%**
Dona de casa	37	13,9
Aposentado/pensionista	41	15,4
Agricultor	3	1,1
Serviços gerais	10	3,7
Comerciante	7	2,6

Costureira	18	6,7
Cozinheiro/doméstica	21	7,9
Desempregado	25	9,4
Professor/ instrutor	11	4,1
Outra profissão	94	35,2
TOTAL	**267**	**100,0**

Camargo e Bueno (2003) consideram o prazer do trabalho essencial no estabelecimento das relações sociais que contribuem para a promoção da saúde individual e familiar, além de serem os ambientes laborais, ótimos locais para a ampliação dos vínculos de amizade e companheirismo.

As ocupações que obtiveram os maiores registros foram: a aposentadoria com 15,4% (41) de registro, seguida pelas donas de casa, com 13,9% (37), e os desempregados 9,4% (25). Estas ocupações caracterizam-se, muitas vezes, pela imposição a que estão ligadas, sendo ocupações que não permitem escolhas. Esta condição tende a ocasionar descontentamento e desilusões com a vida que vivem, seja pela inatividade, no caso dos aposentados e desempregados, ou pelo sentimento de inutilidade e falta de reconhecimento pelo que fazem, no caso das donas de casa.

Com relação às ocupações com fins profissionais, há: cozinheiras/domésticas com 7,9% (21) de registro; as costureiras, com 6,7% (18), seguidas pelos professores/instrutores, com 4,1% (11) e pelos serviços gerais, com 3,7% (10). Esta descrição, vista anteriormente, corrobora a afirmação feita no momento da associação entre escolaridade e renda no sentido de que baixos níveis escolares levam a atividades com baixos níveis salariais. Entre as quatro ocupações profissionais de mais registros, três são consideradas profissões que não requerem escolaridade elevada.

Os dados encontrados, porém, são favoráveis, pois demonstram que, de alguma forma, os portadores de transtornos mentais estão inseridos em alguma ocupação profissional, o que lhes permite demonstrar a capacidade que têm, além de contribuir na ressocialização preconizada pela reforma psiquiátrica.

A inserção destes pacientes no campo de trabalho deve ocorrer de modo a oferecer-lhes serviços de qualidade, fazendo com que as atividades ofertadas apresentem relevância social e atendam ao interesse deste público. Os portadores de transtornos mentais são e podem se tornar produtivos e valorizados, levando a ganhos de ambas as partes: trabalhador e empresa.

Tabela 12: Distribuição, em valores absolutos e relativos, das origens de encaminhamentos apresentados pelos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO AO CAPS	Nº	%
Alta hospitalar	94	26,5
PSF/UBS	31	8,7
Outro CAPS	4	1,1
Outros	142	40,0
Sem informação	84	23,7
TOTAL	**355**	**100,0**

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), que torna a acessibilidade aos serviços de saúde universal, o critério de entrada no serviço deveria ter se tornado sem efeito, porém, a busca pela estruturação de uma rede de serviços de saúde que aborde níveis de complexidade de atenção à saúde faz com que se busque implementar uma porta de entrada nos sistemas locais de saúde (SILOS).

No SUS, a atenção primária, representada pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), constitui esta porta de entrada. Para Takeda (2004), um serviço é porta de entrada, quando é identificado pela população e pela equipe como primeiro recurso de saúde a ser buscado. Para isso, é necessário apresentar um bom acesso geográfico e ter um bom acesso sócio-organizacional. Este último é compreendido pela disponibilidade da unidade de saúde, facilidade de acesso, tempo médio de espera, ausência das dificuldades de acomodações, aceitabilidade, disponibilidade de horários extras para consultas, entre outros (TAKEDA, 2004).

O CAPS é um dos primeiros serviços da rede de assistência em saúde mental de um município; constituindo-se, pelo menos teoricamente, como porta de entrada deste serviço para os usuários que dele necessitem. É o que aparentemente ocorre nos CAPS de Fortaleza, pois a categoria considerada outras formas de origem do encaminhamento teve a maior incidência registrada, com 40,0% (142), sendo que este tipo de encaminhamento se caracteriza pelas demandas espontâneas, os encaminhamentos de consultórios particulares e as referências feitas por outras pessoas.

Foi registrado, no entanto, um predomínio de encaminhamentos oriundos do hospital (26,5%), indicando, com isso, que este ainda continua tendo grande força na

assistência prestada às pessoas em sofrimento mental. Esta condição indica, também, que essa instituição de internamento já começa a fazer parte da rede de atenção, utilizando-se de outros dispositivos para dar continuidade à assistência desse usuário, reconhecendo a importância dos outros serviços.

A atenção básica, PSF e unidades básicas de saúde (UBS) foram responsáveis por 8,7% (31) dos encaminhados aos CAPS. Isso demonstra que as pessoas acometidas por sofrimento mental ainda tendem a buscar os serviços hospitalares, em vez dos serviços substitutivos. Em Fortaleza, é comum o componente familiar desses usuários direcionarem seus pacientes à rede hospitalar de Psiquiatria, por apresentar uma acessibilidade maior e uma estrutura emergencial melhor do que as unidades de CAPS.

Outro fato que se soma a essa característica é a solicitação, por parte da família, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para realizar o transporte da pessoa em crise. Este serviço tem por padronização conduzir esta pessoa para as urgências dos hospitais psiquiátricos, que, por sua vez, tendem a interná-lo, aproveitando, com isso, para caracterizar a importância do hospital na assistência dessa clientela.

5.2 Antecedentes pessoais dos usuários dos CAPS de Fortaleza

A definição dos fatores determinantes de uma crise de loucura apresenta-se como obstáculos de transposição difícil, por estes fatores ganharem, como a própria loucura, uma abrangência de importância de acordo com o contexto histórico e cultural em que se encontram inseridos. Um consenso, entretanto, se firma nas últimas décadas: o de que não há acontecimento único, puro e exclusivo que seja o determinante claro e direto dos transtornos mentais.

Stuart e Laraia (2001, p. 243) salientam que os: “transtornos mentais não parecem ter uma pré-condição única identificada e podem ter fatores causais múltiplos, interativos, situacionais e sociocultutrais”. As autoras fortalecem a idéia, vigente neste século, de que os transtornos mentais da atualidade resultam de uma conjuntura de fatores biopsicossociais. Adiciona-se a estes fatores atuais um quadro cultural, implantado pela globalização e pelos *mídia*, de competitividade e de consumismo nunca saciados, produzindo sentimentos de desamparo e inutilidade nos sujeitos sociais da

contemporaneidade. A junção dos fatores biopsicossociais ao consumismo e à competitividade constitui determinante para a produção dos transtornos mentais.

Lançando mão do que o prontuário me disponibilizava e consciente da dificuldade de delimitar a área de influência e o grau de abrangência desses fatores no desenrolar das fases da vida do ser humano, busquei caracterizar os antecedentes pessoais dos pacientes, visando a identificar qual a fase que mais conduz conflitos.

Vale ressaltar que, na pesquisa, as alterações encontradas na gestação ou no parto são relacionadas à gestação que originou a vida do usuário pesquisado.

O momento mais importante na vida da mulher é a geração de uma vida, porém as mudanças ocorridas no seu corpo, já nas primeiras semanas da gestação, como alterações hormonais e comportamentais, podem ser geradoras de muitas dificuldades, sendo necessária a estruturação de medidas preventivas e controladoras destes fatores.

Além dos fatores orgânicos, os fatores externos (alcoolismo do marido, agressões físicas, gravidez indesejada, separações matrimoniais) contribuem para o desenvolvimento de problemas psíquicos durante a gestação e o parto, seja na gestante ou na futura criança.

Entre os pesquisados (Tabela 13), detectei o fato de que 30,6% (78) apresentaram alterações durante a gestação e parto, indicando os dois fatores como geradores de conflitos no psiquismo feminino.

Falcone *et al.* (2005, p. 1) identificam a fase gravídico-puerperal como a de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho".

A intensidade destas alterações psicológicas dependerá de como a futura mãe enfrentará os comentários familiares, conjugais, sociais, culturais que lhe recepcionarão após o parto de seu bebê. No pós-parto, os olhares e elogios são direcionados para o novo ser chegado, retirando da mãe toda a atenção tida durante os nove meses de gestação; somam-se a isso tudo as alterações hormonais, corporais e psíquicas ocorridas.

Falcone *et al*. (2005, p. 1) referem que

> ... o prejuízos na saúde mental da gestante podem também alterar a relação mãe-feto e futuramente o desenvolvimento da criança, que inicialmente pode se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e futuramente provocar distúrbios afetivos na idade adulta.

Não só após o nascimento, mas também durante a própria gestação, o feto já se encontra sob o risco dos fatores que afetam o lado psíquico de sua mãe; para isso é fundamental que ocorra uma assistência pré-natal eficiente que inclua o cuidar da mulher grávida e considere as suas necessidades biopsicossociais e culturais.

Tabela 13 - Distribuição das alterações apresentadas pelos usuários acompanhados nos CAPS durante as várias fases da vida. Fortaleza-CE, 2006.

VARIÁVEIS	COM ALTERAÇÃO		SEM ALTERAÇÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestação	60	24,1	189	75,9	**249**	**100**
Parto	18	6,5	261	93,5	**279**	**100**
Desenvolvimento psicomotor	60	24,1	189	75,9	**249**	**100**
Infância	133	40,5	195	59,5	**328**	**100**
Adolescência	125	39,9	188	60,1	**313**	**100**
Escola	62	19,8	251	80,2	**313**	**100**
Sexualidade	42	14,7	243	85,3	**285**	**100**
Relacionamento no trabalho	16	8,1	182	91,9	**198**	**100**

Os problemas porque passa o bebê durante a gestação e o parto tendem a refletir nas fases futuras de sua vida, ocasionando alterações no desenvolvimento psicomotor, infantil e adolescente. Quando avaliadas estas fases, identifiquei 24,1% (60) dos pacientes com alterações em seu desenvolvimento psicomotor. As fases de infância e adolescência apresentam-se com incidências de alterações psíquicas mais elevadas, sendo de 40,5% (133) e 39,9% (125), respectivamente.

Para Halpern e Figueiras (2004, p. 2), "os transtornos na saúde mental na infância e na adolescência não só têm impacto imediato nas crianças e suas famílias, mas podem ser precursores de problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida".

As dificuldades vivenciadas pelas pessoas em fase de formação, como infância e adolescência (Tabela 13), influenciam na formação da sua personalidade, pois é nestas fases que se formam o conceito e o preceito que o ser humano carregará pelo resto de sua vida. Além do mais, esta fase contribuir bastante na formação das interações sociais.

As interações sociais são responsáveis por proporcionar momentos marcantes na vida dos indivíduos. É bem verdade que alguns se tornam momentos estressores e, às

vezes, geradores de conflitos (o primeiro dia de aula; a primeira relação sexual; o primeiro trabalho), precisando ser trabalhados, para que sejam minimizados seus efeitos nefastos na vida de cada um. Dependendo do modo como são vivenciados e encarados, os fatores estressantes podem se transformar em momentos de alegria, prazer e amadurecimento.

Para Spink (1993, p. 8), "... a função social exige uma análise mais microscópica das trocas sociais,... de tal forma que seja evidenciado o processo de negociação constitutivo das relações sociais." Esta descrição define bem a necessidade que o indivíduo tem de constantemente negociar a sua interação social com o seu eu, buscando estabelecer uma relação salutar entre indivíduo-sociedade, capaz de proporcionar um convívio harmonioso.

Nem sempre este convívio salutar, no entanto, é capaz e o sujeito imagina representações conflitantes que levam a alterações no convívio social. A tabela 13 mostra que entre os prontuários avaliados no estudo 19,8% (62) apresentaram-se com alterações com relação à interação social na escola; 14,7% (42) com alterações em sua sexualidade; e 8,1% (16) tiveram alterações relativas à socialização no trabalho.

A escola é considerada, muitas vezes, como mentora da vida dos indivíduos, estando presente em seu cotidiano como transformadora de sua realizada social, possibilitando libertar a pessoa de uma inércia cultural e torná-lo sujeito social capaz de fazer opções construtivas para sua vida.

Atualmente, os fatores mais estressantes no ambiente escolar são os momentos que antecedem as provas de vestibulares, a carga excessiva de aulas, pressão psicológica de pais e professores para o aluno estudar, a competitividade implementada entre os cursos, elevando a ansiedade dos jovens vestibulandos. Estas reações, caracterizadas por crises de ansiedade, tendem a apresentar sintomas físicos como a sudorese, distúrbios gástricos, taquicardia, entre outros.

Os geradores de ansiedade produzidos pela escola são alguns dos controladores sociais que o ser humano tem quer enfrentar durante sua vida. Outro mecanismo que se torna forte controlador social e disciplinador dos corpos e mentes do ser humano, a partir da disseminação dos valores morais da sociedade em que está inserido este indivíduo, é a sexualidade. Foucault (1998, p. 26) insere a sexualidade em um contexto social moralista e predefinindo, demonstrando a moral como "um conjunto de valores e regras de ação

proposta aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas e etc.".

A predefinição de valores e conceitos moralistas a ser seguida pelo indivíduo para expressar sua sexualidade, diante dos conceitos de sua civilização, implementa um instinto genital perturbador. Antigamente, as grandes perturbações sexuais se concentravam na fidelidade monogâmica, na virgindade e, em alguns casos, na castidade, bem diferente dos transtornos enfrentados atualmente, quando a maior angústia está em definir um padrão sexual que lhe satisfaça e não a sociedade.

Esta sexualidade definidora de conflitos é conceituada por Stuart e Laraia (2001, p. 601), "... como um ato de desejo por contato, carinho, ternura e amor, no entanto, muitas vezes é resumida simplesmente ao ato sexual". Independentemente da definição feita, o importante é procurar entender como esta é causadora de transtornos severos, como depressão, ansiedade, fobias e psicose.

Encerro a análise deste grupo de fatores relacionados aos antecedentes pessoais (Tabela 13), ressaltando que 8,1% (16) dos usuários apresentaram alterações no relacionamento no trabalho. Chama a atenção este fato, pois o trabalho deve ser encarado como um ambiente para ampliar os convívios sociais e estabelecer vínculos de amizade, atenção e afeto.

5.3 Antecedentes familiares e patológicos dos usuários dos CAPS de Fortaleza

A doença mental pode se manifestar em qualquer contexto socioeconômico e cultural, independentemente de raça, cor ou credo religioso. É verdade, porém, que se o indivíduo apresenta alguns fatores considerados predisponentes ou estressantes; esta escala de risco tende a aumentar. Um dos fatores que pode contribuir para aumentar a escala de risco é o registro de transtorno mental por parte de algum parente. Isso não quer dizer que, em toda família na qual houver um doente mental, os futuros frutos também apresentarão transtorno, mas esta condição tende a trazer grande dificuldade para o crescimento e desenvolvimento desses indivíduos.

O fato de os pais apresentarem algum transtorno mental aumenta o risco de o filho apresentar problemas emocionais. E este risco exacerba-se, consideravelmente, se é a mãe a afetada pela doença (STUART; LARAIA, 2001).

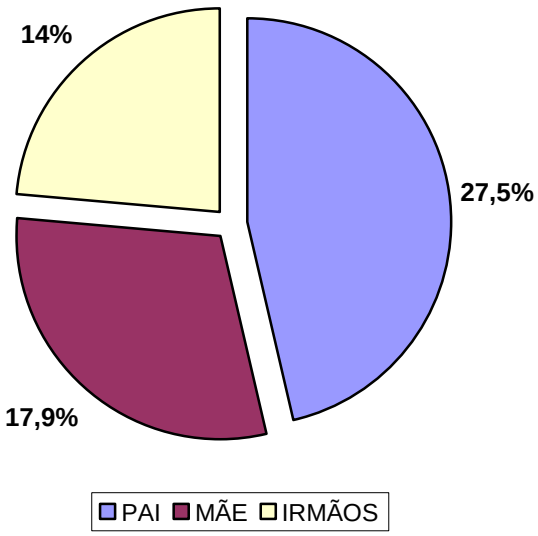

Gráfico 1 – Distribuição percentual das alterações psíquicas apresentadas pelos familiares dos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

Na minha pesquisa junto aos CAPS, foi possível detectar o fato que os pais dos indivíduos acompanhados apresentaram maior ocorrência de alterações psíquicas, registrando 27,5% (95). Considerando-se a condição do homem como provedor, segundo critérios socioculturais, o fato de os pais dos usuários pesquisados apresentarem maior incidência de alterações psíquicas pode ter produzido uma série de óbices, aumentando os estressores ambientais e relacionais aos qual a família está submetida.

As alterações registradas nas mães e irmãos foram de 17,9% (62) e 14% (47), respectivamente. É sabido que prejuízos na saúde mental da mãe podem também alterar a relação mãe-bebê e futuramente influenciar no desenvolvimento da criança. No caso dos irmãos, as principais influências decorrem do convívio diário, quando o meio estressor onde está inserido o irmão não portador tende a conduzi-lo a momentos de estresse que, muitas vezes, podem levar a um problema psíquico.

Observa-se, atualmente, que muitos trabalhos desenvolvidos em saúde mental não se preocupam apenas com a pessoa doente, mas, também, com toda a estrutura da sociedade na qual ele está inserido, incluindo-se neste contexto a família. É o meu caso, pois, quando me proponho a traçar o perfil dos usuários dos CAPS de Fortaleza, procuro abranger a situação social e familiar em que estes usuários se encontram e, a partir de então, contribuir para a formulação de políticas públicas viáveis ao atendimento destes portadores (WAIDMAN *et al*., 1999).

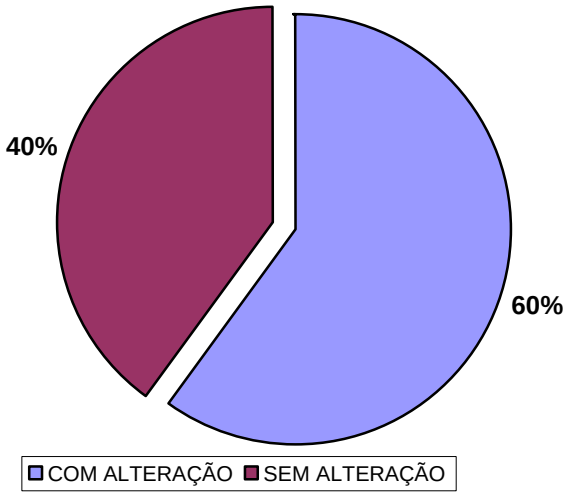

Gráfico 2 - Distribuição percentual do relacionamento entre os usuários acompanhados nos CAPS e seus familiares. Fortaleza-CE, 2006.

Os dados encontrados, porém, acerca do relacionamento do portador com sua família chamam a atenção, uma vez que 60,0% (197) dos usuários pesquisados apresentaram alterações a esse respeito. Isto me leva a supor que estes relacionamentos são conseqüência, entre outras coisas, do despreparo dos componentes familiares em lidar com o problema apresentado pelo seu ente querido. Infelizmente, as instituições cuidadoras destas pessoas pouco investem no relacionamento com a família, pois dificilmente são encontrados grupos, reuniões ou palestras com os familiares dos doentes mentais.

Waidman *et al*. (1999, p. 27) confirmam a dificuldade da família em lidar com essa situação, quando indicou que: “o preconceito com relação à doença; o rótulo de louco; o desprezo e o desrespeito ao doente mental por parte daqueles que o cercam, o tornam incapacitado para o trabalho e para assumir responsabilidades”.

É esta incapacitação, definida previamente por quem convive com a pessoa em sofrimento mental que prejudica a socialização e a reabilitação deste doente.

Para Humerez (1996, p. 220), o processo de socialização “é iniciado na família, o que o faz denominá-lo de socialização primária, colocando assim a família como uma estrutura social objetiva”.

Comungando com a afirmação de Humerez, é que considero a família como a base da ressocialização da pessoa em sofrimento mental. Para isso, os novos serviços de

atenção em saúde mental devem estruturar e implementar atividades, visando ao acolhimento, orientação e preparo para a capacitação do componente familiar para lidar com seu doente mental.

Tabela 14: Distribuição, em valores absolutos e relativos, dos antecedentes patológicos apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

T.C.E.	Nº	%
Com Alteração	46	15,3
Sem Alteração	255	84,7
TOTAL	**301**	**100,0**
CRISE CONVULSIVA	**Nº**	**%**
Com Alteração	60	19,5
Sem Alteração	248	80,5
TOTAL	**308**	**100,0**

Além dos fatores já citados, dois outros antecedentes patológicos foram analisados por considerá-los relevantes como possíveis desencadeadores de transtornos mentais, como são os traumatismos cranio-encefálicos (TCE) e as crises convulsivas. Os resultados encontrados na tabela 14 demonstraram que apenas 15,3% (46) apresentaram TCE, enquanto 19,5% (60) tinha ou demonstraram em certo momento da vida, algum problema de crises convulsivas.

Tabela 15: Distribuição, em valores absolutos e relativos, das hospitalizações clínicas e psíquicas a que se submeteram os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

HOSPITALIZAÇÃO CLÍNICA	Nº	%
Sim	166	53,9
Não	142	46,1
TOTAL	**308**	**100,0**
HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIATRICA	**Nº**	**%**
Sim	82	28,3
Não	208	71,7
TOTAL	**290**	**100,0**

Com o objetivo também de avaliar os antecedentes patológicos dos pacientes estudados, levantei a quantidade de vezes que eles estiveram hospitalizado, seja em

enfermarias clínicas ou psiquiátricas. Segundo registrado, 53,9%(166) tiveram internações em hospitais clínicos e 28,3% (82) em hospitais psiquiátricos.

As internações clínicas apresentadas acima, entretanto, ainda não representam a mudança proposta pela reforma psiquiátrica, na qual preconizam a redução dos leitos psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais clínicos. Com relação à hospitalização psiquiátrica, os dados encontrados não condizem com a realidade vivida e encontrada, aqui mesmo neste estudo, onde a segunda maior demanda de encaminhamento aos CAPS é de hospitais, com 26,5% (94) de usuários.

Isto me leva a crer que os números registrados são subestimados, não me permitindo traçar um panorama mais fidedigno sobre a hospitalização dos pacientes em tratamento nos CAPS de Fortaleza.

5.4 Sinais e sintomas apresentados pelos usuários dos CAPS de Fortaleza

A doença é provocada por uma disfunção no organismo do indivíduo, incapacitando-o para o exercício efetivo de seus papéis sociais, produzindo custos elevados à comunidade e originando um afastamento dele do convívio de seus entes queridos (SEDI, 1992).

Estudos demonstram uma tendência progressiva no adoecimento, principalmente no que se refere aos transtornos mentais, haja vista o fato de que, no ano 2000, cerca de 12% da população apresentava algum tipo de transtorno mental e comportamental. Estima-se que, em 2020, ocorrerá um crescimento desses transtornos para um índice de 15% (MEDEIROS, 2005).

São várias as causas que contribuem para o aumento exagerado neste tipo de patologia. Entre elas destaco algumas que fazem parte da sociedade atual, tais como a crise dos valores de referência, o hedonismo e o materialismo, para citar apenas alguns. A identificação e o tratamento primário dos sintomas resultantes destes conflitos podem contribuir para uma redução dos futuros índices de transtornos mentais.

Medeiros (2005, p. 98) reflete sobre o modelo de atenção em saúde mental viabilizado por meio da atenção básica, assinalando que:

> Nesse contexto reconhecemos que o cuidado com a saúde mental ainda é precário e que o modelo vigente ainda é totalmente biomédico onde a consulta médica e o medicamento são as ferramentas utilizadas para dar "resolutividade" aos casos que buscam tais serviços.

Concordo com a autora e reafirmo que o serviço de saúde mental deve ter como porta de acesso ao sistema de saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), que, após avaliação e identificação dos principais queixas e sintomas do paciente, referenciará para outras estruturas de cuidado da rede de atenção, conforme a avaliação do caso. O que se vê, no entanto, é um processo de referência sem uma análise prévia mais criteriosa da situação do usuário, dando a impressão de que o encaminhamento a outro serviço visa, na maioria das vezes, a passar a responsabilidade do caso para outro. A quebra deste sistema e a formação de uma interface do PSF com o CAPS e com outros dispositivos da rede social de apoio são desafios a superar.

Isto porque a maioria dos usuários que procuram assistência na rede pública de saúde encontra-se com manifestações, muitas vezes, psicossomáticas ou os considerados sintomas do "mal-estar social", fruto da instabilidade dos tempos atuais e que são possíveis de tratar ambulatorialmente. Muito dessa demanda emocional poderia ser amenizada com um acolhimento e uma escuta sensível, o que a equipe, nem sempre, se encontra preparada para executar, tratando com a prescrição de um benzodiazepínico.

Tabela 16: Distribuição, em valores absolutos e relativos, das queixas e distúrbios psiqu-2.16558(q)atris aresetados elos sro

P rtla 6

> trabalho entediante e/ou insatisfatório, desemprego, medo de agressões e assaltos, entre outras, constituem importantes fatores responsáveis pelo adoecimento, especialmente na esfera cardiovascular e o problemático campo dos distúrbios mentais.

Analisando os distúrbios característicos dos transtornos psicóticos, constatei que 57,9 % (55) dos usuários apresentaram sintomatologia de alucinação e 8,4% (8) exibiram idéias delirantes. Os poucos valores encontrados nesta última variável podem ser explicados pelo fato de este sintoma ser mais difícil de ser identificado, necessitando de maior observação e investigação junto ao usuário, o que nem sempre é observado nos atendimentos. Vale ressaltar que a maioria dos usuários chegados aos CAPS está no início das crises ou vieram referenciados por unidades de tratamento secundário, onde já houve o controle destes sintomas.

Também é bom registrar o fato de que a população tem os CAPS como um ambiente de tratamento, reabilitação, recuperação de normas mínimas de convivência com o outro e com a sociedade e não como um lugar capaz de controlar as crises psicóticas mais severas, função que a população ainda delega aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Dessa forma, os CAPS têm que esclarecer aos membros familiares e portadores a capacidade que apresentam em articular cuidados clínicos (emergência psíquica) e programas de reabilitação psicossocial, esclarecendo junto aos seus usuários as atividades desenvolvidas por estes espaços de tratamentos.

Identificar a sintomatologia que o paciente apresenta é importante, mas não deverá ser o único objetivo a ser alcançado. A partir desta identificação, novas etapas devem ser implementadas mediante o desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado, o qual requer se reconstruir a história do paciente e ajudá-lo a lidar de modo realístico com as dificuldades geradoras de sofrimento mental.

Retomo aqui a discussão, já suscitada neste trabalho, onde reconheço que os transtornos mentais têm determinantes multicausais, resultando de fatores biopsicossociais, necessitando, para o seu controle, que se tenha uma abordagem multirreferencial e interdisciplinar.

Várias são as causas que levam um indivíduo a desenvolver um transtorno mental, porém, acredita-se ser difícil o profissional internalizar um conceito tão amplo.

Desta forma, neste estudo, agruparei os transtornos identificados em três grupos: os físicos ou biológicos, os ambientais e os emocionais.(BRASIL, 2004a).

Tabela 17 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, dos fatores desencadeantes apresentados pelos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

FATORES DESENCADEANTES	QUANTIDADE	%
Fatores físicos ou biológicos	**85**	**32,8**
Uso de álcool	37	43,5
Doença	18	21,2
Uso de drogas ilícitas	10	11,8
Fatores ambientais	**76**	**29,3**
Perda financeira	16	21,0
Brigas com o marido	5	6,6
Infidelidade	5	6,6
Fatores emocionais ou psicológicos	**84**	**32,5**
Morte de ente querido	48	57,0
Transtorno pós-parto	9	10,7
Decepção amorosa	7	8,3
Fatores não classificados	**14**	**5,4**
TOTAL	**259**	**100**

A tabela 17 registra os principais grupos de fatores que o estudo identificou, sendo que 32,8% (85) dos casos estudados apresentaram-se no grupo dos fatores físicos e biológicos, seguidos pelos fatores emocionais ou psicológicos, com 32,5% (84), enquanto os fatores ambientais tiveram 29,3 % (76) de registros.

Ao fragmentar os grupos por variáveis, a de maior registro, entre todas, foi a morte de entes queridos, apresentando-se com 57 % (48) entre as variáveis de seu grupo e com 18,5%, quando analisada com todas as demais variáveis estudadas. A morte é um dos fatores que mais sensibiliza o ser humano. Quando esta ocorre no contexto familiar, é marcada com maior sentimento, dor e pesar no indivíduo. A ausência e a dor provocadas pela perda do ente querido torna-se um desestabilizador emocional, provocando quadro de depressão, ansiedade e, nos casos mais graves, desequilíbrio psicológico.

Braga *et al*. (2002, p. 72), em estudo com acadêmicos de Enfermagem de Fortaleza-CE, constataram que

> O medo, o sofrimento, o pânico e a angústia são os sentimentos expressos pelos acadêmicos diante da morte, seja a sua ou daqueles que amam, demonstrando a dificuldade que temos de lidar com a idéia de morrer de elaborar a perda de alguém que amamos.

Independentemente dos sentimentos que apresento com relação à morte, ela é uma certeza e algo que temos de enfrentar cotidianamente na profissão de Enfermagem. Mesmo os transtornos mentais não sendo patologias geradoras de muitas mortes, o enfermeiro da assistência psiquiátrica convive rotineiramente com este tema, seja com o medo de morre por parte de seu paciente, seja o medo de perder alguém querido, ou

Todos os relatos ora procedidos de suma importância para o fechamento dos diagnósticos psiquiátricos, o qual deve se tornar um dos elementos importantes na elaboração do plano terapêutico do usuário. Ressalto que, com a mudança de paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, o foco da atenção passa a ser a existência-sofrimento da pessoa em seu corpo social, exigindo da equipe a ênfase no modo de vivenciar o sofrimento apresentado pelo usuário e a elaboração de um plano terapêutico individualizado. Reconheço, com a minha prática profissional, que a realidade assistencial ainda é bem distante do que está posto com a reforma.

Para Ballone (2005, p. 1), a maioria dos diagnósticos psiquiátricos é social, sendo o único fato observado o ato do paciente, fato que "torna a grande parte das internações psiquiátricas tradicionais, para não dizer a maioria delas, acaba atendendo muito mais a sociedade e/ou a família do que o paciente propriamente dito".

A partir desta afirmação, a doença mental tende a ganhar uma conceituação do senso comum, pois é possível o julgamento da sanidade de um indivíduo a partir de seu comportamento, sendo muitas vezes embasado apenas nas adequações e conveniências socioculturais de uma população. Devo lembrar, no entanto, que as culturas são dinâmicas, mudando com o tempo e de acordo com a região e o país.

Tabela 18 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, das hipóteses de diagnóstico apresentados pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
F00-F09 – Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.	50	15,0
F10-F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.	14	4,0
F20- F29 - Esquizofrenia, transtornos esquizofrenicos e transtonos delirantes.	42	12,5
F30-F39 Transtornos do humor (Afetivo)	60	18,0
F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoforme.	132	39,4
F50- F59 - Sindrome comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	1	0,3
F60- F69- Transtorno da personalidade e do comportamento	2	0,6
F70- F79 - Retardo mental	11	3,3
F80- F89 - Transtorno do desenvolvimento psicológico	4	1,2
G40 – Epilepsia	19	5,7
TOTAL	**335**	**100**

Partindo desse modelo ou de outro de fechamento de diagnóstico, encontrei nos CAPS de Fortaleza-Ce 87% (335) dos usuários com uma definição de diagnóstico, sendo considerado qualquer referência feita com este fim, como diagnóstico provisório, prévio, inicial ou definitivo. Optei por seguir a classificação dos diagnósticos segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, em sua 10ª versão), encontrando dez grandes grupos, conforme Tabela 18.

O grupo diagnóstico mais prevalente foi o dos transtornos neuróticos, desordem relacionadas com o "stress" e transtornos somatoformes, com 39,4% (132) das ocorrências, seguidos pelos transtornos do humor, com 18% (60), e transtornos mentais e orgânicos, com 15% (50) dos diagnósticos identificados.

Em 9% dos diagnósticos a patologia envolve a parte orgânica (retardo mental e epilepsia) do indivíduo e não a psíquica. Estes indivíduos, todavia, tendem a procurar os CAPS para seu tratamento por falta da oferta de serviços especializados na rede.

5.5 Tratamentos e evolução clínica dos usuários dos CAPS de Fortaleza

É do conhecimento geral o fato que a ênfase no tratamento psiquiátrico ainda é baseada no modelo clínico, "biologizante" e "medicalizador", tendo no psicofármaco o principal instrumento de intervenção terapêutico. Essa tendência "medicalizante" também aparece no tratamento dos usuários dos CAPS de Fortaleza.

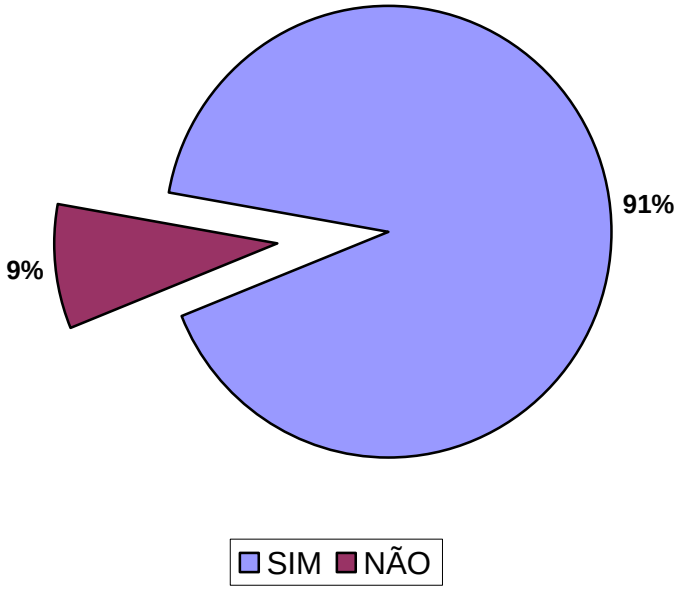

Gráfico 3 – Distribuição, em percentual dos usuários acompanhados nos CAPS e que usam terapia medicamentosa. Fortaleza-CE, 2006.

Não há novidade alguma em se reconhecer a importância dos psicofármacos no tratamento psiquiátrico. A evolução farmacoterapêutica é uma das que mais se evidencia, principalmente no último século, trazendo grandes benefícios ao tratamento das pessoas com algum tipo de sofrimento mental. Existe, todavia, uma discussão atual sobre outras modalidades e estratégias terapêuticas que podem ser utilizadas, juntas ou separadamente, do tratamento farmacológico (VIVEIROS, 2003).

O tratamento medicamentoso é reconhecidamente o mais eficaz no tratamento de alguns transtornos mentais, notadamente das psicoses. A prescrição excessiva e a

utilização indiscriminada dos psicofármacos, no entanto, despertam-me para algumas reflexões sobre este procedimento como opção única de tratamento. A primeira diz respeito à prescrição destes psicofármacos e incide sobre as precárias condições de trabalho e a superlotação dos CAPS de Fortaleza, o que inviabiliza um acompanhamento mais minucioso do médico ao usuário, impossibilitando a avaliação da eficácia da terapêutica utilizada e dos efeitos provocados (BEZERRA JUNIOR, 1987).

O segundo ponto em discussão é bem retratado por Bezerra Junior (1987, p. 148), quando acentua que,

> na verdade, a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receita. A falta de tempo impede que se chegue a um diagnóstico de confiança, as marcações de 30 em 30 dias ou mais impossibilita uma evolução do caso, e o circulo vicioso vai cronificando médico e paciente neste simulacro de tratamento.

Este trecho descreve com clareza a realidade encontrada nos CAPS analisados e em outras realidades, onde, em alguns casos, o despacho da medicação é feita na essência de sua significação, pois o paciente recebe a receita já pronta e não mantém qualquer contato com o médico que o acompanha. Este fato foi muitas vezes presenciado por mim, quando no exercício profissional em uma dessas unidades.

Quanto ao período de marcação de consulta, relatado no texto acima, a realidade vivenciada nos CAPS de Fortaleza é de um período bem superior ao comentado, tendo em média a marcação feita entre 45 e 60 dias. O período prolongado entre as consultas, o tempo mínimo da consulta, a impossibilidade do relato completo do problema por parte do paciente e, muitas vezes, a padronização do tratamento feito por alguns médicos, contribuem para a ênfase na terapêutica medicamentosa constatada nos CAPS de Fortaleza.

Esta disseminação está bem representada na tabela 19, que mostra a distribuição do tratamento psicofarmacológico executado nos CAPS pesquisados. Vale ressaltar que optei por distribuir a medicação utilizada por grupo medicamentoso, com o grupo dos ansiolíticos, com 30,5% (160); seguido pelo os antidepressivos, que representaram 28,5% (148). As incidências destes grupos medicamentosos devem-se, possivelmente, à incidência dos diagnósticos no grupo dos transtornos neuróticos (F40; F48).

Tabela 19 – Distribuição, em valores absolutos e relativos. das medicações utilizadas pelos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

MEDICAÇÕES	Nº	%
Ansiolítico	160	30,5
Antidepressivo	148	28,2
Antimaníacos	4	0,8
Antipsicótico	92	17,7
Anti-histaminico	32	6,1
Anticonvulsivante	52	10,0
Outro	35	6,7
TOTAL	**523**	**100**

Os ansiolíticos surgiram no final da década de 1950 e são medicamentos cuja propriedade é atuar sobre a ansiedade e a tensão. Estas drogas têm a função de tranqüilizar, acalmar e reduzir a tensão e ansiedade dos indivíduos. Também são utilizadas no tratamento de insônia e são medicamentos importantíssimos no controle dos principais

Como visto na análise dos diagnósticos, as patologias não psíquicas (retardo mental e epilepsia) ainda ocupam grande espaço nos CAPS, o que justifica o uso de anticonvulsivantes na ordem de 10% (52).

Este tipo de medicação foi utilizada com fins terapêuticos em 1857, quando Locock reconheceu a ação anticonvulsivante do bromo, sendo seguindo em 1912 pelo médico Hauptmann, que descobriu os efeitos do fenobarbital. É importante ressaltar que o tratamento medicamentoso é o principal recurso no tratamento das convulsões e epilepsia (MOREIRA, 2004).

Reconhecida a importância do tratamento psicofarmacológico, deve-se trabalhar para realizar a associação deste tratamento com o tratamento psicoterápico e, assim, possibilitar uma maneira mais eficaz de tratar os transtornos mentais.

> O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. (BRASIL, 2004a, p. 28).

Isto demonstra que não basta somente o CAPS implementar novas formas terapêuticas de atendimento. Considero necessário que estas formas sejam debatidas entre os promotores da terapia (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros) e os usuários que a esta se submeteram.

Machado (2005) explica que estas ações de integração entre usuários e equipe parte da proposta de reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços, privilegiando o atendimento extra-hospitalar e as equipes multiprofissionais.

Para Saraceno (1996) e Machado (2005), isto corresponde ao processo de reabilitação que trata da reconstrução do exercício pleno da cidadania, a reforçar a idéia de desmontar os dispositivos institucionais de cronificação, quais sejam: a falta de individualidade, o tratamento impessoal, o abuso de psicofármacos, o distanciamento da realidade social e familiar, entre outros.

Não basta abrir, porém, os canais da discussão e socialização das medidas e tratamentos a serem implementados nos novos serviços de assistência psiquiátrica se continuar a ver o louco como um ser “menor” excluído, segregado do tecido social (OLIVEIRA, 2002).

Oliveira (2002, p. 104) acentua que "Os CAPS, talvez, possam se configurar como um dos caminhos possíveis na construção de práticas e projetos que possibilitem um 'novo olhar` e uma nova forma de lidar com o sofrimento humano."

Estas novas práticas podem ser exercitadas a partir da psicoterapia (individual, grupo, familiar), a qual se torna um espaço favorável ao crescimento pessoal, privilegiando e estabelecendo um diálogo construtivo capaz de abrir novos canais de comunicação, realizar a transformação de padrões de funcionamentos estereotipados e estabelecer um processo criativo e inovador na forma de assistir (BRASIL, 2004).

Tabela 20 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, dos tipos de atividades terapêuticas realizadas nos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

Nº DE SESSÕES REALIZADAS	TIPO DE ATIVIDADE TERAPEUTICA REALIZADA					
	GRUPO		OFICINA	ATENDIMENTO INDIVIDUAL		OUTRO
	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº
01 a 05	27	54	7	58	80,5	1
06 a 10	8	16	-	11	15,3	-
11 a 15	6	12	-	2	2,8	-
15 ou +	9	18	1	1	1,4	-
TOTAL	**50**	**100**	**8**	**72**	**100**	**1**

Os números encontrados pelo estudo, todavia, demonstram que as terapias psicossociais ainda não são uma prioridade na assistência dos CAPS de Fortaleza. Das quatro atividades pesquisadas (grupos, oficinas, atendimento individual e outras formas de terapia), a que se apresentou com maior incidência foi o atendimento individual, com 55% (72) do total de atendimentos psicoterápicos realizados. Em seguida, vem o tratamento em grupo, com 38,1% (50) das atividades. Quando se cruza a quantidade de sessões realizadas pelos pacientes, tem-se a de menor quantidade (01 a 05 sessões) com a maior referência, demonstrando com isso a dificuldade encontrada na realização de outras formas de tratamento.

Observando-se a estrutura física dos CAPS pesquisados, visualizo muitas carências ou má distribuição dos espaços adequados para a realização desse tipo de atividade, não podendo se deixar de reconhecer que, muitas vezes, a equipe não tem preparo técnico ou mesmo motivação para realizar outras formas de abordagem. Vale ressaltar, também, que muito dependem dos gestores a melhoria das condições de trabalho e a melhor qualificação da equipe. A realidade da atenção em saúde mental em Fortaleza

avançou desde a última Administração municipal, iniciada em 2005, inclusive com a ampliação da rede de atenção.

A necessidade de implementar de uma interação que tenha como foco principal a pessoa tende a abrir um campo a ser explorado por várias profissões, inclusive a Enfermagem, que tem no cuidado o seu instrumento de trabalho e na comunicação terapêutica uma ferramenta de intervenção, por excelência, no reconhecimento da sua singularidade e da subjetividade da pessoa assistida.

Oliveira (2002,) ressalta, no entanto, que a desconstrução e a mudança na prática de Enfermagem Psiquiátrica não é fácil porque, historicamente, a Psiquiatria mudou mais no plano dos discursos teóricos do que das práticas.

A equipe terapêutica do CAPS é formada por vários profissionais, dependendo do programa terapêutico estruturado. A equipe básica desse tipo de serviço, contudo, consta de um médico psiquiatra, de um enfermeiro e mais três profissionais de nível superior - psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional (BRASIL, 2004).

Para que se tenha um ambiente terapêutico favorável, é necessário que se estabeleça entre os membros da equipe, os familiares e todo o grupo de usuários uma relação de confiança e bem-estar. Para isso é necessário a constituição de um relacionamento mais próximo entre o usuário, a família, a comunidade e os membros da equipe do CAPS.

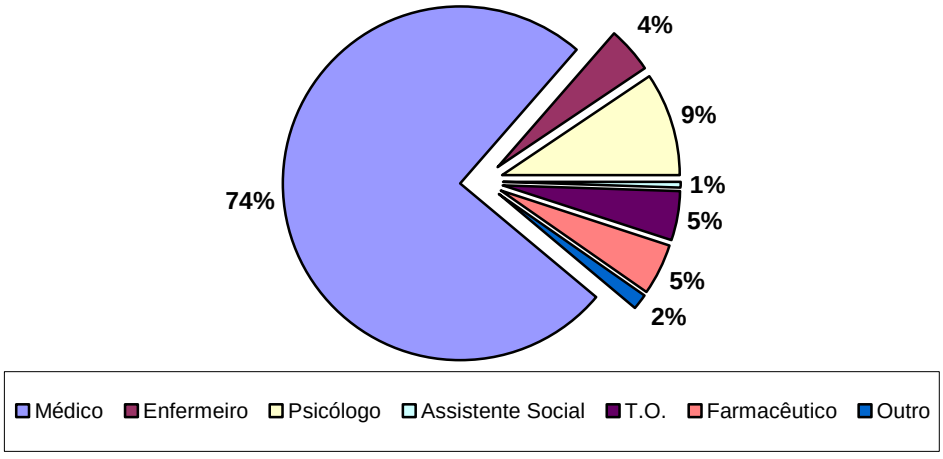

Gráfico 4 – Distribuição, em percentual, do profissional responsável pelo ultimo atendimento prestado aos usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

Também visando a observar as outras interações do profissional com o paciente, avaliei o último atendimento a que o paciente foi submetido, buscando identificar o profissional responsável pela atenção. Constatei que 74 % dos atendimentos foram realizados pelo profissional médico, o que me leva a supor que esse atendimento pode se resumir em uma consulta rápida para a prescrição de terapêutica psicotrópica, afastando-se da finalidade da assistência prevista para o CAPS, tornando-se um simples ambulatório ou dispensário de medicamentos. Ressalto que esta consulta acontece nas mesmas condições consideradas inadequadas, conforme citados anteriormente: espaço inadequado, tempo insuficiente e demanda exagerada.

Na mesma figura, encontro a categoria de Psicologia, com 9% de registro. Vale ressaltar que está categoria trabalha bastante o atendimento individual com os pacientes. As demais categorias ficaram entre 4% e 5% de registro.

Medeiros (2005, p. 42), assinala que

> um dos motivos que faz com que isso ocorra pode ser o fato de só se ter até então trabalhado com a definição de doença e, como conseqüência, ter-se projetado para planejamentos de ações, visando ao adoecimento e nunca à saúde, à prevenção, à promoção do indivíduo.

Objetivando conhecer o tempo de permanência dos pacientes nos CAPS, avaliei que critérios são utilizados para as altas dos pacientes, no entanto, percebi que não há um processo de alta dos pacientes, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 21 – Distribuição, em valores absolutos e relativos, do tipo de alta a que foram submetidos os usuários acompanhados nos CAPS. Fortaleza-CE, 2006.

TIPO DE ALTA	Nº	%
Alta	01	7,1
Transferência	11	78,7
Óbito	01	7,1
Outro	01	7,1
TOTAL	**14**	**100,0**

Encontrei apenas 14 registros deste evento, sendo que a maioria se concentrou nas transferências, com 78,7%. Este tipo de procedimento não libera o paciente da assistência, apenas o transfere de um ambiente para outro.

Quanto ao procedimento de alta propriamente dito, encontrei apenas um registro. Isto me induz a pensar que este processo não é uma rotina nos CAPS, podendo ser que esta permanência esteja vinculada ao comprometimento psíquico do usuário ou ao projeto terapêutico traçado, ou, simplesmente, pela inexistência de um processo de arquivamento e fechamento de prontuários por parte dos CAPS.

6 CONCLUSÕES

Neste estudo, procurei caracterizar os usuários que se encontra em acompanhamento nos CAPS, do Município de Fortaleza. Vale ressaltar que o estudo foi realizado com dados já produzidos pelos serviços, estando sujeitos a limitações, que podem, em maior ou menor grau, ter interferido nos resultados a que cheguei.

Uma destas limitações detectada foi o alto índice de não preenchidos encontrados nos formulários avaliados, demonstrando a pouca sensibilidade por parte dos profissionais no preenchimento dos prontuários das instituições. Ressalto que todas as três instituições estudadas apresentaram índices elevados no não preenchimento, demonstrando com isso o despreparo geral dos responsáveis pelo preenchimento dos prontuários implantados nessas unidades.

É importante ressaltar que o preenchimento e o registro das informações contidas nos prontuários de admissão das instituições públicas de saúde devem ser feitos corretamente, para poderem possibilitar as análises epidemiológicas necessárias. Considero importante, também, o “enxugamento” dos prontuários utilizados por estas instituições, onde estes contemplassem variáveis indispensáveis ao conhecimento do perfil socioeconômico e psicológico do paciente, evitando a introdução de informações que, em sua maioria, não são preenchidas e muito menos avaliadas. Sugiro também, com base na avaliação feita pelo estudo junto ao prontuário, que seja ofertado treinamento aos responsáveis pelos preenchimentos de identificação do paciente, geralmente feito pela Recepção destas unidades. Outro ponto fundamental, e que necessita de implantação imediata nestas unidades, é o prontuário eletrônico, o qual facilitaria o manuseio, as prescrições, as avaliações e o uso das informações pelos membros da equipe de saúde.

Mesmo com algumas limitações (não-preenchimento de muitas variáveis) apresentadas pelos prontuários, a verdade é que o estudo produziu grande diversidade de informações que, se utilizadas adequadamente, servirão para subsidiar transformações na estruturação do serviço e no desempenho dos profissionais.

Com relação aos dados de identificação dos participantes do estudo, constatei que a maioria era do sexo feminino (60,1%), e além de representar a maior ocorrência no estudo, teve as maiores médias de idade; o sexo feminino mostrou incidência maior na

O que também pode ter influência no desenvolvimento dos transtornos mentais são as possíveis alterações psíquicas apresentadas

pessoa em seu corpo social. Para que isso passe do discurso à prática, necessário se faz repensar o que está posto, num esforço conjunto que envolve gestores, profissionais, usuários, família e os vários segmentos sociais, na busca de devolver à pessoa em sofrimento mental aquilo que lhe é de direito, começando com a cidadania.

Mesmo contemplando apenas três serviços, a realidade aqui mostrada fornece subsídios para se repensar o CAPS como dispositivo importante na implementação da rede de atenção em saúde mental no Ceará. São reconhecidos os avanços até aqui alcançados com o estabelecimento da rede e a ampliação de sua estrutura, mas há de se constatar que as desconstruções de hoje são realidades para avançar na direção do novo paradigma proposto pela reforma psiquiátrica.

Considero este estudo como um marco de minha aproximação à realidade da atenção em saúde mental no Ceará, o qual me instiga a continuar refletindo e participando de transformações que espero aconteçam nesta importante subárea da saúde e de minha escolha de atuação profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. R. **Epidemiologia:** visão geral e descritiva. São Paulo: [s.n.], 2005.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 73-84;

BALLONE, G. J. Diagnóstico psiquiátrico. **PsiqWeb.** 2005. Disponível em:< www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 18 dez. 2006.

BALTAZAR, D. V. S. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental:** impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. 138 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BEZERRA JUNIOR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: BEZERRA JUNIOR, B. *et al*. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: VOZES, 1987. p. 288.

BRAGA, V. A. B.; OLIVEIRA, A. T.; BASTOS, A. F. B. Lidando com a morte: o auto-conhecimento como instrumental na formação do acadêmico de enfermagem. In: SOUZA, M. A.; BRAGA, V. A. B.; FRAGA, M. N. O. **Saúde, saúde mental e suas interfaces**. Fortaleza,CE: Pós-graduação DENF/UFC/FFOE; FCPC, 2002. p. 154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e pesquisa-CONEP. **Resolução 196/96 que normatiza a pesquisa em seres humanos**. Brasília, 1996 (mimeografado).

BRASIL. Ministério da Educação. **Mapa do analfabetismo no Brasil**. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/estatisticas/analfabetismo>. Acesso em: 12 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde do.**Saúde mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**:** 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. **Documento apresentado a...** Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2006.

BRASIL. **Portaria/SNAS n° 224**, de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12230.html>. Acesso em: 20 jul. 2005a.

BRASIL. **Portaria/SNAS n° 336**, de 19 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12230.html>. Acesso em: 20 set. 2005b.

BRASIL. Senado Federal. **Lei n° 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 14 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epidemiologia e Morbidade.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2006b.

BRASIL, M. P. O. e G., Censo Demográfico - 2000: Características Gerais da População**. IBGE.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso: 08 dez. 2006c.

BRITO, J. M. OEA vai processar Estado brasileiro. **O Povo,** Fortaleza, dez. 2002. Disponível em:<http://www.noolhar.com/opovo/ceara/209162.html>. Acesso em: 15 nov. 2005.

CAMARGO, R. A. A.; BUENO, S. M. V. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.11, n. 4, p. 490-498, jul./ago. 2003.

CEARÁ. Secretária de Saúde. **Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva**. 1. ed. Fortaleza, 1998.

CEARÁ. Secretária de Saúde. **Listagem de CAPS**. Fortaleza, 2005a.

COSTA, J. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989. 187 p.

COSTA, J. S. D. da; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; BRITTO, M. A. P. de; FUCHS, S. C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 164-173, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 1 jan. 2007.

CUNHA, M. T. R. da. **Gerência enquanto instrumento para mudanças em um serviço substitutivo de saúde mental no município de Uberaba:** estudo de caso. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião (editorial). **Rev. Bras. Psiquiatr.,** Campinas, v. 28, n. 3, p. 177, set. 2006.

DATASUS. **Informações de saúde.** Disponível em:< http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus. Acesso 02/01/2007.

ESPINOSA, A. F. **Guias práticos de Enfermagem:** Psiquiatria**.** Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2000.

FALCONE, V. M.; MÄDER, C. V. de N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J. M. M.; NÓBREGA, F. J. de. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612–618, ago. 2005.

FONSECA, R. M. S.; BERTOLOZZI, M. R. A. Epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: _____. **Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. (IPECE). **Perfil básico municipal:** Fortaleza. Fortaleza, 2005 Disponível em <http://www.ipece.ce.gov.br/publicaçoes/perfil_basico/PBM_2004_PDF/Fortaleza.pdf. >. Acesso em:05 dez. 2005b.

LIMA, M. S. de. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, suppl.1, p. 1-5, 1999. Disponivel em:< http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 20 dez. 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Métodos, avaliação crítica e utilização. In: _____. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

LUZ, M. T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental: ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 85-95.

LOBIONDO-WOOD. G. e HABER, J. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. **Pesquisa em Enfermagem**. 4º ed. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 1994. 330p.

MACHADO, A. L.. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 9, n. 2, p. 483-491, abr./jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 maio 2005.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibano**. 2005. 119 p. **Dissertação (Mestrado) -** Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; FIORI, N.; BORTOLOTTO, A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 20, n. 1, p. 22-28, jul. 2006.

MOREIRA, S. R. G. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento**. Mental**, Barbacena, ano 2, n. 3, p. 107-122, nov. 2004**.**

NICK, E.; OLIVEIRA, S. B. Tendência políticas de saúde mental no Brasil. **J. Brás. Psiquiatr.,** v. 47, n. 11, p. 583-589, nov. 1998.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 14 ago. 2006.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** João Pessoa: Editora Universitária, 2002. 226 p.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil**: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). 2004. 244 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PSICOSITE. **Patologias psiquiátricas**. Disponível em:< http://www.psicosite.com.br>. Acesso em: 13 dez. 2006.

PSIQWEB. **Medicamentos**. Disponível em: <www.psiqweb.med.br/>. Acesso em: 2 jan. 2007.

ROTELI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. C. de R. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec,1990.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F.; SANTA CRUZ, M. L. ; RODRIGUES, M. S. M.; ROCHA, S. M.; DAVID, M. R. F.; MELO, V. L. A.; PEREIRA, W. A. B.; FRANCO, L.; GONÇALVES, P. L.; CASÉ, V.; SAMPAIO. J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Saúde loucura 7:** saúde mental e saúde da família 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 166-188.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. de M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. da G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental & trabalho (leituras).** Petrópolis : Vozes, 2002. p. 143-172.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. dos. A experiência dos centros de atenção de psicosocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica**.** PITTA, A.(Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 124-130.

SARECENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SEDI,. H. Sociologia e doença mental. In: D'INCAO, M. Â. (Org.). **Doença mental e sociedade:** uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

SILVA, M. C. F.; Saúde mental e Programa de Saúde da Família no vale de Jequitinhonha. In: In: LANCETTI, A.; MATTOS, S. A. F.; SANTA CRUZ, M. L. ; RODRIGUES, M. S. M.; ROCHA, S. M.; DAVID, M. R. F.; MELO, V. L. A.; PEREIRA, W. A. B.; FRANCO, L.; GONÇALVES, P. L.; CASÉ, V.; SAMPAIO. J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Saúde loucura 7:** saúde mental e saúde da família 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 155-165.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Política Habitacional Brasileira: Verso e Reverso. São Paulo: Cortez Editora, 1989. p. 208.

SPINK, M. J. P. The concept of social representations in social psychology**. Cad. Saúde Pública,** v. 9, n. 3, 1993. Disponivel em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 18 dez. 2006.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e práticas. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001. p. 958.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUCAN, B. B. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primárias baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos,** v. 9, n. 1, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 maio 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).** Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/>. Acesso em: 1 jan. 2007.

VILAS BOAS, M. A. **Passagem de plantão de enfermagem em um Hospital Psiquiátrico**. 2004. 116 p. Dissertação (Mestrado**) -** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VIVEIROS, M. T. M. **Perfil dos internos em serviços de saúde mental de São Luiz-Maranhão.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2003.

WAIDMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e doença mental. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 27-32, jan./dez. 1999.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 13, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acesso em: 14 jun. 2005.

APÊNDICE I

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS		
- Identificação:		
I	**0. Data da Admissão: _____/_____/_____**	0._____
	1. Idade _____	1. _____
	2. **Sexo**: 1 ( ) Masculino 2 ( ) Feminino	2. _____
	3. Cor da Pele:1 ( ) Branca 2 ( ) Preta 3( ) Amarela 4( ) Mista	3._____
	4. Situação Conjugal:1 ( ) Solteira 2 ( ) Casada 3 ( ) Viúvo 4 ( )Separada 5 ( ) União Consensual 6 ( ) Outro _____	4._____
	5. Escolaridade: 1.( ) Analfabeto 2. ( ) 1º grau completo 3 .( ) 1º grau incompleto 4. ( ) 2º grau completo 5. ( ) 2º grau incompleto 6.( ) 3º grau completo 7. ( ) 3º grau incompleto	5._____
	6. Renda Familiar: R$: _____.	6._____
	7. Tipo de Moradia 1 ( ) Casa 2 ( ) Aptº 3 ( ) Pensão 4 ( ) Albergue 5( ) Outro _____.	7._____
	8. Situação da Moradia 1 ( ) Própria 2 ( ) Alugada 3 ( ) Cedida 4 ( ) Outro _____.	8._____
	9 . Tipo de Construção da Moradia 1 ( ) Alvenaria 2 ( ) Madeira 3 ( ) Papelão 4( ) Taipa 5( ) Outro _____.	9._____
	10. Nº de Cômodos: _____.	10._____
	11. Nº de Moradores: _____.	11._____
	12. Religião: 1. ( ) Católico 2. ( ) Evangélico 3. ( ) Espírita 4. ( ) Budista 5. ( ) Islamismo 6. ( ) Jeová 7. ( ) Judeu 8. ( ) Ateu 9. ( ) Universal 10. ( ) Outra _____.	12._____
I	**13. Praticante:** 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	13._____
	14. Profissão: Trabalha? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Qual a profissão: _____.**	14._____
	15. Origem do Encaminhamento ao CAPS: 1. ( ) Alta hospitalar 2. ( ) PSF/UBS 3. ( ) Outro CAPS 4. ( ) Outra _____ 5. ( ) Não Informado	15._____

B) ANTECEDENTES PESSOAIS		
III	**16**. **Gestação** 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	16._____
	17. Parto 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	17._____
	18. Desenvolvimento psicomotor 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração	18._____
	19. Infância 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	19._____
	20. **Adolescência** 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	20._____
	21. Escola 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	21._____
	22. Sexualidade 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	22._____
	23. Relacionamentos no Trabalho 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	23._____
C) ANTECEDENTES FAMILIARES		
IV	**24. Pai** 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	24._____
	25. Mãe 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	25._____
	26. Irmãos 1. ( ) Com Alteração 2. ( ) Sem Alteração Qual(is)_____.	26._____
	27. Relacionamento Familiar 1. ( ) Favorável 2. ( ) Desfavorável Qual(is)_____.	27._____
D) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
VI	**28. Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)** 1. ( ) Sim 2. ( ) Não Motivo: _____.	28._____
	29. Crises Convulsivas 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	29._____
	Hospitalização:	
	30. Clínica: 1-( ) Sim 2 – ( ) Não Quantas: _____.	30._____
	31. Psiquiátricas: 1- ( ) Sim 2 – ( ) Não Quantas: _____.	31._____
E) SINTOMATOLOGIA		
II	**32. Queixas Principais:** 1. ( ) Insônia 2. ( ) Cefaléia 3. ( ) Ansiedade 4. ( ) Nervosismo 5. ( ) Irritabilidade 6. ( ) Fobia 7. ( ) Angustia 8. ( ) Extremidade frias 9. ( ) Taquicardia 10. ( ) Outras _____.	32._____
	33. Principais Distúrbios Psiquiátricos: 1. ( ) Idéias Delirantes 2. ( ) Alucinações 3. ( ) Incoerência 4.( ) Fuga de idéias 5. ( ) Regressão infantil 6. ( ) Outros _____.	33._____
	34. Fator(es) desencadeantes da crise? 1-( ) SIM 2. ( ) Não Se, sim. Responda a abaixo:	34._____

II	**35 - Quais? Coloque:**1. ( ) Álcool 2. ( ) Gesação 3. ( ) Morte familiar/ ente querido 4. ( ) Separação dos pais 5. ( ) Perca financeira 6. ( ) Uso de drogas 7. ( ) Separação Conjugal 8. ( ) Perca de emprego 9. ( ) Outro _____.	35._____
	36. Diagnóstico*: _____. * (segundo o CID-10)	36. _____
F) TIPO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS		
E V O L U Ç	**Participante de Atividade Terapêutica: (1) Sim ou (2) Não** **37**. ( ) Grupo Quantas Sessões (último ano): _____.	37._____
	38. ( ) Oficinas Quantas Sessões (último ano): _____.	38._____
	39. ( ) Atendimento Individual Quantas Sessões (último ano): _____.	39._____
	40. ( ) Outro: _____. Quantas Sessões (último ano): _____.	40._____
	41. Profissional Responsável pela Atividade Terapêutica 1. ( ) Médico 2. ( ) Enfermeiro 3. ( ) Psicóloga 4. ( ) Assistente Social 5. ( ) T. O. 6. ( ) Farmacêutico 7. ( ) Monitor Artístico 8. ( ) Téc./Aux. de Enfermagem 9. ( ) Outro _____.	41._____
G) EVOLUÇÃO		
E V O L.	**42. Data do Último Atendimento** ____/_____/_____.	42._____
	43. Profissional Responsável pelo Atendimento 1. ( ) Médico 2. ( ) Enfermeiro 3. ( ) Psicóloga 4. ( )Farmacêutico 5. ( ) Assistente Social 6. ( ) T. O. 7. ( ) Téc./Aux. de Enfermagem 8. ( ) Monitor Artístico 9. ( ) Outro _____.	43._____
	44. Uso de Medicação: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. Especificação: _____	44._____
	45. Tipo de Alta: 1. ( ) Cura 2. ( ) Transferência 3. ( ) Óbito 4. ( ) Outro_____.	45._____
	46. Informações Complementares	

APÊNDICE II

Título do Projeto de Pesquisa
Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza: Perfil Epidemiológico

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	20/03/2006 08:41:50	30/03/2006 16:08:46		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	08/03/2006 21:19:56	Folha de Rosto	FR86049	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	20/03/2006 08:41:50	Folha de Rosto	0007.0.040.000-06	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	30/03/2006 16:08:46	Folha de Rosto	59/06	CEP

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA

OFÍCIO AOS RESPONSÁVEIS

Eu, Adriano Rodrigues de Souza, mestrando em Enfermagem Comunitária do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em fase de Coleta de dados da dissertação intitulada: **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS** necessito ter acesso aos prontuários existentes nessa instituição, para selecionar e colher os dados inerentes à pesquisa. Portanto, solicito o vosso consentimento, ressaltando que será seguindo os preceitos éticos fundamentais para pesquisa.

Desde já, agradeço vossa colaboração.

Fortaleza, de de 2006.

_____
Adriano Rodrigues de Souza

Ciente e de acordo: _____.
Coordenador do CAPS da SER _____.
Data: _____/_____/_____.

ANEXOS

APÊNDICES

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo