

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)^a

Aline Araújo Freitas^b

Rozemere Cardoso de Souza^c

Resumo

Este trabalho teve por objetivo descrever o conjunto de características clínicas e sociodemográficas dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ilhéus, Bahia. A população do estudo constituiu-se de 223 usuários de ambos os sexos cadastrados no serviço até o mês de julho do ano de 2007. Utilizaram-se dados secundários e primários, obtidos nos prontuários, para o preenchimento de formulário elaborado para este fim, e de entrevista em caráter complementar. O perfil dos usuários é representado por idade média de 43 anos, sendo 52% do sexo masculino, 16% aposentado/beneficiário, apenas 2% informaram não possuir algum tipo de religião. O diagnóstico mais frequente é o de esquizofrenia (30%) e 45% dos usuários estavam cadastrados no serviço de modo não-intensivo. Os resultados apresentados revelam peculiaridades da clientela do CAPS, podendo contribuir para (re)orientação de estratégias de cuidado e de reabilitação psicossocial para a pessoa portadora de transtorno mental.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Saúde mental. Perfil epidemiológico.

CLINICAL AND SOCIAL DEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS) USERS

Abstract

This paper has the objective of describing the set of social and demographic characteristics of Psychosocial Care Centers (CAPS) users in the municipality of Ilhéus, Bahia. The study population consisted in 223 users of both genders registered in the service until July 2007. Secondary and primary data, obtained from interviews and medical records, through questionnaires created for the purpose, were used. The average user is aged 43, 52% male, 16% retired; only 2% reported not professing any religion. Schizophrenia is the most common

^a Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

^b Centros de Atenção Psicossocial (CAPSAD e CAPSi) da Prefeitura Municipal de Eunápolis, Bahia. Ex-bolsista do Programa de Bolsas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), vinculado ao Programa de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

^c Departamento de Ciências da Saúde da UESC (DCS/ UESC).

Endereço para correspondência: Rua Maria Luiza, nº. 603, Iguape, Ilhéus, Bahia. CEP: 45658-350. rozemeresouza@ig.com.br.

diagnostic (30%) and 45% were registered in non-intensive regime. The results presented unveil some particular characteristics of the users of the CAPS service, and they can contribute to (re)direct care and psychosocial rehabilitation strategies for people with mental disorder.

Key words: Mental Health Services. Mental Health. Mental Disorders. Health Profile.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SÓCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CAPS)

Resumen

Este trabajo tuvo por objetivo describir el conjunto de características clínicas y sociodemográficas de los usuarios del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) del municipio de Ilhéus, Bahia. La población del estudio estuvo compuesta por 223 usuarios, de ambos sexos, registrados en el servicio hasta el mes de julio del año 2007. Se utilizaron datos secundarios y primarios, obtenidos a partir de históricos clínicos e los prontuarios, a partir de formulario elaborado para esa finalidad y de entrevista complementaria. El perfil de los usuarios fue representado por la edad media de 43 años, siendo 52% del sexo masculino, 16% jubilado/beneficiario, apenas 2% informaron no poseer algún tipo de religión. El diagnóstico más frecuente es la esquizofrenia (30%) y 45% de los usuarios estaban registrados en el servicio de modo no intensivo. Los resultados apuntan peculiaridades de la clientela del CAPS, pudiendo contribuir para la (re)orientación de estrategias de cuidado y de rehabilitación psicosocial para la persona con trastorno mental.

Palabras-clave: Servicios de Salud Mental. Salud Mental. Perfil Epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A reforma da atenção psiquiátrica tem proporcionado cada vez mais a inserção social da pessoa portadora de transtornos mentais, com a adoção de novos serviços e programas, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Pode-se dizer que o projeto de implantação dos CAPS vive hoje um momento particular. No primeiro instante, ele foi um laboratório, uma experiência isolada cujo objetivo principal era demonstrar que o cuidado em saúde mental podia incorporar outros dispositivos que não os tradicionais, como hospitais, ambulatórios e suas variantes. Com a progressiva implantação de unidades, o projeto ganhou corpo e tornou-se efetivamente uma proposta alternativa, com a conquista de espaços no campo das políticas de assistência.¹

Segundo o Ministério da Saúde:^{2:3}

CAPS [...] é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com

transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e personalizado.

Nos Centros são realizados acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS do município de Ilhéus foi o primeiro a ser implantado no interior do estado da Bahia, no ano de 1995, sendo iniciativa de uma instituição privada, conveniada com o SUS. No ano de 2002, esse serviço foi assumido pelo governo municipal. Desde então, vem atendendo uma clientela crescente de pessoas adultas com psicoses e neuroses graves, com a perspectiva de reabilitação psicossocial.

Embora os novos serviços, como o referido CAPS, venham se consolidando como práticas inovadoras e, portanto, substitutivas ao hospital psiquiátrico, são escassos os estudos que priorizam a avaliação, tanto no tocante à qualidade quanto em relação ao acompanhamento dos resultados que permitem auxiliar as possíveis mudanças estratégicas.¹

Com base nisto, apresenta-se este estudo que faz parte de um projeto maior, intitulado *Conhecendo Perfis e Sentidos da Produção de Cuidado entre Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial*, cujos resultados poderão servir para (re)orientar estratégias de reabilitação psicossocial e de produção de cuidado em saúde mental situadas, dirigida às pessoas portadoras de transtorno mental.

Desse modo, este estudo teve por objetivos investigar o conjunto de características clínicas e sociodemográficas dos usuários assistidos pelo CAPS, com a possibilidade de contribuir com subsídios para um possível processo de avaliação.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é de caráter descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial do município de Ilhéus, Bahia. O município conta com uma população aproximada de 219.265 habitantes, residindo em área urbana e rural,⁴ distribuídos em uma área geográfica estimada de 1.841 km².

Participaram deste estudo 223 usuários de ambos os sexos, inseridos no serviço desde sua implantação até o mês de julho do ano de 2007, sob a forma de cuidados intensivos, semi-intensivos e não-intensivos. Por conta desse recorte, foram excluídos os usuários cadastrados no serviço após esse período.

A coleta de dados foi realizada entre o período de 9 de agosto de 2007 a 30 de janeiro de 2008. Utilizou-se formulário para a coleta de dados secundários contidos

nos prontuários médicos e entrevista com os usuários para a coleta de dados primários, complementares às informações dos prontuários.

Dentre as variáveis clínicas e sociodemográficas investigadas, destacam-se: diagnóstico apresentado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), tempo de acolhimento, tempo de adoecimento, idade, sexo, ocupação, religião e condições da moradia.

Os dados foram analisados por meio da distribuição de frequências e apresentados nas formas descritiva, gráfica e tabular.

Este estudo cumpriu exigências éticas da pesquisa com seres humanos, definidas na Resolução CNS 196/96. O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz (CEP/UESC), em dezembro de 2005, sob o protocolo de número 071/06.

RESULTADOS

Os usuários investigados, 223 no total, apresentaram idade média de 43 anos, sendo a idade mínima observada de 18 anos e a maior idade de 72 anos, o que demonstra um grande intervalo nas faixas etárias entre a população de adultos jovens e a terceira idade.

A **Tabela 1** mostra predominância do sexo masculino (52%) e do regime de atendimento não-intensivo (45%), seguido do semi-intensivo (36,8%) e intensivos (18,2%). Com relação à religião, apenas 2,2% informou não possuir algum tipo de religião, sendo 36,8% de filiação evangélica e 28,7% católica.

Quanto à ocupação, observou-se que mais da metade dos usuários (53,4%) estavam exercendo algum tipo de atividade, sendo 21,0% "do lar", 14,4% ajudantes de serviços gerais, 13,4% estavam envolvidos em atividades não especificadas e 3,6% eram estudantes. Apenas 27,8% do total dos usuários exerciam algum tipo de atividade remunerada, 16,0% eram aposentados ou beneficiários da Previdência Social, e 13,3% estavam desempregados. Observou-se ainda que 35,1% afirmaram possuir como cuidador familiar o filho(a), tio(a) ou sobrinho(s), identificados pela categoria de "outros" familiares. Em seguida aparece a genitora, com 29,7%, totalizando 64,8% de cuidadores definidos por laços de consanguinidade (**Tabela 1**).

Das condições de moradia observadas, verificou-se que aproximadamente 60,0% dos usuários residem em casas de alvenaria/bloco e cerca de 50,0% deles possuem habitações com 4 a 6 cômodos. Destaca-se, ainda, que 39,0% dos usuários convivem com 1 a 3 pessoas e/ou familiares. Este mesmo percentual não registrava a condição de moradia (**Tabela 1**).

No CAPS estudado, constatou-se que 87,4% dos usuários residem em localidades fora do bairro em que está implantado o serviço, sendo 76,1% residentes em outros bairros da zona urbana e 11,3% residentes na zona rural. Há usuários de todas as regiões da cidade,

e alguns deles precisam realizar longos deslocamentos, de até 15 km, exigindo gastos com passagens rodoviárias ou algum tipo de auxílio transporte (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição percentual dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo características sociodemográficas – Ilhéus (BA) – 2007

(Continua)

Variáveis (%)	Regime de tratamento			
	Intensivo	Semi-intensivo	Não-intensivo	Geral
Sexo				
Masculino	51,2	57,8	48,5	52,5
Feminino	48,8	42,2	51,5	47,5
Religião				
Católica	53,7	20,5	25,3	28,7
Evangélica	26,8	48,2	31,3	36,8
Outras	0,0	3,6	2,0	2,2
Não possui	7,3	2,4	0,0	2,2
Não informado	12,2	25,3	41,4	30,0
Ocupação				
Aposentado/ Beneficiário	29,3	17,4	8,2	15,9
Do lar	29,3	17,4	20,0	21,0
Ajudante de serviços gerais	7,3	20,3	13,0	14,4
Estudante	0,0	5,8	3,5	3,6
Outros	16,1	15,0	13,0	13,4
Desempregado	14,6	8,7	16,5	13,3
Não informado	4,9	17,4	25,9	18,5
Cuidador familiar				
Cônjuge	4,9	23,2	30,3	23,0
Mãe	41,5	29,3	25,3	29,7
Vizinho/ amigo	0,0	29,3	6,1	3,2
Outro (filho, tio, sobrinho)	48,8	30,5	33,3	35,1
Não informado	4,9	15,9	5,1	9,0
Tipo da habitação				
Alvenaria	75,6	59,0	52,5	59,2
Madeira	0,0	15,7	6,1	8,5
Não informado	24,4	24,1	40,4	31,4
Outro	0,0	1,2	1,0	0,9

Tabela 1. Distribuição percentual dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo características sociodemográficas – Ilhéus (BA) – 2007

(Conclusão)

Variáveis (%)	Regime de tratamento			
	Intensivo	Semi-intensivo	Não-intensivo	Geral
Número de cômodos				
1 a 3	29,3	20,5	16,2	20,2
4 a 6	41,5	51,8	47,5	48,0
≥ 7	14,6	4,8	9,1	8,5
Número de moradores				
1 a 3	48,8	30,1	42,4	39,0
4 a 7	19,5	20,5	15,2	17,9
≥ 8	14,6	3,6	4,0	5,8
Não informado	17,1	45,8	38,4	37,2
Procedência				
Bairro de localização do CAPS	14,6	13,4	9,1	11,7
Outros bairros – Zonas: Leste, Norte, Oeste, Sul e Centro	73,2	76,8	76,8	76,1
Zona Rural, incluindo distritos	9,8	9,8	13,1	11,3
Não informado	2,4	0,0	1,0	0,9
Renda familiar				
< 1 salário mínimo	0,0	6,0	1,0	2,7
1 a 3 salários mínimos	63,4	39,8	31,3	40,4
≥ 4 salários	14,6	3,6	2,0	4,9
Sem renda	0,0	3,6	5,1	3,6
Não informado	22,0	47,0	60,6	48,4

Na **Tabela 2** observa-se que mais da metade dos usuários (54,2%) tem 10 ou mais anos e são portadores de transtornos mentais, o que justifica a inserção no CAPS. Identificou-se ainda que 48,0% do total dos usuários tem histórico de mais de 4 anos de acolhimento no serviço.

Com relação à internação, identificou-se, nos prontuários, que 46,6% dos usuários já sofreram internações em hospitais psiquiátricos. Deste universo, não havia referência acerca do número de internações sofridas por 64,7%. De igual modo, mais da metade (57,9%) dos prontuários não informava se os usuários frequentaram outros serviços de saúde antes do CAPS, o que estabelece lacunas importantes para análise do itinerário terapêutico desses usuários (**Tabela 2**).

Os principais problemas de saúde anteriores à inserção do usuário no CAPS foram identificados como sendo o uso de álcool e outras drogas (17,5%), doenças do aparelho

cardiovascular e circulatório (2,7%) e acidentes – causas externas (2,7%). Quanto aos problemas atuais, destacam-se o uso de álcool e outras drogas (16,7%) e a hipertensão arterial (8,6%).

(Tabela 2).

Os diagnósticos mais frequentes identificados nos prontuários foram esquizofrenia (30,0%), depressão (24,7%) e psicose não especificada (19,3%). É importante ressaltar que 4% desses usuários não tinham o seu diagnóstico informado nos prontuários. Os principais tipos de medicamentos utilizados foram antiepiléticos e anticonvulsivantes (70,4%), seguidos dos neurolépticos (62,6%) e ansiolíticos (31,8%). Esses medicamentos são prescritos de maneira isolada ou, como se observou com frequência, combinados entre eles **(Tabela 2)**.

Tabela 2. Distribuição percentual dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo características clínicas – Ilhéus (BA) – 2007

(Continua)

Variáveis (%)	Regime de Tratamento			
	Intensivo	Semi-intensivo	Não Intensivo	Geral
Tempo de adoecimento				
< 1 ano	0,0	1,2	1,1	0,9
1 a 4 anos	7,3	19,3	21,1	17,8
5 a 9	12,2	14,5	14,4	14,0
≥ 10 anos	75,6	51,8	46,7	54,2
Não informado	4,9	13,3	16,7	13,1
Tempo de acolhimento				
< 1 ano	0,0	1,2	1,0	0,9
1 a 2 anos	2,4	21,7	38,4	25,6
3 anos	12,2	22,9	30,3	24,2
≥ 4 anos	82,9	50,6	30,3	47,5
Não informado	2,4	3,6	0,0	1,8
Internações em Hospitais Psiquiátricos				
Sim	73,2	51,8	31,3	46,6
Não	14,6	12,0	21,2	16,6
Não informado	12,2	36,1	47,5	36,8
Quantidade de internações anteriores				
1 - 2	11,5	9,6	10,1	10,1
3 - 4	2,9	4,1	7,6	5,3
> 5	37,1	19,2	12,7	19,8
Não informado	48,6	67,1	69,6	64,7
Tratamento anterior em outros serviços				
Sim	26,8	20,7	24,5	23,5
Não	43,9	17,1	9,2	18,6
Não informado	29,3	62,2	66,3	57,9

Tabela 2. Distribuição percentual dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo características clínicas – Ilhéus (BA) – 2007

(Conclusão)

Variáveis (%)	Regime de Tratamento			
	Intensivo	Semi-intensivo	Não Intensivo	Geral
Problemas de saúde anteriores				
Uso de álcool e/ou outras drogas	17,1	12	22,2	17,5
Doenças do ap. cardiovascular e circulatório	4,9	2,4	2,0	2,7
Acidentes – causas externas	4,9	4,8	0,0	2,7
Distúrbios do órgão reprodutor feminino	9,8	2,4	0,0	2,7
Outros	4,8	8,4	6,0	6,6
Não informado	17,1	30,1	31,3	28,3
Não possui	41,5	39,8	38,4	39,5
Problemas de saúde atuais				
Uso de álcool e/ou outras drogas	26,9	18	11,2	16,7
Hipertensão	14,6	8,4	6,1	8,6
Distúrbio osteomusculares	0,0	2,4	5,1	3,2
Outros	2,4	7,2	7,0	6,5
Não informado	9,8	34,9	41,8	33,3
Não possui	46,3	28,9	28,6	32,0
Diagnóstico				
Esquizofrenia	39,0	38,6	19,2	30,0
Epilepsia	4,9	9,6	7,1	7,6
Psicose não especificada	29,3	18,1	16,2	19,3
Depressão	7,3	20,5	35,4	24,7
Oligofrenia	17,1	3,6	5,1	6,7
Outros	2,4	4,8	8,1	8,0
Não informado	0,0	3,6	5,1	3,6
Classe de medicamentos				
Antiepiléptico e Anticonvulsivante	75,6	66,3	71,7	70,4
Antidepressivo	9,8	26,5	31,3	3,0
Neurolépticos	80,5	62,2	55,6	62,6
Ansiolítico	36,6	25,3	35,4	31,8
Anti-histamínico	34,1	31,3	19,2	26,5
Anticolinérgico	14,6	14,5	14,1	14,3

Um ponto negativo na pesquisa, conforme tabelas apresentadas, foi a ausência de muitas variáveis não informadas em razão de lacunas e/ou falhas no preenchimento dos prontuários médicos, bem como a dificuldade de acesso, durante o período de coleta de dados, aos usuários do Centro.

Outra peculiaridade destacada é que aproximadamente 50% dos usuários não tinham sua renda familiar informada nos prontuários, o que conduziu ao desconhecimento deste e de outros aspectos relacionados, importantes para a análise das condições de vida dos pesquisados.

DISCUSSÃO

Foi possível evidenciar que os resultados apresentados apontam questões merecedoras de destaque quanto ao processo de reabilitação psicossocial desenvolvido no contexto do CAPS.

A média de idade dos usuários encontrada informa que o adoecimento mental atinge população de faixa etária adulta e economicamente ativa. Esses dados também foram achados em outros estudos.^{5,6} Associado a isto, percebeu-se que a predominância de usuários em regime de cuidado não-intensivo, o número de desempregados (13,3%) e o pequeno percentual de beneficiários da Previdência Social observados no estudo são aspectos que revelam a importância da inserção no mercado de trabalho para esse tipo de clientela.

Essa inserção deve ser gradualmente desenvolvida no serviço, em movimentos crescentes e que atinjam patamares cada vez mais elevados no que diz respeito ao empoderamento das pessoas com transtornos mentais e à geração de renda, de modo a qualificar as condições de vida e de cidadania dessas pessoas.

Esse processo significa proporcionar aos usuários *trabalho com valor social*, ou seja, com ampliação de trocas e de acesso aos bens e serviços e demais contextos da sociedade. É um processo que pode ser iniciado com oficinas terapêuticas e de trabalho no serviço, mas não terminar nele⁷, pois “[...] institucionalizar essas atividades é um grande perigo para a reabilitação psicossocial”.^{8:27}

Ainda em relação à faixa etária, a frequência de idosos identificada no serviço estudado, tendência que deve apresentar-se em outros contextos por conta do envelhecimento da população brasileira, exige uma atenção ainda maior quanto à situação de vulnerabilidade desse grupo populacional, que apresenta necessidades especiais em saúde mental. Sobre isso, o Relatório da Saúde Mental no mundo, elaborado pela Organização Mundial da Saúde,⁹ recomenda que as políticas públicas devam apoiar e melhorar os cuidados já prestados pelas famílias, incorporar a avaliação e a gestão da saúde mental nos serviços gerais de saúde

e proporcionar meios que assegurem períodos de descanso aos familiares, que são, com frequência, os principais prestadores de cuidados.

O predomínio da filiação evangélica em relação à católica, neste estudo, revela uma peculiaridade do grupo estudado, diferente de estudo¹⁰ realizado no ano de 2000, com pacientes internados nas enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, que obteve como resultado o predomínio da filiação católica. Contudo, os dados encontrados convergem com estatísticas mais atuais,^{11,12} que revelam o crescente aumento de filiação da religião evangélica no país.

Para a reabilitação psicossocial, os espaços de religiosidade têm implicações sociais diversas, podendo significar recursos da comunidade favoráveis à saúde mental, como acolhimento, redução de estigma, ampliação da autoestima e de trocas sociais. Entretanto, a filiação religiosa pode implicar também em limitações da vida dos sujeitos, como aumento do sentimento de culpa, negação da doença e dos benefícios da terapêutica medicamentosa.¹³ De uma forma ou de outra, as religiões refletem contextos e atores que dão sentidos ao processo saúde/doença mental, cujo manejo deve ser compreendido por parte dos atores envolvidos na produção de cuidado. Em lugares em que inexistem os recursos institucionais, recursos da comunidade, como as religiões, não determinam somente uma condição de complementaridade, mas de práticas terapêuticas e assistenciais inovadoras, desmedicalizadas.¹⁴

Os resultados que evidenciaram dificuldades de acesso da maior parte dos usuários ao serviço demonstram emergente necessidade de articulação do CAPS com os serviços da atenção básica, para facilitar diálogos na construção de redes sociais de apoio e de projetos comunitários que, dentre outras ações, possam reduzir a distância entre lugar de tratamento e comunidade em que vive o sujeito com transtorno mental. Além disso, o CAPS, por ser um serviço que se propõe a trabalhar diversos âmbitos da vida dos usuários como o socioeconômico, o clínico e o familiar, precisa estar bem articulado com outros setores, como o da assistência social, educação, esporte, cultura e turismo. Nesse sentido, o apoio matricial poderá contribuir, em muito, para descentralizar e qualificar a produção de cuidado em saúde mental. Para os usuários que residem no território de abrangência do serviço, este fato pode facilitar os diálogos na construção de redes e espaços de interlocução entre estes e os atores sociais da comunidade.

As avaliações objetivas comprovam que os usuários que têm acesso ao CAPS se reinternam menos, aderem mais aos tratamentos e abandonam menos os serviços.¹ Isso pode ser comprovado pelas variáveis acerca do itinerário terapêutico dos usuários, incluindo tempo de adoecimento e tempo de acolhimento. Neste estudo, não foi possível fazer esta relação devido à ausência de dados nos prontuários acerca do número de internações antes e após o

acolhimento dos usuários no serviço. Desse modo, interessa destacar dos achados que a proporção de pacientes que sofrem de um transtorno mental há mais de 10 anos também apresentou tempo de acompanhamento no serviço desde a sua abertura, revelando adesão ao tratamento, o que possibilita investir mais em terapêuticas que prescindam da internação psiquiátrica.

O referido tempo de adoecimento mental da maioria dos usuários investigados sugere pensar também em pessoas com comprometimento na vida cotidiana, o que converge para a clientela que deve ser atendida no CAPS. Ressalta-se que o adoecimento mental marca uma interrupção da vida, das atividades, das relações e do lugar de sujeito, havendo necessidade, por parte dos serviços, de especial atenção para estes aspectos da inserção social.¹⁵

O transtorno mental de maior frequência entre os usuários investigados foi esquizofrenia, evidenciada também em outro estudo de tema correlato.⁴ Em recente revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o impacto mundial da esquizofrenia, registra-se uma taxa de prevalência desse transtorno de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. Taxas de prevalência mais elevadas (próximas a 1%) também têm sido encontradas em estudos recentes realizados no Brasil.¹⁶

Dos fatores associados ao surgimento da esquizofrenia, enfatizam-se as investigações acerca da predisposição associada ao uso de álcool e outras drogas. O uso de maconha, por exemplo, pode prematuramente provocar o início da esquizofrenia na média de oito anos mais cedo do que nos não-usuários e causar a doença associada, em parte, pela interação com outros fatores que a predispõem. Jovens com cérebros imaturos e pessoas com predisposição genética à esquizofrenia ou com disposição à psicose, definida desde uma ocorrência ocasional de sintomas psicóticos moderados até aos graus mais severos, são mais vulneráveis aos efeitos do princípio ativo da maconha.¹⁷

Em se tratando do CAPS estudado e do contexto da reabilitação psicossocial, identifica-se a necessidade de mais investigações acerca das drogas psicoativas utilizadas pelos usuários, das possíveis associações com a prevalência da doença e/ou interações medicamentosas, e de intervenções eficazes para redução de danos.

Com relação à elevada frequência no uso de antiepilépticos/anticonvulsivantes, neurolépticos e ansiolíticos observada nos prontuários dos usuários do CAPS, pode-se inferir que é necessário o monitoramento constante dos efeitos dessas medicações e do lugar que essa prática ocupa no processo de reabilitação psicossocial. Quando não ocorre essa vigilância e/ou a terapêutica medicamentosa é privilegiada em detrimento de outras abordagens terapêuticas, como a atividade física, a terapia ocupacional e as oficinas de trabalho, há riscos para a reinserção social dos usuários.

Estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, São Paulo, identificou inadequações das práticas tanto referentes à prescrição quanto à dispensação de medicamentos psicotrópicos, refletindo o

[...] contexto em que os medicamentos se inserem, no qual há a ideia generalizada do medicamento como a solução perfeita, permitindo que o médico ao prescrever satisfaça as expectativas do paciente e suas próprias. Em muitas ocasiões, o momento mais importante da consulta passou a ser a prescrição, substituindo o diagnóstico e alternativas terapêuticas que, em alguns casos específicos, eram dominantes no passado.^{18:477}

Sobre isto, a Organização Mundial de Saúde orienta a descoberta e a prescrição de fármacos que sejam específicos na ação e tenham menos efeitos colaterais adversos.⁹

Outro aspecto relevante decorre das dificuldades operacionais encontradas para a realização do estudo, por conta de lacunas nos prontuários acerca de algumas variáveis, o que dificultou, especialmente, a análise do itinerário terapêutico e do impacto da frequência ao CAPS na redução do número de internações psiquiátricas dos sujeitos investigados.

Conhecer sobre a situação de saúde de certa população requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e também informações sobre os serviços, como a disponibilidade de seus recursos humanos e financeiros, bem como de infraestrutura. Esse conhecimento deve ser aplicado ao planejamento, à organização e avaliação das ações e dos serviços.¹⁹ A informação é, portanto, imprescindível à tomada de decisões.

Desse modo, este estudo pretende contribuir para apontar lacunas de parte dessas informações e também para produzir um importante conhecimento da clientela atendida no CAPS, possibilitando a reflexão sobre as ferramentas necessárias à produção de cuidado condizente com aspectos da realidade local.

Finalmente, o estudo também pretende contribuir para o debate acerca dos aspectos da gestão do cuidado que precisam ser tratados pelas equipes de saúde mental inseridas nos novos serviços e por profissionais de outros contextos, como a educação, a atenção básica e os recursos da comunidade, tendo em vista o alcance do que se propõe o processo de reabilitação psicossocial de pessoas portadoras de transtornos mentais.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Atenção Psicossocial de Ilhéus, Bahia, pelo apoio à realização do estudo. Ao Prof. Dr. Luis Roberto Martins Pinto, pelo apoio na sistematização dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra Junior B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. Extraído de [http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/cuidado_nos_caps.pdf], acesso em [15 de agosto de 2008].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate* 2001;5(58):35-47.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Extraído de [<http://www2.datasus.gov.br>], acesso em [12 de julho de 2008].
5. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. psiquiatr. Rio Gd.* 2005;27(3):270-7.
6. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2004;20(3):836-44.
7. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-8.
8. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 1998;9(1):26-31.
9. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva; 2001.
10. Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MHF. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad. Saúde Públ.* 2008;24(4):793-9.
11. Jacob C, Rodrigues R et al. Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil. Rio de Janeiro: PUC-RJ; Loyola; 2003.
12. Antoniazzi A. As religiões no Brasil segundo o Censo de 2000. *Rev. Est. Relig.* 2003;2.
13. Souza RC. Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos. [Tese] Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

14. Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1999.
15. Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta paul. enferm. [serial on the Internet]. 2009 feb; 22(1):11-6. Extraído de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002009000100002&lng=en]. doi: 10.1590/S0103-21002009000100002, acesso em [6 de julho de 2009].
16. Mari JJ, Leitaó RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev. bras. Psiqu. 2000;22(supl.1):15-7.
17. Hafner H. Psychosis and cannabis. Rev. Psiqu. Clín. 2005;32(2):53-67.
18. Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. bras. Cien. Farm. 2004;40(4):471-9.
19. Mota E, Carvalho DM. Sistema de informação em saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; Guanabara Koogan; 2003. p. 605-28.

Recebido em 14.7.2009 e aprovado em 27.7.2010.