

PERFIL DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL EM TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

THE MENTAL DISORDER PROFILE OF PATIENTS TREATED AT THE CENTER FOR PSYCHOSOCIAL CARE (CAPS)

PERFIL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL EN TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL (CAPS)

Leticia de Oliveira Borba¹
Mariluci Alves Maftum²
Stela Adami Vayego³
Luciana Puchalski Kalinke²
Aline Cristina Zerwes Ferreira⁴
Fernanda Carolina Capistrano⁴

¹ Enfermeira. Doutora. Universidade Federal do Paraná – UFPR, Hospital de Clínicas. Curitiba, PR – Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora. UFPR, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, PR – Brasil

³ Estatística. Doutora. Professora. UFPR. Departamento de Estatística. Curitiba, PR – Brasil

⁴ Enfermeira. Doutoranda. UFPR, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Leticia de Oliveira Borba. E-mail: leticia_ufpr@yahoo.com.br

Submetido em: 28/03/2017

Aprovado em: 12/05/ 2017

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** estudo descritivo realizado com 300 portadores de transtorno mental de abril a junho de 2014. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** 63% dos entrevistados eram do sexo feminino, 34,7% na faixa etária dos 40 aos 49 anos, 44,7% solteiros, 59,4% com mais de oito anos de escolaridade, 38,4% desempregados, 50,4% com renda *per capita* inferior a um salário mínimo e 61% apresentavam comorbidade clínica. Sobre os diagnósticos de transtorno mental, 33,6% tinham transtorno afetivo bipolar, 19,1% esquizofrenia e 18,6% depressão. Ainda, 78,6% necessitaram de internação, 67,7% tentaram suicídio, 39% tinham prescrição de mais de três medicamentos e 52% precisavam ingerir mais de cinco comprimidos diários. **Conclusão:** o conhecimento das características dessa clientela é indispensável para se estabelecer estratégias de intervenção e melhoria na qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Perfil de Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: Featuring the mental disorder profile of patients treated at the Center for Psychosocial Care. **Method:** a descriptive study conducted with 300 mental disorder patients from April to June 2014. The data were analyzed through descriptive statistics. **Results:** 63% of the interviewees were women, 34.7% were between 40 and 49 years old, 44.7% were single, 59.4% had more than eight years of schooling, 38.4% were unemployed, 50.4% had per-capita income below one minimum wage, and 61% showed clinical comorbidity. As for mental disorders, 33.6% had Bipolar Affective Disorder, 19.1% had Schizophrenia, and 18.6% had Depression. Also, 78.6% needed hospitalization, 67.7% attempted suicide, 39% took more than three prescribed medications, and 52% took more than five tablets per day. **Conclusion:** Knowing the features of this clientele is essential to set intervention strategies, as well as to improve the quality of the care provided to them.

Keywords: Mental Disorders; Health Profile; Mental Health.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil del paciente con trastorno mental en tratamiento en el Centro de Atención Psicossocial. **Método:** estudio descriptivo realizado con 300 portadores de trastorno mental de abril a junio de 2014. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva. **Resultados:** 63% de los entrevistados eran mujeres; 34,7% entre 40 y 49 años; 44,7% solteros; 59,4% con más de ocho años de escolaridad; 38,4% desempleados; 50,4% con ingreso *per capita* inferior a un sueldo mínimo y 61% presentaban comorbilidad clínica. Sobre los diagnósticos de trastorno mental, 33,6% tenían trastorno afectivo bipolar; 19,1% esquizofrenia y 18,6% depresión. Aún, 78,6% necesitaron internación; 67,7% intentaron suicidio; 39% tenían prescripción de más de tres medicamentos y 52% precisaban ingerir más de cinco comprimidos diarios. **Conclusión:** es indispensable conocer las características de esta clientela para establecer estrategias de intervención y mejorar la calidad de la atención.

Palabras clave: Trastornos Mentales; Perfil de Salud; Salud Mental.

Como citar este artigo:

Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Kalinke LP, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no CAPS. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-1010. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170020

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são responsáveis por parte significativa das enfermidades, ocupam importante espaço na prevalência das doenças crônicas mundiais e podem afetar o indivíduo em qualquer fase de sua vida, independentemente do sexo e da classe social. Apresentam manifestações psicológicas e/ou comportamentais associadas ao comprometimento funcional devido à alteração biológica, social, psicológica ou genética.^{1,2}

Estima-se que 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, neurobiológicos ou decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com previsão de que 25% da população mundial – uma em cada quatro pessoas – em algum momento de sua vida serão acometidos por essas enfermidades. Os transtornos mentais são responsáveis por 12% da carga global de doenças com estimativa de aumento desse percentual para 15% em 2030.²

Historicamente o tratamento em saúde mental foi pautado por práticas excludentes e realizado em grandes manicômios. A partir de 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216, houve o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país, conduzido pelos ideais do modelo psicossocial. Esse modelo tem como premissa a construção de uma rede de serviços que devem constituir-se verdadeiros espaços de sociabilidade, acolhimento, cuidado e de relações sociais, que se articulam entre si, com a atenção básica e com a comunidade.³

Nesse contexto, é instituída a rede de atenção psicossocial para portadores de transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um dos componentes da rede de atenção psicossocial especializada, voltado para o acolhimento e cuidado de pessoas que sofrem de transtorno mental em seu território.⁴

Trata-se de um serviço substitutivo em crescente expansão. Em 2000 havia 208 CAPS no país, em 2014 o quantitativo chegou a 2.209 e os últimos dados publicados em 2015, referentes à saúde mental, indicam cobertura nacional de 0,86 CAPS/100 mil habitantes e o aumento da expansão desses serviços em todas as regiões do país.⁴

Diante da expansão dos CAPS, da sua importância na articulação da rede de saúde mental, da necessidade de acompanhamento contínuo aos portadores de transtorno mental e visando às melhores práticas nessa área do conhecimento, que de fato sejam confluentes às necessidades da clientela atendida, neste estudo tem-se por objetivo caracterizar o perfil do portador de transtorno mental em tratamento no CAPS.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em dois CAPS do município de Curitiba, no período de abril a junho de 2014 com 300 portadores de transtorno mental.

Foram incluídos no estudo os portadores de transtorno mental maiores de 18 anos e que frequentaram o CAPS para realização de suas atividades de tratamento, no período da coleta de dados. Foram excluídos aqueles em situação de agudização dos sinais e sintomas psiquiátricos, em atendimento eventual ou que não apresentavam condições para responder as perguntas durante a entrevista, segundo a avaliação da equipe de saúde do serviço.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por meio de convite verbal. Dos 510 cadastrados nos dois CAPS, foram abordados 370, sendo que 300 aceitaram participar, 14 recusaram e 56 não se enquadravam nos critérios de inclusão. Os 140 indivíduos que não foram abordados não frequentaram o CAPS durante o período de coleta dos dados.

Os dados foram coletados mediante entrevista estruturada e consulta ao prontuário. A coleta de dados aconteceu simultaneamente nos dois serviços, realizada por 10 entrevistadores capacitados que permaneceram todo o horário de funcionamento do serviço, de modo que todos os portadores de transtorno mental que se enquadravam nos critérios de inclusão foram abordados. Utilizou-se um instrumento composto de questões relacionadas às características demográfica, socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica dos participantes, construído para esta pesquisa, sendo aplicado em um teste-piloto com 30 portadores de transtorno mental que não integraram a população final do estudo.

Para a análise, houve dupla checagem da tabulação e codificação das questões. Os dados foram digitados em banco de dados no programa *Excel*® e, após a verificação e correção de possíveis erros de digitação, transportados para o Programa *BioEstat*®.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, número 406.158/2013, e todos os aspectos éticos foram salvaguardados de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo recebeu financiamento do CNPq – edital universal – processo número 480625/2013-1.

RESULTADOS

Entre os 300 participantes do estudo, 189 (63%) eram do sexo feminino, 104 (34,7%) encontravam-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos, 184 (61,4%) eram de cor branca, 134 (44,7%) solteiros e 126 (42%) disseram praticar a religião católica. Identificou-se que 178 (59,4%) dos entrevistados tinham mais de oito anos de escolaridade, 237 (79%) abandonaram os estudos e 115 (38,4%) estavam desempregados.

Entre os entrevistados, 135 (45%) indicaram a renda familiar como principal fonte de renda, 136 (45,3%) obtiveram como renda individual no mês anterior à coleta de dados um a 2,5 salários mínimos, 151 (50,4%) tinham renda *per capita* inferior a um salário mínimo e 256 (85,3%) informaram residir com

familiares. Para realização dos cálculos referentes à renda, considerou-se o valor do salário mínimo vigente na época da coleta dos dados de R\$ 724,00.

Sobre o uso de tabaco e álcool verificou-se que 96 (32%) dos entrevistados referiram ser tabagistas, 33 (11%) usavam álcool. Destes, 13 (39,4%) consumiam de forma esporádica. Além disso, no último ano, 30 (10%) fizeram uso de drogas ilícitas, dos quais 23 (7,6%) usaram maconha.

Na Tabela 1 observa-se que 183 (61%) dos participantes tinham comorbidade clínica. Do total de problemas clínicos de saúde citados, foram prevalentes os cardiovasculares 93 (28,8%) e endócrinos 75 (23,3%). Ressalta-se que dos 183 portadores de transtorno mental que indicaram ter comorbidade clínica, 72 (39,3%) tinham dois problemas de saúde e 152 (83%) mencionaram usar medicamentos para o tratamento das doenças clínicas.

Quanto aos diagnósticos de transtornos mentais constantes no prontuário dos entrevistados (um indivíduo poderia ter mais de um diagnóstico), foram prevalentes: transtorno afetivo bipolar (TAB) – 123 (33,6%); esquizofrenia - 70 (19,1%); e depressão - 68 (18,6%). Ainda, 147 (49%) tinham tempo de doença entre um e 10 anos e 200 (66,7%) faziam tratamento no CAPS por menos de um ano.

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS, segundo as variáveis clínicas – Curitiba, Paraná, Brasil, 2014

Variáveis	N	%
Comorbidade clínica		
Sim	183	61
Não	117	39
Total	300	100
Tipo de comorbidade clínica		
Problemas cardiovasculares	93	28,8
Problemas endócrinos	75	23,3
Problemas osteomusculares	74	23
Problemas respiratórios	16	5
Problemas gastrintestinais	16	5
Problemas neurológicos	15	4,7
Problemas oftalmológicos	7	2,2
Problemas renais	7	2,2
Problemas hepáticos	7	2,2
Problemas imunológicos	6	1,8
Problema de labirintite	6	1,8
Total	322*	100
Quantidade de comorbidade clínica		
1 comorbidade clínica	81	44,3
2 comorbidades clínicas	72	39,3

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS, segundo as variáveis clínicas – Curitiba, Paraná, Brasil, 2014

Variáveis	N	%
Quantidade de comorbidade clínica		
≥ 3 comorbidades clínicas	30	16,4
Total	183	100
Uso de medicação para a comorbidade clínica		
Sim	152	83
Não	31	17
Total	183	100
Diagnóstico de transtorno mental†		
Transtorno afetivo bipolar	123	33,6
Esquizofrenia	70	19,1
Depressão	68	18,6
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes	35	9,6
Transtornos da personalidade	28	7,7
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de SPA§	17	4,6
Transtornos esquizotímicos e transtornos delirantes	13	3,6
Outros	12	3,2
Total	366‡	100
Tempo de doença		
< 1 ano	15	5
1 a 10 anos	147	49
> 10 anos	135	45
Não souberam informar	3	1
Total	300	100
Tempo de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial		
< 1 ano	200	66,7
1 a 2 anos	75	25
> 2 anos	23	7,6
Não soube informar	2	0,7
Total	300	100

*Um participante poderia ter mais de uma comorbidade clínica; †diagnóstico de acordo com CID-10 indicado no prontuário de cada participante; ‡O mesmo participante poderia ter mais de um diagnóstico de transtorno mental. §SPA: Substância Psicoativa. Fonte: o autor (2014).

Sobre a necessidade de internação devido ao transtorno mental, 236 (78,6%) dos participantes apresentaram histórico de internação. Destes, 120 (40%) afirmaram que não usavam corretamente os medicamentos prescritos para o transtorno mental no momento da internação. Entre os sujeitos que necessitaram de internação, 205 (68,3%) foram internados em hospital psiquiátrico, 35 (11,6%) em hospital geral, 125 (41,6%)

em unidades de pronto-atendimento e 46 (15,3%) em CAPS III. Ressalta-se que o mesmo participante poderia ter sido internado em mais de um local.

A Tabela 2 evidencia que 203 (67,7%) dos entrevistados tentaram suicídio. Destes, 142 (47,4%) eram do sexo feminino, 63 (31%) relataram mais de três tentativas. Do total de métodos empregados na tentativa, o mais utilizado foi a intoxicação exógena (132, 41%). E entre as substâncias de escolha, o uso de medicamentos foi indicado 125 vezes (79,2%).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS por sexo segundo variáveis relacionadas à tentativa de suicídio - Curitiba, Paraná, Brasil, 2014

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		(n)	%
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Tentativa de suicídio						
Sim	61	20,3	142	47,4	203	67,7
Não	50	16,6	47	15,7	97	32,3
Total	111	36,9	189	63,1	300	100
Quantidade de tentativas						
1 tentativa	21	10,3	40	19,7	61	30
2 tentativas	17	8,4	22	10,8	39	19,2
3 tentativas	10	5	23	11,3	33	16,3
> 3 tentativas	11	5,4	52	25,6	63	31
Não soube informar	2	1	5	2,5	7	3,5
Total	61	30,1	142	69,9	203	100
Método utilizado						
Intoxicação exógena	32	9,9	100	31,1	132	41
Arma branca	19	5,9	45	14	64	19,9
Enforcamento	19	5,9	28	8,7	47	14,6
Atropelamento	10	3,1	21	6,5	31	9,6
Precipitar-se	6	1,9	19	5,9	25	7,8
Outros	10	3,1	13	4	23	7,1
Total	96*	29,8	226*	70,2	322*	100
Substância utilizada na intoxicação exógena						
Medicamentos	27	17,1	98	62,1	125	79,2
Raticida e pesticida	8	5,1	11	6,9	19	12
Outros	4	2,5	9	5,7	13	8,2
Não soube informar	1	0,6	0		1	0,6
Total	40	25,3	118	74,7	158*	100

*Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta.
Fonte: o autor (2014).

Ao analisar o total de medicamentos prescritos aos participantes por classe medicamentosa, houve predomínio dos antipsicóticos e dos estabilizadores do humor, representados, respectivamente, por 251 (32,3%) e 177 (22,8%). Verificou-se que

117 (39%) dos entrevistados tinham mais de três medicamentos prescritos. E dos 296 portadores de transtorno mental que faziam uso de medicação via oral, 154 (52%) precisavam ingerir mais de cinco comprimidos diários para o tratamento do transtorno mental. Para identificar a classe medicamentosa, os nomes e a quantidade dos medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental, foi utilizada a cópia da última prescrição médica constante no prontuário de cada entrevistado, conforme Tabela 3.

Observa-se também que a unidade básica de saúde foi indicada 227 vezes (48%) como sendo o local onde os entrevistados adquirem os medicamentos prescritos para o seu tratamento na saúde mental. Dos participantes, 134 (44,7%) relataram ter dificuldades de acesso ao medicamento prescrito, sendo as prevalentes a falta do medicamento na rede básica de saúde 7, (42,4%) e não dispor de recurso financeiro para comprá-lo 77 (41,8%).

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS segundo variáveis farmacoterapêutica, Curitiba, Paraná, Brasil, 2014

Variáveis	N	%
Classe medicamentosa		
Antipsicótico	251	32,3
Estabilizador de humor	177	22,8
Ansiolíticos e indutores do sono	170	21,9
Antidepressivos	158	20,4
Outros medicamentos	20	2,6
Total	776*	100
Quantidade de medicamentos prescritos		
1 medicamento	33	11
2 medicamentos	52	17,3
3 medicamentos	98	32,7
> 3 medicamentos	117	39
Total	300	100
Quantidade de comprimidos ingeridos por dia		
1	16	5,4
2 a 5	126	42,6
> 5 comprimidos	154	52
Total	296†	100
Aquisição dos medicamentos		
Unidade Básica de Saúde	227	48
Recurso próprio	165	35
Farmácia popular	35	7,4
Centro de Atenção Psicossocial	28	6
Outros (direto com o médico e via judicial)	17	3,6
Total	472*	100

Continua...

... continuação

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS segundo variáveis farmacoterapêutica, Curitiba, Paraná, Brasil, 2014

Variáveis	N	%
Dificuldade para aquisição dos medicamentos		
Sim	134	44,7
Não	166	55,3
Total	300	100
Tipo de dificuldade		
Estava em falta na rede básica de saúde	78	42,4
Não tinha dinheiro para comprar	77	41,8
Problemas com a receita	16	8,7
Estava em falta para venda na farmácia	9	4,9
Burocracia	4	2,2
Total	184*	100

*Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta; †quatro entrevistados tinham prescrição apenas de medicamentos injetáveis.
Fonte: O autor (2014).

DISCUSSÃO

Indivíduos na faixa etária de 25 a 54 anos apresentam elevados índices de transtorno mental. As mulheres são mais acometidas por transtornos de ansiedade, humor e somatoformes, enquanto transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas são prevalentes em homens. As mulheres são mais vulneráveis aos fatores hormonais, psicológicos e dispõem de mais habilidade para identificar alterações em seu estado de saúde e buscar serviços especializados para tratamento,⁵ o que pode ter contribuído para a prevalência de mulheres no estudo.

Quanto à escolaridade, estudos⁶⁻⁸ encontraram níveis mais baixos de escolaridade, o que difere do apresentado neste trabalho. Entretanto, apesar do maior tempo de escolaridade, é preciso ressaltar que houve predomínio de entrevistados que abandonaram os estudos, o que pode indicar uma consequência das limitações impostas pelo acometimento do transtorno mental. Além disso, alguns dos motivos para abandono dos estudos são fatores que podem ser modificáveis por medidas inclusivas na educação e em trabalho de rede na saúde que possibilite articulação entre equipe de saúde, profissionais de educação, família e sociedade. A respeito da situação conjugal, outros autores⁶⁻⁸ corroboram os resultados encontrados ao observarem em suas pesquisas a prevalência de pessoas solteiras.

A situação dos portadores de transtorno mental no mercado formal de trabalho ainda é pautada pela concepção histórica de que o “louco” é incapaz e improdutivo para as relações de trabalho. Porém, é justamente pela via do trabalho, componente imprescindível para a efetivação da reabilitação psicossocial,

da autonomia e da cidadania, que o portador de transtorno mental pode ser reinserido na sociedade, sendo a economia solidária importante estratégia de inclusão social.^{3,6}

A perspectiva da economia solidária contrapõe-se à competição e ao empobrecimento das relações sociais no trabalho, sustenta-se no coletivo, na cooperação, no autogerenciamento, em nova forma de produção de produtos e relações.³ Nesse campo, em 2013, foram mapeadas pelo Ministério da Saúde 1.008 experiências em todas as regiões do país no que se refere às iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais.⁴

Na discussão sobre as características demográfica e socioeconômica dos participantes, deve-se considerar o fato de o transtorno mental cursar com alterações específicas relacionadas ao pensamento, emoção, percepção e comportamento que podem refletir nas atividades cotidianas das pessoas por ele acometidas, com comprometimento na vida afetiva, econômica, profissional e educacional. Além disso, a necessidade de longos períodos de afastamento para o tratamento do transtorno contribuem para a interrupção dos estudos, dificultando a inserção desses indivíduos no mercado de trabalho e na manutenção do vínculo empregatício.^{9,10}

A maioria dos participantes não fazia uso de álcool e outras drogas, entretanto, ao considerar as repercussões do uso dessas substâncias sobre a saúde física e mental das pessoas, é pertinente discutir que 32% dos entrevistados eram fumantes, 11% usavam álcool e 10% fizeram uso de drogas ilícitas no último ano, principalmente de maconha.

O uso de tabaco entre portadores de transtorno mental é elevado. Estima-se que, respectivamente, 70 e 90% das pessoas com TAB e esquizofrenia sejam tabagistas e as pessoas com transtornos depressivos, ansiedade e esquizofrenia apresentem dificuldade mais acentuada em parar de fumar.¹ Do mesmo modo, revisão integrativa¹¹ sobre o tabagismo e esquizofrenia encontrou prevalência média de 59% de fumantes nessa população. O uso da nicotina pode interferir na terapêutica medicamentosa, piorar os sintomas do transtorno, propiciar mais ocorrência de crises e vulnerabilidade para doenças respiratórias e cardiovasculares.

O uso de substâncias psicoativas por portadores de transtorno mental pode ser maior do que evidenciam estudos epidemiológicos, pois ele é pouco diagnosticado na prática clínica. Isso implica menos recuperação e reduzida resposta terapêutica aos medicamentos. Estima-se que 50% das pessoas com transtornos mentais graves desenvolvem problemas associados ao uso de álcool e outras drogas.¹²

Os portadores de transtorno mental usam substâncias psicoativas com o intuito de atenuar os sinais e sintomas da doença ou dos efeitos colaterais das medicações. Contudo, o uso piora o prognóstico, exacerba os sintomas da doença, predis-

põe a maior número de episódios e consequentes recaídas, internações e alto risco de suicídio. Em pessoas com transtornos mentais graves, “mesmo em pequenas doses e de modo casual, o consumo de substâncias psicoativas pode gerar piores consequências se comparado com pessoas sem tais transtornos”.^{12,7}

Estudos epidemiológicos têm mostrado elevada prevalência do consumo de maconha entre portadores de transtorno mental, sendo de 23% para uso corrente, 42,1% para uso na vida e 22,5% para abuso. O seu consumo por pessoas com transtornos mentais como esquizofrenia, transtornos de humor e ansiedade pode apresentar impacto negativo sobre a evolução do transtorno, seja na fase aguda da doença ou nas fases mais avançadas.¹³

Sobre o perfil clínico dos entrevistados, a literatura descreve maior proporção de mortes por causas cardiovasculares em portadores de transtorno mental que o esperado para pessoas de mesmo sexo e faixa etária na população em geral, bem como elevada prevalência de obesidade, tabagismo, sedentarismo, hipertensão e dislipidemia.^{14,15} Ainda, há descrição da associação entre problemas endócrinos, como o hipotireoidismo subclínico e o aparecimento de sintomas depressivos.¹⁶

Alguns dos problemas clínicos relatados podem ser prevenidos com educação em saúde e as consequências amenizadas se forem diagnosticados e tratados no início. Os hábitos de vida saudáveis devem ser encorajados pelos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento nutricional. Entretanto, apesar da elevada prevalência de comorbidade clínica em portadores de transtorno mental, essa população por vezes tem suas queixas subestimadas pelos profissionais de saúde, o que acarreta cuidados negligenciados no que diz respeito aos aspectos clínicos.^{14,17}

Os portadores de transtornos mentais que apresentam comorbidade clínica, além dos medicamentos prescritos para o transtorno, precisam fazer uso de outros medicamentos. Isso implica regimes terapêuticos complexos, o que pode comprometer o uso contínuo e adequado do medicamento para o alcance da melhor resposta terapêutica. Ademais, há o risco de interações medicamentosas e de intoxicações intencionais e não intencionais por medicamentos.

Em relação aos diagnósticos de transtorno mental, sabe-se que o TAB tem apresentações clínicas complexas, causa prejuízo funcional ao paciente e a seus familiares e cursa com elevada morbidade e mortalidade. Além disso, manifesta-se geralmente na fase formativa da vida, o que se reflete em dificuldades intrapessoais, educacionais e financeiras. O TAB (tipo I e II) tem prevalência estimada de 1,5%, porém, quando se ampliam os critérios diagnósticos, observa-se prevalência do chamado espectro bipolar de 3 a 8,3%.¹⁸

Sobre a esquizofrenia, sua prevalência na população é de 1%. Ela representa a principal forma de psicose, em geral se apresenta no final da adolescência e início da vida adulta. Atinge igualmente homens e mulheres, mas seu aparecimento

é mais precoce em homens. Sua manifestação está relacionada a alterações do pensamento, da sensopercepção e da vontade, ao comportamento bizarro, embotamento afetivo e apragmatismo. Sintomas positivos e negativos refletem na vida cotidiana das pessoas com esquizofrenia em isolamento social, desinteresse pelo mundo externo, introspecção, ausência de *insight* sobre a doença e, em alguns casos, *déficit* no autocuidado e manifestação de agressividade.^{1,18}

Em relação à depressão, estima-se que sua prevalência seja de 3 a 11% na população geral, associada a incapacidades e sendo mais frequente em mulheres, pessoas jovens, com baixo nível socioeconômico e de escolaridade, solteiros ou separados e desempregados.¹⁹⁻²⁰ A depressão cursa com sintomas relacionados a anedonia, redução importante da energia, perda de confiança, baixa autoestima, sentimentos de autorreprovação e culpa excessiva, pensamentos de desvalia e morte. Podem ocorrer alterações no sono, na alimentação e na atividade sexual, como perda da libido.¹

Sobre o histórico de internação, a má adesão à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental tem apresentado associação positiva com a necessidade de reinternações e agudizações dos sinais e sintomas.⁸⁻⁹ A maioria das internações ocorreu em hospital psiquiátrico, o que vai de encontro à política pública de saúde mental vigente no país, que preconiza o tratamento do portador de transtorno mental em dispositivos territorializados, de base comunitária, que trabalhem articulados em rede.

O elevado número de internamentos em hospitais psiquiátricos apresenta-se como dado preocupante ao considerar que essa realidade está diretamente relacionada à desarticulação ou pouca articulação e à capacidade de efetividade e resolução da rede de atenção em saúde mental. Além disso, indica que os resquícios do tratamento hospitalocêntrico ainda permeiam o cotidiano, as ações dos profissionais de saúde e a relação da sociedade com a pessoa com transtorno mental.²¹

Podem ser preditores da necessidade de recorrer a internação em hospitais psiquiátricos: a falta de acompanhamento após a alta hospitalar, falta de informação e orientação acerca do transtorno e seu curso crônico, do uso dos medicamentos, o *déficit* de serviços extra-hospitalares que apesar da crescente expansão, ainda se mostram insuficientes e a dificuldade em garantir a continuidade do tratamento nos dispositivos substitutivos.²¹

No que diz respeito à tentativa de suicídio, as pessoas com transtorno mental têm três a 12 vezes mais riscos de cometer suicídio quando comparados com sujeitos sem enfermidade psiquiátrica. Cerca de 95% das pessoas que tentam ou cometem suicídio têm um transtorno mental previamente diagnosticado. Ressalta-se que 45 a 70% das pessoas que tentam/consumam o suicídio têm transtornos de humor e 19 a 24% apresentam histórico de uma tentativa prévia, sendo o risco maior, de novas tentativas, nos três meses após a primeira.¹

Segundo o relatório sobre prevenção do suicídio emitido pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2014, a cada 40 segundos uma pessoa suicida e muitas outras praticam tentativas sem êxito. Mais de 800.000 indivíduos morrem por ano, o que representa taxa mundial de 11,4/100.000 habitantes. O suicídio é considerado a segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos em todo o mundo. No Brasil, em 2012, 11.821 pessoas se suicidaram, o que representa taxa de suicídio de 5,8/100.000 habitantes.²²

Estudo²³ que analisou a mortalidade por suicídio no Brasil de 2000 a 2012 revelou que o suicídio consumado foi 3,7 vezes mais frequente entre os homens que entre as mulheres, 86,9% das mortes por suicídio foram em decorrência de lesões auto-provocadas (enforcamento, arma de fogo, precipitação de locais elevados) e 13,1% por intoxicação exógena intencional, com destaque para o uso de pesticidas e medicamentos. Em relação às diferenças regionais, maior incidência ocorreu na região Sul, com 9,8 casos/100.000 habitantes. O suicídio nessa região decresceu entre os homens e aumentou entre as mulheres.

Em relação ao perfil farmacoterapêutico, tem-se que os antipsicóticos são medicamentos de escolha para o tratamento dos episódios psicóticos tanto na fase aguda quanto na de manutenção, visto que bloqueiam a atividade dopaminérgica, que se encontra exacerbada nessa condição. Os principais efeitos colaterais do uso de antipsicóticos são os efeitos extrapiramidais, a síndrome metabólica e a disfunção sexual. Os efeitos extrapiramidais podem surgir nos primeiros dias ou semanas do uso e são dose-dependentes, na maioria das vezes revertidos com a diminuição da dosagem ou, dependendo da gravidade, com a interrupção do uso do medicamento. Caracterizam-se por distonia aguda, parkinsonismo, acatisia, discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna.^{18,24}

O uso concomitante de medicamentos pode aumentar a possibilidade de efeitos colaterais e de incompatibilidade medicamentosa. Isso gera dificuldades para a autoadministração dos medicamentos por portadores de transtorno mental e pode ser indicativo de piora no seu estado de saúde e de não adesão à terapêutica medicamentosa.⁷

Contudo, cabe enfatizar que, considerando-se a complexidade do transtorno mental e as comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas, em alguns casos um esquema medicamentoso complexo pode ser necessário com o intuito de alcançar o melhor estado de saúde possível do portador de transtorno mental e reduzir morbimortalidade.

Quanto às dificuldades em relação à aquisição dos medicamentos, o Sistema Único de Saúde tem avançado na organização de programas como a Política Nacional de Medicamentos, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e o programa de farmácia popular, que visam garantir o acesso da população aos medicamentos.²⁵ Porém, apesar dos

programas voltados para atenção farmacêutica e das despesas com medicamentos representarem grande parte do investimento em saúde pública no Brasil, os portadores de transtorno mental experimentam falhas no fornecimento do medicamento pelos serviços públicos de saúde, o que repercute negativamente sobre a adesão ao uso do medicamento.⁸

CONCLUSÃO

O presente estudo caracterizou o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS. Desse modo, pode contribuir para orientar intervenção multiprofissional, nortear ações, políticas e práticas reabilitadoras no contexto do modelo psicossocial, ao considerar a individualidade e singularidade da pessoa em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
2. World Health Organization. *Improving health systems and services for mental health*. 2009[citado em 2013 out. 22]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf
3. Santiago E, Yasui S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicol Soc*. 2015[citado em 2015 nov. 30];27(3):700-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00700.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12*. Informativo eletrônico. Brasília: MS; 2015. [citado em 2016 dez. 05]. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
5. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010[citado em 2014 fev. 13];59(3):238-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>
6. Oliveira JFM, Silva RJG. Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental: um estudo num centro de atenção psicossocial. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2014[citado em 2015 abr. 25];5(3):862-72. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/992/pdf>
7. Ibanez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miaso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm*. 2014[citado em 2015 mar. 15];67(4):556-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/00347167.2014670409>
8. Miaso AI, Miamoto CS, Mercedes BPC, Vedana KGG. Adherence, knowledge, and difficulties related to pharmacological treatment for people with schizophrenia. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015[citado em 2015 nov. 30];17(2):186-95. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a03-en.pdf>
9. Miaso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2011[citado em 2012 nov. 14];45(2):425-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a18.pdf
10. Bessa JB, Waidman MAP. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto Contexto Enferm*. 2013[citado em 2015 dez. 30];22(1):61-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/08.pdf>
11. Oliveira M, Furegato ARF. Esquizofrenia e dependência de tabaco: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 2012[citado em 2015 out. 23];11(25):404-25. Disponível em: http://scielo.iicsi.es/pdf/eg/v11n25/pt_revision5.pdf

12. Ratto LRC, Cordeiro DC. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. *Aconselhamento em dependência química*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2015.
13. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Cannabis abuse in patients with psychiatric disorders: an update to old evidence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010[citado em 2015 out. 23];32 (Suppl):S41-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20512269>
14. Lima DB, Santos IS, Vannucchi AMC, Ribeiro MCSA. Cardiovascular risk in individuals with depression. *Rev Assoc Med Bras*. 2013[citado em 2016 dez. 05];59(3):298-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n3/v59n3a19.pdf>
15. Gomes FA, Almeida KM, Magalhães PV, Caetano SC, Kauer-Sant'Anna M, Lafer B, et al. Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the brazilian research network in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013 [citado em 2015 nov. 20];35(2):126-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2011-0768>.
16. Demartini B, Ranieri R, Masu A, Selle V, Scarone S, Gambini O. Depressive symptoms and major depressive disorder in patients affected by subclinical hypothyroidism. *J Nerv Ment Dis*. 2014[citado em 2015 nov. 20];202(8):603-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25010109>
17. Weber NS, Fisher JA, Cowan DN, Niebuhr DW. Psychiatric and general medical conditions comorbid with bipolar disorder in the national hospital discharge survey. *Psychiatr Serv*. 2011[citado em 2015 nov. 15];62(10):1152-58. Disponível em: http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.62.10.pss6210_1152
18. Cordioli AV. *Psicofármacos*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
19. Fleck MP, Berlim MT, Lafet B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version). *Rev Bras Psiquiatr*. 2009[citado em 2014 out. 26];31Suppli:S7-17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/en_a03v31s1.pdf
20. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *J Affective Disord*. 2013[citado em 2015 ago. 02];150(2):401-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23688916>
21. Ramos DKR, Guimarães J. New mental health services and the revolving door phenomenon in Rio Grande do Norte. *REME - Rev Min Enferm*. 2013 [citado em 2015 ago. 02];17(2):440-45. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130033>
22. World Health Organization. *Prevenção del suicídio: un imperativo global*. 2014[citado em 2015 out. 30]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
23. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015[citado em 2015 nov. 30];64(1):45-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>
24. Noto CS, Gadelha A, Cunha PM, Attux C. Tratamento eficaz: abordagem farmacológica, manejo de efeitos colaterais e estratégia para a prevenção de recaídas. In: Noto CS, Bressan RA, organizadores. *Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
25. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010[citado em 2015 set. 12];27(2):149-56. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rp/v27n2/a10v27n2>