



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VANESSA DE OLIVEIRA SILVA

**PERFIS PREDOMINANTES DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) DO MUNICÍPIO
DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Itaituba, Pará
2019

VANESSA DE OLIVEIRA SILVA

**PERFIS PREDOMINANTES DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) DO MUNICÍPIO
DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel no Curso de Enfermagem.

Orientadora: Mestranda Bruna Santana de Souza
Soares.

Itaituba, Pará

2019

VANESSA DE OLIVEIRA SILVA

**PERFIS PREDOMINANTES DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) DO MUNICÍPIO
DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel no Curso de Enfermagem.

Orientadora: Mestranda Bruna Santana de Souza
Soares.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: 25 de março de 2019

*Ao dono da minha alma, ao senhor Jesus
porque é ele que mim conduz, é meu
consolador inspirador de todos os dias, meu
fiel e melhor amigo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deuza Cordeiro** (mãe) por ser minha maior torcedora, incentivadora e que não mede esforços para me ver feliz e conquistando meus sonhos.

Ao Homem da minha vida **Welerson Costa** por sempre estar do meu lado, me dando a total assistência, ajudando nas coletas de dados, e se manteve sempre paciente nos meus dias de estresse, me dando uma palavra incentivadora para manter-me na caminhada.

A **Bruna Santana** (orientadora) por ser tão comprometida com seu trabalho e por ter um dom de ensinar com tanta paciência e dedicação.

As minhas amigas guerreiras que o nosso destino nos apresentou **Celiane Lima, Kelly dos Santos, Valeria Chaves, Rosane Roque, Suely de Carvalho** e **Jordânia Aguiar**, que de uma forma ou outra contribuíram na minha condução até esse momento.

Ao **Jônison Almeida Silva** (amigo) pois sempre que precisei se colocava a disposição para ajudar, passava longas horas lendo artigos comigo.

A equipe do CAPS por ser tão legal e atenciosos comigo, **Denise** (Técnica de enfermagem), **Paula** (Coordenadora), **Nayra** (Psicóloga), **Lucia** (Massagista) e o **Jonas** (Vigia).

E todos aqueles que contribuíram de maneira direta ou indiretamente para conclusão deste trabalho.

Obrigada.

A saúde mental da gente é mais importante do que a física. O corpo cicatriza mais rápido as partes doentes, mas a mente, essa demora muito mais para se recuperar, e às vezes não se recupera, pois há danos que são irrecuperáveis.

“Lenilson Xavier”

RESUMO

O CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece atendimentos especializados em saúde mental, às pessoas que sofrem com algum tipo de transtornos mentais, incluindo os relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Na região do Município de Itaituba não existem estudos sobre as proeminências dos transtornos mentais e nem dados epidemiológicos relacionados, por esse motivo, objetivou-se conhecer e descrever os perfis predominantes dos usuários atendidos no CAPS II, visto que, esses pontos ainda não foram investigados em pesquisas anteriores na cidade de Itaituba, Pará, haja vista, existirem estudos similares em outras regiões do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa a qual utilizou-se levantamento de dados secundários a partir de prontuários clínicos de pacientes atendidos no CAPS. Dos 2.131 prontuários analisados, apenas 43,1% (n=919) dos usuários continha diagnósticos nos prontuários. Em relação ao sexo, 42,8% (n=911) são do sexo masculino e 57,2% (n=1220) do sexo feminino. Faixa etária de 01 a 101 anos com predominância de 31,6% (n=673) com idade entre 18 a 34 anos. Os diagnósticos prevalentes foram de transtornos de humor (Afetivo) (F30 a F39)(17% n=268), e de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29)(9,3% n=210). No sexo masculino a proeminência é o F20(4,9% n=106), e no sexo feminino F32(8,4% n=182). Esta pesquisa trouxe avanços para o conhecimento do tema, de maneira que, possibilitou identificar o perfil de usuários de saúde mental do município de Itaituba-Pará, fomentou informação a respeito das áreas com maior incidência de transtornos, permitiu distinguir os agravos F20 e F32 como dominantes, contribuindo para organização do banco de dados do CAPS II, elaboração e planejamento de metas de assistência a fim de cooperar para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas.

Palavras-chave: Transtornos. Saúde Mental. Cuidados. Itaituba. Pará.

ABSTRACT

The CAPS (Psychosocial Support Center) is a service of the Unified Health System (SUS) that offers specialized mental health care to people suffering from some form of mental disorder, including those related to psychoactive substances (alcohol and other drugs) . In the region of the municipality of Itaituba there are no studies on the prominence of mental disorders or related epidemiological data. Therefore, it was aimed to know and describe the predominant profiles of the users served in the CAPS II, since these points have not yet been investigated in previous studies in the city of Itaituba-PA, there are similar studies in other regions of Brazil. It is a descriptive study of a quantitative and qualitative approach which was used to collect secondary data from clinical records of patients in the CAPS. Of the 2,131 charts analyzed, only 43.1% (n = 919) of the users contained diagnoses in the medical records. In relation to sex, 42.8% (n = 911) were male and 57.2% (n = 1220) were female. Age range from 01 to 101 years with predominance of 31.6% (n = 673) aged 18 to 34 years. The prevalent diagnoses were of mood disorders (Affective) (F30 to F39) (17% n = 268), and of schizophrenia, schizotypal disorders and delusional disorders (F20 to F29) (9.3% n = 210). In males the prominence is F20 (4.9% n = 106), and females F32 (8.4% n = 182). This research brought advances to the knowledge of the subject, in a way that made it possible to identify the profile of mental health users in the municipality of Itaituba-Pará, fostered information regarding the areas with the highest incidence of disorders, allowed distinguishing F20 and F32 diseases as contributing to the organization of the CAPS II database, elaboration and planning of assistance goals in order to cooperate for the development and implementation of public policies.

Keywords: Disorders. Mental health. Care. Itaituba. Pará.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No módulo dos transtornos mentais (F00 - F99)	20
Tabela 2 -	Classificação dos transtornos específicos de F00 a F99 conforme CID 10.....	21
Tabela 3 -	Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos no CAPS – Itaituba, Pará, quanto às variáveis Admissão, Sexo, Idade e escolaridade.....	30
Tabela 4 -	Comparação dos diagnósticos clínicos dos usuários atendidos no CAPS - Itaituba, Pará, de acordo com o CID-10, frente ao sexo dos pacientes. Itaituba, 2012 a 2018.....	32
Tabela 5 -	A incidência dos usuários do CAPS – Itaituba, Pará, nos bairros em relação ao tipo de transtorno predominante para o bairro. Itaituba, 2012 a 2018	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - A incidência dos usuários do CAPS II-Itaituba/PA, por bairros	35
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	-	Centro de atenção psicossocial
CID	-	Código Internacional de Doença
DST	-	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	-	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IST	-	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PEA	-	População economicamente ativa
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEMSA	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema único de saúde
MG	-	Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	REFORMA PSIQUIATRA NO BRASIL	14
2.2	DADOS EPIDEMIOLOGICOS	15
2.3	FATORES DE INFLUÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS	18
2.4	CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DO TRANSTORNO MENTAL	19
2.5	CLASSIFICAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	22
2.5.1	Equipe Multidisciplinar.....	23
2.5.2	Atendimentos Realizados.....	24
2.5.3	Cuidados de Enfermagem.....	25
2.5.4	Tratamento e Acompanhamento.....	26
3	METODOLOGIA	28
3.1	TIPO DE PESQUISA	28
3.2	LOCAL DA PESQUISA E MÉTODO	28
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
3.5	ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS	29
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicóticos, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

As pessoas atendidas pelo CAPS são aquelas com transtornos mentais severos ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) compreendendo crianças e adolescente com transtornos mentais (BRASIL, 2003a).

Desta forma, destaca-se o acolhimento dos usuários e o projeto terapêutico individual e familiar construído e idealizado conforme as necessidades de saúde/doença e realidade social encontrada, o atendimento individualizado e grupal, acontece por meio de consultas pessoais, oficinas terapêuticas, os encontros passeios externos ao CAPS, festividades em datas comemorativas, as assembleias, reuniões, atividades artísticas expressão corporal, gestual, musical (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Os CAPS podem ser estratificados em três grupos distintos, especificamente frente ao território, baseando-se no perfil populacional da localidade para sua instalação, sendo definido por: CAPS I, quando inserido em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e, por fim, CAPS III para locais com população acima de 200.000 habitantes (RIBEIRO, 2004). Frente ao exposto é importante caracterizar que, de acordo com dados do IBGE (2017), o município de Itaituba-Pará, possui uma população estimada de 98.523 habitantes, adequando-se à política de saúde mental frente a implantação de um CAPS tipo II.

No Município de Itaituba, não há estudos registrados até o momento, sobre os tipos de transtornos mentais que mais acometem essa população, de maneira que os atingidos se tornam problemas sociais. Baseado nessas informações surgiu o seguinte questionamento: “Qual o conjunto de característica predominantes dos usuários atendidos no CAPS da cidade de Itaituba, Pará? Qual o perfil epidemiológico desses usuários?

Portanto, o presente estudo objetivou conhecer os principais transtornos, e descrever o perfil epidemiológico (ano de admissão, sexo, idade, escolaridade e bairro), com a possibilidade de contribuir para a caracterização da população.

Esta pesquisa proporcionará avanços para o conhecimento do tema, de maneira que, possibilitara a identificação do perfil de usuários de saúde mental do Município de Itaituba, promovendo informações a respeito das áreas com maior incidência de transtornos, que posteriormente contribuirá para organização do banco de dados do CAPS II, desenvolvimento e implementação de políticas públicas, elaboração e planejamento de metas de assistência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REFORMA PSIQUIATRA NO BRASIL

Por muitos anos no Brasil as pessoas com transtornos mentais tiveram sua trajetória afamada com atendimentos desumanizados, por violência, maus tratos, discriminação e desdouro social. Durante esse tempo o regime era de internação intensiva, uso abusivo de psicofármacos e por ocasiões recebiam choques elétricos (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início a partir da década de 70, que visava a desospitalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, almejando promover a reinserção social, como: garantir os seus direitos, auxiliar nas atividades da vida diária, valorizar o sujeito, facilitar trocas sociais e promover a autonomia (JORGE *et al.*, 2003).

Somente a partir de 1978 que houve grandes protestos para vigorar a reforma psiquiatria, que tinha como aprimore a reformar do modelo manicomial, composta por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005a).

De acordo com Freitas (2013), ocorreu alterações no modelo hospitalocêntrico em vigência, fazendo surgir novos objetivos relacionados ao cuidado, passando a dar valor a reinserção social e reabilitação, pautados nos direitos humanos e exercício pleno da cidadania, em aceitação a preparação de políticas públicas e serviços voltados para o novo modelo de cuidado ao portador de transtorno mental, que passou a ser chamada agora de atenção psicossocial.

Esses movimentos permitiram que órgãos de classe, sindicatos, igrejas, universidades, ONGs, influenciassem, profundamente, sobre o tratamento ao doente mental, acontecendo em 1987 o II Congresso Nacional Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e I Conferência Nacional de Saúde Mental e no início da década de 90, começaram a chegar as primeiras respostas para os direitos dos pacientes psiquiátricos com a implantação do primeiro centro de atenção psicossocial (CAPS) do país, na cidade de São Paulo (AMARANTE, 1995).

Desta forma, o Brasil conquistou mudança significativa com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, essa política transformou o modelo manicomial, adotando-se os CAPS, a inclusão de oficinas terapêuticas que permitem a oportunidade de projeção de conflitos artísticas, o fortalecimento da autoestima e autoconfiança interno-

externos por meio de atividades das ações de saúde mental na atenção básica, a atenção integral ao usuário de crack, álcool e outras drogas, a implantação de um programa permanente de formação de profissionais para Reforma Psiquiátrica, a promoção dos direitos de usuários e familiares (ESPERIDIÃO, 2013).

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo a OMS (2001a), os transtornos mentais não são um domínio exclusivo deste ou daquele grupo especial; eles são verdadeiramente universais. E a organização observa transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Eles estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida. Estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. É meramente errônea a concentração de que os distúrbios mentais são problemas das áreas industrializadas e relativamente mais ricas.

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

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

No Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2001a) os transtornos depressivos, a esquizofrenia, o atraso mental, a dependência das drogas e do álcool, e a epilepsia são citadas como as mais comuns e que mais causam incapacidade nos indivíduos com transtornos psicológicos. Dados estes que se mantiveram no Plano de Ação para a Saúde Mental 2013 – 2020 (OMS, 2013).

Segundo um estudo realizado na Região Sul do Brasil, em entrevista com 1.162 usuários de CAPS, a maioria das pessoas com algum transtorno mental, que

frequentam o CAPS, são do sexo feminino, com uma média de idade de 42 anos, já tiveram alguma união conjugal, com baixa renda e escolaridade e com prevalência do Transtorno Depressivo Maior, tendo um alto índice de internação psiquiátrica (SILVEIRA, 2009).

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

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

Durante pesquisa realizada em Barbacena (MG), foram avaliados 583 prontuários, dos quais 56,6% pertenciam a pacientes do sexo masculino. Quanto a idade, 474 pacientes (81,3%) tinham idade entre 18 a 50 anos, e escolaridade não definida por preenchimento ineficaz dos registros dos usuários (MANGUALDE *et al.*, 2012).

Os transtornos mentais atingem um grupo etário denominado População Economicamente Ativa (PEA), representando as pessoas que estão inseridas no mercado de trabalho ou estão em busca de emprego (ANDRADE, 2006; BELLETTINI; GOMES, 2013). Considerando que a PEA movimenta a produção de um país e que o trabalho é produtor de significado para o sujeito.

Pacientes de Santa Maria- RS em um ambulatório, os transtornos mentais mais prevalentes foram: Episódio Depressivo (33%); Transtorno misto de ansiedade e depressão (10%) e Transtorno Bipolar (6%) (PALMEIRO, 2009).

No levantamento realizado no CAPS II no município de Candeias- Bahia em 71 prontuários, os transtornos mentais de maior frequência apresentados neste estudo, na análise para ambos os sexos, estiveram relacionados ao que a CID-10 considera como Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29).

Frente a estes achados foi destacado o fato dos homens serem mais suscetíveis de desenvolver a esquizofrenia do que as mulheres (CRUZ *et al.*, 2016)

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

Além da carga direta, é preciso levar em conta as oportunidades perdidas. As famílias que têm um membro que sofre um distúrbio mental fazem diversos ajustes e compromissos que impedem outros componentes da família de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer (GALLAGHER; MECHANIC, 2001).

Esses são os aspectos humanos do ônus dos transtornos mentais, que são difíceis de avaliar e quantificar. As famílias vêm-se na contingência de dedicar uma parcela considerável do seu tempo para cuidar de um parente mentalmente enfermo, e sofrem privações econômicas e sociais por não ser essa pessoa inteiramente produtiva. E há também o constante temor de que a recorrência da doença possa causar perturbação repentina e inesperada nas vidas dos membros da família (OMS, 2001b).

É desastroso e tem múltiplos aspectos o impacto dos transtornos mentais sobre as comunidades, há o custo da provisão de atenção, a perda de produtividade e certos problemas legais (inclusive violência) associados com alguns transtornos mentais, embora a violência seja causada muito mais frequentemente por pessoas “normais” do que por indivíduos com transtornos mentais (OMS, 2001b).

Diante dos fatos, a OMS (2003), confirma que a demanda nesse setor vem aumentando a cada dia, causando muitas vezes a impressão errônea de que atualmente as pessoas apresentam mais transtornos mentais do que anteriormente, esclarecendo que o ritmo da vida presente é capaz de causar maior tensão nas pessoas, desencadeando episódios de transtornos mentais; no entanto, outros fatores podem estar influenciando o aumento desta demanda:

- A introdução de um programa de Saúde Mental ocasionou um número maior de unidades assistenciais;

- a conscientização da necessidade do acompanhamento psicológico para os pacientes de outros programas, como Saúde da Mulher (gestação, climatério, aborto), hanseníase, DST (principalmente para os portadores de HIV), tuberculose.

- a introdução de novas formas de tratamento na Saúde Mental vem apresentando melhoras nos quadros clínicos, diminuindo o “medo do tratamento” por parte de pacientes e familiares;

- a conscientização da população de que o programa de Saúde Mental pode e deve atuar como prevenção, e não só como tratamento nos surtos, vem fazendo com que a população busque assistência antes de apresentar sintomas de maior complexidade. Assim, a dona de casa que não tinha vontade de sair e que era considerada excelente, hoje se vê deprimida. O pai de família que chegava em casa exaltado e achava que era cansaço, hoje se acha nervoso. Observa-se, desta forma, uma mudança de padrões de normalidade.

- a veiculação de informações sobre transtornos mentais através dos meios de comunicação (jornais, revistas, televisão, rádio etc.), vem fazendo com que as pessoas se identifiquem com os sintomas e busquem ajuda por valorizarem o que sentem;

- com todos estes fatores atuando na demanda de Saúde Mental, é possível perceber que, a alteração sofrida, não é apenas numérica. Embora em números venha alcançando índices consideráveis, a sua caracterização é surpreendentemente diferente da observada há alguns anos (OMS, 2003).

2.3 FATORES DE INFLUÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Os fatores contribuintes para os transtornos mentais também podem ser classificados nas categorias individual, interpessoal e sociocultural. Os individuais incluem constituição biológica, preocupações ou medos intoleráveis ou irrealistas, incapacidade de distinguir realidade de fantasia, intolerância às incertezas da vida, senso de desarmonia e perda de sentido da própria vida (VIDEBECK, 2012).

Os fatores interpessoais abrangem comunicação ineficaz, excessiva dependência ou afastamento do relacionamento, apoio social inadequado e perda do controle emocional. Os fatores socioculturais incluem falta de recursos, violências, falta de moradia, pobreza, visão negativa injustificada do mundo de

discriminação em casos de estigmas, raça, classe, idade ou sexo (VIDEBECK, 2012).

Transtornos mentais é uma ampla gama de problemas com variados sintomas, a qual, a maioria deles se caracteriza por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais, o órgão cita como exemplos de complicações mentais a esquizofrenia, a depressão, a deficiência intelectual e os transtornos em razão de consumo de drogas (BRASIL, 2003b).

O Ministério da saúde lista como fatores que podem desencadear transtornos mentais, a mudança na capacidade de uma pessoa em administrar seus pensamentos, emoções e interações sociais. O órgão ainda menciona que estrutura social, fatores culturais, econômicos, ambientais, condições de trabalho e de moradia e questões da comunidade podem interferir na saúde mental de qualquer indivíduo (BRASIL, 2006).

A exposição a traumas, estresse e agressão, principalmente enquanto jovem, a questão genética também pode contribuir para o surgimento de algum transtorno mental. Além da predisposição nos genes, nutrição e infecções transmitidas de mãe para filhos na gravidez também são listados como causas para o surgimento de transtornos (BRASIL, 2001).

2.4 CLASSIFICAÇÃO DIAGNOSTICA DO TRANSTORNO MENTAL

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), determina a classificação e codificação das doenças e uma ampla variedade de sinais, sintomas, achados anormais, denúncias, circunstâncias sociais e causas externas de danos e/ou doença (OMS, 2014).

A CID é publicada pela OMS, no momento encontra-se em sua décima revisão e é usada globalmente para estatísticas de mobilidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões automáticas de suporte em medicina para todo tipo de doenças (OMS, 1996). Esse sistema foi desenhado para permitir e promover a comparação internacional da coleção, processamento, classificação e apresentação do tipo de estatística supracitado.

O código para a classificação dos transtornos mentais dentro dessa nomenclatura CID é F00 a F99. Ela tem o propósito de tornar mais fácil o diagnóstico, reconhecimento e tratamento desses transtornos, que estão classificados da seguinte forma. Segue a tabela 1.

Tabela 1 - A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No módulo dos transtornos mentais (F00 - F99).

HIPÓTESE DIAGNOSTICA	CLASSIFICAÇÃO
F00 - F09	Transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos.
F10 - F19	Transtornos mentais e comportamentais devido a uso de substâncias
F20 - F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.
F30 - F39	Transtornos de humor (afetivos)
F40 - F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados aos stress e transtornos.
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos.
F60 - F69	Distorções da personalidade e do comportamento adulto.
F70 - F79	Retardo mental.
F80 - F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico.
F90 - F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais
F99	Transtorno mental não especificado.

Fonte: OMS (2014).

A CID-10, em seu capítulo V, constitui um volume separado, especifica os transtornos mentais e de comportamento, usando como critérios de classificação os próprios sinais e sintomas de cada quadro mental, não procurando buscar explicações de suas causas. Isso é compreensível, uma vez que sua intenção é uniformizar a linguagem dos profissionais. Nessa revisão, foi usado o termo transtorno ao invés de doença ou distúrbio, como antes aparecia, a fim de evitar os problemas inerentes a esses termos, tais como a discriminação (OMS, 2003). Segue a Classificação dos transtornos específicos de F00 A F99 na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação dos transtornos específicos de F00 A F99 conforme CID 10

F00 - F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	F10 - F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
F00 Demência na doença de Alzheimer F01 Demência vascular. F02 Demência em outras doenças classificadas em outra parte F03 Demência não especificada F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas F05 Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado.	F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.
F20 - F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F30 - F39 Transtornos do humor [afetivos]
F20 Esquizofrenia F21 Transtorno esquizotípico F22 Transtornos delirantes persistentes F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios F24 Transtorno delirante induzido F25 Transtornos esquizoafetivos F28 Outros transtornos psicóticos F29 Psicose não-orgânica não especificada.	F30 Episódio maníaco F31 Transtorno afetivo bipolar F32 Episódios depressivos F33 Transtorno depressivo recorrente F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes F38 Outros transtornos do humor [afetivos] F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado
F40-F49 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes.	F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
F40 Transtornos fóbico-ansiosos F41 Outros transtornos ansiosos F42 Transtorno obsessivo-compulsivo F43 Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação F44 Transtornos dissociativos [de conversão] F45 Transtornos somatoformes F48 Outros transtornos neuróticos	F50 Transtornos da alimentação F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

	F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas
F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F70-F79 Retardo mental
F60 Transtornos específicos da personalidade F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos F64 Transtornos da identidade sexual F65 Transtornos da preferência sexual F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado	F70 Retardo mental leve F71 Retardo mental moderado F72 Retardo mental grave F73 Retardo mental profundo F78 Outro retardo mental F79 Retardo mental não especificado
F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico	F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento F84 Transtornos globais do desenvolvimento F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado	F90 Transtornos hipercinéticos F91 Distúrbios de conduta F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência F95 Tiques F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência
F99 Transtorno mental não especificado	

Fonte: OMS (1996).

2. 5 CLASSIFICAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS, um dos meios disponibilizados a atenção da saúde mental, tem grande importância estratégica para a reforma psiquiátrica brasileira, a medida que, estabiliza-se como serviço substituto do hospital psiquiátrico, promovendo maior organização da atenção às pessoas com transtornos mentais nas cidades e municípios, dada a sua importância na formação de contatos e atenção a saúde,

bem como sua função acolhedora, formando uma nova clinica que produz independência, “convidando o usuário a ser responsável pelo papel principal no seu tratamento” (BRASIL, 2005b).

São compostos de profissionais de diversas áreas da saúde dentre elas : psiquiatras, terapeutas, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais dando atendimento ambulatorial em grupos de pacientes ou de maneira individual, além de fornecer acesso gratuito a medicação controlada para todo tipo de distúrbio mental, com esse modo de atendimento a presença familiar é parte essencial no tratamento, tendo atendimento em grupo ou individual, de livre acesso ao serviço (RODRIGUES; MIELKIE, 2006).

Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 incluiu o CAPS no SUS (sistema único de saúde), reconhecendo sua variedade de serviços e sua grande área de atuação, categorizado por porte e clientela, respectivamente definidos por CAPS I, entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III população acima de 200.000 habitantes, CAPSi para atendimento a crianças e adolescentes que também é referente a uma população de 200.000 habitantes e CAPSad atende usuários de álcool e outras drogas de uso secundário a transtorno mental clínico (BRASIL, 2005b).

CAPS II, serviço de atendimento psicossocial que abrange cidades e municípios com população em média de 70.000 e 200.000 habitantes, a assistência prestada inclui as atividades de: atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento em família e atividades comunitária, formado por uma equipe de: psiquiatra, enfermeiro formado em saúde mental, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo técnico educacional e artesão (BRASIL, 2005b).

2.5.1 Equipe Multidisciplinar

Tendo em consideração a breve caminhada dos serviços de substituição e o fato dos CAPS serem considerados organizadores da rede pelo Ministério da saúde, se tem uma preocupação em relação ao risco de internação nestes serviços, pois muitos dos profissionais trabalharam ou trabalham em hospitais psiquiátricos tendo assim a necessidade da educação em serviço maior investimento em pesquisas e estudos na área (ONOCKO; FURTADO, 2006).

Dentro do CAPS II abrangemos uma equipe que conta com: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior nas seguintes categorias de profissionais; enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional que se encaixe no projeto terapêutico, 06 profissionais de nível médio; técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico educacional, técnico administrativo e artesão (BRASIL, 2004).

2.5.2 Atendimentos Realizados

Seguindo a cartilha do CAPS (BRASIL, 2004), são realizados diversos tipos de atividades por profissionais dentre elas são: atendimento individual (com medicamentos controlados, orientação, entre outros), acolhimento, atendimento em grupos, (com terapia psicológica, ações de apoio social), atendimento as famílias, serviços comunitários e visitas domiciliares. O mesmo tem o objetivo de trazer independência e cidadania das pessoas com transtornos mentais, colocados nos referenciais de reabilitação psicossocial.

Os CAPS podem contemplar diversos tipos de procedimentos terapêuticos. Muitos desses são feitos de forma individual ou em grupo, as pessoas assistidas por esse serviço têm acesso a diversos recursos terapêuticos (BRASIL, 2003a).

- Atendimento individual: indicação de medicamentos, orientação e psicoterapia.
- Atendimento em grupo: oficinas expressivas, oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, oficinas culturais, oficinas de alfabetização, grupos terapêuticos, grupos de leitura, atividades esportivas e debate.
- Atendimento para a família: atendimento intra-domiciliar, atendimento individualizado a familiares e a grupo de familiares, atividades de lazer com família e atividades de ensino.
- Atividades comunitárias: sendo realizadas atividades em conjunto com as associações de bairro e demais instituições que existem na comunidade, que tem como objetivo as trocas sociais, a inserção do serviço e do usuário com a família, a sociedade em geral e a comunidade; que podem ser: caminhadas, festas comunitárias, com os grupos da comunidade, e a participação em eventos e grupos dos centros comunitários.

- Assembleias ou Reuniões de Organização dos serviços: as assembleias são meios importantes para o correto funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade que reúne usuários, técnicos familiares e outros convidados, a fim de avaliar e propor encaminhamentos para serviço.

2.5.3 Cuidados de Enfermagem

O enfermeiro profissional tem que acreditar na remissão/integração dos sintomas e na reintegração de seus pacientes a sociedade e tanto o enfermeiro quanto sua equipe estabelecem ações para atender a todas as necessidades do portador de transtornos e sua família (SOUZA, 2008).

Ao se realizar uma assistência de enfermagem, em um serviço aberto como o CAPS é exigida uma sensibilidade, para que o cuidado aproxime e não afaste; sua proposta de trabalho possibilita a participação efetiva em várias atividades dentro e fora oferecendo: oficinas terapêuticas, atividades físicas, visita domiciliar e hospitalar, atividades lúdicas, atendimentos em grupos, passeios com usuários do CAPS, palestras, administrações e orientações sobre medicamentos e formação de vínculos com o usuário e outras atividades (ALMEIDA-FILHO; MORAES; PERES, 2009).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem, como membro inserido dessa equipe, contribui no projeto terapêutico individualizado dos pacientes, através de ações e cuidados diários em saúde mental, numa assistência interrelacional, pautada na ética e humanização, no entanto, evidencia-se entre os membros dessa equipe a falta de informação ou clareza no que concerne ao seu processo de trabalho nesse espaço (CASTRO, 2000).

Segundo Rocha (2007), o enfermeiro da área da saúde deve ter como atribuições:

- Levar os cuidados até os pacientes doentes fisicamente e com transtornos psicológicos e clientes psiquiátricos.
- Programar e idealizar meios de tratamento para pessoas e famílias com dificuldades, complexos de saúde e alterações orgânicas.
- Avaliar cuidados levados aos pacientes, a comunidade e a família.
- Alavancar a saúde mental e minimizar os efeitos da doença através de aconselhamento e educação.

- Conhecer a qualidade dos cuidados de seus pacientes, suas leis e direitos.

Levando em consideração o que diz Almeida-Filho; Moraes e Peres (2009) o cuidado de enfermagem no CAPS mais parece seguir por esse horizonte, ele não se baseia apenas em normas e rotinas, mas, torna-se um campo bem efetivo a ser conquistado, logo a enfermagem tem papel importante no diálogo e na escuta, requerendo disposição interna do acolhedor e desenvolvimento de empatia.

Portanto o enfermeiro, contribui para a implementação da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE), que implica em uma metodologia, a qual deve ser realizada, de maneira decidida e organizada, em seus ambientes, tanto sendo públicos ou privados, onde ocorrem o cuidado profissional de enfermagem. (BRASIL, 2009)

É importante enfatizar que, o correto uso da SAE, no método de enfermagem, alavanca não apenas um cuidado humanizado, como o melhor direcionado dos resultados, proporcionando enfermeiros a fazerem avaliação da assistência prestada e readequação das ações promovendo cuidado efetivo (ALVARO, 2005).

2.5.4 Tratamento e Acompanhamento

Cada pessoa atendida pelo CAPS deve ter um plano terapêutico individual, isto é, vários tipos de atendimentos que respeite sua individualidade, que personalize a forma de atendimento para cada pessoa dentro da unidade e fora da mesma, e incentive as atividades durante o seu convívio diário no serviço, conforme as suas necessidades. O CAPS irá oferecer conforme a determinação da Portaria GM nº 336/02, as seguintes modalidades de tratamento (BRASIL, 2002):

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua e podendo ser atendido mais de doze dias no mês. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até doze dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de

atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

De acordo com a portaria GM nº 336/02, o CAPS tem o papel fundamental para regular a porta de entrada na saúde mental, e coordenar o cuidado na rede ao portador de transtorno mental persistente e severo. Tem uma proposta de tratamento de não internação, trazendo o cuidado e a atenção diária, sem retirar o usuário do meio em que convive (CASTRO, 2013).

Segundo Alcioli-Neto e Amarante (2013), os CAPS devem se alinhar aos princípios do (SUS) Sistema Único de Saúde para buscar garantir o acesso, totalidade e capacidade de resolução na atenção prestada.

O cuidado é gerado por vários tipos de profissionais, e suas atividades são bem diversificadas. O Ministério da Saúde tem estabelecido que o CAPS tem o dever de levar como assistência aos usuários dos serviços: o atendimento por oficina terapêutica, cuidados individual ou grupal, ações educativas, atendimento a família, atividades que levem o usuário ao meio social, comunitário e familiar, do qual é importante na reabilitação da pessoa com transtorno mental e a medicação que não é mais o único meio de tratamento, mas necessária em alguns momentos (ALCIOLI-NETO; AMARANTE, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa a qual utilizou-se levantamento de dados secundários a partir de prontuários clínicos de pacientes atendidos no CAPS II .

Segundo Chemin (2015), a pesquisa descritiva procura descrever as características de uma determinada população ou algum fenômeno e estabelece relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas, como a coleta de dados e questionário para a observação da sistemática.

Conforme Goldim (2000), a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva, tendo como características fundamentais: a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador. A descrição dos fenômenos observados está repleta de significados, que, relacionados com o ambiente onde ocorrem e a participação do pesquisador, assumem conotações diversas, realizadas com base em dados qualitativos.

Para Fonseca (2002), a pesquisa quantitativa pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros, com auxílio da linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, e as relações entre variáveis.

Também foi utilizado como instrumento de coleta de dados o levantamento secundário, que para Gil (2009), é capaz de disponibilizar ao pesquisador dados em qualidade e quantidade satisfatória a fim de amenizar tempo e o constrangimento que as pesquisas de coletas de dados direta podem causar.

3.2 LOCAL DA PESQUISA E MÉTODO

O presente estudo foi realizado no centro de atenção psicossocial (CAPS II) do município de Itaituba, Pará. Localizado na 10ª rua, nº 295, Bairro Floresta. O CAPS tem atendimentos de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 18:00h. Possui uma equipe multidisciplinar com 01 médico clínico, 01 enfermeiro especializado em saúde mental, 01 técnico de enfermagem, 01 farmacêutico, 02 pedagogas, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional, 01 Psiquiatra.

Inicialmente foi direcionado ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) solicitando autorização para realização da pesquisa, após, encaminhado à coordenação do CAPS II, o respectivo documento e carta de aceite, a fim de iniciar o

estudo. A coleta de dados deu-se através da análise dos prontuários, na presença da enfermeira responsável pela unidade, em uma sala reservada.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram analisados 3.126 no arquivo do CAPS II, porém inclusos no estudo 2.131 prontuários de usuários admitidos entre 2012 a 2018. Constituindo o período de coleta dos dados entre agosto e novembro de 2018.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Incluiu-se no estudo, usuários ativos de todas as idades, do sexo masculino e feminino 2.131. Excluiu-se 995 prontuários, referente aos usuários inativos. Os dados foram obtidos a partir da análise das variáveis contidas nos prontuários clínicos, tabulados e avaliados através de estatística analítico-descritiva, com auxílio do software Microsoft, Office Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA).

3.5 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A resolução 466/96, em seu artigo V, aborda que todas as pesquisas necessitam avaliar as possibilidades de riscos destinados ao indivíduo e população (BRASIL, 2012).

Considerando a resolução, o estudo apresentou os respectivos riscos, dano e comprometimento dos prontuários, exposição da identidade dos usuários levando ao risco de constrangimento daqueles que resguardam seu estado psíquico em virtude de preconceitos sociais.

A pesquisa fomentou informação a respeito das áreas com maior incidência de transtornos, permitiu distinguir a esquizofrenia e depressão como agravos dominantes, contribuindo para organização do banco de dados do CAPS II, elaboração e planejamento de metas de assistência a fim de cooperar para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo segue os preceitos da Resolução 466.12 do Conselho Nacional de Saúde, denominada diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, envolvendo os prontuários analisados, sendo submetido e aguardando aprovação do Comitê de Ética da Universidade da Integração Internacional da Plataforma Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 2.131 prontuários para estudo, conforme critério de inclusão apresentado, contemplando todos os usuários ativos, conforme demonstra a tabela 3 a seguir.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos no CAPS – Itaituba, Pará, quanto as variáveis Admissão, Sexo, Idade e Escolaridade

Variável	Nº	%
Admissão		
2012 - 2013	344	16
2014 – 2015	567	26,5
2016 – 2017	835	39,5
2018	385	18
Total	2131	100
Sexo		
Masculino	911	42,8
Feminino	1220	57,2
Total	2131	100
Idade		
01 – 17	434	20,3
18 – 34	673	31,6
35 – 51	637	29,9
52 – 68	290	13,6
69 – 85	76	3,6
>86	08	0,4
Desconhecido*	13	0,6
Total	2131	100
Escolaridade		
Ensino fundamental	917	43
Ensino médio	357	16,8
Ensino superior	163	7,7
Não alfabetizado	143	6,7
Desconhecido*	551	28,5
Total	2131	100

*Dados não informados nos registros clínicos analisados.

Conforme dados da tabela 3, mostra-se evidente a prevalência de admissão com 39,5% (n=835) entre os anos de 2016 e 2017, e menor incidência nos dois primeiros anos de 2012 e 2013 com 16% (n= 344), predominando o sexo feminino com 57,2% (n= 1.220). Considerando a idade dos usuários, observa-se destaque para maior ocorrência entre as faixas etárias de 18 – 34 anos, apresentando 31,6%

(n= 673) e menor acontecimento entre as idades iguais ou maiores a 86 anos equivalendo a 0,4% (n= 08). Quanto a escolaridade, a maioria possui o ensino fundamental, o equivalente a 43% (n=917), e somente 6,7% (n=143) da amostra não são alfabetizados.

Um estudo realizado com pacientes de Santa Maria - Rio Grande do Sul, em um ambulatório de saúde mental constatou-se que a maioria de seus usuários eram mulheres, com idade média de 35 anos e escolaridade baixa (PALMEIRO, 2009).

Correlacionando o autor com o resultado sociodemográfico da pesquisa no CAPS do município de Itaituba-Pará, observamos claramente a semelhança entre as variáveis do sexo feminino e aproximação com a idade de 35 anos, embora o estudo apresente para melhor organização, ênfase entre 18 anos a 34 anos.

Segundo estudo aplicado na Região Sul do Brasil, em entrevista com 1.162 usuários de CAPS, a manifestação de alguns transtornos mentais, mostrou-se mais incidente na população do sexo feminino com média de idade de 42 anos, baixa renda e escolaridade precária, prevalecendo o Transtorno Depressivo, e elevado índice de internação psiquiátrica (SILVEIRA, 2009).

Durante pesquisa realizada em Barbacena-MG, foram avaliados 583 prontuários, dos quais 56,6% pertenciam a pacientes do sexo masculino. Quanto a idade, 474 pacientes (81,3%) tinham idade entre 18 a 50 anos, e escolaridade não definida por preenchimento ineficaz dos registros dos usuários (MANGUALDE *et al.*, 2012).

O estudo de Mangualde *et al.* (2012), diverge da amostragem encontrada, à medida que prevaleceu o sexo masculino, porém similariza-se com a idade e escolaridade.

A Tabela 4 abaixo demonstra que no CAPS II, somente 45,4% (n=919) dos prontuários analisados continham informações sobre diagnósticos, prevalecendo os transtornos de humor (Afetivo) com (CID F30 a F39), com 17% (n=268), seguidos dos diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29) com 9,3% (n=210). Dentre os usuários do sexo masculino, prevaleceram os diagnósticos de transtornos mentais com esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes (CID F20 a F29) com 4,9% (n=106). Os diagnósticos que incidiram no sexo feminino foram transtornos de humor (Afetivo) (CID F30 a F39) com 8,4% (n=182) e 54,6% (n=1.212) dos usuários atendidos neste centro não possui hipóteses de diagnósticos conforme ilustrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação dos diagnósticos clínicos dos usuários atendidos no CAPS – Itaituba, Pará, de acordo com o CID-10, frente ao sexo dos pacientes de 2012 a 2018.

Código do	Masculino	Feminino	TOTAL	
Diagnostico (CID)	n (%)	n (%)	N °	%
F00 a F09	10 (0,5)	09 (0,4)	19	0,9
F10 a F19	47 (2,2)	18 (0,7)	65	3,0
F20 a F29	106 (4,9)	104(4,4)	210	9,3
F30 a 39	86 (8,6)	182(8,4)	268	17,0
F40 a 49	46 (2,1)	127(5,5)	173	7,6
F50 a 59	03 (0,1)	03 (0,1)	06	2,0
F60 a 69	04 (0,1)	05 (0,2)	09	3,0
F70 a 79	53 (2,4)	54 (2,2)	107	4,6
F80 a F89	21 (0,9)	08 (0,3)	29	1,2
F90 a F98	24 (1,1)	07 (0,3)	31	1,4
F99	00 (0)	02 (0,1)	02	0,1
Desconhecido *	511(22,6)	701(32)	1.212	54,6
Total	911	1.220	2.131	100,0

* Valores não informados nos registros clínicos analisados.

Em um estudo realizado para caracterizar o perfil epidemiológico do CAPS do município do Estado do Rio Grande do Sul, foram analisados 2.470 prontuários (PELISOLI; MOREIRA, 2007), dos quais os resultados obtidos apontam a prevalência do público feminino, com maior frequência de transtornos afetivos, ansiosos, dissociativos e transtornos alimentares, no entanto, os homens apresentaram maiores taxas de dependência química.

Em pacientes de Santa Maria (RS), foi aplicada pesquisa com 8.076 usuários em um ambulatório de portadores de transtornos mentais, a qual, os agravos mais prevalentes foram: Episódio Depressivo (33%); Transtorno misto de ansiedade e depressão (10%) e Transtorno Bipolar (6%) (PALMEIRO, 2009).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. As mulheres têm apresentado maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor do que os homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica, transtornos do

controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta (ANDRADE, 2006).

Todos esses autores concordam com os resultados prevalentes no CAPS II de Itaituba, no Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2001a) os transtornos depressivos, a esquizofrenia, o atraso mental, a dependência das drogas e do álcool, e a epilepsia são citadas como as mais comuns e que mais causam incapacidade nos indivíduos com transtornos mentais. Dados estes que se mantiveram no Plano de Ação para a Saúde Mental 2013 – 2020 (OMS, 2013).

Ao examinar os resultados percebeu-se fatos preocupantes relacionado ao registro de dados, visto que, houve anotações inconclusivas apenas do primeiro contato do paciente com o CAPS II, podendo levar a interpretações falsas sobre os diagnósticos observados. Outro ponto a ser considerado refere-se à falta de qualidade das informações obtidas através dos prontuários, uma vez que muitos registros estavam ilegíveis ou não preenchidos, o que limitou os resultados do presente estudo.

Conforme destacado na Tabela 4, o percentual de 54,6% (n=1.212) dos prontuários investigados, ou seja, mais da metade do montante analisado, não constavam diagnósticos, dificultando sobre modo a coleta dos dados, e comprometendo a eficácia da análise, coincidindo nesse contexto estudos anteriores que pontuaram a mesma dificuldade (PELISOLI, 2005).

Nesse sentido, esta investigação corrobora, que os profissionais dos serviços de saúde que manuseiam as informações, devem atentar-se para o devido preenchimento dos dados pertinentes ao estado de saúde dos usuários do serviço, no sentido de disponibilizarem fontes com o maior número de registros e fidedignas, possibilitando suporte à pesquisa e contribuição para uma atenção mais efetiva aos próprios usuários e família.

Com relação as variáveis bairros, essa informação foi encontrada em 95,3% (n=2.031) dos prontuários. Totalizando 81,2% (n=1.732) usuários residentes no município de Itaituba, e 14,0% (n=299) moradores de comunidades próximas a cidade. Os bairros com mais recorrências de transtornos são o da Bela Vista com 13,1% (n=281) com maior índice de depressão (F32), seguido do bairro Bom Remédio com 8,1% (n=173), com maior índice para esquizofrenia (F20), após o bairro da Floresta com 8,0% (n=171); Jardim das Araras com 7,4% (n=158);

Liberdade com 7,3% (n=155) e Piracaná com 6,7% (n=144) todos com maior índice de transtornos para depressão (F32). Dados expostos na (Tabela 5).

Tabela 5 - A incidência dos usuários do CAPS II – Itaituba, Pará, nos bairros da cidade em relação ao tipo de transtorno predominante para o bairro. Itaituba, 2012 a 2018.

Bairros da cidade de Itaituba/PA	Nº de usuários	% de usuários	Transtornos Mentais prevalentes
Bela Vista	281	13,1	Depressão (F32)
Bom Remédio	173	8,1	Esquizofrenia (F20)
Floresta	171	8,0	Depressão (F32)
Jardim das Araras	158	7,4	Depressão (F32)
Liberdade	155	7,3	Depressão(F32)
Piracaná	144	6,7	Depressão(F32)
Vale do Tapajós	22	1,0	Depressão(F32)
Valmilandia	10	0,5	Transtorno fóbico- ansioso
São Tomé	40	1,9	Depressão(F32)
Santo Antônio	87	4,0	Esquizofrenia (F20)
Vitória Régia	40	1,9	Esquizofrenia (F20)
Nova Itaituba	10	0,5	Esquizofrenia (F20)
São José	23	1,1	Depressão(F32)
Perpetuo Socorro	12	0,5	Esquizofrenia (F20)
Boa esperança	125	5,9	Transtorno afetivo bipolar
Comércio	---	--	---
Bom Jardim	53	2,5	Depressão(F32)
Jardim tapajós	3	0,1	Esquizofrenia (F20)
São Francisco	60	2,8	Esquizofrenia (F20)
Bairro da Paz	21	0,9	Esquizofrenia (F20)
Viva Itaituba	24	1,2	Ansiedade generalizada
Jardim América	---	----	---
Jardim Aeroporto	96	4,5	Esquizofrenia (F20)
Maria Madalena	24	1,2	Transtorno de desenvolvimento
Campo Belo	----	----	---
Comunidades	299	14.2	Depressão (F32)
Desconhecido *	100	4,7	Depressão (F32)

* Nos registros clínicos analisados bairros não informados.

A maioria dos usuários dos serviços de saúde mental residem no município de Itaituba, proporcionando fácil acesso da população à rede básica de saúde, uma vez que, cada bairro tem sua Unidade Básica de Saúde (UBS), responsável pelo primeiro contato com a pessoa que sofre de algum tipo de transtorno, identificando e encaminham para o acolhimento ao CAPS. Por outro lado, os menores números dos usuários do CAPS residem nas comunidades próximas, dificultando o acesso da população ao serviço e consequentemente seu acompanhamento e participação nas ofertas da rede de assistência situada na região.

Apesar das limitações e entraves relacionados ao deficitário preenchimento dos prontuários, os dados coletados permitiram construir o perfil dos indivíduos assistidos pelo CAPS II em Itaituba, acarretando o avanço do conhecimento e suporte para melhor organização e implementação da assistência à saúde.

O gráfico 1 reforça a tabela 5 no intuito de fortalecer a compreensão a respeito da distribuição dos usuários do CAPS II por bairros e comunidade da cidade de Itaituba.

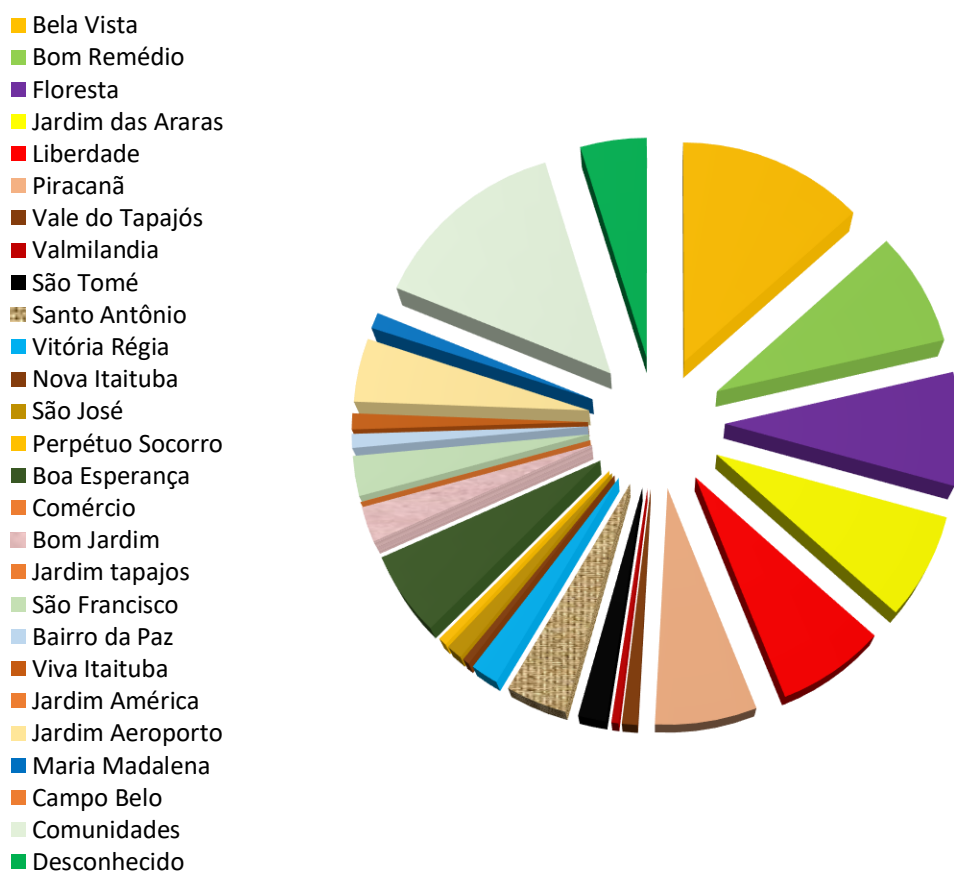


Gráfico 1 - A incidência dos usuários do CAPS II-Itaituba/PA, por bairros

5 CONCLUSÃO

O perfil dos usuários atendidos no centro de atenção psicossocial caracterizou-se por indivíduos do sexo feminino, com idade média de 18 a 34 anos, nas faixas etárias de 01 a 101 anos, a maioria residente na zona urbana do município, fato que facilitou o acesso da população à rede primária de saúde, uma vez que nessa região os bairros tem suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pelo primeiro contato com as pessoas portadoras de algum tipo de transtorno mental, e através do acolhimento encaminham para o CAPS. Por outro lado, os menores números dos usuários do serviço residiam nas comunidades próximas, o que hipoteticamente pode justificar-se pela dificuldade de acesso da população ao serviço. Os bairros com maior número de usuários foram: Bela vista, Bom Remédio, Floresta, Jardim das Araras, Liberdade, Piracaná e Boa Esperança, no entanto são os maiores bairros do município a nível territorial e populacional.

Os diagnósticos prevalentes foram de transtornos de humor (Afetivo) (F30 a F39) e de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29). No sexo masculino a proeminência é o F20, e no sexo feminino F32.

Considerando a escolaridade, 43% possui apenas ensino fundamental, pois, durante a coleta de dados observou-se o preenchimento ineficaz dos prontuários dificultando a exatidão das informações, a respeito do grau de suas escolaridades, visto que, 28% ficou como desconhecido, não relatado as especificações de ensino fundamental, ensino médio, ensino superior completo ou incompleto e hipóteses diagnósticas nos prontuários. Portanto, o estudo despontou a necessidade e relevância de profissionais comprometidos, organizados e técnicos durante a coleta e armazenamento de informações a serem relatadas nos prontuários, possibilitando fontes fidedignas para pesquisas futuras e que, em última análise, contribuirá para uma atenção mais efetiva aos usuários.

Apesar da dificuldade de coleta dos dados, gerada pelo deficitário preenchimento dos prontuários, esta pesquisa trouxe avanços para o conhecimento do tema, visto que possibilitou identificar o perfil de usuários de saúde mental de um município de Itaituba-Pará, mapeando áreas com os dois maiores transtornos Esquizofrenia (F20) e Depressão (F32), ainda não investigados em estudos anteriores, e que pode ser similar a outros contextos.

Salienta-se ainda a necessidade de melhor preparo do enfermeiro e sua equipe para lidarem com a realidade desses diagnósticos, no tocante ao conhecimento dos

quadros clínicos (sintomatologia e evolução) e orientações aos usuários e familiares, nas situações em que esses não puderem se responsabilizar pelo seu autocuidado, quanto ao uso e efeitos (inclusive os colaterais) dos psicofármacos e de suas associações com outros que não sejam psicoativos.

O Trabalho alcançou todos os objetivos propostos, e obteve achados importantes como o do alto índice de prontuários sem informações precisas e básicas. Estudos como estes devem ser realizados continuamente, não apenas no município de Itaituba, mas em outros, objetivando verificar o perfil epidemiológico dos transtornos das populações a fim de intensificar as ações para o cuidado e tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI-NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O. Acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicol. Ciência**, Minas Gerais, v. 33, n.4, p.964-975, 2013.
- ALMEIDA-FILHO, A. J.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, 2009.
- ALVARO, L. R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. São Paulo: Artmed. 5º ed., 2005.
- AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 1995.
- ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos caps do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc Anna Nery**, São Paulo, v. 14, n 1, p. 56-63, 2011.
- BELLETTINI, F.; GOMES, K. M. Perfil dos usuários do centro de Atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans – SC. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 161-175, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: **Ministério as Saúde**, 2001.
- BRASIL. **Portaria/GM nº 336** - De 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Profissionalização de auxiliares de enfermagem. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**: Riscos que influência para o desenvolvimento dos transtornos mentais. O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003b. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em 13/12/2017).

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental**. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde**. Classificação do Centro de Atenção Psicossocial: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte/MG, 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_mental_BH_02-10.pdf>. Acesso em 13/08/2017

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Secretaria de Atenção a Saúde**. Desenvolvimento dos transtornos nos fatores culturais, econômicos e ambientais. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso 13/12/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), Resolução COFEN nº 358/2009**: Como utiliza-la de forma eficiente. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

CASTRO, R.C.B.R. Proposta de intervenção de enfermagem em hospital-dia em saúde mental. **Rev. Brasileira de ciência da Saúde**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 24-33, 2000.

CASTRO, R. C. B. R. Atenção Primária, Secundária e Terciária e seus Serviços em Saúde Mental. In: MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CHEMIN, E. **Métodos de pesquisa de survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2015. 519 p.

CRUZ, L. S.; CARMO, D. C.; SACRAMENTO, D. M. S.; ALMEIDA, M. S. P.; SILVEIRA, H. F.; JUNIOR-RIBEIRO, H. L. Perfil de Pacientes com Transtornos Mentais Atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias – Bahia. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, Candeias-Bahia, 2016.

ESPERIDÃO, E. **Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da ABEn.**, Brasília, v. 66, n. 2, 2013.

FONSECA, A. N. S. **Introdução à Pesquisa: a pesquisa quantitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

FREITAS, L.A. Musicoterapia como modalidade terapêutica complementar para usuários em situação de sofrimento psíquico. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6725, 2013.

GALLAGHER, C. M. L.; MECHANIC, R.M, Sobral VRS. O ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem psiquiátrica. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.189-92, 2001

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

GOLDIM, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 2000.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Itaituba: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=150360&idtema=130>>. Acesso: 03/12/ 2017.

JORGE, M. A. S. Organização da assistência psiquiátrica. In: ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-49.

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

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

MANGUALDE, A. A. S.; BOTELHO, C. C.; SOARES, M. R. S.; COSTA, J. F.; JUNQUEIRA, A. C. M.; VIDAL, C. E. L. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no centro de atenção psicossocial. **Rev. Saúde Mental**, Barbacena, Minas Gerais, v. 10, n. 19, p. 235-248, 2012.

MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão**. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001a.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo**. 2001b. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso em: 02/12. 2017

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A66/10 Rev.1**. Provisional agenda item 13.3.16 maio, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão**. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Vol 2, 3 ed. Brasília: EDUSP, 2014.

ONOCKO, C. R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006

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

PELISOLI, C.L. Caracterização Epidemiológica dos Usuários do centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatra Rio Grande do Sul.**; v. 27, n. 3, p. 270-7, 2005.

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

RIBEIRO S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. Ciênc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROCHA, F.B, Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.53, n. 4, p. 485-92,2007

RODRIGUES, M.A.P.; MIELKIE, L.A, Lima MS. Classificação nos padrões do centro de atenção psicossocial em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006.

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

SOUZA, A. R., A inserção do enfermeiro no centro de apoio psicossocial (CAPS): refletindo sobre a prática profissional. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 154-161, 2008.

VIDEBECK, S.L., **Enfermagem em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2012.