

PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE RIO DO SUL/SC¹

Heloisa Helena Venturi Luz²

Cristiana Ropelatto Caetano³

RESUMO

Este artigo é resultado de uma pesquisa de campo, com o objetivo de delinear o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC, através das informações obtidas com o usuário do serviço e seu prontuário. Foram entrevistados 69 usuários do CAPS e do ambulatório de psiquiatria, em julho de 2015. A coleta focou nos dados pessoais dos pacientes e informações referentes à doença e seu tratamento. O estudo mostrou que o predomínio é do sexo feminino (70%), de 40 a 59 anos (54%), com o ensino fundamental incompleto (48%), 47% frequentam o CAPS a mais de 7 anos, 42% dos usuários do ambulatório manifestaram os sintomas a partir dos 30 anos e 35% dos usuários do CAPS entre 15 e 19 anos, em 74% tinha um fator desencadeador, predomínio dos transtornos de humor (F30 a F39), 28% utilizam medicamentos a mais de 17 anos, 39% usam de 5 a 10 doses diárias, 58% já abandonaram o tratamento alguma vez, 59% tem pelo menos um medicamento que não recebe do SUS, foram identificados 46 medicamentos, 26 disponibilizados no SUS, 72% afirmaram já ter tido vontade/pensado em tirar a sua própria vida, 46% já realizou alguma tentativa, 94% dos pacientes do CAPS foram internados, 36% sentem constrangimento por frequentar o CAPS. O CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida e o tratamento clínico, embora seja necessário, não é suficiente para obter resultados ótimos à saúde.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Transtorno Mental.

ABSTRACT

This article has been the result of a campus research, aiming to outline the Psychosocial Care Centre users profile (CAPS) in the city of Rio do Sul / SC, through information obtained from the service user and his/her respective records. 69 users from CAPS and

¹ Artigo a ser apresentado no curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

² Enfermeira Psiquiátrica/Terapeuta de Família, Msc. Gestão de Políticas Públicas Supervisora Clínico-Institucional para os Centros de Atenção Psicossocial e Rede Atenção Primária à Saúde

³ Pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul/SC

psychiatric medical room had been interviewed in July 2015. The data collection had focused the patients's personal information, as well as information referring to his/her illness and treatment. The study has shown the prevalence of females (70%), aging from 40 to 59 years old (54%), with incomplete primary education (48%). 47% have attended CAPS more than 7 years long, 42% of medical room users had demonstrated the symptoms since they were in their thirties, and 35% of CAPS users are between 15 and 19 years old, being that 74% had presented a triggering factor. There have been a prevalence of mood disorder (F30 and F39). 28% had taken medicine for more than 17 years long, 39% have taken from 5 to 10 doses a day, 58% had given up the treatment once at least, 59% have at least one medicine which has not been provided by SUS, 72% had affirmed they had already thought in suicide, 46% had already tried suicide, 94% of CAPS patients had been hospitalized once at least, 36 % have felt embarrassed because they have attended CAPS. CAPS should not be a place that develops the user's dependence to its treatment for his/her whole life, and clinic treatment, though it has been necessary, has not been enough to obtain great health results.

Keywords: Psychosocial Care Centre, mental health, mental disorder

1 INTRODUÇÃO

O número de pacientes que apresentam algum tipo de transtorno mental vem aumentando e, em sua grande maioria, necessitam do aporte medicamentoso como coadjuvante no tratamento, desta forma, o consumo de psicotrópicos vem crescendo significativamente. No ano de 2014, a secretaria municipal de saúde de Rio do Sul dispensou 2.199.877 unidades de medicamentos psicotrópicos e de controle especial, gerando um custo de R\$216.246,62. Porém, fornecer medicamentos não garante seu uso adequado e muito menos o controle da patologia. De nada servirá o diagnóstico correto junto a um plano terapêutico bem desenhado, se o paciente não cumpri-lo. Muitos dos pacientes que utilizam esses medicamentos suspendem o tratamento porque não têm conhecimento dos efeitos adversos que podem aparecer ou não são informados de que podem demorar dias ou semanas para atingir a melhora almejada. Além disso, muitos suspendem o tratamento por acreditarem que estão curados, pois estão sentindo-se bem. Os medicamentos não resolvem os problemas sociais, pessoais, financeiros, ele apenas faz com que a pessoa não se importe tanto com ele, portanto, outros tratamentos complementares e associados ao medicamento são

necessários para que o paciente entenda seu problema e aprenda a viver com ele. Fatores como viver sozinho, situação socioeconômica baixa, regime posológico complexo, atitude negativa do paciente diante de sua patologia e seu tratamento são as principais condições de falha na farmacoterapia. Outros fatores influenciam na adesão ao tratamento como a relação entre o paciente e a equipe de saúde, e o grau de educação sanitária que eles recebem. Além disso, o uso indevido desses medicamentos pode acarretar danos à saúde, além de gerar gastos acumulativos para os Órgãos Públicos.

Os usuários que mais utilizam estes medicamentos são os frequentadores do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). O CAPS de Rio do Sul possui mais de 6.000 usuários registrados desde a sua criação, incluindo os de ambulatório. No quadro de funcionários estão: psiquiatra, enfermeira, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo. Apesar do fornecimento de medicamento psicotrópico acontecer para aproximadamente 80 pacientes de forma diária ou semanal, não existe o farmacêutico trabalhando no CAPS.

Com este estudo será possível analisar o serviço prestado pelo município às pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, será possível apontar algumas sugestões de mudança no processo de trabalho do CAPS, adequando ao perfil dos usuários deste serviço identificado neste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSTORNO MENTAL E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que cerca de 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. No Relatório Mundial de Saúde de 2001, os transtornos depressivos, a esquizofrenia, o atraso mental, a dependência das drogas e

do álcool, e a epilepsia são citados como as mais comuns e que mais causam incapacidade nos indivíduos com transtornos mentais. Em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (BELLETTINI, 2013).

Para atender à população com transtornos mentais surgem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como um serviço de referência no atendimento e tratamento, prioritariamente, às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. O CAPS é um tipo de serviço de saúde comunitário que oferece atendimento diário, em regime de tratamento intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (acompanhamento frequente) e não intensivo (frequência menor de atendimento), de acordo com a gravidade do quadro clínico (MANGUALDE, 2013). As atividades no CAPS são realizadas por equipe multiprofissional, prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. E o cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2013).

De acordo com parâmetros populacionais, capacidade de atendimento e o perfil da clientela assistida, os CAPS são divididos em CAPS I (municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes), CAPS II (municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes), CAPS III (municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, atendendo 24 horas/dia, incluindo feriados e finais de semana), CAPS AD (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes), CAPS AD III (municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, atendendo 24 horas/dia) e CAPS i (referência para o

atendimento a crianças e adolescentes, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes) (BRASIL,2013).

Para ser atendido num CAPS pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pela Estratégia Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora. (Brasil, 2004)

A implantação desses novos dispositivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta para a necessidade da avaliação desses serviços e dos resultados obtidos. A OMS incentiva a prática da avaliação contínua dos serviços de saúde mental com o objetivo de promover sua qualidade, examinar a eficácia e a efetividade dos mesmos, e obter informações para o desenvolvimento de outros programas no futuro (MANGUALDE, 2013). Para se alcançar o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental, se faz necessária uma “atitude epidemiológica”, que possibilite ratificar que o manejo do sofrimento psíquico não se limita à aplicação meticulosa de técnicas, mas necessita, também, de avanços na acessibilidade, na humanização e na criação de estratégias de promoção à saúde, que abordem de forma integral as questões sociais e de relacionamento interpessoal, envolvendo os usuários desses serviços (CARVALHO, 2010).

Essas avaliações devem contemplar aspectos estruturais e assistenciais e incluir tanto a perspectiva dos profissionais, quanto a dos usuários dos serviços e a de seus familiares. No que se refere aos usuários, importa caracterizar e analisar o seu perfil social, demográfico e nosológico. Estes dados são essenciais para a determinação de prioridades no âmbito da saúde mental, bem como para projetar e avaliar intervenções em saúde pública (MANGUALDE, 2013).

2.2 MEDICAMENTOS

No tratamento da grande maioria dos casos que necessitam de assistência médica, a utilização de medicamentos se faz necessária para a redução dos riscos e diminuição das incapacidades e manter estáveis as funções vitais dos pacientes. Mas,

ao mesmo tempo em que é um importante instrumento para combate aos agravos da saúde pública, o uso indiscriminado e excessivo desses medicamentos pode expor os pacientes a efeitos colaterais desnecessários e interações potencialmente perigosas (ALMEIDA, 1999 e PETERSEN, 2006).

Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida (ARRAIS, 2005).

A poli farmácia está relacionada ao uso de pelo menos um fármaco desnecessário, num rol de prescrições supostamente necessárias e pode ocasionar: não adesão, reações adversas, erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e dos custos com a saúde. A iatrogenia configura o efeito patogênico de um fármaco ou da interação de vários fármacos (LYRA JUNIOR, 2004).

O risco potencial de reações adversas aos medicamentos e de interações medicamentosas é tanto maior quanto maiores forem o número de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita (GALVÃO, 2006).

Vários autores nos últimos anos afirmam a importância da morbi-mortalidade relacionada a medicamentos enquanto problema de saúde pública, observando seu impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes e gastos em saúde. Há consenso de que essa morbi-mortalidade pode ser reduzida monitorando-se criteriosamente os resultados da farmacoterapia, tendo em vista que a maior parte desses problemas pode ser evitável. Os farmacêuticos, por sua formação e acessibilidade, podem desempenhar papel relevante nessa monitorização, colaborando com médicos e pacientes na garantia da efetividade e segurança das terapias (CORRER, 2007).

2.3 ADESÃO E NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO

Diversas abordagens têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, como fatores externos (acesso aos medicamentos, características da doença e de regime terapêutico complicado), internos (dados sócio-demográficos, fatores psicológicos, locus de controle e crenças de saúde) e fatores relacionais (apoio social e relação profissional de saúde-paciente) (NOVAES, 2007).

Lima (2007) destaca também outros fatores que também podem favorecer a não adesão: percepção de efeitos colaterais causados pela terapia e ausência de sintomas; não compreensão da gravidade da patologia; não compreensão da importância do tratamento; falta de confiança na prescrição, equipe de saúde ou médico. E como elementos favoráveis à adesão citam-se atitudes do prescritor como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamento dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia.

Já Berger e Poirier (1995, apud LOPES, 2000, p. 50) mencionam várias outras razões relacionadas à não-adesão ao tratamento, entre elas: excessiva quantidade de medicamentos prescritos; dificuldade em recordar a posologia; duração longa do tratamento e resultados pouco aparentes; sintomas invisíveis, fazendo com que o paciente tenha dificuldade em aceitar a doença; desinteresse relacionado com dificuldade de comunicação com o médico; receio dos efeitos secundários indesejáveis; dificuldade em ler o rótulo; acondicionamento inadequado para portadores de deficiência física, etc.

É importante ressaltar que o não cumprimento da prescrição não é necessariamente causado por uma falha de informação; ele pode também representar a vontade do paciente, como descrença nos benefícios terapêuticos ou a uma escolha racional do paciente (LIMA, 2007).

A própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas e o profissional de saúde influenciará a adesão na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos, incluindo valorização do consumo como benefício em seu corrente cotidiano, quando este se fizer necessário. Portanto, é o paciente, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. “Nele estão centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social” (LIMA, 2007).

A falta de informações sobre os medicamentos é uma das principais razões pelas quais 30 a 50% dos pacientes não usam a medicação conforme a prescrição (LIMA, 2007).

A educação dos pacientes sobre medicamentos é um tema importante para que haja uso racional dos medicamentos e que merece melhoras urgentes (LIMA, 2007).

A gravidade das consequências da desinformação do paciente aumenta quando este apresenta duas ou mais morbidades. Quanto maior o número de doenças, maior é a necessidade de o paciente estar bem informado. Isto ocorre pelo fato destes pacientes, estarem mais sujeitos a reações e contraindicações. A informação adequada é, portanto, ainda mais relevante. Surpreendentemente, pesquisas indicam que o paciente idoso, ao contrário da necessidade, apresenta ainda mais dificuldade de obtenção de informação sobre sua saúde e tratamento (LIMA, 2007).

Para fazer escolhas conscientes, exercendo o seu direito sobre a própria saúde, os pacientes necessitam estar bem informados inclusive explicações detalhadas sobre o seu estado e possíveis resultados do tratamento e não tratamento, tanto dos riscos e suas probabilidades quanto dos benefícios do medicamento (LIMA, 2007).

Reconhecendo o contexto de utilização pouco crítica dos medicamentos nos tratamentos em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam, foi desenvolvida uma nova abordagem de intervenção denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM), a proposta é de que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Apesar dos esforços conjugados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a elevação dos recursos destinados à aquisição de medicamentos para distribuição gratuita na rede pública de saúde, sabe-se que aproximadamente 52% dos brasileiros interrompem o tratamento devido à falta de dinheiro para sua aquisição, conforme apontou um levantamento realizado pelo

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), em 2003 (PETERSEN, 2006).

No Brasil, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os causadores de intoxicações desde 1996. Entretanto, há carência quase absoluta de estudos independentes na área de utilização de medicamentos no país, além da omissão do poder público no tratamento da questão. Esse dado, além de preocupante no que se refere à necessidade de adoção de novas medidas que previnam os agravos à saúde da população, gera reflexos sobre os custos inerentes às ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde – SUS (LYRA JÚNIOR, 2004 e PETERSEN, 2006).

A inclusão do farmacêutico nos Centros de Atenção Psicossocial é algo que deve ser considerado pelos gestores públicos. Isto auxiliaria no aconselhamento, dispensação e utilização dos medicamentos, inclusive provocando a discussão com outros profissionais quando da percepção de associações perigosas e/ou danosas aos pacientes.

Hoje em dia, os medicamentos ainda são vistos como o principal instrumento terapêutico para tratar os transtornos mentais.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo e documental, quantitativa e qualitativa, com abordagem descritiva, análise estatística e com o objetivo de delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) através das informações obtidas com o próprio usuário do serviço e do seu respectivo prontuário.

O estudo foi realizado em Rio do Sul/SC, capital do Alto Vale do Itajaí, com população estimada de 67.237 habitantes (IBGE, 2015) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,802 (IBGE, 2010). Este CAPS é de tipologia I, e por definição atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que

impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Ele é a referência de serviço especializado para atendimento ao portador de transtorno mental para Rio do Sul. Está ligado à rede de saúde atendendo a 16 Unidades Básicas de Saúde, com fluxo mensal médio de 800 atendimentos (consultas, grupos terapêuticos, acolhimento...). Este número se justifica por estarem no mesmo espaço físico dois serviços, o CAPS e o ambulatório de psiquiatria, sendo denominado apenas de CAPS. Para fins deste trabalho a estrutura física será denominada CAPS-AMB. Este desenvolve atividades das 7h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min, de segunda à sexta-feira, incluindo atendimento/consultas individuais com médicos (clínicos e psiquiatras), psicólogos, enfermeira e assistente social, entrega de medicamentos, grupos terapêuticos, acolhimento, terapias ocupacionais, atendimento/orientação à família, visitas domiciliares e fornecimento de refeições. O CAPS-AMB foi inaugurado em 17 de dezembro de 2003. Conta com uma equipe composta por 4 psiquiatras (um aguardando o título), 3 clínicos gerais (um com pós graduação em saúde mental, e outro cursando), 3 psicólogas, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e um segurança terceirizado. Estes profissionais atendem aos dois serviços, CAPS e ambulatório.

Foram abordados os usuários do CAPS-AMB que estavam aguardando atendimento no serviço para responderem a um questionário semiestruturado e perguntas abertas. Este questionário foi aplicado durante uma semana típica do serviço, escolhida a semana do dia de 20 a 23 de julho de 2015, em todo o horário de funcionamento do CAPS-AMB, com os usuários que estavam na sala de espera/recepção aguardando qualquer tipo de atendimento: consulta com os profissionais, retirada de medicamento, participação de grupo, ou apenas de passagem naquele dia. Foram entrevistados 69 usuários, numa média de 8 por período.

As entrevistas com os usuários foram conduzidas individualmente, utilizando, na maioria das vezes, o espaço externo do CAPS, e nos momentos de menor concentração de pessoas, na própria recepção. Porém, para os participantes dos grupos terapêuticos, a conversa aconteceu na própria sala, por orientação da

coordenadora do CAPS. As entrevistas duraram em média 20 minutos visto que muitos faziam questão de contar suas histórias.

O questionário seguiu duas abordagens sequencias. A primeira relacionada aos dados pessoais do paciente: sexo, idade, composição familiar, escolaridade, fonte de renda. A segunda solicitava informações referentes à doença e os tratamentos, origem da demanda, envolvimento da família, internação psiquiátrica e sua relação com o CAPS.

Alguns dados foram confirmados no prontuário como idade, composição familiar, tempo que frequenta o CAPS, e os serviços que utiliza e origem da demanda, hipótese diagnóstica (CID 10), tratamento medicamentoso (identificado o nome e posologia), internação psiquiátrica. Estes dados foram coletados no dia 24 de julho e nos dias 06 e 20 de agosto de 2015.

Todos os dados foram armazenados em uma Planilha do Excel® 2007 e, posteriormente, procedeu-se a análise estatística descritiva.

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI utilizando a Plataforma Brasil (Parecer 1.127.064/2015) e o termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido dos participantes obedecendo às determinações éticas da Resolução nº196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

O CAPS-AMB possui 6.080 prontuários abertos, com aproximadamente 5.700 ativos. Destes, apenas 110 são pacientes do CAPS, os demais são do ambulatório de psiquiatria.

Dos 69 entrevistados, 17 (25%) eram pacientes do CAPS e 52 do ambulatório de psiquiatria. Entre os usuários entrevistados (CAPS e ambulatório de psiquiatria) há a prevalência do público feminino (70%), porém em relação apenas aos pacientes do CAPS a prevalência é de homens (53%). A demanda maior destes serviços é representada por usuários entre 40 e 59 anos (54%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários de acordo com características sociodemográficas e gênero.

Características	Pacientes do CAPS		Pacientes do Ambulatório		CAPS-Amb	
	n	%	n	%	n	%
Total entrevistado	17		52		69	
SEXO						
Fem.	8	47%	40	77%	48	70%
Masc.	9	53%	12	23%	21	30%
IDADE						
de 15 a 19 anos	0	0%	2	4%	2	3%
de 20 a 29 anos	2	12%	7	13%	9	13%
de 30 a 39 anos	1	6%	6	12%	7	10%
de 40 a 49 anos	5	29%	15	29%	20	29%
de 50 a 59 anos	7	41%	10	19%	17	25%
de 60 a 69 anos	2	12%	9	17%	11	16%
de 70 a 79 anos	0	0%	3	6%	3	4%
de 80 anos ou mais	0	0%	0	0%	0	0%
COMPOSIÇÃO FAMILIAR						
Mora sozinho	3	18%	13	25%	16	23%
Mora com os pais	7	41%	7	13%	14	20%
Mora com companheiro	0	0%	12	23%	12	17%
Mora com filhos	2	12%	5	10%	7	10%
Mora com companheiro e filhos	2	12%	12	23%	14	20%
Mora com amigos	0	0%	0	0%	0	0%
Mora com outros parentes	3	18%	3	6%	6	9%
ESCOLARIDADE						
Analfabeto	0	0%	0	0%	0	0%
Fundamental Incompleto	10	59%	23	44%	33	48%
Fundamental Completo	2	12%	3	6%	5	7%
Médio Incompleto	0	0%	7	13%	7	10%
Médio Completo	4	24%	13	25%	17	25%
Superior Incompleto	0	0%	5	10%	5	7%
Superior Completo	1	6%	1	2%	2	3%
Pós-graduação Incompleta	0	0%	0	0%	0	0%
Pós-graduação Completa	0	0%	1	2%	1	1%
RENDA						
Trabalha com carteira assinada	0	0%	12	23%	12	17%
Trabalha sem carteira assinada	1	6%	4	8%	5	7%
Autônomo	0	0%	1	2%	1	1%
Recebe auxílio doença	5	29%	3	6%	8	12%
Recebe benefício BPLC/LOAS	2	12%	4	8%	6	9%

Continua...

Continuação...

Aposentado	6	35%	11	21%	17	25%
Depende de terceiros	2	12%	11	21%	13	19%
Outro	1	6%	6	12%	7	10%

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 69 usuários, 23% moram sozinhos e 68% moram com pais ou com companheiros ou com filhos, porém mesmo especificando um destes, muitos informaram morar, na mesma casa, mais de um dos sugeridos nas alternativas e/ou outros parentes como sogros, netos, irmãos, primos..., apresentando uma composição familiar bem diversificada. Um número reduzido (9%) mora com outros parentes com laços sanguíneos não tão próximos: irmão, sobrinho, netos, prima, avós, tios (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, a maioria (48%) possui o ensino fundamental incompleto. Uma paciente do CAPS possui faculdade de Geografia, e duas do ambulatório possuem faculdade, uma de Psicologia e outra de Letras, sendo que esta última fez pós-graduação em Língua Portuguesa. Nenhum dos entrevistados é analfabeto.

Quando solicitados sobre a renda financeira, a grande maioria (80%) afirmou ter alguma: 25% trabalham formal ou informalmente; 46% recebem algum tipo de benefício (LOAS, auxílio doença, aposentadoria). Além destes, 10% tem outros tipos de renda: pensão de companheiro, aluguel de casa e um estava recebendo, no dia da entrevista, auxílio-desemprego, além disso, um era empresário. No entanto, 19% não possui qualquer tipo de renda, necessitando da ajuda de terceiros para se manter, sendo que um dos entrevistados estava desempregado no dia da entrevista.

Durante a pesquisa 4 usuários estavam no CAPS-AMB pela primeira vez, porém a grande maioria frequenta o CAPS a mais de 4 anos, conforme Gráfico 1. Três pacientes do ambulatório informaram frequentar a mais tempo (20, 25 e 40 anos) que a própria existência do CAPS-AMB. O que podemos concluir que estas responderam em relação ao tempo em tratamento do transtorno mental em algum serviço, não necessariamente neste. Três entrevistados informaram que ficaram um tempo afastados e retornaram.

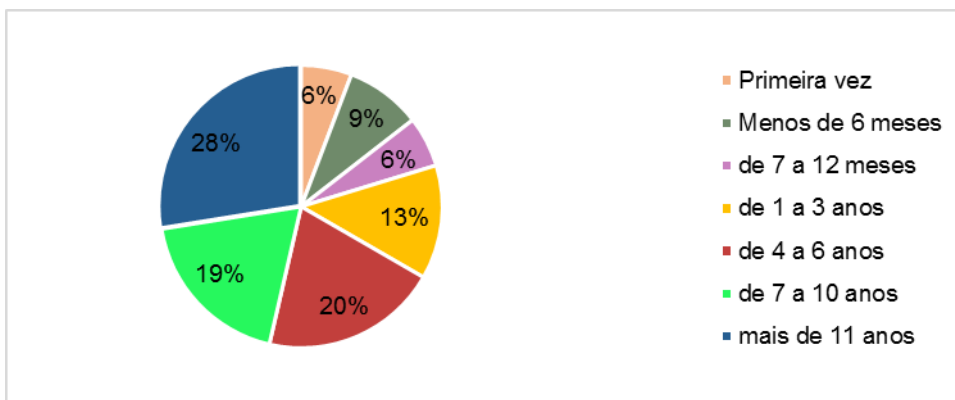


Gráfico 1 – Porcentagem do tempo que os usuários frequentam o CAPS-AMB

Fonte: Elaborado pela autora.

O acesso ao CAPS-AMB se deu principalmente por encaminhamento por profissional de saúde (39%), na sua maioria médico, 19% foi encaminhado por um serviço de saúde, 13% foi levado por um familiar, mas 23% procurou o serviço por iniciativa própria. Aconteceram dois encaminhamentos diferentes, um encaminhamento da APAE e outro do Conselho Tutelar, que foram colocados como serviço de saúde por questão de adequação às alternativas disponíveis. Dois entrevistados não souberam informar quem os encaminhou, um do CAPS e um do ambulatório, ambos frequentavam o CAPS a mais de 10 anos. Para os pacientes do CAPS os quantitativos foram proporcionalmente similares, sendo que os encaminhamentos por serviço de saúde destes foram todos realizados pelo Hospital Samária, hospital da cidade com leitos psiquiátricos.

Quando perguntados que queixa os levou ao CAPS-AMB, mais da metade (n=29) dos pacientes do ambulatório, relataram a depressão. Muitos outros motivos foram relatados, associados ou não com a fala da depressão: estresse/nervosismo (n=6), alcoolismo e/ou drogas (n=3), tentativa de suicídio (n=3), morte de familiar (n=3), síndrome do pânico (n=3), problemas relacionados ao trabalho (n=3), insônia (n=2), entre outros. Com os pacientes do CAPS a maioria (n=8) também relatou depressão, e os outros motivos foram na linguagem deles: drogas e/ou álcool; 'doença mental'; 'estava ouvindo vozes'; 'piração da cabeça'; 'crise na cabeça', 'via e ouvia coisas'; 'esgotamento dos nervos'. E um dos pacientes estava muito confuso, não foi possível entender. No caso da depressão, uma foi pós-parto, e duas informaram ter outras

patologias além da depressão, uma relatou ser também bipolar, e outra também é bipolar e esquizofrênica.

Alguns usuários (6%) relataram que o sofrimento iniciou antes dos 9 anos, mas a maioria (42%) manifestou os sintomas a partir dos 30 anos. Porém, quando separamos os dados do CAPS do ambulatório, eles se apresentam bem diferentes (Gráfico 2). Em 74% dos casos houve um fator desencadeador. E no momento da pergunta 'Algum fato importante aconteceu para desencadear este sofrimento?', a grande maioria dos entrevistados fez questão de contar suas histórias, desabafar, que julga-se necessário relatar um pouco de cada uma para facilitar a compreensão da responsabilidade do CAPS. Dos entrevistados do ambulatório, os motivos mais citados tiveram relação com a família: morte de familiar; não conseguiu impedir o casamento da filha com o noivo violento; revolta por não ter feito parto normal; filho preso por corrupção; depressão pós-parto; Conselho tutelar retirou sua filha; abandonada pelo noivo; convivência com a esposa com esquizofrenia, além da perda de parte da mão em acidente de trabalho; às vésperas do casamento, descobriu que o noivo era ex-presidiário; separação e/ou traição; marido bêbado e filho usuário de drogas; arrependimento de ter casado; pai batia na mãe; pais alcoólatras e irmãos presos; bullying escolar; rotina de cuidador de um familiar; doença de familiar com várias e longas internações. Além disso, também foi citado: problemas com o trabalho, excessos ou mudanças; acidente/atropelamento, com sequelas físicas e neurológicas; "modismo" da época, beber e fumar. Porém, 2 entrevistados não souberam informar, 2 não lembraram e 2 não quiseram comentar.

Apesar de sofrimentos tão intensos, 55% dos usuários demoraram mais de um ano para pedir ajuda. E 62% informou ter outro familiar com o mesmo sofrimento. Em relação às informações sobre seu sofrimento, 78% afirmaram tê-las, ou pelo menos um breve conhecimento. Estas foram adquiridas através dos profissionais da saúde (83%), sendo que 55% dos entrevistados citaram os médicos, 10% obtiveram informações com a família, 6% pela internet e 19% por outras vias (justiça civil, TV, jornais, revistas, universidade, livros).

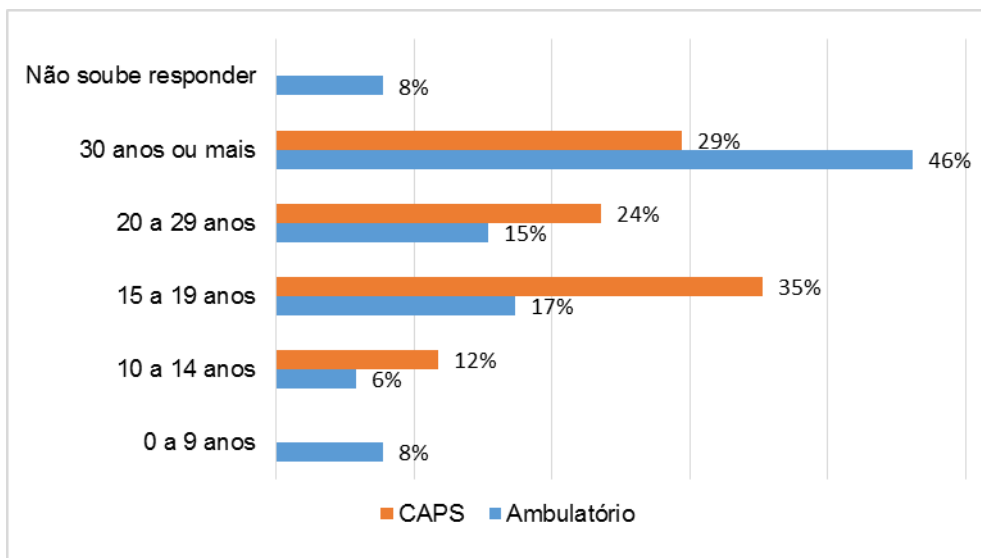


Gráfico 2 – Porcentagem da idade que o usuário tinha quando percebeu o sofrimento

Fonte: Elaborado pela autora.

Apenas 4 usuários fazem tratamento também fora do CAPS-AMB: um faz tratamento com neurologista (sequela neurológica de um acidente/atropelamento), outro participa do grupo AA (Alcoólicos Anônimos), outro trata também com um médico clínico geral, e um faz acompanhamento com psicólogo fora do CAPS. Os demais se tratam exclusivamente no CAPS.

O CAPS-AMB oferta grupos terapêuticos para os pacientes do CAPS e segundo relato da enfermeira, existem 8 grupos, que acontecem de segunda a quinta-feira. Os grupos são divididos em patologias: para esquizofrênicos; grupo de depressão; grupo de álcool e drogas, com colaboração do AA (Alcoólicos Anônimos). Os grupos são conduzidos por 2 profissionais de nível superior. Cada profissional tem uma abordagem: a enfermeira trabalha mais as questões de higiene pessoal e prevenção de doenças, a assistente social trabalha a inserção social e trabalho em grupo, a terapeuta ocupacional trabalha a questão laboral e a psicóloga, obviamente, as questões psicológicas. Os grupos têm duração de aproximadamente 1 hora. E a cada quinze dias vão ao SESC para realizar atividade física.

As consultas médicas ocorrem de segunda a sexta-feira de manhã. As consultas são assim distribuídas: 50 a 60 consultas/semana com os psiquiatras e 80 consultas/semana com os clínicos. O tempo de espera para as consultas varia de 7 dias

a 6 meses, dependendo do médico. Apenas 4 médicos podem realizar internações no Hospital Samária.

Baseado neste contexto, o perfil de utilização dos serviços é diferente entre os usuários do ambulatório e os do CAPS, conforme tabela 2. De acordo com informações da enfermeira, do total de pacientes do CAPS (n=110), 46 frequentam os grupos terapêuticos e 79 retiram os medicamentos regularmente (diariamente, semanal, quinzenal ou mensalmente). Os medicamentos são entregues, normalmente, por um técnico de enfermagem, podendo ser diário, semanal, quinzenal ou mensal.

Tabela 2 – Porcentagem de serviços utilizados pelos usuários de cada serviço no CAPS

Serviços utilizados no CAPS	Amb	CAPS
Apenas Consulta médica	71%	0%
Consulta médica e psicológica	17%	6%
Consulta médica+ retirada de medicamento regulares	7%	0%
Consulta médica + grupos terapêuticos	0%	35%
Consulta médica e psicológica + grupo terapêutico	1%	6%
Consulta médica e psicológica + Retirada de medicamentos regulares	3%	0%
Consulta médica + grupo terapêutico + Retirada de medicamentos regulares	0%	53%

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos entrevistados, 96% são medicados para o transtorno mental, 28% utilizam medicamentos a mais de 17 anos, sendo que 81% utilizam até 5 tipos diferentes. Mais da metade dos entrevistados (55%) utilizam também medicamentos para outras doenças crônicas, sendo as mais mencionadas: hipercolesterolemia, diabetes, hipotireoidismo, hipertensão e outras doenças cardíacas. Em relação ao número de doses diárias, 33% usam até 4 doses, 39% de 5 a 10, e 17% utilizam 11 ou mais doses. E quando perguntados se sabem como tomar cada um de seus medicamentos, 10% não sabem e 4% tem dúvidas. Um número expressivo (32%) tem ajuda de algum familiar para tomar os medicamentos, mas 3% admite precisar de ajuda, mas não tem ninguém que o faça.

Apesar da grande maioria (77%) informarem que sabem como usar os medicamentos, apenas 38% afirmaram ter informações sobre os medicamentos que ingerem diariamente e 30% mais ou menos. Estas informações foram obtidas na

maioria (45%) com os médicos e 26% citaram a bula como fonte de informações sobre medicamentos (Gráfico 3).

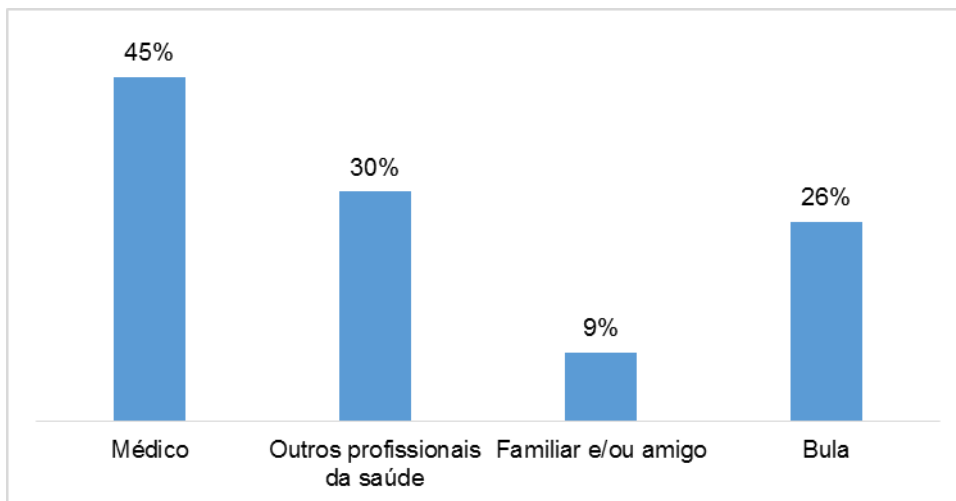


Gráfico 3 – Porcentagem das fontes de Informação recebidas/utilizadas pelos usuários do CAPS sobre os medicamentos

Fonte: Elaborado pela autora.

Para 6 usuários a bula foi a única fonte de informação. Além disso, 72% afirmam tomar o medicamento conforme prescrito, e apenas 13% admitem esquecer-se de tomá-los. Mesmo assim, 58% já abandonaram o tratamento pelo menos uma vez.

Nem sempre os medicamentos prescritos são fornecidos pelo SUS. Neste contexto, 59% tem pelo menos um medicamento que não recebe pelo SUS. Dos não atendidos, seja por não ser padronizado ou por falta, 20% pede ajuda para comprar os medicamentos com familiares e 9% pede ajuda a alguma autoridade (Vereador, prefeito...) ou secretaria de Assistência Social ou Saúde, ou solicita na justiça. Alguns informaram que quando tem dinheiro adquirem, quando não tem, ficam sem tomar. E o número dos que não compram (10%) é preocupante, pois ocorre o agravamento do problema e as recaídas.

Oitenta e três por cento das pessoas entrevistadas relataram se sentirem melhor fazendo tratamento no CAPS-AMB, 43% procuram o CAPS-AMB ou um profissional de saúde quando pioram, 14% aumentam a quantidade do medicamento, mas afirmam que a orientação foi dada pelo médico, e ainda 35% tentam melhorar usando outras estratégias como: se isolar até passar, deitar e relaxar, ocupar-se no jardim, refletir

porque está assim, controlar a respiração, ligar o rádio e começa a cantar, sair de casa, caminhar/correr, conversar com alguém.

Em relação às tentativas de suicídio, 72% afirmaram já ter tido vontade ou pensado em tirar a própria vida. Destas 25 pessoas relataram pensar inúmeras vezes; 52% já fizeram um plano; e 46% já realizou alguma tentativa (Gráfico 4). As formas foram as mais variadas e por ordem decrescente de frequência foram: ingerir medicamentos em excesso com ou sem álcool, enforcamento, vítima de atropelamento, cortar os pulsos, jogar-se no rio, ingerir veneno, provocar choque elétrico, tiro com arma de fogo, sufocamento com gás, provocar lesões com faca e vidro.

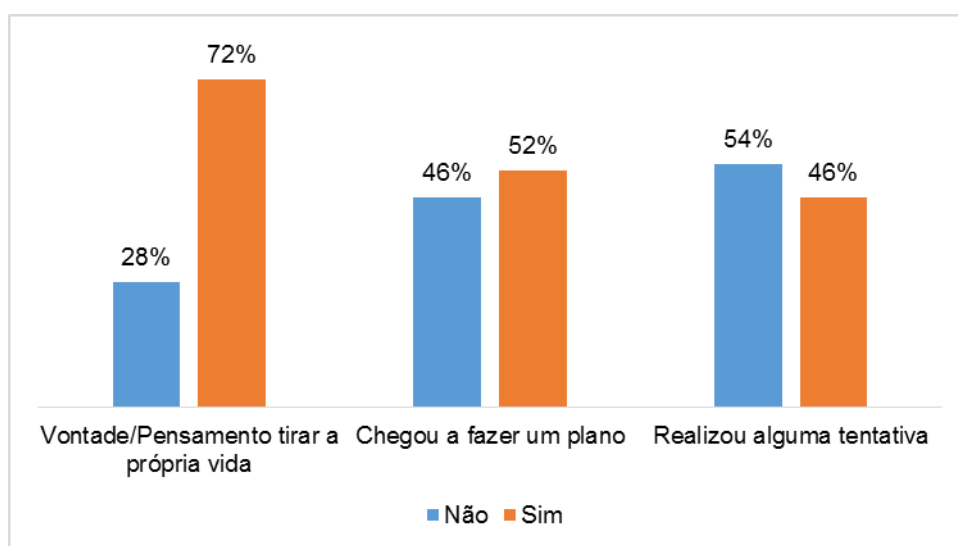


Gráfico 4 – Porcentagens dos pacientes com tentativas ou ideação suicida

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre os pacientes do CAPS apenas um não foi internado até o momento por problemas psiquiátricos, os demais foram internados pelo menos uma vez. Os locais de internações citados pelos pacientes foram: Instituto São José, Hospital Samária, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), Bocaina do Sul. O local com mais internações foi o Hospital Samária, provavelmente por ser o Hospital da cidade com leitos de retaguarda em saúde mental. Já o local com permanência mais longa foi o IPQ, sendo citado por um paciente a sua permanência por 10 anos. O número de internação foi bem significativo numa média de 5 vezes, porém 3 pessoas citaram 10 vezes.

O perfil de internação dos pacientes do ambulatório é bem diferente do citado acima. Apenas 38% dos entrevistados (n=20) foram internados. E o número de internação bem menor, sendo a maioria (n=9) internada apenas uma vez e a grande maioria (n=14) foi internada no Hospital Samária e duas em hospital Geral. Quatro pacientes chamam atenção neste grupo: três destes foram internados mais vezes (5 a 7 vezes) e em outros lugares além do Hospital Samária (IPQ, Bocaina do Sul e Comunidade Terapêutica). O quarto paciente foi internado mais de 10 vezes em vários locais e por tempo bem variado: Hospital Samária, Bocaina do Sul, Instituto São José, centro espírita, comunidade terapêutica, sendo a permanência nestes dois últimos de 7 e 6 meses respectivamente.

Dos entrevistados, 36% informaram sentir algum tipo de constrangimento por frequentar o CAPS-AMB. As falas indicaram, na grande maioria, que para as pessoas o CAPS 'é para louco'; 'as pessoas são vistas com outros olhos'; 'são vistas com desconfiança'; 'olhar de reprovação'. Além disso, tem os que não acreditam no problema de saúde, dizem que 'não tem nada, é tudo bobeira', 'coisa de malandro'. E por outro lado, tem os usuários que tem vergonha de contar que tem depressão, vergonha por ser diferente.

Quando perguntados se gostam de frequentar o CAPS-AMB, 22% informaram não gostar de frequentá-lo, vão porque são obrigados, mas não queriam. São obrigados, principalmente, para poder ter acesso aos medicamentos. Frequentar o CAPS é admitir que não se está bem. Os que opinaram positivamente, falaram em relação aos profissionais, gostavam do médico X, do profissional tal, e se sentiam bem conversando com as pessoas.

A última pergunta foi aberta: De que maneira o CAPS poderia ajudá-lo mais? Muitos disseram que estava bom. Mas uma quantidade significativa fez questão de opinar, misturando sugestões com críticas e é importante mencioná-las. Os mais citados pelos pacientes do ambulatório foram: abrir em horário diferenciado para atender aos que trabalham; mais psicólogo; mais consultas médicas, principalmente em momentos de necessidade, como uma crise. Além destes, foram citados: horário flexível, para os que moram longe e depende de ônibus; colocar todos os medicamentos controlados no CAPS-AMB para os pacientes retirarem; fornecer os

medicamentos que não podem comprar; falta de terapia de grupo, oficina terapêutica, troca de experiência; realizar recreação e palestras para todos e não só para os mais graves; proporcionar conversas para dar conselhos; 'médico deveria explicar como tomar os medicamentos'; realizar consultas ao ar livre, não ter a barreira entre médico e paciente, sem mesa no meio; 'o lugar deveria ser mais alegre, o espaço é pequeno e faltam copos para beber água'. Uma paciente disse que sentia falta da psicóloga, que foi tirado por que faltou três vezes, mas mora longe e não foi possível chegar no horário. Já pelos pacientes do CAPS o que mais foi citado diz respeito às atividades: solicitaram mais artesanato como pintura em caixa, crochê, para passar o tempo, e mais vezes por semana, para sair mais de casa. Além destes, foram citadas: dar passagem de ônibus, buscar em casa igual ao escolar; espaço maior para atividade física; albergue para dormir para acolher quem está na rua; ajudar a ganhar o benefício; ajudar a conseguir trabalho; podiam sair para tomar café com o pessoal.

Em relação aos prontuários, não foram obtidas todas as informações a que este trabalho se propunha, pois estes não estavam muito organizados. As folhas dos prontuários são soltas e pelo manuseio acabam não ficando em ordem cronológica. Algumas informações não estavam registradas separadamente. Algumas foram encontradas nos relatos na consulta, porém devido à leitura dinâmica e a letra ilegível da maioria dos profissionais não foi possível identificar muitos dados. As informações registradas nos prontuários são na grande maioria efetuadas pelos médicos e são mais voltadas ao relato de sintomas, diagnóstico e tratamento. Além disso, os psicólogos relatam resumidamente seus atendimentos. Excepcionalmente foi encontrado registro de outros profissionais.

Nos prontuários, 52% não tinham a informação sobre a composição da família, ou as informações foram registradas apenas no primeiro atendimento/acolhimento; 59% foram encaminhados por um profissional de saúde, na maioria deles médico, porém 20% não tem registro sobre a origem do encaminhamento/ acesso no CAPS-AMB; 86% possuem medicamentos relacionados, sua dosagem e posologia, os demais (n=5) não possuem registro, então se deduz que eles não utilizam medicamentos. É importante lembrar que 4 usuários estavam no CAPS-AMB pela primeira vez, e alguns estavam frequentando menos de 6 meses.

Em relação ao tratamento farmacológico, buscou-se identificar o registro dos medicamentos prescritos nos últimos 3 meses. Foram identificados 38 fármacos diferentes, com as variações de apresentações e/ou dosagens. Contabilizou-se 46 medicamentos, sendo que 26 estão disponibilizados pelo SUS do município de Rio do Sul, 17 no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e 9 no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O CBAF está disponível para qualquer pessoa residente no município com qualquer diagnóstico apresentando apenas a receita e o cartão do SUS. Já o CEAF é vinculado a um processo administrativo ligado à secretaria estadual de saúde, seguindo critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. E 20 medicamentos não estão padronizados, sendo necessária a sua aquisição por parte do paciente. Em 88% estavam prescritos até 5 tipos diferentes e 41% usam até 4 doses diárias, 41% de 5 a 10, e 12% utilizam 11 ou mais doses.

A informação sobre o tempo que os pacientes frequentam CAPS-AMB foi calculado a partir da data registrada no documento de “acolhimento”, primeiro atendimento, sendo que a maioria frequenta o CAPS-AMB de 7 a 10 anos (33%) e 19% frequentam a mais de 11.

Apenas 9 prontuários não continham um CID (Código Internacional de Doenças), 30 deles tinham apenas um CID10 e/ou suas subcategorias (Tabela 4), e para este trabalho foi considerado apenas a categoria. E nos prontuários de 30 usuários, o CID mudava de uma consulta para outra, ou de um ano para outro, provavelmente relacionados com outras manifestações clínicas e psíquicas daquele momento. No caso dos diagnósticos associados, as combinações eram inúmeras, portanto, optou-se por relacionar o número de usuários que teve cada CID registrado em seu prontuário. É possível observar que 18 pacientes são classificados durante todo o seu tratamento como portadores de transtornos de humor, na sua grande maioria depressão ou bipolar. E 33 usuários do CAPS foram, em algum momento e/ou em grande parte do tempo, diagnosticados com transtorno do humor.

Poucos registros foram identificados nos prontuários sobre as internações, mas alguns tinham o documento de encaminhamento do Hospital Samária com os dados do paciente, informações clínicas, o tempo de permanência e o CID 10. Através destes

registros pode-se identificar a permanência variando de 19 dias a 46 dias. O número de internação foi bem significativo, sendo que um dos prontuários tinha o registro de 15 internações no período de 2009 a 2013.

Tabela 3 – Tipos de diagnósticos e quantidade que apareceram nos prontuários dos usuários do CAPS

CID 10	Descrição da Patologia	Número de diagnósticos únicos	Números de diagnósticos associados
F06	Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	1	0
F10 a F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	3	4
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	6	13
F30 a F39	Transtornos do humor [afetivos]	18	33
F40 a F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	0	14
F50 a F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	1	1
F60 a F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	1	3
F70 a F79	Retardo mental	0	3

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com o relato da enfermeira do CAPS-AMB, a maior demanda para internações é para etilistas, que vem aumentando significativamente. Acontecem uma média de 2 internações por semana e no dia da coleta de dados, existiam 5 pessoas aguardando internação, entre etilistas, bipolar e usuário de drogas.

5 DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos deste estudo seguem a tendência dos estudos realizados nos últimos anos em saúde mental, com predomínio do sexo feminino, faixa etária de 40 a 59 anos, com o ensino fundamental incompleto, com a minoria ativa no mercado de trabalho.

O tempo que os pacientes frequentam os serviços de saúde mental é muito significativo e a grande maioria só utiliza o CAPS para o tratamento do transtorno

mental, o que pode mostrar a dependência a este ou a baixa resolutividade ou ainda a falta de trabalho em rede com as unidades de saúde. O CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, é o que vai possibilitar a autonomia. Além disso, o CAPS deve buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território. (Brasil, 2004)

Os motivos que levaram os pacientes a procurar ajuda e/ou os que desencadearam o sofrimento intenso foram diversos e como era de se esperar, os pacientes do CAPS perceberam os sintomas com idade inferior aos do ambulatório. Isso porque, para os pacientes do ambulatório é o acúmulo de tarefas e experiências negativas que culminam num transtorno mental mais intenso, como a depressão e a ansiedade, diferentemente da esquizofrenia, por exemplo, que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta.

Os profissionais da saúde são os mais citados para a transmissão de informações, principalmente o médico. Aqui não foi avaliado a qualidade da informação. Mas a questão do médico é uma questão cultural, é um reflexo do modelo biomédico ainda predominante nas práticas de saúde. A própria equipe se centraliza na figura do médico. Tanto usuários quanto os profissionais da saúde, sempre se reportam ao médico como se nada aconteceria se ele não estivesse na equipe. O cuidado no tratamento psiquiátrico é percebido pelos usuários como a obtenção da medicação e também como suporte nas atividades da vida prática. (Mostazo, 2003)

O tratamento clínico adequado é necessário, embora não seja o suficiente para obter resultados ótimos de saúde. Os pacientes não podem ser vistos como receptores passivos de serviços de saúde. Os pacientes precisam participar do tratamento e os profissionais da saúde devem apoiá-los nesse sentido (OMS, 2003).

Retomando a questão da informação é de direito da pessoa portadora de transtorno mental e/ou responsáveis receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento (Brasil, 2001). Ao esboçar o plano de tratamento é importante dispor de algum tempo para dar informações sobre a natureza do transtorno, o uso dos medicamentos, as evidências de sua eficácia, o que se espera com seu uso, o tempo necessário para se observar o efeito, os possíveis efeitos colaterais e as

medidas que podem ser adotadas para reduzi-los. Dissipar tais dúvidas, além de fortalecer a relação com o paciente (e a aliança de trabalho) é indispensável para a adesão e para evitar interrupções precoces (LIMA, 2007).

Pesquisas concluem que há falhas na informação ao paciente, que este não é tão bem informado quanto deveria ou gostaria, e que esta desinformação acarreta em riscos que vão desde a continuidade do tratamento e consequências, ao uso incorreto e perigoso dos fármacos (LIMA, 2007).

Os profissionais de saúde muitas vezes subestimam o desejo e a capacidade do paciente de enfrentar a informação. Sem contar que o tempo de consulta é limitado – normalmente não há tempo suficiente para explicar inteiramente o estado de saúde e as escolhas de tratamento. E para os demais profissionais de saúde pode faltar conhecimento a respeito do tratamento e seus efeitos (LIMA, 2007)

Há ainda o fator relacionado ao paciente que tem a tendência de priorizar informações recebidas sobre a doença e o diagnóstico e dar menor atenção às informações sobre o medicamento prescrito; o paciente pode não compreender a informação verbal ou não aceitá-la; pode esquecer informações recebidas durante a comunicação verbal. Por isso, é fundamental prover ao paciente, tanto informações orais quanto escritas, para que haja maior participação do paciente no tratamento (LIMA, 2007)

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Nessas oficinas são realizados vários tipos de atividades, que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser: Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro; Oficinas geradoras de renda: culinária,

marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc. Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania (Brasil, 2004). Pelo relato dos pacientes os grupos no CAPS não estão acontecendo desta forma, na maior parte das vezes é mais uma conversa com o profissional, e no tempo (1 hora) que eles ficam reunidos não é possível realizar muita coisa. Tanto que nas sugestões para melhor atendê-los, os pacientes solicitaram mais atividades de artesanato e mais vezes por semana.

O medicamento é visto como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, sendo muitas vezes considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, tornando os usuários dependentes. O consumo de medicamentos tem um significativo impacto na sociedade, haja vista constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e também por ter relevante significância em termos econômicos. Aliado a isso, existe o fato de as consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta (Dimenstein et al, 2009)

O CAPS-AMB não possui dispensação de medicamentos em saúde mental para as pessoas que frequentam este espaço. Para os pacientes que tem dificuldade de se orientar ou que tem risco de usar indevidamente os medicamentos, a equipe do CAPS-AMB retira na Farmácia Central com a receita de cada um destes pacientes, fazendo a guarda e a entrega destes de forma regular (diária, semanal...). Porém, os CAPS poderão também ser uma central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental, podendo ser unidades de referência para dispensação de medicamentos básicos e especializados, além de dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência (Brasil, 2004). Para isso acontecer é necessária a presença do profissional farmacêutico, o que hoje não acontece.

A excessiva quantidade de medicamentos prescritos ou doses diárias, a duração longa do tratamento e resultados pouco aparentes, a pouca informação sobre reações

adversas, os efeitos adversos leves e transitórios podem influenciar na adesão ao tratamento e ser causa de abandono, logo no início, de medicamentos necessários e adequados (ARRAIS, 2005). Além disso, medicamentos prescritos fora das listas do SUS (43%) são, na sua maioria, de custo elevado e considerando que 24% dos entrevistados trabalham, e os demais dependem de benefícios ou de terceiros, levam à não aquisição destes. Este fato foi relatado por pelo menos 10% dos entrevistados. Tanto que o abandono, independente do motivo, aconteceu com 58% dos usuários entrevistados.

A situação em relação às internações e tentativas de suicídio ainda é muito delicada, principalmente com os pacientes do CAPS. O número de internações ainda é significativo, conforme a tabela 5. Com a criação do CAPS I em 2003, não houve uma redução significativa nas internações por transtornos mentais e comportamentais, oscilando bastante desde sua implantação, com resultados melhores em 2013 e 2014.

Tabela 4 - Internações por Transtornos mentais e comportamentais, por local de residência (Rio do Sul/SC), no período de 2003 a 2014

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de Internações	442	365	298	422	420	424	375	352	306	274	291	251	203
Média de Permanência	22,8	20,9	17,4	22,5	23,4	23,7	22,2	23,3	24,1	26,4	25,5	21,1	20,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O horário do CAPS-AMB é inferior ao preconizado pela portaria que o regulamenta, porém na observação das atividades no decorrer da coleta de dados, identifica-se que não interfere no funcionamento, pois as atividades e todas as consultas tem um tempo de duração reduzido. Os médicos apenas realizam as suas consultas e vão embora, não participam de atividades e as oficinas tem duração de 1 hora, sendo que a partir das 10 horas poucas pessoas circulam no CAPS-AMB.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I é parcialmente cumprida, pois atende uma média de 28 consultas por dia, divididas numa equipe de 7 médicos, 1 enfermeira, 5 profissionais de nível superior, sendo 3 psicólogos, 1 assistente social e 1 terapeuta ocupacional. No entanto, em vez de 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão),

possui apenas 2 técnicos de enfermagem. É importante lembrar que esta equipe atende tanto ambulatório quanto o CAPS. E esta junção dos dois serviços no mesmo prédio gera certa confusão por parte dos usuários e sobrecarrega a equipe.

Observou-se no estudo o mau preenchimento dos prontuários, o que dificultou a coleta dos dados. Outros estudos pontuam a mesma dificuldade. Não é possível identificar pelos prontuários as atividades que o paciente participa, pois não há registro. Cada usuário de CAPS deveria ter um projeto terapêutico individual, mas este instrumento não foi encontrado nos prontuários analisados. E isso é muito sério, pois devido a rotatividade que existe de profissionais no CAPS, perde-se a continuidade no tratamento do usuário, que é o maior prejudicado neste contexto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o estudo pode-se concluir que o CAPS está centrado na consulta médica, sem um Projeto Terapêutico Singular traçado ou pelo menos não registrado. Há um uso significativo de medicamentos pelos pacientes, o que pode levar ao abandono do tratamento ou a inclusão de outros medicamentos para reduzir os efeitos colaterais. Os grupos terapêuticos são focados na doença e pelos relatos dos pacientes pouco se faz de atividades.

Em relação aos pacientes percebe-se em muitos a desestrutura familiar. Os relatos foram intensos e cheios de sofrimento, na maioria dos casos foram vários acontecimentos, um acúmulo de experiências negativas durante toda uma vida que culminou em um transtorno mental, o que justifica o maior número de transtornos afetivos. Portanto, o CAPS tem uma responsabilidade muito grande junto aos usuários, para tentar amenizar este sofrimento, ajudando-o a compreender e conviver com a situação ou auxiliá-lo a enfrentá-la.

Não existe um cuidado compartilhado entre CAPS e Estratégia Saúde da Família (ESF), ficando todo o atendimento em saúde mental para o CAPS, mesmo que seja apenas para a prescrição da receita do medicamento para dormir. As equipes de ESF

devem ser a referência para as pessoas e o CAPS funcionaria como uma unidade de apoio, caminhando no sentido da integralidade da atenção.

Sugere-se a separação do ambulatório de psiquiatria do CAPS e remanejamento de alguns pacientes para o CAPS num tratamento não intensivo ou semi-intensivo. Desta forma, remanejar e ampliar a equipe para atender estes dois serviços separadamente, com a inclusão do farmacêutico no CAPS. E desenvolver junto com os usuários do CAPS e/ou responsáveis a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação. Também é preciso reformular os grupos terapêuticos com oficinas funcionais dentro da expectativa e necessidade dos usuários saindo do foco da doença. Importante também melhorar os registros, informatizando os prontuários e demais informações e mantendo sempre os dados atualizados e de fácil acesso.

Está na hora dos serviços de saúde se adequarem à realidade das pessoas que trabalham, pois conforme relatos dos pacientes faltar ao trabalho a cada 60 dias para consulta não há muitos problemas, porém sair semanalmente para atendimento com psicólogo fica difícil, podendo até ser demitido dependendo da empresa. É importante lembrar que vivemos num mundo capitalista onde reina a produtividade e o lucro. Além disso, tem todo o constrangimento dos pacientes em revelar seu sofrimento para os colegas de trabalho e sofrer preconceitos por parte de alguns, como os próprios usuários relataram nesta pesquisa.

Os usuários do CAPS não conhecem os seus direitos e nem como de fato deveria funcionar este serviço. Contentam-se com o que recebe, não tendo uma visão crítica do contexto. Os relatos dos pacientes mostram uma carência em atenção, em falar e ouvir, em participar, em ser compreendido. É necessário ver o usuário como um agente de mudança e não um mero executor passivo de regras e ordens.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo P.; RATTO, Lilian; GARRIDO, Regiane; TAMAI, Sérgio. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 1999, vol. 21, n. 3.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lutécia Luna. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 2007, vol.23, n. 4.

ANDREOLI, Sérgio Baxter, et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.3, pp. 836-844. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300021&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jul. 2015.

BELLETTINI, Francieli; GOMES, Karin Martins. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.5, n.12, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1694/3192>. Acesso em: 18 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)**. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f00_f99.htm. Acesso em: 07 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - 2002-2014**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsc.def>. Acesso em: 07 out. 2015.

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, 2004. 86 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicada em 21 de maio de 2013. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassinforma/anexo_3088__rep_maio_2013.pdf. Acesso em: 18 set. 2015.

CARVALHO, Marcos Danúbio Alves de; SILVA, Helder Oliveira; RODRIGUES, Leila Vieira. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ribeirão Preto: Ed. Port., v. 6, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2015.

CORRER, Cassyano J., et al. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. In: **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 43, n. 1, jan./mar., 2007.

DIMENSTEIN, et al. **O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental**. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

FREITAS, R. M.; IODES, A. M. F.; MAIA, F. D.; Atenção Farmacêutica aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS VI. In: **Infarma**. 2006, v.18, nº 9/10, p.12-16, Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/12/inf12a16.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2015.

GALVÃO, Cristina. O idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição Dossier. Saúde do Idoso. In: **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 2006.

LIMA, Vera Lopes de Abreu. **Legibilidade e leiturabilidade das bulas de medicamentos presentes no tratamento de pacientes cardíacos**. 2007. Dissertação de Mestrado, PUC-Rio, Rio de Janeiro.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa **Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: EDUC, 2000. 192 p.

LYRA JÚNIOR D.P., et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 2006, maio-junho.

MANGUALDE, Alice Ananias dos Santos, et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial**. Barbacena: Mental, 2013, v. 10, n. 19. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2015.

MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2003, vol.11, n.6, p. 786-791. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600013>. Acesso em: 25 jul. 2015.

NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Atenção Farmacêutica ao Idoso Prática Hospitalar**. Ano IX, no 52, Jul-Ago/2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília/DF, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa, et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. In: **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>. Acesso em: 29 set. 2015

OSINAGA, V. L. M ; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira ; SANTOS, Jair Licio Ferreira. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Feb 2007, vol.15, no.1. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a11.pdf. Acesso em: 18 abr. 2015.

PELISOLI, Cátula da Luz; MOREIRA, Ângela Kunzler. Avaliação de um centro de atenção psicossocial por meio do perfil de seus usuários. In: **Mental** [online]. 2007, vol.5, n.8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272007000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jul. 2015.

PEREIRA, Maria Odete, et al. **Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo**. Acta Paul Enferm. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a09>. Acesso em: 18 jul. 2015.

PETERSEN, Alberi; CARVALHO, Marcelo Madureira de. **Uso de medicamentos por idosos: uma revisão do elenco de medicamentos do programa farmácia popular do Brasil**. Brasília, 2006.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. **Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família**. 2006.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; NÓBREGA, Sheva Maia da. **A atenção psicossocial em saúde mental**: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia, 2004.