

# PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ORLEANS - SC

*Profile of attendees of the Psychosocial Care Center and Mental Health Program in the City of Orleans-SC.*

Francieli Bellettini<sup>1</sup>

Karin Martins Gomes<sup>2</sup>

## RESUMO

Este artigo é resultado de uma pesquisa, documental, de abordagem quantitativa, com o objetivo de delinear o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Programa de Saúde Mental no município de Orleans – SC, realizada nos 208 prontuários disponíveis no CAPS I e 401 no Programa de Saúde Mental no período de janeiro de 2009 até junho de 2010. A coleta focou os seguintes dados: gênero, idade, diagnóstico, profissionais consultados pelos usuários, internação psiquiátrica e uso de psicofármacos. Mostrou-se que no CAPS I 65% dos usuários são do sexo feminino, 37% com idade entre 41-50 anos, a hipótese diagnóstica de maior frequência (38%) é de transtornos classificados pela CID-10 entre F30 e F39 (transtornos afetivos de humor). 37% já tiveram internação psiquiátrica, 99% tiveram atendimento psiquiátrico e 87% psicológico. 98% fazem uso de psicofármacos. No Programa de Saúde Mental, 74% são do sexo feminino, 30% com idade entre 41-50 anos, a hipótese diagnóstica de maior frequência (42%), também envolveu transtornos classificados pela CID-10 entre F30 e F39. 6% tiveram internação psiquiátrica, 97% tiveram atendimento psiquiátrico e 11% psicológico. 97% fazem uso de psicofármacos. A Reforma Psiquiátrica é um contínuo processo de pensar as práticas e recriá-las além de concretizar na prática a visão biopsicossocial de saúde. Conhecendo o usuário podemos repensar a atenção psicossocial, verificando se a proposta da reforma psiquiátrica está sendo efetivamente realizada nestes serviços.

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE (Orleans, SC).  
E-mail: fbellettini@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE.  
E-mail: karin.unibave@yahoo.com.br.

**Palavras-chave:** Transtorno Mental. Programa de Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Atenção psicossocial. Reforma Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

This article is a result of a quantitative documental analysis aiming to delineate the profile of attendees of the Center for Psychosocial Care (CAPS) and the Mental Health Program in the city of Orleans – SC, from January 2009 to June 2010. The following data were collected: gender, age, diagnosis, professionals consulted by users, psychiatric hospitalization, and use of psychiatric drugs. Consulted were the 208 medical records available at CAPS I and 401 in the Mental Health Program. In CAPS I 65% of the attendees were female, 37% aged 41-50 years, the diagnosis with higher frequency (38%) was disorders classified by ICD-10 between F30 and F39 (mood affective disorders). 37% had psychiatric hospitalization, 99% had been under psychiatric care and 87% under psychological treatment. 98% used psychotropic drugs. In the Mental Health Program, 74% were female, 30% aged 41-50 years, most often (42%) diagnosed with disorders classified by ICD-10 between F30 and F39 (mood affective disorders). 6% had psychiatric hospitalization, 97% % had been under psychiatric care and 11% under psychological treatment. 97% used psychotropic drugs. Knowing the patient can rethink psychosocial care, ensuring that the proposals of the psychiatric reform are applied in these services. These proposals constitute a continuous process of thinking practices and re-creating them in the context of biopsychosocial health.

**Keywords:** Mental Disorder. Mental Health Program. Psychosocial Care Center – CAPS. Biopsychosocial. Psychiatric Reform. Psychosocial care.

## **1 INTRODUÇÃO**

Estimativas atuais da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) indicam que cerca 700 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental, neurológico e/ou comportamental que causam um grande sofrimento individual e social. Os transtornos mentais representam 13% do total de todas as doenças do mundo e são um terço das patologias não transmissíveis. Segundo as estimativas da OMS cerca de 350 milhões de pessoas deverão sofrer de depressão e 90 milhões terão uma desordem pelo abuso ou dependência de substâncias. Ainda de acordo com as projeções da OMS

uma em cada quatro pessoas sofrerá de alguma perturbação mental em alguma fase da vida

A Reforma Psiquiátrica no Brasil vem se desenvolvendo desde a década de 70, fundamentada no movimento italiano liderado por Franco Basaglia, que buscava coletivamente construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. O pensamento de Franco Basaglia influenciou, entre outros, o Brasil, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social. (JORGE et al., 2003).

A partir desse processo, ao final da década de 80 e início da década de 90, surgem uma série de iniciativas a respeito dos direitos dos pacientes psiquiátricos; em 1987 acontece o II Congresso Nacional Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, se inicia, então, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse mesmo ano, é implantando na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país. Na sequência, em Santos é implantado um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), com assistência 24 horas, que gera uma grande repercussão mostrando a todos que a reforma psiquiátrica brasileira era possível de ser executada e reproduzida (AMARANTE, 1995).

Em 1989, é dada entrada ao Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional, “que propõe a regulamentação da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país”. Em 1990 surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. (MELLO et al., 2007, p.41). Fortalecem-se, então, os modelos assistenciais, hoje incorporados à Política Pública de Saúde Mental em todo o país, Saúde Mental na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços estratégicos substitutivos ao hospital psiquiátrico têm sido a principal alternativa para as pessoas que buscam atendimento em saúde mental.

Estes serviços estão pautados nos princípios e diretrizes do SUS de universalidade, equidade e integralidade no acesso aos serviços e ações de saúde e na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”

(BRASIL, 2007, p.17). A modificação no ideário nacional ao ampliar os horizontes da clínica, incorpora a dimensão psicossocial, objetivando a reinserção social do usuário e o resgate de sua autonomia, valorizando a ideia de fazer valer os direitos de cidadania do usuário, preocupando-se em proporcionar uma assistência especializada e individualizada.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003).

Estes serviços estão dentro do novo paradigma de saúde-doença, o biopsicossocial, pois na contemporaneidade, pode-se observar que as concepções e ações em saúde buscam superar o modelo biomédico, mecanicista e centrado na doença, também denominado paradigma curativista ou biomédico (PEREIRA et al., 2011). Segundo Marco (2006), a perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais.

## **2 AMBULATÓRIO EM SAÚDE MENTAL E CAPS**

O aumento da necessidade da população e as ações para a desinstitucionalização ampliaram a rede de atendimentos ambulatorial em saúde mental no país, comprometida em proporcionar ao indivíduo que está passando por um sofrimento psíquico, técnicas psicoterápicas, quer através do uso de instrumentos como também de medicamentos específicos e bem administrados.

O Ambulatório em Saúde Mental é um serviço de média complexidade, necessário a todos os municípios, pois atende a demanda de atenção aos transtornos em geral, principalmente os transtornos mentais leves e moderados, correspondem a 9% da população, dentre todas as faixas etárias (BRASIL, 2007). Tem por objetivo o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, como também a promoção da saúde mental, daqueles que precisam de avaliação e/ou acompanhamento psicológico e psiquiátrico sem necessitar de cuidado integral. Visando atingir a população em geral, inclusive crianças e adolescentes. Pode funcionar ou não ligado a uma Unidade de Saúde. A equipe especializada é composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, e estes serviços devem contar com pelo menos dois profissionais de nível superior, que estejam

capacitados para o trabalho em saúde mental. É referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, devendo estar integrado a rede de serviços de saúde mental já existente. No município estudado o Programa de Saúde Mental corresponde ao Ambulatório em Saúde Mental conforme diretrizes do governo.

Para atender à população com transtornos mentais graves e persistentes surgem os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (BRASIL, 2009). Estimava-se então a prevalência de transtornos mentais graves na população geral brasileira entre 25 a 38% (MELLO et al., 2007), entendendo-se que havia necessidade da implantação de serviços de referência no atendimento e tratamento para as pessoas que sofrem com transtornos mentais como: psicoses, neuroses graves e demais quadros psiquiátricos severos e persistentes. Os CAPS se organizam de acordo com o perfil populacional dos municípios, diferenciando-se pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida. Assim, são divididos em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (MELLO et al. 2007). A implantação do CAPS e seus serviços de assistência à saúde mental estão regulamentados pela Portaria GM 336/02, que estabelece três modelos de atendimento para os usuários do serviço, de acordo com as suas necessidades: intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2004).

Os CAPS são locais de produção de cuidados, de subjetividades, de autonomia, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. É um lugar onde se articula o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a diversidade de possibilidades de intervenções terapêuticas. Isso implica em desenvolver, a cada demanda que se apresente, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de ações que contemplem dimensões distintas do existir (PINHEIRO et al., 2007).

### **3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Atualmente sofrem de transtornos mentais severos 3% da população do país, ou seja, entre 5 e 6 milhões de pessoas. Além destes pacientes graves, se considerar aqueles que possuem os chamados transtornos mentais leves chegam a 12% da população, cerca de 20 milhões de pessoas (LIMA et al., 2008).

No Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2001) os transtornos depressivos, a esquizofrenia, o atraso mental, a dependência das drogas e do álcool, e a epilepsia são citadas como as mais comuns e que mais causam incapacidade nos indivíduos com

transtornos mentais. Dados estes que se mantiveram no Plano de Ação para a Saúde Mental 2013 – 2020 (WHO, 2013).

Segundo um estudo realizado na Região Sul do Brasil, em entrevista com 1.162 usuários de CAPS, a maioria das pessoas com algum transtorno mental, que frequentam o CAPS, são do sexo feminino, com uma média de idade de 42 anos, já tiveram alguma união conjugal, com baixa renda e escolaridade e com prevalência do Transtorno Depressivo Maior, tendo um alto índice de internação psiquiátrica (SILVEIRA ET AL., 2009).

Em um estudo realizado para caracterizar o perfil epidemiológico de um CAPS de um município do Estado do Rio Grande do Sul (PELISOLI e MOREIRA, 2007). Os resultados obtidos apontam a prevalência do público feminino. As mulheres apresentam maior frequência de transtornos afetivos, transtornos ansiosos, transtornos dissociativos e transtornos alimentares. Os homens apresentam maiores taxas de dependência química (Andrade et al., 2006).

Já o estudo realizado com pacientes de um ambulatório em saúde mental constatou que a maioria de seus usuários eram mulheres, com idade média de 35 anos, escolaridade baixa e os transtornos mentais mais prevalentes foram: Episódio Depressivo (33%); Transtorno misto de ansiedade e depressão (10%) e Transtorno Bipolar (6%) (PALMEIRO et al., 2009).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. As mulheres têm apresentado maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor do que os homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta (ANDRADE et al., 2006).

A incidência dos transtornos de humor tem sido ressaltada em muitos estudos epidemiológicos realizados nas últimas duas décadas. Uma vez que depressão maior é comum e tende à recorrência, a incidência é relativamente alta. Estudos indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. A idade do início dos transtornos depressivos situa-se entre 20 e 40 anos, apesar de a depressão também ocorrer na infância (LIMA, 2009).

A partir disto, esta pesquisa tem por finalidade delinear o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do Programa de Saúde Mental no município de Orleans

- SC. Conhecer o perfil dos usuários desses serviços é imprescindível para oferecer uma assistência especializada e individualizada, bem como aperfeiçoar a assistência prestada e promover o desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

#### **4 MÉTODO**

A pesquisa aqui descrita foi realizada em dois locais: Uma unidade de referência onde funciona um Programa de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. O Programa de Saúde Mental no município de Orleans – SC, iniciado em 2003, tem como objetivo prestar serviço de assistência à saúde mental à população a nível ambulatorial. Sua equipe é formada por um psiquiatra e uma psicóloga e a clientela composta por indivíduos acima de cinco anos que possuam sinais e sintomas de alteração psicológica e/ou alguns transtorno mental leve ou moderado. São realizados atendimentos psicológicos e consultas psiquiátricas. Em 2004, foi implantado o CAPS I no município, com o objetivo de construir um modelo integral de assistência à saúde mental, com fins de evitar a hospitalização, a perda do convívio social e as situações incapacitantes, promover uma melhor qualidade de vida e resgatar o direito à cidadania. Sua clientela é composta por indivíduos acima de 14 anos que possuam algum transtorno mental severo e persistente. Conta com uma equipe composta por psiquiatra, duas psicólogas, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social, duas recepcionistas e uma auxiliar de serviços gerais. Dentre as atividades desenvolvidas, as principais são atendimento psicológico individual/grupal, consultas psiquiátricas, terapia ocupacional, atendimento/orientação à família, atividades comunitárias, visitas domiciliares e refeições.

Para a coleta dos dados realizou-se uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, denatureza exploratória (SILVA; MENEZES, 2001; MARCONI; LAKATOS, 2007; GIL, 2009) a partir dos prontuários dos usuários que frequentaram estes serviços no período de janeiro de 2009 até junho de 2010. Foram coletadas informações de gênero, idade, ocupação, hipótese diagnóstica, profissionais consultados, existência de internação psiquiátrica e uso de psicofármacos de 208 prontuários de usuários do CAPS I e 401 prontuários de usuários do Programa de Saúde Mental.

Respeitando as convenções éticas da pesquisa, esta se cumpriu a partir dos termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIBAVE (CEP – UNIBAVE), protocolo 0007/2010.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os prontuários pesquisados no CAPS há a prevalência do público feminino, (65%). No Programa de Saúde Mental este indicativo é maior - dos 401 prontuários ali pesquisados, 74% são do sexo feminino, e 26% são do sexo masculino. Estes dados vão ao encontro dos estudos realizados por Silveira et al. (2009), Kantorski (2009), Palmeiro et al. (2009), Pelisoli e Moreira (2007) e Andrade et al. (1999), em que a maioria dos usuários destes serviços substitutivos é representada pelo sexo feminino.

A demanda maior destes serviços é representada por usuários entre 30 e 50 anos, faixa etária que se faz prevalente em outros estudos como os de Palmeiro et al. (2009) e Kantorski (2009), com usuários de CAPS da região sul do Brasil. Percebe-se, assim, que o transtorno mental vem atingindo a população economicamente ativa (ANDRADE et al., 1999).

As hipóteses diagnósticas podem ser observadas na Tabela 1, abaixo.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	APS	PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
F00 - F09	%	2%
F10 - F19	%	5%
F20 - F29	%	4%
F30 - F39	8%	42%
F40 - F49	1%	39%
F50 - F59	%	3%
F60 - F69	1%	1%
F70 - F79	%	-
F90 - F99		3%
Não consta	1%	1%
	00%	100%

Tabela 1 – Hipóteses diagnósticas de pacientes do CAPS I e do Programa de Saúde Mental do município de Orleans-SC entre janeiro de 2009 e junho de 2010.



Tanto os usuários do CAPS I (38%) quanto os do Programa de Saúde Mental (42%) possuem como hipótese diagnóstica mais prevalente os transtornos classificados pela CID-10 entre F30 e F39, os transtornos de afetivos de humor.

A partir dos dados coletados no Programa de Saúde Mental vale ressaltar que nesses prontuários havia a classificação por meio da CID-10 apenas em oito prontuários, nos outros constava o diagnóstico. Por esta razão, a pesquisadora, junto com o psiquiatra responsável, classificaram a psicopatologia de acordo com cada categoria dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10, o que permitiu relacionar os dados com os já coletados do CAPS I, o qual adotava a nomenclatura da CID-10 em todos os prontuários.

Em relação à modalidade de regime de tratamento, no Programa de Saúde Mental não há essa classificação com os usuários, visto que ele funciona como ambulatório. Por outro lado, no CAPS I 12% dos usuários pertencem ao regime semi-intensivo de tratamento, 9% ao regime não intensivo e 6% ao regime intensivo. Em 153 dos prontuários pesquisados (73%) não consta a modalidade do regime de tratamento do usuário. Essa diferenciação de modalidades para o regime de tratamento é instituída apenas com os usuários do CAPS I, que realizam outras atividades além das consultas com os profissionais. O Ministério da Saúde (Brasil, 2004), afirma que 3% da população brasileira, que é a população estimada com transtorno mental, necessita de cuidados intensivos e 9% necessitam de atendimento eventual, em regime semi-intensivo.

No que diz respeito ao atendimento psicológico, os usuários do CAPS I que passaram por este atendimento representam a maioria, totalizando 87%, já os que não utilizaram estas consultas ou este item não consta no prontuário, representam 13% dos usuários. No Programa de Saúde Mental 27% dos usuários passaram por atendimento psicológico e 73% não passaram ou o item não consta no prontuário. Os dados indicam um contraponto entre os dois programas, no CAPS I o atendimento psicológico foi realizado com a maioria absoluta dos usuários, contra uma minoria dos usuários tiveram este atendimento no Programa de Saúde Mental.

Com relação ao atendimento psiquiátrico, as informações contidas nos prontuários dos usuários do CAPS I indicam que 99% dos usuários passaram por atendimento psiquiátrico, e apenas 1% não consultou com o psiquiatra ou não consta no prontuário a consulta. No Programa de Saúde Mental 97% dos usuários passaram por atendimento psiquiátrico, e 3% dos usuários não consultaram ou a consulta não consta no prontuário do paciente. Verifica-se, assim, uma predominância do atendimento psiquiátrico em relação

ao psicológico, resultado para o qual se pode usar a hipótese da hegemonia do paradigma biomédico visando/curativista em detrimento do paradigma biopsicossocial, o qual visa à melhora do paciente levando-se em consideração sua integralidade e utilizando abordagens psicodinâmicas.

Segundo Pereira et al. (2011) atualmente o cuidado no paradigma da produção social de saúde ou paradigma biopsicossocial, que norteia a Reforma Sanitária, busca superar a noção de cuidado no paradigma curativista ou biomédico, o que tem se refletido em transformações no conceito de saúde, na compreensão sobre o processo saúde-doença, na organização do sistema brasileiro de saúde pública e nas práticas profissionais em saúde. Neste novo conceito de saúde emerge a subjetividade na produção de saúde, afinando-se com as ideias e concepções atuais que caminham para a interdisciplinaridade na medida em que ampliam o olhar sobre os diversos aspectos do processo saúde-doença.

O atendimento realizado pela assistente social acontece em apenas um destes serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico do município, no CAPS I. Neste serviço 15% dos usuários passaram pelo atendimento da assistente social, 85% dos usuários não passaram pelo atendimento da mesma, ou o atendimento não consta no prontuário destes usuários. Da mesma forma que a assistente social, o atendimento da terapeuta ocupacional é realizado em apenas um destes serviços, no CAPS I. 29% dos usuários passaram por atendimento por esta profissional, 71% não passaram pelo atendimento da mesma, ou o atendimento não consta no prontuário destes usuários.

Aos usuários dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico do município, apenas no CAPS I é prestado atendimento pela enfermeira. 38% dos usuários receberam atendimento da enfermeira e 62% não receberam atendimento ou não consta no prontuário.

De acordo com o que institui o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), no Ambulatório de Saúde Mental que neste município funciona como Programa de Saúde Mental, a equipe mínima deve ser formada por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. No Programa de Saúde Mental do Município atuam um psiquiatra e um psicóloga, não havendo atendimento por assistente social.

No CAPS I, o Ministério da Saúde exige uma equipe mínima formada por nove profissionais: um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional) e quatro de nível médio (BRASIL, 2004). Neste município a equipe de profissionais de nível

superior, à época da pesquisa, estava composta pelo mínimo exigido, um psiquiatra, uma enfermeira, duas psicólogas, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

A partir das iniciativas de desinstitucionalização o número de internações psiquiátricas vem diminuindo a cada ano. 37% dos usuários do CAPS I já estiveram internados em hospital psiquiátrico, 50% não estiveram, e em 13% dos prontuários pesquisados essa informação não consta. Dos usuários do Programa de Saúde Mental, 6% já estiveram internados em hospital psiquiátrico, e 94% não estiveram ou não consta essa informação no prontuário. Somando os dois percentuais obtidos na pesquisa obtemos um total de menos da metade (43%) de usuários com prévia internação em hospita psiquiátrico. O surgimento desses serviços mostra-se como de grande importância para as comunidades, pois atendem à demanda de saúde mental que não necessariamente necessita de internação psiquiátrica, além de promover a reinserção social de indivíduos com transtorno mental (PINHEIRO et al., 2009).

A associação de psicoterapia e psicofármacos tem sido eficaz no tratamento de vários transtornos mentais. No que diz respeito a essa interação, Caminha et al., (2003) relatam que há determinados casos, com diagnósticos realizados em psicoterapia, que necessitam do uso de psicofármacos para o alívio de sintomas emergentes. Esta associação melhora a qualidade de vida do paciente e colabora para a evolução positiva do quadro psiquiátrico.

98% dos usuários do CAPS I fazem uso de recursos psicofarmacológicos, 1% não utiliza nenhuma medicação de uso controlado e para o outro 1% esse indicativo não consta. No Programa de Saúde Mental, 97% dos usuários fazem uso de psicofármacos e 3% não fazem uso ou esta informação não consta no prontuário.

Considerando, a partir dos dados acima, que a esmagadora maioria dos usuários toma medicações, entendemos ser necessário que haja bom senso na avaliação psiquiátrica e psicológica. Um diagnóstico precoce com uso de medicação inadequada pode trazer consequências mais sérias adiante, como a dependência ou tolerância do mesmo. Há de se pensar quando é realmente necessário “medicalizar” o sofrimento humano (CAMINHA et al., 2003). Em contrapartida, sabemos que a população busca alívios imediatos do seu sofrimento e procura na medicação esse suporte, mas nem sempre o caminho mais fácil é o que trará melhores resultados.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre –

mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2003). E seguindo este pensamento a visão biopsicossocial traz alguns princípios como: Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação; o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas; A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem-se considerar os vários níveis etiopatogênicos e todos eles requerem investigação adequada (PEREIRA et al., 2011).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração deste artigo teve como objetivo delinear o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do Programa de Saúde Mental no município de Orleans – SC. Foi realizada uma pesquisa, para a qual foi necessária uma breve contextualização da trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira até os dias atuais, as novas políticas de atenção em saúde mental, especificamente os Ambulatórios em Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial, ou seja, o universo da atenção em saúde mental e no município de estudo.

O Programa de Saúde Mental e o CAPS I de Orleans - SC, locais onde se conduziu o estudo, nos proporcionaram condições para a realização da pesquisa. Os resultados obtidos permitiram delinear o perfil dos usuários do CAPS I e do Programa de Saúde Mental de Orleans - SC.

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 alcançados. Uma destas limitações foi o alto índice de dados não preenchidos nos prontuários dos usuários dos dois serviços de saúde mental. O preenchimento e o registro das informações contidas nos prontuários das instituições públicas de saúde devem ser feitos corretamente, para possibilitar as análises epidemiológicas quando necessárias.

A partir dos perfis, é possível propor a realização de uma assistência focada. Para que isso passe do discurso à prática se faz necessário repensar o já definido, num esforço conjunto que envolve gestores, profissionais, usuários, família e os vários segmentos sociais, na busca de conceder à pessoa em sofrimento mental aquilo que lhe é de direito, começando com a cidadania e indo ao encontro do modelo biopsicossocial de atendimento em saúde.

Conhecendo o usuário podemos repensar a atenção psicossocial, verificando se a proposta da reforma psiquiátrica está sendo efetivada nos serviços substitutivos. Esta proposta é um contínuo processo de pensar as práticas e recriá-las.

Esperamos que este estudo, ao atingir os objetivos aos quais ele se propôs, contribua, de alguma forma, para o aprimoramento das ações nos CAPS e ambulatórios de saúde mental, pois estes devem caminhar rumo a uma prática em saúde mental baseada nos preceitos da reforma psiquiátrica, ampliando as atividades clínicas, vendo o indivíduo como um ser biopsicossocial, fazendo um resgate de sua autonomia, proporcionando sua reinserção social, fazendo valer seus direitos de cidadania a partir de uma assistência especializada e individualizada.

O estudo intencionou oferecer subsídios para a elaboração de um plano estratégico onde as ações de saúde mental compreendam a complexidade do processo saúde-doença mental e com isso promovam ações mais amplas que tragam a melhoria da qualidade de vida da população.

Por outro lado de acordo com os dados analisados cabe aqui um questionamento, será que já estamos trabalhando em nossas práticas com o modelo em saúde-doença biopsicossocial?

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANDRADE, L.H.S.G., et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, 5(26): 257-61, set./out. 1999.

ANDRADE, L.H.S.G., et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, 33(2): 43-54, mar./abr. 2006.

BRASIL. *Saúde Mental e Atenção Básica*. O Vínculo e o Diálogo Necessário. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002. In: *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMINHA, R.M., et al. *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

JORGE, M.A.S., et al. Organização da assistência psiquiátrica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-49.

LIMA, M.C.P., et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, Aug. 2008.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.21, p. 01-05, mai. 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos da metodologia científica*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCO, M.A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, V.5 n 1. p.60-72, Jan./Abr. 2006.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001.

PALMEIRO, N.M.S., et al. *O perfil do usuário e o diagnóstico prevalente no Ambulatório de Saúde Mental de Santa Maria-RS*. Trabalho apresentado ao XVIII Congresso de Iniciação Científica, Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, 2009.

PELISOLI, C.L.; MOREIRA, A.K. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial por meio do perfil de seus usuários. *Mental*, UNIPAC, Brasil, v. 8, ano V, p. 61-75. Jun. 2007.

PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*. Ano IX. Nº 17. Barbacena-MG p. 523-536. jul./dez. 2011.

PINHEIRO, R., et al. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ LAPPIS: ABRASCO, 2007.

SILVA, E.L. da; MENEZES, E.M. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SILVEIRA, C.G.S., et al. *Perfil dos usuários dos CAPS da região sul do Brasil*. Trabalho apresentado ao XVIII Congresso de Iniciação Científica, Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, 2009.

WHO. A66/10 Rev.1. Provisional agenda item 13.3.16 maio, 2013.