

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO PROGRAMA  
DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**FAUSTO MARTINS GEANTOMASSE**

**CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PACIENTE DO CAPS I  
DE MIRASSOL- SP**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

**2017**

**FAUSTO MARTINS GEANTOMASSE**

**CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PACIENTE DO CAPS I DE  
MIRASSOL- SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Neide A. Micelli Domingos**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**

**2017**

Geantomasse, Fausto Martins

**Caracterização psicossocial do paciente do CAPS I de Mirassol/SP** / Fausto Martins Geantomasse – São José do Rio Preto, 2017.  
xiv, 64f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.  
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Psychosocial characterization CAPS I patient of Mirassol- SP

Orientadora: Profa Dra Neide Aparecida Micelli Domingos

1.CAPS; 2. Saúde mental, 4. SUS; 4. Perfil Psicossocial.

**FAUSTO MARTINS GEANTOMASSE**

**CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PACIENTE DO  
CAPS I DE MIRASSOL- SP**

**BANCA EXAMINADORA  
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neide A Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

---

**1º Examinador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Jaqueline Pinto

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

---

**2º Examinadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carla Furlan Scarin

Instituição: UNIRP- Centro Universitário de Rio Preto

São José do Rio Preto, 31 / 03 / 2017

## Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de Tabela.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Anexo.....	ix
Lista de Apêndice.....	x
Resumo.....	xi
Abstract .....	xiii
Introdução .....	01
1.1 A Reforma Psiquiátrica.....	04
1.1.1 Psiquiatria Democrática Italiana.....	04
1.1.2 Psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor (França).....	06
1.1.3 As comunidades terapêuticas no sistema de saúde da Grã-Bretanha.....	06
1.1.4 Psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA).....	07
1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	08
1.2.1 Marcos importantes da história da saúde pública no Brasil.....	08
1.2.2 O cenário da reforma psiquiátrica brasileira.....	12
1.3 Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DRSXV.....	18
1.3.1 Redes de Atenção à Saúde.....	19
1.3.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	20
1.4 Caracterização do Município de Mirassol.....	21
1.5 CAPS I – Mirassol.....	24
Objetivos.....	26
Método.....	27
Materiais .....	27
Procedimento.....	27

Análise de dados.....	27
Aspectos éticos.....	28
Resultados e Discussão.....	29
Conclusão.....	44
Referências.....	45

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial à minha mãe, amiga, modelo de ser humano por todo carinho, confiança e dedicação, à minha mulher Thais e ao meu filho Francisco por acreditarem em mim mais do que ninguém e tornarem tudo isso possível e por me fazerem entender o real significado de família e do amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado. Em especial, gostaria de agradecer: A todos participantes da pesquisa pela contribuição;

À minha orientadora, Prof<sup>ta</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Ap. Micelli Domingos, que sempre esteve presente com sua brilhante contribuição durante todo o processo de minha formação pessoal e profissional e que confiou em meu trabalho, tornando possível essa etapa;

Ao Centro de Atenção Psicossocial I de Mirassol e à Prefeitura Municipal de Mirassol pela oportunidade de realização do trabalho;

A todos profissionais que contribuíram diretamente em partes do trabalho, com destaque para os colaboradores do CAPS I de Mirassol e, em especial, ao psiquiatra Dr. Celso Alexandre Bottos, aos administrativos Ailton Paulo Ramos e Jair Alberto Conceição pelo auxílio na coleta de dados com os profissionais de suas respectivas áreas;

A todos os colegas do Centro de Atenção Psicossocial I de Mirassol e à Prefeitura Municipal de Mirassol, em especial a Marília.

A meus amigos, em especial ao Cícero, ao Rafael, Carla, Fúlvio, Guilherme e Naiara e à minha família, em especial à minha irmã Flávia e sua companheira Cristiane.

## Lista de Tabela

<b>Tabela 1:</b> Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto aos transtornos mentais e gêneros.....	35
---	----

## Lista de Figuras

<b>Figura 01</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à faixa etária.....	28
<b>Figura 02</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à residência.....	29
<b>Figura 03</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à renda familiar..	30
<b>Figura 04</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto ao destino dos inativos.....	32
<b>Figura 05</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto ao “motivo da consulta”.....	33
<b>Figura 06</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto aos antecedentes patológicos familiares.....	34
<b>Figura 07</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto forma de entrada no serviço.....	38
<b>Figura 08</b> - Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à classe de psicofármaco.....	40

## Lista de Anexo

<b>Anexo A:</b> Anexo A (Parecer do comitê de Ética em Pesquisa).....	46
---	----

## Lista de Apêndice

<b>Apêndice A:</b> Instrumento de Coleta de Dados.....	47
--	----

Geantomasse, F. M. (2016). Caracterização psicossocial do paciente do CAPS I de Mirassol-SP. (Dissertação Mestrado). Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto-SP.

## RESUMO

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais e estimular a integração social e familiar, apoiar iniciativas de busca da autonomia e oferecer atendimento médico e psicológico. **Objetivo:** descrever características clínicas, sociodemográficas e psicossociais dos usuários do CAPS I do município de Mirassol, São Paulo, Brasil entre 2006 e 2016. **Método:** trata-se de um estudo descritivo documental. Foram analisados 668 prontuários de pacientes que frequentaram ou frequentam o CAPS I. Para a coleta de dados foi elaborada uma ficha com 25 questões, incluindo dados de identificação, sociodemográficos e clínicos. As análises foram descritivas, pois foram analisados todos os prontuários no período estipulado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (parecer nº 1.377.417). **Resultados:** 337 (50,45%) dos pacientes eram do sexo feminino; 578 (86,53%) eram adultos entre 19 e 59 anos; 376 (56,28%) tinham ensino fundamental completo; 258 (38,62%) eram católicos; 265 (39,67%) eram solteiros e 222 (33,23%) eram casados; 276 (41,32%) já passaram por pelo menos uma internação psiquiátrica; 361 (54,05%) pacientes têm história familiar de problemas mentais; 163 (24%) encontram-se em atendimento e 375 (53,14%) tiveram alta por evasão; sintomas depressivos estavam presentes em 200 (29,910%) pacientes; abuso de álcool e drogas em 190 (28,46%) e sintomas psicóticos em 150 (22,05%); 600 (89,82%) pacientes usavam medicação psicotrópica. Em relação ao gênero, o diagnóstico mais frequente no sexo feminino é o transtorno depressivo 90 (26,67 %) e no sexo masculino, transtorno do

espectro da esquizofrenia 84 (25,37%). **Conclusão:** o CAPS atendeu pacientes com queixas variadas e com diversas características pessoais.

**Palavras-chave:** CAPS, Saúde Mental, SUS, Perfil Psicossocial.

Geantomasse, F. M. (2016). Psychosocial characterization CAPS I patient of Mirassol- SP (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

## ABSTRACT

Psychosocial Care Centers (CAPS) are institutions designed to accommodate patients with mental disorders, stimulate social and family integration, support autonomy seeking initiatives and provide medical and psychological care. **Objective:** This study has the aim of describing the clinical, sociodemographic and psychosocial characteristics of the users of the Psychosocial Care Center I (CAPS I) in the city of Mirassol, São Paulo, Brazil, between 2006 and 2016. **Method:** As far as the methods are concerned, this is a descriptive documentary study. A total of 668 medical records of patients who attended or have been attending CAPS I were analyzed. Data collection was consisted of 25 questions, including identification, sociodemographic and clinical data. The analyzes were descriptive, since all medical records were analyzed in the stipulated period. The project was approved by the Ethics Committee of the Medical School of São José do Rio Preto (opinion nº 1,377,417). **Results:** Regarding the results, 337 (50.45%) of the patients were female; 578 (86.53%) were adults between 19 and 59 years old; 376 (56.28%) had completed elementary education; 258 (38.62%) were Catholics; 265 (39.67%) were unmarried and 222 (33.23%) were married; 276 (41.32%) have already undergone at least one psychiatric hospitalization; 361 (54.05%) patients have a family history of mental problems; 163 (24%) were in care and 375 (53.14%) were discharged by evasion; Depressive symptoms were found in 200 (29.910%) patients; alcohol and drug abuse in 190 (28.46%) patients and psychotic symptoms in 150 (22.05%) patients; 600 (89.82%) patients used psychotropic medication. As far as gender is concerned, the most frequent diagnosis in females was depressive disorder (90 patients or 26.67% of

them) and, in males, schizophrenia spectrum disorder (84 patients or 25.37% of them).

**Conclusion:** Therefore, the CAPS attended patients with varied complaints and with several personal characteristics.

**Key words:** CAPS, Mental Health, SUS, Psychosocial Profile.

## INTRODUÇÃO

Em face às indagações, às críticas e aos questionamentos feitos ao modelo asilar e hospitalocêntrico, modelo esse em que a internação psiquiátrica era a única forma de tratamento, a atual política nacional de saúde mental não só prevê a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e a superação do modelo manicomial por meio da ampliação e do fortalecimento da rede substitutiva, também conhecida como RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) – Portaria GM/MS nº 3.088/2011 –, mas também preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, de álcool e de outras drogas. A rede substitutiva é constituída, principalmente, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Serviços Residencial Terapêutico (STR) e é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da lei n. 10.216 (Fonte, 2011).

A inserção dessa nova abordagem, com a introdução desses novos dispositivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta a necessidade de avaliação desses serviços e dos resultados obtidos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) fomenta a prática da avaliação contínua dos serviços de saúde mental, com o objetivo tanto de promover a qualidade desses serviços, quanto de examinar a eficácia e a efetividade dos mesmos, além de obter informações para o desenvolvimento de outros programas no futuro (Onocko-Campos Rosana Teresa, Furtado Juarez Pereira, 2006).

No Brasil, por meio do Ministério da Saúde, ações e leis que propõem um novo modelo de atenção, decorrentes de décadas de debates, lutas e iniciativas legislativas, contrapõem-se ao modelo clássico da Psiquiatria que, com ênfase hospitalocêntrica, promovia o isolamento da loucura e a desqualificação do sujeito com sofrimento psíquico (Onocko-Campos & Pereira, 2006).

A Reforma Psiquiátrica prevê, entre outras propostas, a desinstitucionalização e a oferta de serviços próximos ao território dos sujeitos, possibilitando a participação de novos agentes no processo de pensar a saúde. Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental, no final de 2006, havia mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial credenciados pelo Ministério da Saúde e mais de 50% dos recursos em saúde mental foi direcionado para a rede extra-hospitalar, fato inédito na história da saúde brasileira (Ministério da Saúde, 2004a).

Atualmente no Brasil existe uma rede substitutiva em saúde mental, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar esses pacientes em suas iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. A característica principal desses centros é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, ou seja, como o espaço da cidade no qual se desenvolve a vida cotidiana de usuários e de familiares (Brasil, 2004).

Os CAPS têm algumas especificidades que são:

- **CAPS I:** serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 20 mil a 70 mil habitantes, o qual oferece atendimento diário de segunda a sexta-feira em pelo menos um período por dia. Existem 788 unidades no país;

- **CAPS II:** serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes, o qual oferece atendimento diário de segunda à sexta-feira em dois períodos por dia. Existem 424 unidades no país;

- **CAPS III:** serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 200 mil habitantes, o qual oferece atendimento em período integral (24h). Existem 56 unidades no país;

- **CAPS AD:** serviço de atenção à saúde mental, especializado para usuários de álcool

outras drogas em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 268 unidades no país;

- **CAPS ADIII:** serviço de atenção à saúde mental, que é especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 200 mil habitantes e que oferece atendimento por período integral (24h). Existem cinco unidades no país;

- **CAPS i:** serviço de atenção à saúde mental, que é especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) em municípios acima de 200 mil habitantes. Existem 134 unidades no país.

Além dos CAPS existem outros dispositivos que fazem parte da rede substitutiva: Cobertura de Leitos Psiquiátricos, Programa de Volta para a Casa, Leitos em Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral, Serviços de Residência Terapêutica, Saúde Mental na Atenção Básica, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). No presente trabalho, serão abordados os CAPS.

## 1.1 A Reforma Psiquiátrica

### 1.1.1 Psiquiatria Democrática Italiana

Com o nascimento da psiquiatria como ciência, no século XIX, nascia também o hospital psiquiátrico e a descendência dele proveniente dos asilos e dos manicômios, dos quais herdaria a natureza excludente. Essas instituições não tinham vocação médica, de tal modo que não se é admitido ser tratado, justamente para não mais fazer parte da sociedade (Foucault, 2008).

Na Itália, a partir dos anos 60 é que se firmam os alicerces da reforma, introduzindo um olhar sistêmico sobre os transtornos mentais, vinculando-os a fatores familiares, sociais e da própria condição humana. Em vista disso, se as origens estão fora da instituição, o movimento ideal deve ser no sentido da desinstitucionalização. Naquela época, o psiquiatra italiano Franco Basaglia dirigia o Hospital de Gorizia, onde já observava a inviabilidade do modelo manicomial, mas encontrava forte resistência para mudanças (Amarante, 1996).

A atual política de saúde mental brasileira sofreu influência de Franco Basaglia, o qual foi o precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática. No ano de 1961, quando assumiu a direção do hospital, iniciou mudanças, com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia.

Basaglia foi influenciado por Maxwell Jones, Michel Foucault e Erving Goffman e a formação existencial fenomenológica dele foi apoiada também na cultura de esquerda italiana (marxismo), com destaque para o materialismo histórico e, em particular, para o pensamento de Antônio Gramsci (Amarante, 1996).

Dentro desta perspectiva teórica e à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização do hospital

psiquiátrico não seria suficiente. Basaglia notou que eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica, quanto nas relações entre a sociedade e a loucura (Amarante, 1996).

Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e o corpo desse indivíduo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), o qual era excludente e repressor (Amarante, 1996).

Na cidade de Trieste, ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos (Amarante, 1996).

A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia, o qual, a partir de então, deixou o Hospital de Gorizia e assumiu o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni. Lá deu início tanto ao processo de desconstrução do hospício, quanto à inclusão de abordagens interdisciplinares, integrando ao saber médico os conhecimentos da assistência social, da psicologia, da sociologia. De fato, Basaglia afirmava que a psiquiatria era usada pelo Estado para oprimir doentes. Como resposta, aprimorou as Comunidades Terapêuticas do sul-africano Maxwell Jones, consolidando-as como processo contínuo de tratamento e redefinindo a relação entre paciente, médicos, enfermeiros e comunidade em geral (Amarante, 1996).

Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978, foi aprovada, na Itália, a chamada lei 180 ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana",

também conhecida popularmente como “Lei Basaglia”.

No ano de 1973, a OMS credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental (Amarante, 1996).

### **1.1.2 Psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor (França)**

A psiquiatria de setor, implementada na França ao início da década de 60, constituiu-se em uma política consistente não só com os direitos dos pacientes, mas também com o entendimento de que o contexto social e cultural exerciam um papel concreto e fundamental no processo terapêutico. Foi uma primeira tentativa de territorialização na atenção às pessoas internadas, que não teve maiores repercussões práticas, à época, devido aos problemas enfrentados na sua implementação no contexto tradicional francês (Amarante, 1995).

A característica principal do modelo assistencial da Psicoterapia Institucional é a manutenção da instituição psiquiátrica, a partir da sua radical transformação. A sua existência não está em questão, pois o que faz a instituição ser um manicômio são as relações, as práticas e as lógicas que se estabelecem na assistência prestada aos internos. Nessa lógica, todos estão doentes, e a instituição deve ser tratada em seu conjunto, alterando-se radicalmente as relações estabelecidas, de modo a horizontalizá-las e transformar a instituição de cuidado em um espaço de produção de liberdade, de participação, de acolhimento das diferenças, de valorização de cada sujeito. Outro princípio do modelo é a ideia de continuidade dos cuidados, por uma equipe de saúde mental (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

### **1.1.3 As comunidades terapêuticas no sistema de saúde da Grã-Bretanha**

A transformação dos hospitais psiquiátricos em comunidades terapêuticas é a marca primordial desse movimento dos países anglo-saxões. Nas comunidades terapêuticas, a responsabilidade pelo tratamento não é apenas do corpo técnico, mas também de outros

integrantes da comunidade, inclusive e principalmente dos usuários. Nessas instituições, pressupõe-se a criação de um ambiente de corresponsabilidade entre todos que estejam na comunidade (CFP, 2013).

#### **1.1.4 Psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA)**

Salvaguardadas as diferenças e peculiaridades do sistema de saúde nos EUA, que não é universal e tampouco se constitui como um direito de todos e um dever do Estado, os americanos têm o seu sistema de saúde ainda hoje dominado pelas seguradoras; porém a saúde pública ocupa-se de dois programas naquele país: o primeiro direcionado aos pobres e ao tratamento das tuberculosas, de portadores de doenças venéreas, de usuários de álcool e de outras drogas e ao atendimento à saúde mental; o segundo é o programa de proteção pública contra os riscos ambientais.

Pela perspectiva conceitual, a psiquiatria americana foi marcada pelas ideias de prevenção de Gerald Kaplan, que consistia em um conceito de prevenção em saúde mental articulado em três níveis: o nível primário consistia em se intervir nas condições individuais e ambientais de formação da doença mental; o segundo nível ocupava-se do diagnóstico precoce das doenças mentais; e o terceiro nível referia-se à readaptação do usuário à vida social, após o seu momento de crise e de conseqüente melhora. O recurso à internação psiquiátrica apenas ocorria, quando esgotadas outras possibilidades de tratamento e apenas por curtos períodos de tempo. (Oliveira, 2013)

## **1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

### **1.2.1 Marcos importantes da história da saúde pública no Brasil**

No Brasil colonial, as primeiras ações em saúde de caráter mais coletivo foram feitas pelos senhores de engenho e eram dirigidas à mão-de-obra escrava. O aumento da demanda externa por produtos agrícolas e, concomitantemente, a escassez de mão de obra – reduzida ao trabalho dos escravos nesse período –, tornaram interessante e necessário, para os senhores de engenho, curar e estender a vida de seus escravos. Em relação à saúde mental, existiam algumas instituições, do tipo abrigos, que eram gerenciados pela Igreja Católica e que abrigavam os chamados loucos, muito embora, em grande parte, essas pessoas eram assimiladas e toleradas nas relações sociais cotidianas (CFP, 2013).

Essa situação estende-se até o período imperial, quando se instalam, no Brasil, as primeiras instituições hospitalares e o desenvolvimento de práticas científicas de saúde. Na Primeira Fase da República (1889-1930) a saúde teve como característica principal o caráter filantrópico e emergencial. A saúde pública era tratada como área específica e os recursos dela eram destinados à assistência médico-hospitalar e às ações coletivas de controle de epidemias.

Do ponto de vista da saúde mental, o advento da República vai concretizar e intensificar a perspectiva de transformação da loucura em doença mental: um objeto de saber médico especializado, Hospício Pedro II passa a se chamar Hospital Nacional de Alienados e é transformado em instituição pública em 1890.

No Segundo Momento da República (1930-1945) tem-se um Estado com características modernizadoras, sustentado por uma união não hegemônica composta de grupos de oligarquias e da burguesia emergente. A característica do governo foi de uma

postura autoritária, instalando uma estrutura administrativa corporativa, sob o arcabouço político populista (CFP, 2013).

A Constituição de 1934 definiu as responsabilidades específicas do Estado no que se refere à legislação sobre normas de assistência social, às estatísticas de interesse coletivo, ao exercício das profissões liberais e técnico-científicas, aos cuidados com a saúde e assistência públicas, à fiscalização das leis sociais, às garantias na legislação trabalhista de assistência médica e sanitária aos trabalhadores e à gestante. A assistência psiquiátrica é promulgada em 1934, segundo a Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais.

Na Terceira Fase da República (1946-1964), a Constituição de 1946 institui que a União faça a organização da defesa permanente contra as grandes endemias, nesse momento histórico o estado começa a legislar sobre seguros e previdência social, promove a defesa e proteção da saúde, legisla sobre o exercício das profissões, assegura a autonomia dos municípios quanto à organização de alguns serviços públicos locais (sem especificar os serviços de saúde) e determina a assistência obrigatória à maternidade, à infância e à adolescência. Em relação à assistência psiquiátrica, é preciso afirmar a existência, nesse momento, de experiências de contestação em relação ao modelo hegemônico até então existente.

O trabalho de Nise da Silveira (1905-1999) que, no hospital de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro, foi pioneiro e contestador com a criação da Seção de Terapêutica Ocupacional (que deu origem ao Museu de Imagens do Inconsciente) tem como mérito a crítica permanente à redução do sujeito, à doença e a possibilidade de dar voz, expressão, circulação e de estabelecer relação a partir dos sentidos e significados escondidos e sufocados pelo tratamento psiquiátrico.

Na Quarta Fase Republicana (1964-1985), o país vive sob a égide do regime de Ditadura Militar, e os avanços para o setor de saúde obtidos no período anterior sofrem um

recuo relevante. As políticas refletidas nas legislações sobre a saúde pública têm caráter discriminatório, de natureza vaga e evolução lenta (CFP, 2013).

Seguindo fielmente o espírito da época, o movimento da Reforma Sanitária – RS, no Brasil, configurou-se como movimento revolucionário, de caráter social e político, gestando, durante o regime militar, o embrião do SUS. Por conta da ditadura, na década de 70, as reuniões de trabalhadores, estudantes e profissionais de saúde eram muitas vezes realizadas clandestinamente, inclusive nos porões das igrejas. (Oliveira, 2013)

A Constituição de 1967 não imprimiu na Carta Magna o direito à saúde como inerente à cidadania e o dever do Estado na garantia do seu gozo; ao contrário, a assistência médica apenas foi garantida aos trabalhadores e dependentes vinculados ao sistema previdenciário, o que criou uma situação de pré-cidadania para os demais brasileiros quanto ao direito à saúde.

Como coronário sobre a saúde mental, o grande legado desse período é a privatização dos serviços com características clientelistas e a constituição da chamada indústria da loucura. Os leitos privados passam a crescer dez vezes mais que os leitos públicos. O perfil social da população psiquiátrica cresce em trabalhadores previdenciários urbanos acometidos por sofrimentos decorrentes das condições de trabalho impostas pelo desenvolvimento econômico, o que altera também o perfil nosológico dessa população, que passa a ser constituída por diagnósticos como neuroses e alcoolismos, em uma reedição da psiquiatrização de problemas sociais.

Em relação à assistência psiquiátrica, desde o final dos anos 1950, o Brasil acumulava uma grave situação nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos grosseiros; falta de vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos. Como foi mencionado anteriormente, a partir do golpe militar de 1964 até os anos 1970, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o

poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira.

Na Quinta Fase Republicana (1986 - período atual), a partir de uma enorme ebulição de movimentos sociais, os quais questionavam os poderes e as ausências do Estado na formulação e na garantia de políticas de saúde à sua população que eclodiu com o fim da ditadura, passa-se à construção do Estado Democrático de Direito (Valadares, 2013).

É nesse período de ressignificação e de reconstrução que há o fortalecimento e a visibilidade social do Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Vale destacar que o Movimento de Reforma Sanitária inicia-se no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, com recuo no período da ditadura, ganhando força novamente no final dos anos 1970. A marca dos anos setenta são as denúncias e as críticas. Diversos segmentos sociais organizaram-se nessa época, ao longo do processo de redemocratização do país.

Em dezembro de 1987, aconteceu a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, que gerou o Movimento da Luta Antimanicomial.

Sintetizar-se-ão os principais momentos e influências da Reforma Brasileira (C F P, 2013) a seguir:

- Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (junho/1986): marco político decisivo para os rumos da saúde pública do Brasil, o qual apontou claramente para a construção do SUS – Sistema Único de Saúde;

- Constituição Federal (1988): conhecida como a “Constituição Cidadã”, garantiu o direito à saúde no Capítulo II – Seguridade Social. Nos seus artigos 196 a 200, são expressos os princípios que definem a saúde como direito de todos e dever do Estado;

- O Movimento de Luta Antimanicomial: desde o final dos anos 70, vários trabalhadores estavam insatisfeitos e indignados com a “assistência” oferecida às pessoas com sofrimento mental do país. Para publicizar tal situação, inúmeras denúncias na mídia, debates e seminários foram realizados no meio profissional, mas foi somente no final dos anos 1980, precisamente durante a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, que foi realizada uma profunda avaliação da situação da assistência psiquiátrica brasileira. Uma das invenções mais significativas deste movimento foi a criação do “18 de Maio” como o dia nacional da luta antimanicomial, com uma utopia ativa intitulada “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” (Oliveira, 2013);

- A Lei 8080: dispõe sobre as condições para a promoção, para a proteção e recuperação da saúde, para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- O Projeto de Lei Paulo Delgado (1989): mecanismo importante para garantir a discussão por todo o território nacional da proposta de criação de uma lei com o objetivo de proteger, promover e melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais, por serem particularmente pessoas vulneráveis e vítimas de abusos e de violação dos seus direitos;

- A Intervenção no Hospital Psiquiátrico “Anchieta” em Santos (1989): marco decisivo para viabilização e para a demonstração de que era possível prescindir do hospital psiquiátrico e realizar a substituição efetiva dele por uma rede de serviços abertos de atenção contínua, orientados pelo respeito à cidadania dos usuários.

Foram esses os principais acontecimentos que contribuíram e viabilizaram a reforma psiquiátrica no Brasil.

### **1.2.2 O cenário da reforma psiquiátrica brasileira**

No Brasil, o cenário crítico no enfrentamento dos problemas de saúde da população explicitou a necessidade de mudanças e originou, a partir do final da década de 1970, o processo da reforma sanitária, que teve, por consequência, conforme o Conselho Federal de Psicologia (2013, p.45), a construção do Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, no capítulo II, o qual trata da seguridade social, especificamente na seção II, a qual se refere ao direito à saúde – art. 196 a 200 (Brasil, 1988).

A estruturação e a implementação desde então é um processo dinâmico e permanente. Concomitante a esse processo, impulsionada pelo Movimento de Luta Antimanicomial, foi implementada uma nova política de Saúde Mental, com o foco prioritário na construção de uma rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos (C F P, 2013).

A mudança do paradigma hospitalocêntrico para o comunitário tornou-se o enunciado básico da reforma da assistência psiquiátrica, de maneira a consagrar o termo “desinstitucionalização” para as políticas caracterizadas por: a) evitar admissões de casos novos em hospitais psiquiátricos, por meio de alternativas de tratamento na comunidade; b) devolver à comunidade todos os pacientes institucionalizados que tenham recebido a adequada preparação para essa mudança; e c) estabelecer e manter um sistema de suporte e de reabilitação na comunidade para as pessoas com transtornos mentais graves (Mateus, 2013, p 40).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1987 em São Paulo (SP), no cenário político da redemocratização do país e nas lutas pela reformulação de linhas conceituais. Entre essas linhas, estão novas formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental, que se fortaleceram a partir do final da década de 1980 na América Latina e no Brasil (Onocko-Campos & Pereira, 2006).

Os CAPS são a grande aposta da reforma psiquiátrica brasileira para a mudança de atendimento na comunidade; de fato, verificou-se, no decorrer do tempo, que o CAPS atendia várias necessidades na saúde mental (Mateus, 2013).

Os princípios da política de saúde mental brasileira costumam ser resumidos com base nas resoluções da Declaração de Caracas (Uzcátegui & Levav, 1990 em Mateus, 2013):

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento.
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deva fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação (Mateus, 2013, p.25).

Quanto à legislação de saúde mental no Brasil, a aprovação da lei n. 10.216/2001 – em que o saber psiquiátrico era questionado pelo surgimento da corrente antipsiquiátrica, a qual interpelava a psiquiatria convencional enquanto conhecimento científico – a loucura não era doença, mas um reflexo do desequilíbrio social e familiar do meio onde o indivíduo se encontra inserido, devendo o empenho em sua cura se localizar nessas causas, excluindo as disfunções orgânicas tão propagadas anteriormente.

A reforma psiquiátrica brasileira nos anos setenta teve como mola propulsora a efervescência social, a qual eclodiu na forma de manifestações em vários setores da sociedade, no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios. Entre esses atores sociais podemos destacar o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, as associações de familiares, de sindicalistas, de membros de associações de profissionais e de

pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. De fato, esse movimento teve destaque, em 1978, quando várias frentes de luta contra a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência construíram coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Mateus, 2013).

Em 1989, o Congresso Nacional recebe o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), o qual propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo projeto de lei do deputado Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (Mateus, 2013).

No ano de 1989, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos, descendentes diretos do legado basagliano de desconstrução do manicômio cuja influência definiu os CAPS como principais elementos da reforma iniciada (Paulo, 2009).

Em 1992, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 224 de 29/01/92, definiu as atribuições dos serviços de hospitalização parcial e dos CAPS. A portaria n.336/GM/MS(19/02/2002) estabeleceu que os CAPS poderiam estar voltados ao atendimento de pacientes adultos com transtornos mentais graves e persistentes, ao atendimento de crianças e de adolescentes com estes transtornos ou ao atendimento dos transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (Paulo, 2009).

Os CAPS são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Realizam atendimento as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade (Ministério da Saúde, 2004b)

É um tipo de serviço de saúde comunitário que oferece atendimento diário em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, de acordo com a gravidade do quadro

clínico (Ministério da Saúde, 2004b). Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensiva é a modalidade de assistência na qual o paciente, em função da menor gravidade do quadro psíquico, pode ter uma frequência menor de atendimento (Ministério da Saúde, 2004b).

Ainda compete ao CAPS regular a entrada dos pacientes na rede de assistência psiquiátrica na área de atuação do CAPS e dar suporte ao atendimento à saúde mental na atenção básica. Os CAPS foram gestados para ser um dos pilares da reforma psiquiátrica e para funcionarem como intermediários entre o atendimento ambulatorial e a internação após a alta de pacientes de hospitais psiquiátricos.

Com um método inverso à hospitalização, os CAPS têm atingido avanços na reinserção social dos doentes, mas enfrentam dificuldades estruturais e ainda não têm cobertura suficiente em todos os estados (Mangualde, Botelho, Soares, Costa, Junqueira, & Vidal, 2013).

A proposta de trabalho dos CAPS inclui uma equipe multiprofissional, e as atividades desenvolvidas nesse espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupo e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação (Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes, Mielke, Kantorski, et al., 2009). Nessa forma de serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento e tem atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário (Maragno et al., 2009).

Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde

(ambulatório, hospital-dia, consultórios). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os CAPS (Ministério da Saúde, 2004b).

A reforma foi transformada em política pública, é parte indissociável do SUS e enfrenta desafios gigantes, mas deve estar aberto à crítica, ser plural e democrática, em consonância com os direitos humanos (Mateus, 2013).

No campo da Saúde Mental, faz-se necessário um questionamento de nossa própria atitude diante do fenômeno humano do adoecimento psíquico; nessa perspectiva, as propostas da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica são compromissos éticos e políticos (Stockinger, 2007).

Apesar dos avanços de uma Constituição que instituiu a seguridade social, afirmando saúde, previdência e assistência como áreas integradas de proteção social e exigindo a garantia de proteção a riscos que podem atingir indistintamente todos os cidadãos, o que se vê, atualmente, são setores que funcionam ainda de maneira fragmentada. Embora cada área tenha por diretriz a descentralização das próprias ações, cada área ainda funciona de maneira vertical em todos os níveis de governo (CFP, 2013).

O direito à saúde é uma das colunas na construção de uma sociedade mais justa e democrática. O intuito supremo desses novos serviços e da rede substitutiva é acolher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social. A implantação de um modelo psicossocial implica em uma quebra de paradigma em relação às pessoas com sofrimento mental e na busca de saídas e na construção de estratégias em diversos campos que fazem conexão direta ou indiretamente com o campo da saúde mental (CFP, 2013).

Esse desafio é especialmente complexo nos dias atuais, dado o momento delicado pelo qual passa o Sistema Único de Saúde (SUS): as forças contrárias ao sistema unem-se, buscando a privatização dele, aliadas aos tecnocratas do próprio sistema que cedem a essas

pressões. Isso coloca em risco uma conquista histórica do povo brasileiro: ter a saúde como um direito inalienável e inequívoco.

Atualmente, no Brasil, vivemos um momento histórico conturbado que culmina com uma crise política sem precedente; em decorrência dessa crise, agravou-se uma crise econômica, e, pior que a crise financeira, foi o fortalecimento de ideias retrógradas, o questionamento de várias conquistas sociais e da garantia de direitos às minorias sociais. A saúde está sofrendo cortes de investimento e, por conseguinte, a saúde mental também está: momentos de retrocessos e de risco para as lutas sociais conquistadas a duras penas; a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, ainda sendo implementadas, estão enfraquecidas; e o risco de privatizações e do retorno de um modelo hospitalocêntrico parece cada vez menos absurdo.

### **1.3 Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRSXV**

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal 8.080 de 1990, regula e organiza em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo.

São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; a integralidade das ações em um conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo (Ministério da Saúde, 2015).

Apesar de a articulação das ações estarem previstas na proposição do SUS, observa-se certa descontinuidade do cuidado entre os níveis de atenção, resultando em uma fragmentação do sistema. Essa fragmentação do sistema pode manifestar-se de formas distintas. Os sistemas

de saúde podem apresentar falta de coordenação entre os níveis e os pontos de atenção, sobreposição de serviços, problemas de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos, não somente em termos de quantidade, mas também de qualidade por falta de capacitação adequada. Além disso, constatam-se financiamento público insuficiente e baixa eficiência no emprego dos recursos, resultando na redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde e na pulverização dos serviços nos municípios. Em relação aos usuários do sistema, a referida fragmentação origina dificuldades de acesso, descontinuidade da atenção e incompatibilidade entre a oferta e a demanda (Ministério da Saúde, 2015).

A organização dos serviços é condição fundamental para que esses ofereçam as ações necessárias de forma apropriada, devendo ser considerados o tempo, o lugar, o custo, a qualidade e as responsabilidades sanitárias de um determinado território (Ministério da Saúde, 2015); para isso, é preciso compreender que os sistemas de atenção à saúde são respostas às necessidades das populações, que se expressam nas suas situações de saúde, por consequência, deve haver uma sintonia entre essas necessidades e a forma como os sistemas de saúde se organizam para dar respostas efetivas (OPAS, 2011).

### **1.3.1 Redes de Atenção à Saúde**

A Região de Saúde é compreendida como o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e de serviços de saúde.

A Rede de Atenção à Saúde é caracterizada pelo conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a

integralidade da assistência à saúde. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Importante destacar o papel da Atenção Básica no ordenamento das redes de atenção à saúde:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (Ministério da Saúde, 2015).

### **1.3.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número vem sofrendo um aumento progressivo com o avançar dos anos, principalmente nos países de baixa à média renda, dentre eles o Brasil (WHO, 2001).

Estudos nacionais indicam que entre 31% e 50% da população brasileira apresenta pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida, e entre 20% e 40% dessas pessoas necessitam de algum tipo de ajuda profissional. Quanto aos transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população, representando cinco milhões de pessoas, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental.

Dados divulgados pela OMS (2010) indicam que, em países de baixa renda, cerca de 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não têm acesso adequado ao tratamento em saúde mental. Em relação aos países de renda média e alta, esses números reduzem-se, respectivamente, para 35% e a 50%.

Frente a essa realidade e considerando a saúde mental como parte integrante das redes prioritárias, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM n. 3088 de 23 de dezembro de 2011 (Brasil,2011), instituiu a RAPS. Essa portaria prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A portaria reforça os princípios da reforma psiquiátrica que critica o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais nas formulações políticas e nas práticas de atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2015).

#### **1.4 Caracterização do Município de Mirassol**

O município de Mirassol apresenta a segunda maior população da região do CIR - Rio Preto com 55.939 habitantes (Ministério da Saúde, 2015). A atividade econômica predominante é a prestação de serviços, por meio do setor terciário, com 68% do PIB. Ainda conta com 56 indústrias aproximadamente, sendo este um setor de aquecimento para a economia local, uma vez que corresponde a 30%, com destaque para a indústria moveleira.

Para a oferta da assistência à saúde, conta no componente de Atenção Básica com cinco Unidades Básicas de Saúde, uma Casa do Adolescente (Programa Saúde do Adolescente) e um Posto de Atendimento Médico (à semelhança de uma UBS, no Distrito de Ruilândia). Na Atenção Especializada, possui um Ambulatório de Reabilitação, um Núcleo de

Estimulação e Aprendizagem, um CAPS I, um Serviço de Suporte Básico do SAMU e uma UPA 24 horas.

As características populacionais, geográficas e de desenvolvimento colocam a região de São José do Rio Preto entre as rotas de tráfico de drogas, favorecendo a oferta e o uso. A presença na região de atividades e de organizações criminosas organizadas, ligadas às drogas, traz como consequência a exploração do trabalho infantojuvenil e o número expressivo de famílias de vulnerabilidade social com situação de reclusão por tráfico, assim como a exploração sexual, para obtenção, em especial, do crack, tanto por parte do público adulto quanto do público infantojuvenil.

A população migrante em situação de rua e a oferta de drogas têm feito crescer o uso de crack, expressivo na população adulta jovem e já presente em usuários que eram mais adeptos de drogas como o álcool (população adulta acima dos 50 anos). O alto índice de gravidez na adolescência e de mães usuárias de crack, sem condições para cuidar de seus filhos, favorece o uso pelas novas gerações com início cada vez mais precoce. O fato é frequente nas comunidades de maior vulnerabilidade social, sendo comum também o aspecto transgeracional da dependência de drogas (Ministério da Saúde, 2015).

O aumento de mulheres dependentes de crack ou envolvidas e condenadas pelo tráfico de drogas fez crescer o número de crianças e de adolescentes criados por avós, por parentes ou em acolhimento provisório. Atualmente, a maior parte dos bebês em acolhimento social são filhos de usuárias de crack; essas crianças encontram maior rejeição para conseguir a adoção e frequentemente apresentam outras condições vulneráveis de saúde, como a sífilis congênita. A epidemia do crack coincide com a retomada de crescimento das notificações de novos casos de HIV e Sífilis, bem como das doenças secundárias e associadas (Ministério da Saúde, 2015).

O número de pessoas em situação de rua nos municípios de SJRP e Mirassol tem aumentado ao longo dos anos, motivado por migrações mal sucedidas (quanto à fixação de moradia e de trabalho) e pela quebra de vínculos familiares e sociais, decorrentes da dependência de álcool e de crack (principalmente). O mesmo ocorre também nos municípios menores, porém em menor escala, demandando ações sociais e de saúde emergenciais para cuidado dessas pessoas que, em função de sua alta vulnerabilidade, ficam fora da rede de serviços. No município de SJRP, observa-se que mais de 95% das pessoas em situação de rua são usuárias de substâncias psicoativas, com destaque para o uso abusivo de álcool e de crack, para as quais o Consultório na Rua e o CAPS AD III são equipes estratégicas de atenção, articulando as ações em rede e a vinculação aos demais serviços (Ministério da Saúde, 2015).

No município de São José do Rio Preto, a população moradora de rua conta com os atendimentos do CREAS POP no auxílio para documentação, acesso a programas de transferência de renda, apoio para alimentação e vestuário, lavagem de roupa e outros encaminhamentos sociais como acesso ao albergue e outros equipamentos sociais. Existem serviços (conveniados à Secretaria de Assistência Social) voltados a essa população: albergue, república e casa de passagem. A presença de voluntários de organizações religiosas como Pastoral do Povo da Rua, igrejas diversas e centros espíritas também é constante e abundante, ofertando alimentação e itens de vestuário a pessoas em situação de rua (Ministério da Saúde, 2015).

O enfrentamento do sofrimento psíquico, os transtornos mentais e os estigmas associados a esses transtornos, o desafio de propiciar condições facilitadoras para a adesão ao tratamento, a articulação da rede de proteção e de reabilitação psicossocial, assim como o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado são questões atuais para a rede de atenção psicossocial e para a formação dela.

A relação da RAPS local com setores como Poder Judiciário e Conselhos Tutelares tem sido conflituosa pela divergência de estratégia entre as partes; os conflitos têm enfraquecido a rede e a linha de cuidado, sendo um assunto de grande relevância para formação e para a capacitação (Ministério da Saúde, 2015).

O desafio atual é a articulação da rede de atenção psicossocial e o fortalecimento de suas potencialidades, para superação de dicotomias e promoção das ações necessárias ao público alvo. As ações solicitadas pelo Poder Judiciário e Conselhos Tutelares estão pautadas, muitas vezes, pelo imediatismo, pela medicalização e pelo estigma com os usuários de saúde mental, em detrimento dos princípios e dos objetivos defendidos na RAPS (Ministério da Saúde, 2015).

### **1.5 CAPS I – Mirassol**

O CAPS I - Mirassol foi inaugurado em setembro de 2006, atende em média 175 pacientes ao mês – 30 desses pacientes são atendidos de forma intensiva e passam o dia todo na unidade e fazem, inclusive, refeições. Os outros pacientes são divididos nas modalidades semi-intensivo e não intensivo. São todos moradores do município de Mirassol: essas pessoas, de qualquer forma, são acolhidas e escutadas em seu sofrimento.

Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, de enfermeiro, de psicólogo e de assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, com o desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, com a realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

O Centro de atenção Psicossocial (CAPS I) é um serviço do sistema único de saúde (SUS). Trata-se de um local de referência e de tratamento para pessoas que sofrem com

transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justificam sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. A equipe do CAPS I de Mirassol é formada por 11 pessoas: 01 (um) médico psiquiatra, 01 (um) assistente social, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) psicólogo, 01 (um) terapeuta ocupacional, 01 (uma) atendente, 02 (dois) auxiliares administrativos, 01 (um) cozinheiro, 01 (um) auxiliar de serviços gerais, 01 (um) motorista.

O acolhimento é realizado por um técnico previamente escalado. O paciente, ao chegar à unidade, repassa os dados necessários para sua identificação e, em seguida, agenda um horário para a triagem, de acordo com a disponibilidade do técnico responsável. A partir do momento que o perfil do paciente é definido, ele terá a matrícula efetivada com abertura de um prontuário individual e único.

Todos os pacientes têm uma primeira avaliação psiquiátrica que muito contribuirá para avaliação do seu projeto terapêutico. Desse processo, terão a garantia de avaliação e acompanhamento psiquiátrico, tantas vezes quantas necessárias, com dia e hora marcados por meio de sistema.

## **OBJETIVOS**

Este estudo visa caracterizar e descrever características clínicas, sociodemográficas e psicossociais dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial I do município de Mirassol entre os anos de 2006 a 2016.

## MÉTODO

### **Delineamento de pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo/documental (análise de prontuários).

### **Local**

Centro de Atenção Psicossocial I de Mirassol e Prefeitura Municipal de Mirassol Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Critérios de inclusão**

Foram analisados todos os prontuários no período entre 2006 e 2016. Nenhum prontuário foi excluído, mesmo que incompleto.

### **Materiais**

Formulário para coleta de dados contendo 25 questões elaborado pelos autores (Apêndice 1).

### **Procedimento**

Após as autorizações, procedeu-se a análise dos prontuários dos pacientes do CAPS I de Mirassol entre 2006 e 2016. Os dados obtidos a partir das análises das variáveis analisadas contidas nos prontuários clínicos foram tabulados e analisados por meio da estatística analítico-descritiva, com auxílio do software Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, WA).

### **Análise de dados**

Por se tratar de uma pesquisa em que foi incluída a totalidade dos prontuários, as análises dos dados referem-se aos parâmetros populacionais ( $\pi$ ) do CAPS I de Mirassol. Cada prontuário foi examinado segundo os itens constantes no formulário de coleta de dados. É importante salientar que alguns prontuários estavam incompletos.

### **Aspectos éticos**

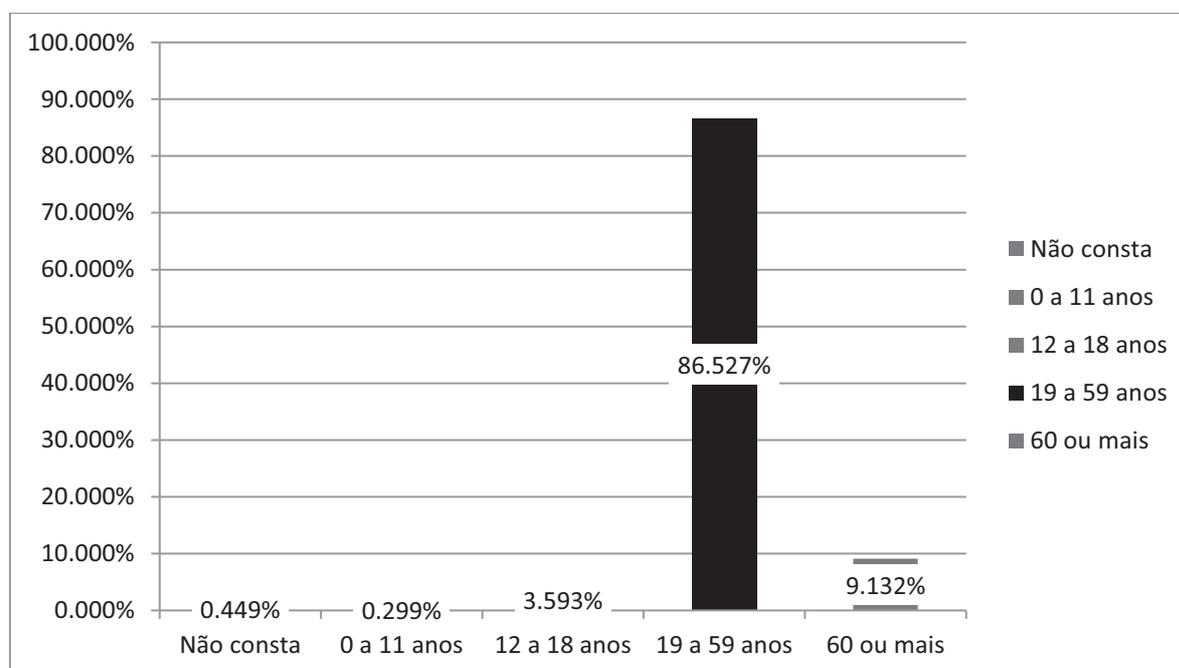
O projeto foi enviado ao Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Como se trata de uma pesquisa documental, solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse estudo seguiu os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, denominada Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, que preconiza o anonimato o sigilo das informações de todos os participantes analisados em prontuários; ademais, esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FAMERP (Parecer n. 1.3777.417) em 21/12/2015.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 668 prontuários de ambos os sexos, 337 (50,45%) desses prontuários eram do sexo feminino e 331 (49,55%) do sexo masculino, uma distribuição bastante equitativa. Na pesquisa realizada no CAPS de Ilhéus, Bahia, foi encontrado predominância do sexo masculino (52%) (Freitas e Souza, 2010); já em Pelisoli e Moreira (2005), o número encontrado da variável sexo foi de 59,6% do sexo feminino, o que também ocorreu na pesquisa de Carmo, Sacramento, Almeida, Silveira e Junior (2016), de modo a prevalecer o sexo feminino (67,6%).

Quanto à faixa etária, o CAPS I atendeu, majoritariamente, adulto, como estabeleceu a lei que organiza e regulamenta os CAPS I. Por se tratar de um município pequeno, que não oferece outras possibilidades para saúde mental, algumas vezes faz-se o acolhimento e o atendimento de crianças que procuram o serviço.

A Figura 1 apresentou a faixa etária dos pacientes atendidos no período avaliado.



**FIGURA 1**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à faixa etária

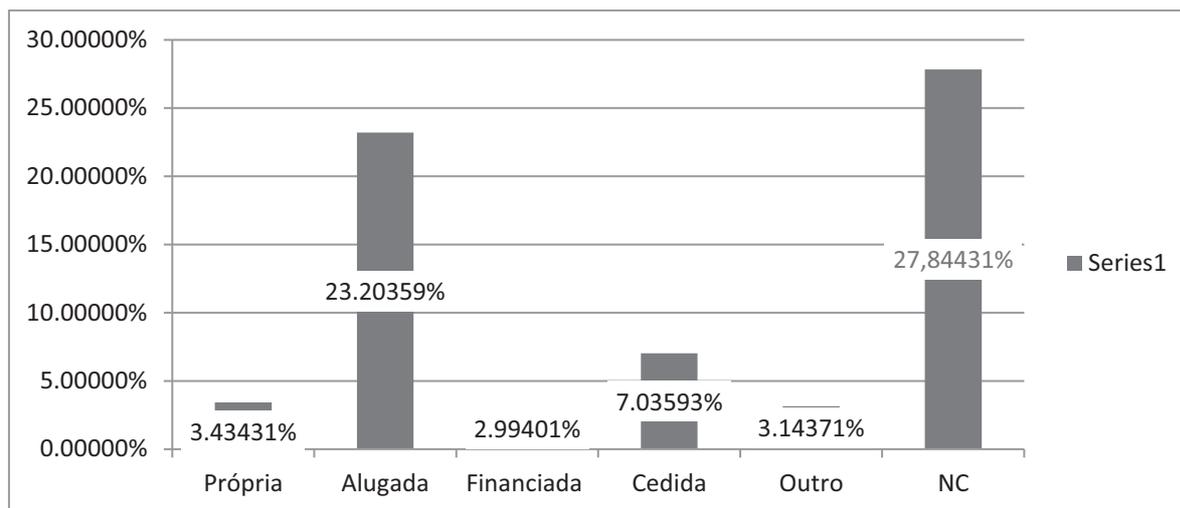
A maioria encontrou-se entre 19 e 59 anos (578 pacientes / 86,53%), sendo baixa a demanda de idosos (61 idosos / 9,13%). Estudo realizado no município de Lorena-SP, revelou-se que os grupos etários com maior concentração foram os de 30 aos 69 anos, totalizando 75%, e apenas 3% estavam na faixa etária dos 80 aos 98 anos (Pereira Souza, Costa, Vargas, Oliveira, & Moura, 2012).

Em relação à escolaridade, a maioria das pessoas apresentava ensino fundamental incompleto, 376 (56,28%), ensino fundamental completo, 70 (10,47%) e sem alfabetização, 48 (6,13%) que juntos perfazem um total de 72% (n=494) do público atendido; já a escolaridade dos usuários do CAPS de Lorena-SP revelou que 50% cursaram parcial ou integralmente o ensino fundamental; 36,2%, parcial ou integralmente o Ensino Médio, e 6,0% não possuíam grau de instrução (Pereira et al., 2012).

Quanto à religião, constou maior parte de católicos, 258 (38,62%), e de evangélicos, 208 (31,14%). Houve também um número significativo que não consta, e isso se repetiu em vários itens por conta de prontuários incompletos. Freitas e Souza (2010) encontraram na pesquisa deles um percentual de 28,7% de católicos e 36,8% de evangélicos.

Quanto à situação conjugal, pronunciaram-se numericamente solteiros, 265 (39,67%), e casados, 222 (33,23%) seguiram-se divorciados e separados com 94 (14,07%).

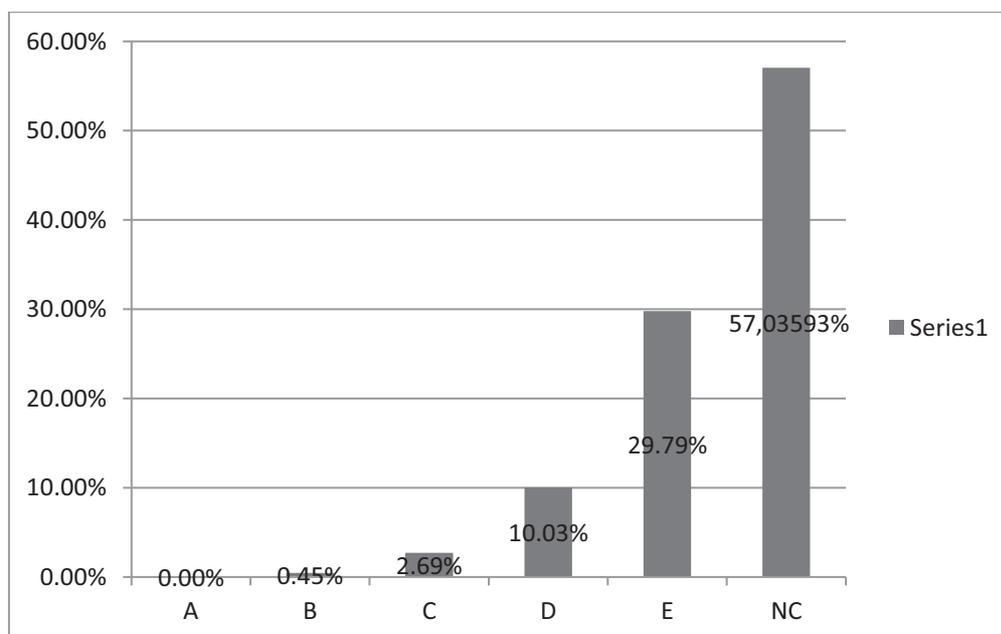
No comparativo sobre o tipo de residência, 29 (3,43%) apresentaram casa própria, o que pode revelar um perfil socioeconômico de baixa renda (Figura 2).



**FIGURA 2**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à residência

Muitos prontuários encontraram-se incompletos, por isso o alto número de NC (Não Consta). Em apenas 287 (42,96%) dos prontuários constavam informações relativas à renda familiar; porém pôde-se observar que a amostra populacional pesquisada foi majoritariamente das classes D (2 a 4 salários mínimos), 67 (10%), e E (até dois salários mínimos), 199 (29,79%) (Figura 3).



**FIGURA 3**

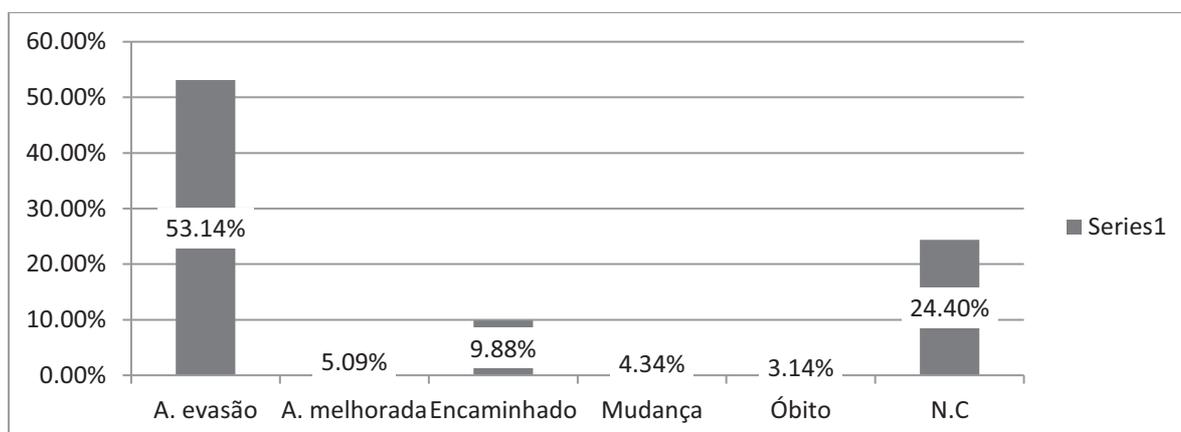
Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à renda familiar.

Sobre a história pregressa do paciente, isto é, se houve internação psiquiátrica ou não, pois, o que preconiza a legislação é que os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios, entre outros) (Brasil, 2011).

Observou-se que 276 (41,32%) dos pacientes já passaram por pelo menos uma internação psiquiátrica, 200 (29,94%) não tiveram internações e 192 (28,74%) não constaram. Em trabalho realizado em Ilhéus, na Bahia, encontrou-se que 46,6% dos pacientes do CAPS tinham sido internados ao menos uma vez (Freitas & Souza, 2010).

No item prontuários ativos e inativos, destacaram-se os prontuários que se encontram ativos, isto é, pacientes que se encontravam em atendimento, e os prontuários que se encontraram inativos (pacientes que deixaram o tratamento e não passavam por nenhum atendimento há pelo menos três meses); deve-se destacar, também, que houve uma mobilidade entre essas duas categorias, visto que os pacientes podem retornar aos atendimentos, e prontuário inativo passa ser ativo. Constatou-se nesta figura que um grande percentual dos prontuários constou como inativo, 505 (76%).

A Figura 4 apresentou a justificativa dos prontuários estarem inativos.



**FIGURA 4**

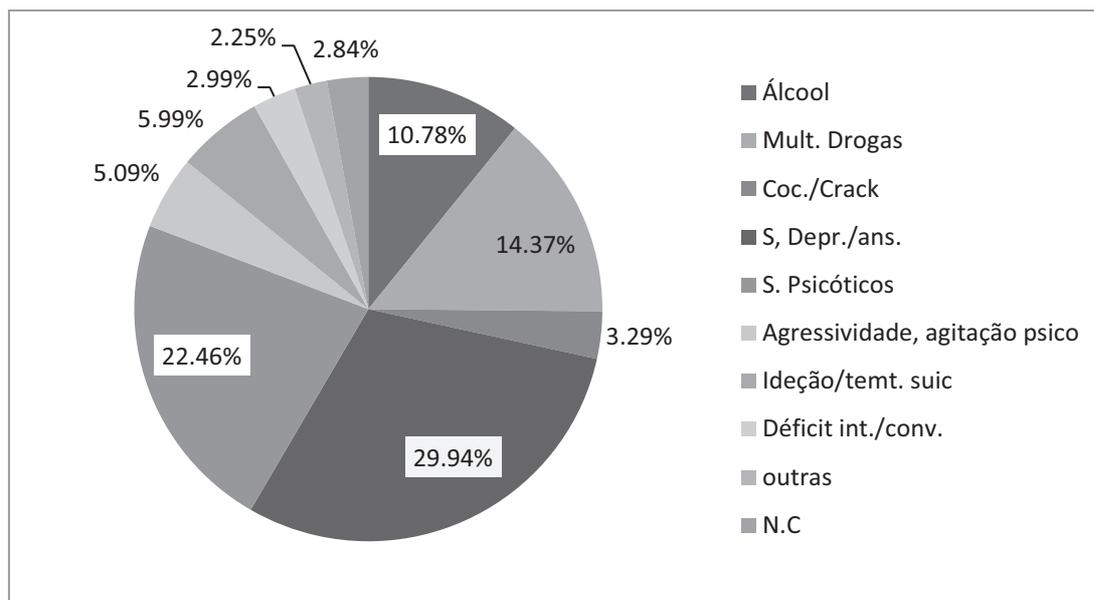
Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto ao destino dos inativos

Em relação à variável alta por evasão, notou-se que 355 (53,14%) tiveram alta por evasão: número muito próximo foi encontrado por Pelisioli (2005) em relação a pacientes que consultaram na instituição, e não retornaram ao tratamento (54% da amostra), o que é muito representativo. Uma das possibilidades apontadas para esse índice foi o que se chama de aderência ou não aderência ao tratamento: isso se refere ao grau em que o paciente segue a recomendação médica ou do profissional de saúde consultado, retorna e mantém o tratamento indicado (Pelisioli, 2005).

Foi possível apontar ainda outros aspectos para a não aderência ou alta por evasão: os procedimentos terapêuticos oferecidos não estavam em consonância com as necessidades e com as expectativas dos pacientes; distância física da instituição; falta de transporte coletivo; relação com profissional; falta de perfil do profissional frente ao trabalho com pessoas em intenso sofrimento psíquico; falta de formação, qualificação e atualização em saúde mental (formação continuada); dificuldades de horário em função do trabalho; variáveis pessoais; a impossibilidade de atender a grande demanda, de pacientes para a saúde mental; e a oferta diminuída de serviços de saúde mental no município.

Destacou-se, também, que, como no estudo de Pessioli (2005), houve uma grande procura pelo serviço, porém um grande número de pessoas não permanecia em tratamento na instituição. Essa situação sugeriu a necessidade de estudos específicos para essas questões, para levantar o motivo da evasão dos pacientes, a satisfação do usuário, dos familiares, da equipe de profissionais.

O motivo da consulta ou a queixa principal está destacado na Figura 5.



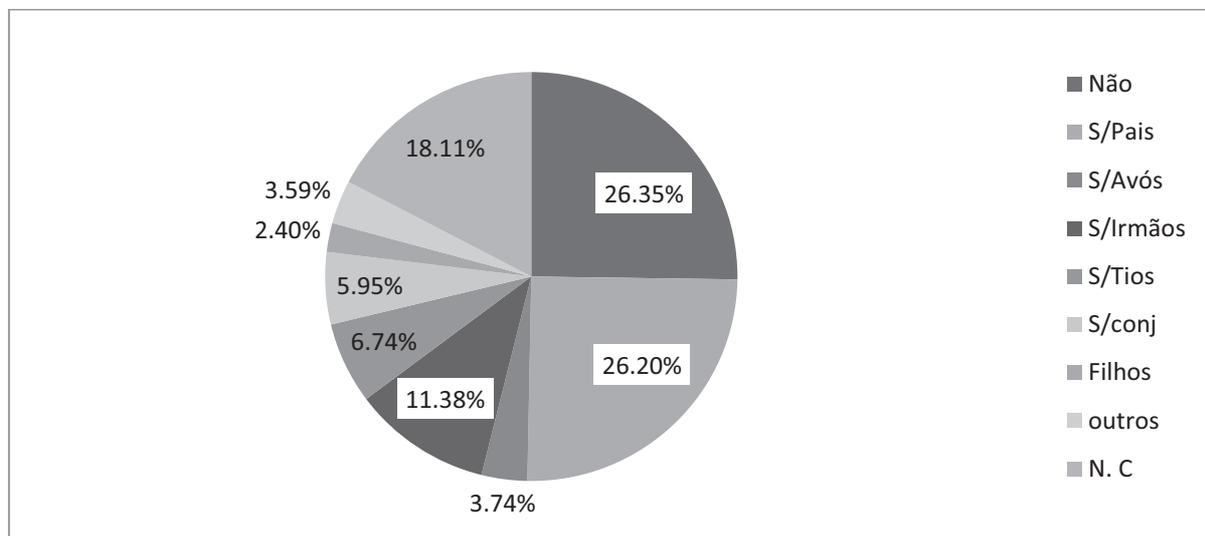
**FIGURA 5**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto ao “motivo da consulta”.

A lei apregoa que pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e de realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, são pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) (Ministério da Saúde, 2004b).

Na imagem (Figura 5), notou-se que a procura por atendimento que mais ocorre é devido à presença de sintomas depressivos 200 (29,90%), devido ao abuso ou à dependência de álcool, crack e múltiplas drogas 190 (28,46%) e devido a sintomas psicóticos 150 (22,50%).

Procurando alguma relação de hereditariedade das doenças, se existem casos na família ou alguma condição congênita, foram analisados os antecedentes patológicos familiares ou histórico familiar (Figura 6).



**FIGURA 6**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto aos antecedentes patológicos familiares.

Apenas a hereditariedade não define se um familiar terá ou não alguma doença mental, é preciso que fatores ambientais acentuem essa condição pacientogênica, entre elas a condição socioeconômica, em uma visão biopsicossocial. Nesse item, ficou evidenciada uma grande ocorrência de casos de doenças ou de transtornos mentais na família. De fato, somando-se pais, avós, irmãos, tios, filhos e outros parentescos, teve-se que 361 (54,05%) dos prontuários analisados apresentavam casos na história familiar.

A tabela 1 apresentou a incidência dos transtornos mentais ou hipóteses diagnósticas, que são apresentadas em categorias, de acordo com nosologia da OMS, oficialmente adotada pelo Brasil – a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por gênero. Conhecer o que é importante e relevante nas diferenças de gênero para os outros transtornos mentais, tendo em vista as diferenças hormonais, neurológicas, o sexismo e a violência de gênero. Pode ser importante para várias ações científicas e assistenciais, inclusive com melhora da capacidade

diagnóstica e maior adequação de tratamentos (Justo & Calil, 2006).

Entre as mulheres prevaleceu o diagnóstico de transtornos depressivos, transtornos esquizotípicos e delirantes e transtornos fóbicos ansiosos. Entre o gênero masculino prevaleceu o diagnóstico de transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de álcool e de transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de múltiplas drogas. Em comparação, outro estudo revelou que, nos usuários do sexo masculino, prevaleceram os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (F10 a F19), com 42,3%. Os diagnósticos que prevaleceram no sexo feminino foram esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29), com 29,9% (Pereira et al., 2012).

**TABELA 1**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto aos transtornos mentais e gêneros

<b>Feminino</b>	<b>337 (50,45%)</b>
F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.	30 (8,90%)
F10 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	12 (3,56%)
F14 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína	8 (2,37%)
F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	9 (2,67%)
<b>F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</b>	<b>65 (19,28%)</b>
F31 Transtorno afetivo bipolar	19 (5,63%)
<b>F32, 33, 34, 38, 39 Transtorno depressivo</b>	<b>90 (26,70%)</b>
<b>F40, 41 Transtornos fóbico-ansiosos e ansiosos</b>	<b>59 (17,50%)</b>
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo	6 (1,68%)
F43 Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	7 (2,07%)
F44 Transtornos dissociativos [de conversão]	4 (1,18%)
F45 Transtornos somatoformes	1 (0,29%)
F60 Transtornos específicos da personalidade	4 (1,18%)
F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem	17 (5,04%)
F91 Distúrbios de conduta	1 (0,29%)
NC	5 (1,48%)
<b>Masculino</b>	<b>331 (49,55%)</b>
F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.	23 (6,94%)
<b>F10 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool</b>	<b>62 (18,73%)</b>
F14 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína	28 (8,45%)
<b>F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas</b>	<b>48 (14,50%)</b>
<b>F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</b>	<b>84 (25,37%)</b>
F31 Transtorno afetivo bipolar	5 (1,51%)
F32,33, 34, 38, 39 Transtorno depressivo	32 (9,66%)
F40, 41 Transtornos fóbico-ansiosos e ansiosos	13 (3,92%)
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo	1 (0,31%)
F43 Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	3 (0,90%)
F45 Transtornos somatoformes	1 (0,31%)
F60 Transtornos específicos da personalidade ..	2 (0,59%)
F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem	23 (6,94%)
F91 Distúrbios de conduta	1 (0,31%)
NC	5 (1,51%)
<b>Total Geral</b>	<b>668</b>

Quanto ao uso de medicação, houve um número alto de ocorrências 600 (89,82%) devido à gravidade dos casos atendidos, sendo que 27 (4,04%) não usavam medicação e em 41 (6,14%) dos prontuários essa informação não constava.

É importante ressaltarmos a obrigatoriedade da coleta sobre cor ou raça/etnia, que foi preconizada na Cartilha (Brasil, 2009, p.15): *“Como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no sistema único de saúde?”* Importante lembrar também que o método de definição é por autoclassificação ou auto declaração, isto é, o(a) usuário(a) é quem indica a sua “cor ou raça/etnia” entre as cinco categorias possíveis.

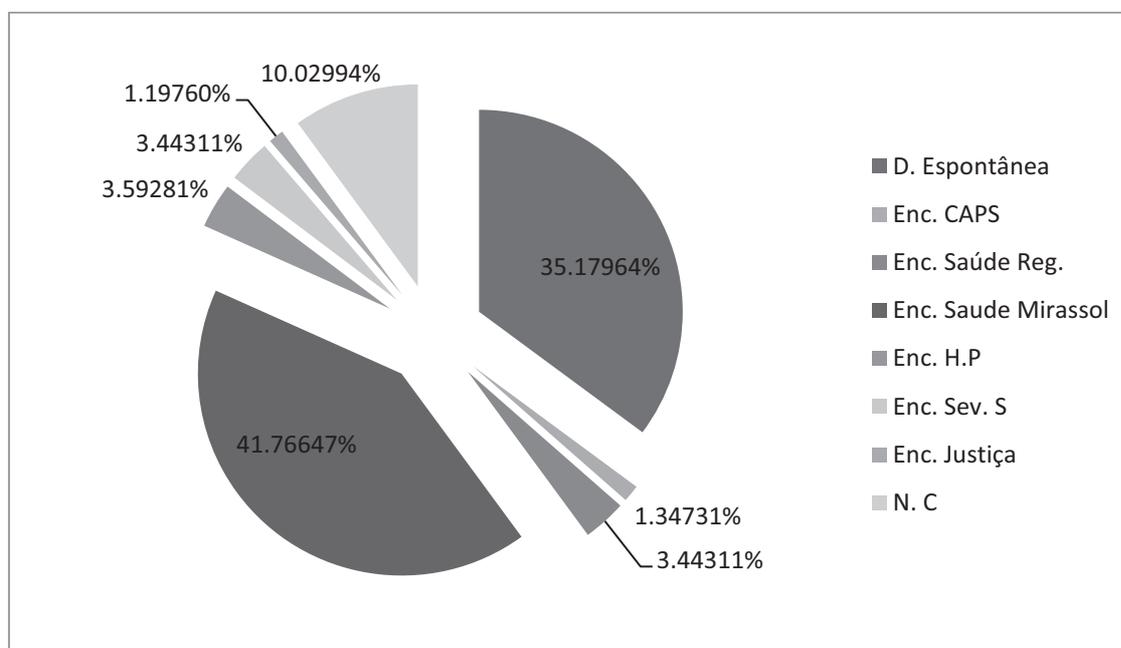
Ademais, os profissionais, em geral, quando convidados a refletir sobre a questão étnico-racial, argumentaram que todos (as) usuários(as) que procuram os serviços são atendidos(as) igualmente, seja qual for a cor ou raça/etnia. É exatamente por esse caminho que este trabalho convida o(a) leitor(a) a percorrer na busca de uma resposta à questão dessa pesquisa. Inicialmente, pensou-se na hipótese de que não há racismo ou preconceitos nos serviços de saúde; a seguir, analisou-se o impacto do tratamento igualitário dado a todos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda segundo o material referido, essas informações foram importantes: Na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, também na elaboração de políticas públicas e identificar as doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nosso país. “Alguns exemplos”: a) hipertensão, anemia falciforme, diabetes mellitus – foram mais frequentes na população negra (cores preta e parda); b) doenças de pele, talassemia – atingem mais a população branca (cor branca); c) doenças infecciosas próprias da infância como catapora e sarampo, têm aumentado muito nas populações indígenas (etnias diversas).

Sendo assim essa informação possibilita ao Sistema Único de Saúde (SUS) cumprir um de seus princípios fundamentais na Saúde, que é a equidade, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta. É um “dado que pode orientar o tratamento das populações específicas” (Ministério da Saúde, 2009, p15.).

Como relação ao item raça/etnia tem-se que 330 (49,40%) de pessoas brancas e, na somatória entre negros e pardos, 226 (33,83%), 10 (1,50%) de amarelos, 09 (1,35%) de indígenas e 93 (13,92%) de “não consta”. Estudo realizado no Município de Lorena, encontrou 73% da amostra intitulados como brancos, 15,9% como pardos e 11,4% negros (Pereira et al., 2012). Em nossa pesquisa, também número de brancos foi maior que pardos e negros.

Quanto à forma de entrada no serviço ou origem da demanda, os dados aparecem na Figura 7.



**Figura 7**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto forma de entrada no serviço.

Verificou-se que 235 (35,18%) foram demandas espontâneas; 279 (41,77%) foram encaminhados por serviços de saúde de Mirassol; 9 (1,35%) foram encaminhados por outros CAPS da região; 23 (3,44%), por serviços de saúde da região; houve 24 (3,59%) de Hospitais Psiquiátricos, pós-internação; 8 (1,20%) foram encaminhados pela justiça e 67 (10,03%) não constou. Esse item foi extremamente importante para se perceber o fluxo de

encaminhamentos. Há de se ressaltar também o baixo número de pacientes encaminhados por Hospitais Psiquiátricos, visto que o serviço de referência para continuidade do tratamento é o CAPS.

Em pesquisa semelhante realizada no Rio Grande do Sul, o autor encontrou que 70,20% da amostra pesquisada era de demanda espontânea, 5% foram encaminhados pela justiça e 1% foi encaminhado por Hospitais Psiquiátricos ou intuições psiquiátricas (Pelisoli & Moreira, 2005).

Quanto à chegada ao atendimento, observou-se que 177 (25,50%) chegaram desacompanhados (só) para o atendimento; 132 (19,76%) estavam acompanhados de seus pais; 90 (13,47) estavam acompanhados de seus parceiros; 54 (8,08%) estavam na companhia de seus filhos; 161 (24,10%) estavam acompanhados por outros que incluem outros parentes ou amigos; e ainda 54 (8,08%) dos prontuários não contaram essa informação. Por meio dessas informações, pôde-se perceber o suporte familiar e social que o paciente possuía.

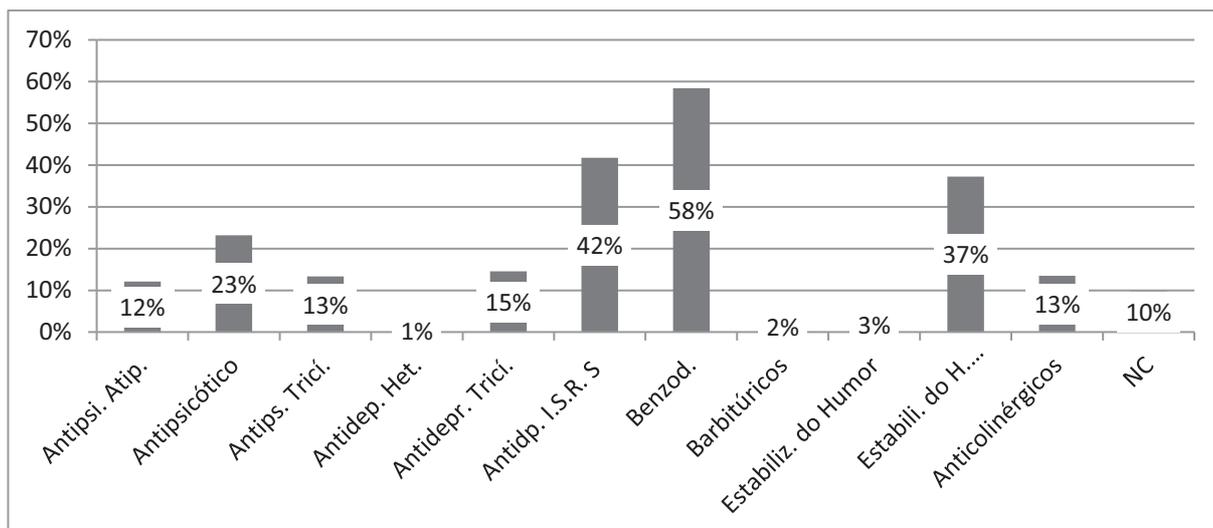
Quanto à forma de tratamento, há três modalidades possíveis: **intensivo** – aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário (nessa modalidade, além do tratamento psiquiátrico, o paciente tem atendimento psicológico, atendimentos em grupo, terapia ocupacional, serviço social, atendimento de enfermagem, entre outros); **semi-intensivo** – é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS (nessa modalidade, o usuário terá ao menos atendimento psiquiátrico e atendimento psicológico); e **não intensivo** – é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (nessa modalidade, pelo menos atendimento psiquiátrico) (Ministério da Saúde, 2004b). Como se observa, 34 (5,09%) são pacientes intensivos, 194 (29,04%) são semi-intensivos e 440 (65,87%) são

não intensivos.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) vem sendo o principal instrumento de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a ferramenta possibilita uma maior autonomia do usuário, a construção de uma clínica interdisciplinar. Esses conceitos foram fundamentais para estabelecer um cuidado cada vez mais próximo das características preconizadas pela Atenção Psicossocial no atendimento em saúde mental formulado desde o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O atendimento dos usuários está baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, ou seja, um planejamento do processo terapêutico em que o indivíduo e a família dele estão envolvidos para a superação das dificuldades em razão da condição de saúde mental dele. Por meio dessa organização do serviço, é esperado que se promova a saúde mental, de maneira a dar atenção tanto às demandas das relações diárias, quanto às singularidades, estando articuladas com as redes de saúde, com as redes sociais do território e com as redes de outros setores (Ministério da Saúde, 2004b). Como salientou-se nesse item, 214 (32,04%) dos pacientes possuíam projeto terapêutico singular, 440 (65,87%) não possuíam e 14 (2,10%) não contaram nos prontuários.

Quanta à classe de medicamentos ou psicofármacos (Figura 8), pode-se notar que os mais prescritos foram os Benzodiazepínicos 390 (58%), seguido pelos antidepressivos Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina (ISRS) 279 (42%) e Estilizadores do Humor e Antiepiléticos 249 (37%).



**FIGURA 8**

Caracterização da população atendida no CAPS I de Mirassol quanto à classe de psicofármaco.

Algumas limitações do estudo puderam ser observadas. Um ponto negativo na pesquisa é o alto índice de Não Consta (NC) ou a ausência de variáveis não informadas por falha no preenchimento dos prontuários, como por exemplo, falta de informação sobre renda familiar. Outros pontos precisam ser mais bem avaliados, como por exemplo, alta por evasão.

Além de fazer com que se conheça o público da instituição, essa pesquisa teve outros desdobramentos, como por exemplo, mudanças na estrutura dos prontuários, tal como a inclusão de algumas informações obrigatórias a todos os pacientes, e não somente a de identificação.

Os estudos de caracterização clínica, especialmente os que envolvem os CAPS, são essenciais, por gerarem informações subsidiárias para o favorecimento de um melhor conhecimento dos usuários desses serviços e desse processo de implantação da reforma da saúde mental em todas as regiões do Brasil.

A alta taxa de utilização dos serviços do CAPS por mulheres sofrendo de depressão e de homens sofrendo com dependência de álcool e outras drogas sugere que uma atenção especial deva ser dispensada no planejamento da política de saúde para essas condições.

Necessita-se não só de mais pesquisas e mais estudos presentes sobre as estratégias de avaliação, de prevenção, de reabilitação e de produção psicossocial, junto ao cuidado mental para uma gestão de qualidade e a uma abordagem da questão da saúde mental como direito de todos, mas também de se pensar sobre a prevenção e sobre o diagnóstico precoce de transtornos mentais.

Finalmente, pretende-se sugerir tanto estudos mais aprofundados sobre o tema, quanto o acompanhamento da reforma psiquiátrica prometida na nova lei e nas diretrizes da Luta Antimanicomial, de modo a se ampliarem os debates e a compressão das políticas públicas de saúde e de saúde mental, para que tenhamos um país mais justo, democrático, igualitário e que promova a inclusão social.

## CONCLUSÃO

O CAPS I de Mirassol atende e cumpre as propostas primordiais da reforma psiquiátrica. Atendeu e atende um número considerado de indivíduos de todas as raças, com predomínio do branco, de ambos os sexos, predominantemente adultos (idade entre 19 e 59 anos) e baixa escolaridade. A maioria se intitulava católica e solteiro, e condição socioeconômica estava entre as classe D e E.

A maioria já teve pelo menos uma internação psiquiátrica. Destaca-se nesse estudo um grande número de prontuários “inativos”. A maior procura por atendimento foi devido a sintomas depressivos, abuso de álcool e outras drogas e sintomas psicóticos. A maioria tinha antecedentes familiares de problemas mentais. O transtorno mais prevalente entre as mulheres foi o transtorno depressivo e entre os homens, transtorno do espectro da esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes, e devido o uso de álcool.

A maioria fazia uso de medicação psicotrópica e foi encaminhada por serviço de saúde do município. Quanto à forma de tratamento, a maioria era não intensivo.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. DF: Senado.
- Brasil. (2009). *Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS Como e para que Perguntar a Cor ou Raça/Etnia no Sistema Único de Saúde?*
- Brasil (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, ed. Ministério da Saúde.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP.
- Carmo, D. C., Sacramento, D. M. S. do, Almeida, M. S. P. de, Silveira, H. F. da, & Junior, H. L. R. (2016). Perfil de Pacientes com Transtornos Mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias-Bahia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), 93-98.
- de Oliveira, W. F. (2013). Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas/Psychiatric Reform and psychossocial care in Brazil: sociohistorical contextualization, challenges and perspectives. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 4(9), 52-71.
- Fonte, E. M. M. (2011). Desafios na Avaliação dos Serviços de Saúde Mental no contexto da desinstitucionalização. *Políticas Públicas e Redes Sociais*, 113.

Foucault, M. (2008). Doença mental e psicologia. Ed. Papelmunde.

Freitas, A. A., & Souza, R. C. D. (2010). Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 0100-0233.

Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-9.

Ministério da Saúde. (2015). Saúde Mental em Dados – 12. Ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro.

Mangualde, A. A. D. S., Botelho, C. C., Soares, M. R., Costa, J. F., Junqueira, A. C. M., & Vidal, C. E. L. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*, 10(19), 235-248.

Maragno, L., Goldbaum M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., Mielke, F. B., Kantorski, L. P., et al. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.

Ministério da Saúde. (2004a). Reforma Psiquiátrica e saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Ministério da Saúde. (2004b). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2009). O SUS de A a Z garantido saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília.

- Mateus, M. D. (2013), Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira, São Paulo, Instituto de Saúde.
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.
- Organização Pan-Americanas da Saúde (OPAS) (2011). As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Paulo, S. B. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl1), 8-15.
- Pelisoli, C. D. L., & Moreira, Â. K. (2005). Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 270-277.
- Pereira, M. O., Souza, J. D. M., Costa, A. M., Vargas, D., Oliveira, M. A. F. D., & Moura, W. N. D. (2012). Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena—São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 48-54.
- Stockinger, R. C. (2007). Reforma Psiquiátrica Brasileira. Perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Valadares, F. C. (2013). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciencia & saude coletiva*, 18(2), 573-574.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope.

## Anexo A

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
CEP/FAMERP

Parecer nº 1.377.417

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O projeto de pesquisa CAAE 51189815.2.0000.5415 sob a responsabilidade de **Fausto Martins Geantomasse** com o título "Caracterização Psicossocial do Paciente do CAPS I de Mirassol - SP" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 21 de Dezembro de 2015.

*Luciano Garcia Lourenção*  
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção  
Coordenador do CEP/FAMERP

17 3201 5813  
cepfamerp@famerp.br  
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro  
15090-000 | São José do Rio Preto SP  
www.famerp.br/cep

**Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****I. Identificação do participante**

1. Sexo: M (  ) F (  )
2. Data de nascimento: (Faixa etária)
3. Escolaridade:
4. Profissão:
5. Ocupação:
6. Estado civil:
7. Raça:
8. Religião (  ) Sim (  ) Não (  ) Qual?
9. Frequenta sua religião (  ) sim (  ) não
10. Residência é: (  ) própria (  ) alugada (  ) financiada (  ) cedida (  ) outra
11. Rendimento familiar:
12. Com quem reside:
13. Data de admissão no CAPS:
14. Alguém da família já fez tratamento de saúde mental:
15. Forma de entrada no CAPS: encaminhado, demanda espontânea
16. Chegada: acompanhado ou sozinho.
17. Internação: Sim (  ) Não (  ) História pregressa
18. Medicação: Sim (  ) Não (  ). Qual?
19. Prontuário: ativo (  ) inativo (  )

20. Inativo Alta por evasão( ) Alta melhorada( ) Encaminhado( ) Óbito( ) Mudança( )

## II. Diagnóstico

1. HD:
2. Encaminhamento (forma de tratamento): intensivo ( ) semi intensivo ( ) Não ( )
3. Plano de tratamento: sim ( ) não ( )
4. Motivo da consulta, sintomas, queixa principal.
  
5. Tem perfil (não consegue trabalhar; depende da família (tomada de medicamentos, na higiene pessoal, na alimentação, ir e vir); intenso sofrimento psíquico (impossibilidade de viver e realizar seus projetos de vida); transtornos mentais severos e / ou persistentes grave comprometimento psíquico).