

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE RECIFE

PROFILE EPIDEMIOLOGICAL OF THE USERS OF THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN THE CITY OF RECIFE

Casiana Tertuliano Chalegre Paula
Mestre em Saúde Pública
Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vida. Recife
- Pernambuco. casichalegre@hotmail.com

RESUMO

Dentre os dispositivos de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, por possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Este trabalho objetiva descrever o perfil epidemiológico dos usuários admitidos em um CAPS tipo II na cidade do Recife no ano de 2007. É um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo. Foram colhidos, de 90 prontuários, dados do questionário de Indicadores de Saúde Mental. Os resultados mostram o predomínio do sexo feminino. Quanto à Classificação Internacional de Doenças – 10^a revisão, encontrou-se 34,4% dos usuários no grupo F30 (transtornos do humor); 25,6% no grupo F20 (esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes) e 3,3% no grupo F40 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes).

PALAVRAS-CHAVE: Centros de Atenção Psicossocial; Epidemiologia; Avaliação em saúde.

INTRODUÇÃO

No mundo, os estudos epidemiológicos na área de saúde mental são identificados como incipientes e ainda pouco utilizados na elaboração de políticas de saúde mental. No Brasil, a literatura mostra que alguns estudos existentes são relativos à prevalência ou incidência de transtornos mentais que acometem as populações, porém estão mais concentrados na região sul e sudeste do país. Apesar de ainda

existir uma escassez de bibliografia, observa-se que o interesse por essa área de pesquisa vem aumentando de forma substancial nos últimos anos, e assumindo a finalidade de oferecer maior entendimento sobre o papel dos fatores associados a doenças mentais (MEDEIROS; FERREIRA FILHA & VIANA, 2006).

Por muitos anos a doença mental foi institucionalizada, produzindo homogeneidade e serializando, trazendo conseqüências como de-socialização, negação da identidade, da subjetividade e perda de contratualidade. A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu diante da necessidade de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental e de mudar o modelo assistencial, priorizando dispositivos de atenção à saúde mental extra-hospitalares de base comunitária. Entende-se também que é mais do que isso, sendo um processo social muito complexo e cujo objetivo fundamental é a construção de um novo lugar social para o indivíduo com transtorno mental (AMARANTE, 1994).

Dentre esses dispositivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados a partir da Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, por possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Segundo essa portaria, os centros poderão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, funcionando segundo a lógica da territorialidade (BRASIL, 2002; 2009).

Este trabalho teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos usuários admitidos no CAPS Espaço Vida no ano de 2007. Este CAPS II atende pessoas a partir de 18 anos de idade, ambos os sexos, psicóticos e neuróticos graves. É um serviço de saúde municipal, aberto, comunitário que realiza acompanhamento clínico e reinserção social do usuário.

O levantamento do perfil dos usuários, através dos Indicadores de Saúde Mental neste trabalho, oferece informação que avalia o serviço e a Política de Saúde Mental local. A partir desse perfil entende-se que seja possível definir ações mais específicas e apropriadas à atenção em Saúde Mental dessa população-alvo.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este trabalho é um estudo epidemiológico descritivo exploratório, o qual, segundo Marconi & Lakatos (1999), descreve um fenômeno ou situação mediante estudo realizado em determinado espaço de tempo. Teve como instrumento para coleta de dados a ficha de Indicadores de Saúde Mental produzida pela equipe deste CAPS. A população do estudo foi composta por usuários admitidos no ano de 2007, os quais equivaleram a um total de 95 indivíduos.

Foram incluídos todos os usuários admitidos no serviço no ano de 2007. Na ocasião da coleta de dados, cinco destes usuários ainda não haviam recebido a alta, o que significa que estavam com a ficha de Indicadores de Saúde Mental incompleta, sendo, portanto excluídos do estudo. Sendo assim, foram colhidos de 90 prontuários dados (secundários) da ficha de Indicadores de Saúde Mental, com as seguintes variáveis:

- *Identificação*: número do prontuário, data de nascimento, faixa etária, sexo, estado civil, endereço e cobertura assistencial da área pelo Programa de Saúde da Família (PSF);
- *Dados sócio-epidemiológicos*: moradia, condições de salubridade, escolaridade, trabalho e renda;
- *Antecedentes Hereditários e Comorbidade*: antecedentes hereditários psiquiátricos, quantitativo de parentes que apresentam doenças psíquicas, grau de parentesco, deficiência mental, tabagismo, alcoolismo;
- *Clínicos*: origem da demanda, hipótese diagnóstica na 1ª admissão, utilização de medicamento especial, quantidade total de internações hospitalares psiquiátricas antes do CAPS, período de tratamento no CAPS, readmissão, encaminhamento pós-alta, Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID 10) na última alta.

Devido à impossibilidade de obtenção do Consentimento Informado de todos os usuários uma vez que, quando o trabalho foi escrito, os usuários já haviam recebido alta, a autora envolvida na manipulação dos dados se comprometeu com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos usuários. Essa conduta foi baseada nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados identificados no estudo foram tabulados e analisados. Dentre eles, a faixa etária, apresentou um percentual de 24 % entre 26 e 35 anos de idade. Uma taxa bem próxima à faixa etária de 36 a 45 anos, a qual se encontrou um percentual de 23%. O que chama atenção é a faixa etária produtiva, na qual muitos estão em busca de uma inserção no mercado de trabalho, estão estudando e até formando uma família.

Muitos autores associam o início de doenças como a esquizofrenia, os distúrbios de humor e de personalidade, com a fase da adolescência e com o adulto jovem, eles apontam também que a evolução e a expectativa são ruins. Esses autores dizem que se associa a fase do início dessas doenças com estudo, trabalho, constituição de novos grupos familiares e outros compromissos sociais (MUESER; CORRIGAN & DAVID, 2002; SARACENO & NALDINI, 1992).

As psicoses e as esquizofrenias são problemas de saúde pública, pois se iniciam antes dos 25 anos de idade, rompendo com o projeto de vida de muitos jovens e suas famílias. Por isso é importante a identificação precoce e o tratamento adequado dos casos, além de oferecer informações ao próprio portador, aos seus familiares, aos profissionais de saúde e à população em geral sobre os transtornos, seus tratamentos e formas de acolher essas pessoas (OSINAGA; FUREGATO & SANTOS, 2007).

A distribuição por gênero apresentou um percentual de 69% de pacientes do sexo feminino e 31% do sexo masculino.

Encontrou-se um estudo de corte transversal desenvolvido em três CAPS de Fortaleza entre os anos de 2000 a 2006, onde dos 385 prontuários analisados, 60,1% eram do gênero feminino e 39,9% do gênero masculino (SOUZA, 2007). Isso mostra uma semelhança com os dados encontrados neste estudo, no qual mais da metade dos usuários são mulheres.

Quanto ao estado civil dos usuários que passaram pelo CAPS no ano de 2007, encontrou-se uma prevalência de pessoas solteiras, com 53,3%. O menor percentual foi de pessoa divorciada com 1,1%.

Considerando que um jovem passa por uma fase de grandes transformações e assunção de novos papéis na sociedade, constata-se uma

dificuldade para diferenciar alguns comportamentos que são naturais dessa idade dos sintomas prodrômicos de um surto psicótico. Verifica-se que as manifestações da doença, em geral são insidiosas e em idade precoce, sendo responsáveis pelo alto índice de solteiros, com descontinuidade do estudo e até mesmo do trabalho (OSINAGA; FUREGATO & SANTOS, 2007).

Dos usuários pesquisados, 73% moram em área com cobertura assistencial pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Dados da Prefeitura da Cidade do Recife mostram que até o final de 2008, foram contabilizadas 240 Equipes de Saúde da Família no município, o que representa 54% da população com cobertura assistencial pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

A cidade do Recife conta com uma rede de serviços composta por modalidades de equipamentos substitutivos ao modelo de atenção manicomial. Nesse contexto o PSF, estratégia fundamental na reorganização da atenção básica, configura-se hoje como uma das parcerias centrais para a integração das ações de saúde mental no território.

Quanto à moradia e às condições de salubridade, encontraram-se os seguintes percentuais: 10% tem moradia própria, 80% mora com os familiares, 60% têm saneamento e 90% tem água encanada em casa.

Quanto à escolaridade, observou-se que 30% dos usuários têm o primeiro grau completo e apenas 6,7% tem o terceiro grau completo, mesmo percentual de analfabetos (Tabela 1).

SCHOOLING

ESCOLARIDADE	n ^o .	%
Alfabetizado	6	6,7
Analfabeto	4	4,4
1 ^o grau incompleto	27	30
1 ^o grau completo	8	8,9
2 ^o grau incompleto	5	5,6
2 ^o grau completo	20	22,2
3 ^o grau incompleto	1	1,1
3 ^o grau completo	6	6,7
Pós-graduação incompleta	1	1,1
Não Informado	12	13,3
TOTAL	90	100

Tabela 1: Distribuição por escolaridade em valores absolutos e relativos dos usuários acompanhados no CAPS. Recife, PE, 2007.

Table 1: Distribution by schooling in absolute and relative values of users accompanied at CAPS. Recife, PE, 2007.

No indicador “Trabalho e renda”, identificou-se que 35% nunca trabalharam e 55% não têm renda própria, dependendo assim da renda do familiar.

A Psiquiatria e o trabalho dos pacientes estiveram sempre, paradoxalmente, próximos e distantes. Ainda hoje, as pessoas com transtornos mentais graves conseguem colocar-se muito pouco no trabalho, seja no mercado – formal ou informal – seja fora dele. Frequentemente essas pessoas são impedidas de realizar mesmo o trabalho doméstico em suas próprias casas (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006: 182).

Identificou-se nessa pesquisa que 10% dos usuários possuem antecedentes hereditários psiquiátricos. Já quanto à comorbidade, encontraram-se percentuais consideráveis de tabagismo e de hipertensão: 20% cada, como mostra o gráfico 1.

COMORBIDADES

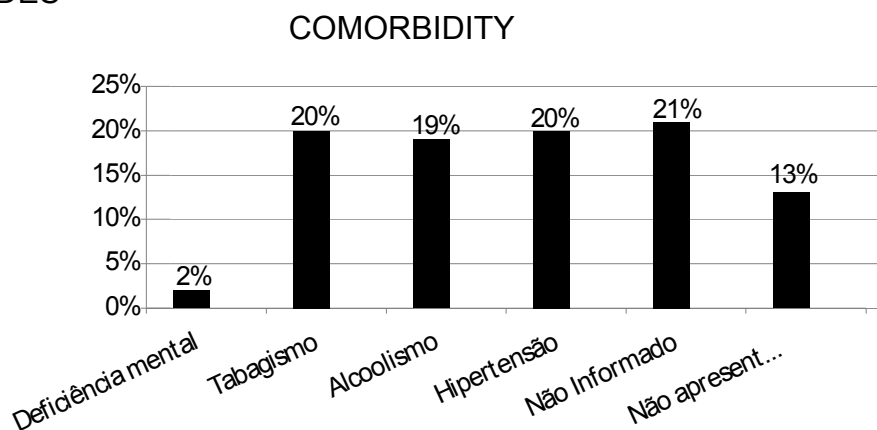


Gráfico 1: distribuição por comorbidades dos usuários acompanhados no CAPS. Recife, PE, 2007.
Graph 1: Distribution of users accompanied by comorbidity in CAPS. Recife, PE, 2007.

A discussão sobre a dependência de tabaco e suas comorbidades tem grande importância na conjuntura atual de tratamento na prática clínica, dada a alta prevalência do consumo do tabaco na população em geral, sendo sensivelmente maior entre os pacientes psiquiátricos. Estudos mostram que fumar interfere de um modo complexo no humor e por outro lado, a abstinência da nicotina piora temporariamente o humor, a cognição e a ansiedade. Além disso, fumar influencia a relação entre os transtornos psiquiátricos e a mortalidade, diminui o efeito terapêutico e aumenta os efeitos colaterais de vários medicamentos psicotrópicos (MALBERGIER & OLIVEIRA, 2005).

No grupo de indicadores clínicos, identificou-se como origem da demanda: 20% do PSF, 30% demanda espontânea, 15% egressos de hospitais psiquiátricos, 10% de outras instituições e 25% não informado. De todos esses

usuários, 57% nunca foram internados em hospital psiquiátrico, antes da admissão no CAPS e 25% faziam uso de medicamento psiquiátrico atípico, também conhecido como antipsicótico de segunda geração, pelo mecanismo de antagonismo de serotonina e dopamina. Pertencem a este grupo a Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona e Clozapina.

Quanto à hipótese diagnóstica na 1ª admissão, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID – 10), encontraram-se 34,4% dos usuários no grupo F30 (transtornos do humor - afetivos); 25,6% no grupo F20 (esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes) e 3,3% no grupo F40 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes). Não informados foram 16,7% e 20% dos casos eram compostos por mais de um diagnóstico.

Observa-se aqui a alta prevalência de transtornos comuns (transtornos do humor - afetivos), o que indica uma necessidade de aperfeiçoamento da saúde mental na atenção básica. A realidade das equipes de atenção básica demonstra que elas se deparam com problemas de saúde mental com muita frequência.

Segundo documento do Ministério da Saúde

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2010:3).

Em resumo, o documento traz os princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica, os quais são: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Dados mais gerais de pesquisas realizadas pela OPS e OMS evidenciaram a amplitude dos problemas mentais, que aumentará dentro de 17 anos. Existe uma estimativa de que, em cada quatro habitantes do planeta, um enfrentará algum tipo de transtorno mental, como depressão, esquizofrenia, atraso mental, distúrbio da infância e adolescência, dependência de álcool ou de drogas, ou mal de Alzheimer (SOUZA, 2007; OPAS, 2001).

Com relação à carga global de morbidade de todo o mundo, os problemas mentais produzem uma carga de 8,1%. Especificando por diagnósticos, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que os Transtornos Depressivos encontram-se no topo com 17,3%, seguidos pelas Demências e Doença de Alzheimer com 12,7%; a Dependência de Álcool com 12,1%; a Epilepsia com 9,3%; as Psicoses com 6,8%; o Transtorno de Estresse Pós-Traumático com 4,7%, a Farmacodependência com 4,8% (MEDEIROS; FERREIRA FILHA & VIANA, 2006).

No relatório mais recente da OMS, a depressão aparece como a quarta doença mais freqüente no mundo, com cerca de 121 milhões de pessoas atingidas, seguida pela Dependência alcoólica, com 140 milhões; a Esquizofrenia, com 50 milhões; a Epilepsia, com 24 milhões de pessoas, a qual é tida como o Transtorno Cerebral mais comum na população geral (OMS, 2001).

No Brasil, os levantamentos epidemiológicos apontam para uma estimativa de 9% para os Transtornos de Ansiedade, 3% para os Transtornos Somatoformes, 2,6% para os Transtornos Depressivos (na população feminina), 8,0% para a Dependência ao Álcool (população masculina) e 4,3% para os Transtornos de Ansiedade (OPAS & OMS, 1997).

No que se refere à prevalência global de transtornos mentais na população brasileira, está estimada em 20%. Nas cidades brasileiras de diferentes regiões, segundo pesquisas epidemiológicas, há prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam de 34% (Brasília e Porto Alegre) a 19% (São Paulo) (MARI & JORGE, 1997).

Do total de 90 usuários, 5% tiveram mais de uma admissão no CAPS dentro deste ano. Consideramos nesta pesquisa o último período de tratamento, onde se observa no gráfico 2, a média de permanência.

MÉDIA DE PERMANÊNCIA
AVERAGE STAY

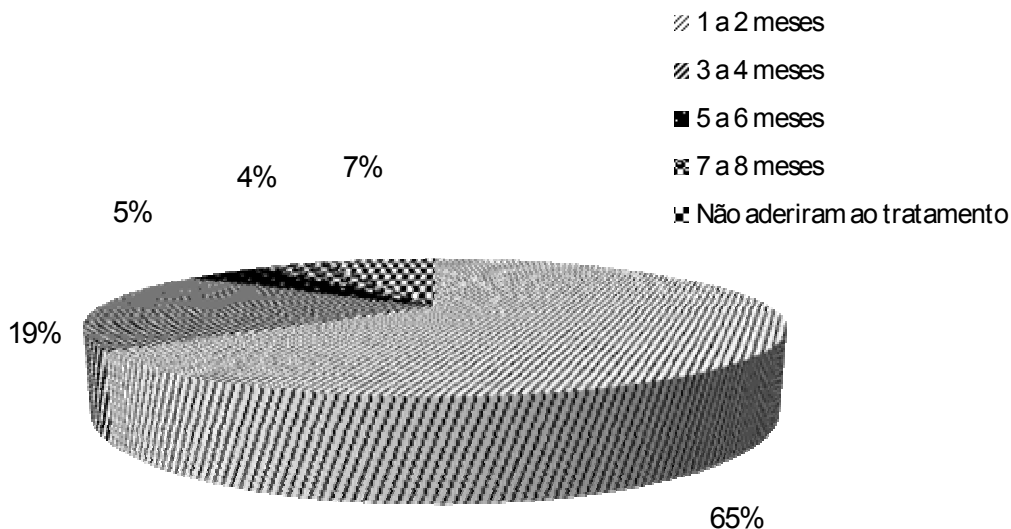


Gráfico 2: distribuição por média de permanência dos usuários acompanhados no CAPS. Recife, PE, 2007.

Graph 2: Distribution of average length of stay of users accompanied at CAPS. Recife, PE, 2007.]

Após a alta, os usuários foram encaminhados para diversos equipamentos da rede, tanto de saúde quanto social. Em muitos casos, o usuário recebeu mais de um encaminhamento. Os maiores percentuais, porém, foram de 58% para o ambulatório de psiquiatria na Policlínica e 20% para psicoterapia na mesma Policlínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área de saúde mental e psiquiatria, os estudos epidemiológicos visam, sobretudo ao diagnóstico comunitário, ao estudo do funcionamento dos serviços de saúde, à estrutura dos quadros clínicos e das síndromes mais comuns na área, à estimativa das populações de maior risco, aos processos de determinação e aos estudos históricos, para o favorecimento de resultados positivos (SAMPAIO, 1998).

Caracterizar a clientela assistida é sempre importante para a melhoria e aperfeiçoamento da assistência. Em se tratando de estudos epidemiológicos no campo da psiquiatria, Sampaio (1998) considera estes mais complexos porque os processos psíquicos sofrem influências de fatores sociais, econômicos e culturais e também estão em cena sujeitos estigmatizados e colocados à margem da sociedade, tornando-se a grande dificuldade desse tipo de pesquisa.

Este estudo serviu para subsidiar um planejamento das ações, além de identificar pontos importantes que podem ser desenvolvidos em pesquisas subseqüentes para avaliar o serviço mais profundamente, sob outras variáveis e numa abordagem qualitativa. Porém, uma limitação observada aqui se refere à qualidade das informações registradas nos prontuários, uma vez que muitos desses registros encontravam-se ilegíveis ou ausentes, o que pode ser superado com a inclusão do questionário no prontuário, o seu estudo e o estabelecimento de uma rotina a fim de garantir o preenchimento de forma correta, na admissão do usuário e conclusão do preenchimento na ocasião da alta.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A psiquiatria enquanto ideologia: conceitos sobre a dimensão negativa. Fragmento de Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, vol. 1, n.º 1, jul-out. 1994, pp66-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. CAPS. Brasília. s/d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1. Acesso em: 07 de agosto de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o Diálogo Necessários*. s/d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em: 20 de janeiro de 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos*: Resolução n.º 196/96. Brasília, DF, 1996.

MALBERGIER, André & OLIVEIRA Jr., Hercílio. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiq. Clín*, 32 (5): 276-282. 2005.

MARCONI, Marina A. & LAKATOS, Eva M. *Técnicas de pesquisa*: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 260.

MARI, Jair J & JORGE, Miguel R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry On-line Brazil*, 2 (5), 1997. Disponível em: <<http://www.priory.com/psych/tpqcm.htm>> Acesso em: 25 fev. 2010.

MEDEIROS, Emilene N; FERREIRA FILHA, Maria & VIANA, Rodrigo. Estudos epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. *Online braz. j. nurs.*, 5 (1). 2006.

MUESER, Kim; CORRIGAN, Patrick & DAVID, Hilton. Illness management recovery: a review of the research. *Psychiatr Services*, 53 (10): 1272-84. 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório da Organização Mundial de Saúde. *Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas*, 2001.

_____. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, vol.1.1997.

OPAS – OMS. Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. *Salud mental em el mundo: problemas y prioridades em poblaciones de bajos ingresos*. Washington-EUA, 1997.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

OSINAGA, Vera; FUREGATO, Antônia & SANTOS, Jair. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15 (1), jan./fev. 2007.

SAMPAIO, José. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SARACENO, Chiara & NALDINI, Manuela. *Sociologia da família*. Lisboa (PO): Estampa. 1992.

SOUZA, Adriano. *Centro de Atenção Psicossocial: Perfil epidemiológico dos usuários*. Dissertação de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2007. 103 f.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. *Psicologia em estudo*, Maringá, 11 (1): 175-183, jan./abr. 2006.

ABSTRACT

Among the devices of attention to the mental health, the CAPS have a strategic value for the Brazilian Psychiatric Reform, for making possible the organization of a network substitute to the Psychiatric Hospital in the country. This study describes the epidemiological profile of users admitted into a type II CAPS in Recife in 2007. It is a retrospective descriptive epidemiological study. 90 records were collected from the questionnaire data of

Mental Health Indicators. The results show the predominance of females. As the International Classification of Diseases 10th revision, we found 34.4% of users in the group F30 (mood disorders); 25.6% in F20 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) and 3.3% in F40 (neurotic disorders, stress related disorders and somatoform disorders).

KEYWORDS: Psychosocial Care Centers; Epidemiology; Health evaluation.