

# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PSIQUIÁTRICAS DE PACIENTES ADMITIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

## SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHIATRIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS ADMITTED TO THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSIQUIÁTRICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Leonardo Leão Kahey Fonseca<sup>1</sup>  
Leandro Martins Costa de Araújo<sup>2</sup>  
Emanuele de Freitas Manata Godoy<sup>3</sup>  
Nadja Cristiane Lappann Botti<sup>4</sup>

**Objetivo:** analisar as características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** estudo exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa de 375 prontuários de atendimento do período de 1997 a 2013, no Centro de Atenção Psicossocial de cidade do interior do estado de Minas Gerais, Brasil. **Resultados:** os pacientes são mais admitidos para tratamento na fase aguda, seguido da fase prodromática e de recuperação. A menor idade média dos pacientes é na fase aguda. Em todas as fases da psicose, a maioria é do sexo masculino, solteiro, baixa escolaridade e com Esquizofrenia. Observa-se aumento gradativo de comorbidades psiquiátricas da fase prodromática, aguda e de recuperação e a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar. **Conclusão:** a demanda de atenção à crise psicótica no Centro de Atenção Psicossocial é de pacientes com sintomatologia da fase aguda, homens, solteiros, com baixa escolaridade e com diagnóstico de Esquizofrenia.

**Descritores:** Transtornos Psicóticos; Pesquisa; Registros Médicos; Sintomas Comportamentais.

*Objective: analyze the socio-demographic and psychiatric characteristics of patients admitted to the psychosocial care center. Method: exploratory, retrospective and descriptive study, with a quantitative approach, of 375 patient records in the psychosocial care center in the state of Minas Gerais (Brazil) from 1997 to 2013. Results: patients are more frequently admitted the service during the acute phase, followed by the prodromal and recovery phases. The lowest average age of patients is in the acute phase. During all stages of the psychosis most are male, single, of low education and with schizophrenia. There has been gradual increase in the psychiatric comorbidity of prodromal, acute and recovery, and most have family history of psychiatric disorder. Conclusion: the demand for attention to psychotic crisis in the psychosocial care center is for patients with symptoms in the acute phase, men, single, with low schooling and with the diagnosis of schizophrenia.*

*Descriptors: Psychotic Disorders; Research; Medical Records; Behavioral Symptoms.*

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil. leokahey@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduando de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. Bolsista de Iniciação Científica. São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil. leandromartins19@gmail.com

<sup>3</sup> Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil. emanuelefmg@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Psicóloga. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil. nadjacb@terra.com.br

*Objetivo: analizar las características socio-demográficas y psiquiátricas de los pacientes ingresados en el centro de atención psicossocial. Método: estudio retrospectivo y descriptivo con un enfoque cuantitativo de 375 registros de pacientes en el centro de atención psicossocial en el estado de Minas Gerais (Brasil), de 1997 a 2013. Resultados: los pacientes son más admitidos para el tratamiento en la fase aguda, seguida de la fase prodrómica y la de recuperación. El promedio de edad menor en pacientes es en la fase aguda. En todas las etapas de la psicosis, la mayoría es de hombres, solteros, baja escolaridad y con esquizofrenia. Se observa aumento gradual de la comorbilidad psiquiátrica en la fase prodrómica, aguda y de recuperación, y la mayoría presenta antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico. Conclusión: la demanda de atención a la crisis psicótica en el centro de atención psicossocial es para los pacientes con síntomas de la fase aguda, hombres, solteros, con baja escolaridad y diagnosticados con esquizofrenia.*

*Descriptores* Trastornos Psicóticos; Investigación; Registros Médicos; Síntomas Conductuales.

## Introdução

A atenção à crise psiquiátrica é considerada um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo da Reforma Psiquiátrica. Neste contexto é entendida como expressão de uma crise existencial, social e familiar que envolve a capacidade subjetiva do sujeito de responder às situações desencadeantes, exigindo dos serviços de atenção psicossocial a responsabilização frente às pessoas que estão sendo cuidadas desde o acolhimento até a construção de vínculos afetivos e profissionais. Portanto, implica cuidar da crise em um contexto em que a premissa é a liberdade, com ênfase na expressão dos conflitos e das subjetividades, além da atenção à pessoa em seu contexto de vida<sup>(1)</sup>.

O cuidar baseado na atenção psicossocial implica buscar formas de atuação que, além de perceber a pessoa em crise como ser singular, complexo e entrelaçado por uma rede familiar e social, valorizem também a subjetividade, o saber e o sentir da pessoa, a fim de compreender o que está acontecendo com ela. Neste aspecto o paradigma psicossocial preconiza que a crise deve ser refletida criticamente e aponta que, além da atenção urgente à pessoa em crise, se faz necessária uma ética do cuidado com a finalidade de proporcionar o alívio do sofrimento para a pessoa<sup>(2)</sup>. A atenção à crise psíquica, no contexto da Reforma Psiquiátrica, exige práticas que valorizem as possibilidades do sujeito e de seu contexto, indo além da simples remissão dos sintomas<sup>(3)</sup>.

Pessoas com grave sofrimento psíquico podem vivenciar momentos críticos que, por vezes, coincidem com o desencadeamento de uma

crise, gerando, com isso, ações confusas e incompreendidas por eles próprios e pelas pessoas que o circundam. Neste aspecto, a crise precisa ser compreendida como uma tentativa da pessoa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento, pressupondo a necessidade de uma estratégia ampliada de cuidado<sup>(2)</sup>.

Os transtornos psicóticos, em particular a Esquizofrenia, são doenças graves, com início na adolescência ou idade adulta jovem, classicamente associadas a prognóstico limitado<sup>(4)</sup>. Sabe-se que a psicose não tratada pode causar aflição e perturbação tanto para a pessoa com os sintomas quanto para sua família. Neste sentido, os serviços devem priorizar a intervenção e detecção precoce.

Estudo qualitativo inglês identifica várias barreiras para a busca do tratamento imediato para o primeiro episódio psicótico, como preocupações com o estigma da doença mental, desconhecimento de quais serviços de saúde procurar, busca de atendimento em situações críticas, dificuldade do paciente de reconhecer os sintomas como transtorno psiquiátrico, falta de tempo, conhecimento ou habilidade de trabalhadores de organizações comunitárias para realizar contato com os serviços de saúde<sup>(5)</sup>. Entre as principais situações de crise que também enfrentam os familiares com pacientes com transtorno psicótico e suas necessidades de atenção psiquiátrica são a própria crise psicótica do familiar, a crise familiar diante do diagnóstico e do processo de aceitação do transtorno e as crises diante das subseqüentes recaídas<sup>(6)</sup>.

Na última década, muitos estudos foram realizados para avaliar a viabilidade da detecção precoce de pessoas em risco de desenvolver psicose e intervenção para prevenir ou retardar um primeiro episódio psicótico. A psicose apresenta, no seu curso evolutivo, as fases: prodrômica, aguda e recuperação. Em cada uma delas, há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas, de acordo com as próprias desordens<sup>(7)</sup>.

Entre os principais sinais e sintomas prodrômicos presentes na crise psicótica, destacam-se: diminuição da concentração, atenção e motivação, humor depressivo, alterações do sono, ansiedade, isolamento social, desconfiança, perda de função social e irritabilidade<sup>(8)</sup>. Em geral, na fase aguda, certos sintomas são característicos, como a presença de delírios, alucinações e desorganização da fala (sintomas positivos), acompanhadas ou não por transtornos de humor ou de personalidade e uso de drogas (sintomas negativos)<sup>(7)</sup>. A fase de recuperação, no curso evolutivo da crise psicótica, ocorre, em geral, após o transcurso de seis meses do início do tratamento da fase aguda. Entretanto, é comum estender-se por um período de 5 anos após o diagnóstico. É uma fase crucial e de risco, na qual são definidos os parâmetros do tratamento<sup>(8)</sup>.

Como cada fase do ciclo evolutivo da psicose apresenta necessidade de abordagens específicas e sistematizadas, de acordo com as próprias desordens acarretadas, torna-se relevante conhecer as características dos pacientes psicóticos em relação às fases do ciclo evolutivo da psicose, admitidos para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. Neste sentido, este estudo tem como objeto a crise psicótica de pacientes em tratamento.

O objetivo da pesquisa é analisar as características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no Centro de Atenção Psicossocial de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose.

## Método

Estudo exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa no Centro

de Atenção Psicossocial III (CAPS III), unidade referência em saúde mental da região centro oeste do Estado de Minas Gerais (Brasil). É um serviço de saúde público, que, desde 1997, oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. No período de 1997 a 2013 foram atendidas 15 mil pessoas no serviço. Dentre essas foram incluídas nesta pesquisa 375, que representaram 2,5% do total de atendimentos. Como critério de inclusão foi definido registro na folha de admissão do prontuário de diagnóstico F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes) da CID-10. A seleção foi definida por meio de sorteio de 50 caixas de prontuários arquivados na própria unidade, sendo retirado de cada caixa os 10 primeiros prontuários de pacientes atendidos no serviço que preenchiam o critério de inclusão. Algumas caixas guardavam um número de prontuários inferior a 10 e, neste caso, todos foram incluídos. Os dados foram coletados entre março e julho de 2014.

A análise dos prontuários apresenta-se como fonte de informação, ferramenta de produção de dados em inúmeras pesquisas da área da saúde. O prontuário é uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde<sup>(9)</sup>. Entende-se que tais princípios reforçam o valor documental, ético e comunicativo desse instrumento, tornando-o um acervo importante para análise.

Para a coleta de dados foi utilizado formulário construído especificamente para a pesquisa, contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade e escolaridade) e história psiquiátrica da primeira admissão no CAPS (idade, diagnóstico psiquiátrico, história e motivo da admissão). Os dados foram codificados e digitados no programa *Microsoft Excel*, versão 2010, em planilha previamente elaborada. Para a análise descritiva foi realizado o cálculo de frequência absoluta (FA) e relativa (FR).

Os aspectos éticos desta pesquisa estão de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei, sob parecer nº 610.585, em 9 de abril de 2014 (CAAE 27744614.1.0000.5545).

## Resultados

A Tabela 1 mostra as fases do curso evolutivo da psicose dos pacientes admitidos para tratamento no CAPS III, a maioria admitida no serviço na fase aguda (43,20%), seguido da fase prodrômica (26,67%) e de recuperação (14,67%).

**Tabela 1** – Distribuição das fases da crise psicótica dos pacientes atendidos por frequências absoluta e relativa – Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis, MG – 1997-2013 (N=375)

<b>Fases da crise psicótica</b>	<b>Frequência Absoluta (n)</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Fase prodrômica	100	26,67
Fase aguda	216	57,60
Fase recuperação	59	15,73
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboração própria.

As características sociodemográficas dos pacientes admitidos para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial, de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose, encontram-se descritas na Tabela 2. Durante todas as fases do ciclo evolutivo da psicose, a maioria era do sexo masculino, solteiro e com baixa escolaridade (possuíam  $\leq 8$  anos de estudo). A faixa etária, conforme a escala de classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta diferença durante as fases do ciclo evolutivo da psicose. Na fase

prodrômica e aguda, a maioria é adulto mais jovem (15 aos 30 anos) do que os pacientes na fase de recuperação (31 aos 45 anos). Quanto às condições de saúde, observou-se que a maioria dos pacientes não apresenta comorbidade psiquiátrica, porém observa-se aumento gradativo da presença de comorbidades psiquiátricas da fase prodrômica, aguda e de recuperação. Observa-se que a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose.

**Tabela 2** – Distribuição das características sociodemográficas dos atendidos de acordo com as fases da crise psicótica – Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis, MG – 1997-2013 (N=375)

Características sociodemográficas	Fases da crise psicótica					
	Prodrômica		Aguda		Recuperação	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Idade</b>						
Adulto jovem (15-30 anos)	39	39,00	88	40,74	21	35,59
Idade Madura (31-45 anos)	38	28,00	76	35,19	27	45,76
Idade da mudança (46-60 anos)	26	26,00	47	21,76	9	15,25
Idade mais velha (61-75 anos)	7	7,00	5	2,31	2	3,39
<b>Sexo</b>						
Masculino	56	56,00	117	54,17	33	55,93
Feminino	44	44,00	99	45,83	26	44,07
<b>Estado Civil</b>						
Casado	35	34,78	72	33,33	22	36,73
Solteiro	52	52,17	124	57,38	31	53,06
Separado/Viúvo	13	13,04	20	9,29	6	10,20
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos de estudo	75	74,71	180	83,33	42	70,59
≥ 8 anos de estudo	25	25,29	36	16,67	17	29,41
<b>Comorbidade psiquiátrica</b>						
Sim	87	87,00	172	79,63	44	74,58
Não	13	13,00	44	20,37	15	25,42
<b>História de transtorno psiquiátrico familiar</b>						
Sim	80	80,23	160	73,96	38	64,81
Não	20	19,77	56	26,04	21	35,19

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico da CID 10 referente às categorias Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

(F20-F29), identificou-se que a maioria, em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose, apresenta Esquizofrenia (F20) seguida de Psicose não orgânica não especificada (F29). (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição das categorias do Diagnóstico CID-10 dos pacientes atendidos segundo as fases da crise psicótica – Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis, MG – 1997-2013 (N=375)

Diagnóstico Psiquiátrico da CID-10	Fases da crise psicótica					
	Prodrômica		Aguda		Recuperação	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Categorias</b>						
Esquizofrenia (F20)	58	58,00	132	61,11	30	50,85
Transtornos delirantes persistentes (F22)	2	2,00	3	1,39	1	1,69
Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)	1	1,00	6	2,78	3	5,08
Transtornos delirantes induzidos (F24)	2	2,00	1	0,46	0	0,00
Transtornos esquizoafetivos (F25)	6	6,00	7	3,24	2	3,39
Transtornos psicóticos não orgânicos (F28)	0	0,00	1	0,46	0	0,00
Psicose não orgânica não especificada (F29)	31	31,00	66	30,56	23	38,98

Fonte: Elaboração própria.

## Discussão

No curso evolutivo da psicose, os pacientes são mais frequentemente admitidos para tratamento na fase aguda, seguido da fase prodrômica e, por último, de recuperação. Os primeiros anos da Esquizofrenia é a época de maior acometimento de danos, principalmente durante o primeiro episódio psicótico. Essa intervenção pode ser realizada em serviços de cuidados primários, reduzindo impactos causados pela psicose, como perda de função social e funcional e, conseqüentemente, melhora do prognóstico em relação à sintomatologia da fase aguda desse transtorno psiquiátrico<sup>(10)</sup>.

A fase aguda da psicose caracteriza-se pelo funcionamento psíquico desorganizado desprovido de defesas mentais. O paciente encontra-se mais vulnerável, podendo apresentar sintomas invasivos e agressivos, como alucinações e

delírios, o que, conseqüentemente, prejudica suas relações familiares. Os profissionais da assistência devem estar capacitados para a intervenção necessária nessa fase da crise psicótica. A fase aguda pode ser desencadeada por crises familiares e uso irregular da medicação. Este último é o motivo mais frequentemente descrito na literatura para o desencadeamento desta fase<sup>(11)</sup>. Com alta prevalência mundial, a fase aguda da psicose é considerada extremamente grave, pois pode produzir nos pacientes perdas significativas no que diz respeito à memória e à cognição<sup>(12)</sup>.

Quanto mais precocemente a Esquizofrenia for diagnosticada pior será o prognóstico, assim como o início tardio pode caracterizar proteção e fator positivo, pois, quando o primeiro episódio ocorre em idade mais avançada, possibilita ao sujeito desenvolver melhor suas habilidades e experiências sociais antes da doença, produzindo maior capacidade de resistência mental e

psicológica<sup>(13)</sup>. Os pacientes com Esquizofrenia devem ser considerados pertencentes a uma classe de doença crônica que necessita de cuidados durante todo o curso vital. Neste sentido, a Esquizofrenia, entre os transtornos psicóticos, é a que tem pior prognóstico, apresentando sintomas mais invasivos e agressivos, quando comparados com os demais<sup>(13)</sup>.

Importante ressaltar que, no curso evolutivo da Esquizofrenia, os pacientes que se tornam crônicos podem, em determinados casos, apresentar sintomatologia igual à de pacientes com remissão dos sintomas. Neste sentido, os pacientes esquizofrênicos, em geral, continuam a apresentar comprometimento do afeto enquanto sintomatológica negativa, apesar do tratamento<sup>(14)</sup>. Essa sintomatologia negativa pode produzir perda relacional e ocupacional, além de risco de abuso de substâncias e abandono do tratamento. Os pacientes com Esquizofrenia, entre os transtornos psicóticos, são os que apresentam pior adesão ao tratamento, situação que pode potencializar os sintomas da doença e, portanto, piorar o prognóstico<sup>(15)</sup>.

No curso evolutivo da psicose, são mais admitidos pacientes adultos jovens (15-30 anos) na fase aguda e prodrômica. Os dados obtidos pelo estudo vão de encontro ao descrito na literatura sobre maior incidência da Esquizofrenia nessa época da vida, o que, por conseguinte pode causar impacto efetivo na produção social do indivíduo<sup>(16)</sup>.

Estudo de revisão tem apresentado as diferenças de gênero na esquizofrenia e no primeiro episódio de psicose, na tentativa de explicar a heterogeneidade da doença. Identifica-se que a incidência de esquizofrenia é mais elevada nos homens, como também a idade de início apresenta-se mais cedo nos homens do que nas mulheres. Em geral, sugere-se melhor funcionamento pré-mórbido e funcionamento social entre mulheres do que entre homens. No tocante à evolução da doença, as mulheres têm melhor remissão e menores taxas de recaída<sup>(17)</sup>.

Estudo aponta que os homens têm o início da fase sintomática da psicose mais precoce, em geral, em torno de 18-25 anos, e que as mulheres,

entre os 25-35 anos. O sexo é um importante fator preditivo na evolução da psicose, principalmente da Esquizofrenia, pois se verifica maior incidência e prevalência entre os homens<sup>(18)</sup>. A diferença de prognósticos associado aos determinantes psicossociais, em geral, atuam negativamente em relação aos homens, como se observa na idade de início mais precoce, maiores números de comorbidades clínicas e psíquicas e, principalmente, apresentam maior probabilidade de permanecerem solteiros. Os suicídios também são mais comuns e frequentes entre os homens<sup>(19)</sup>.

Culturalmente, os homens são considerados menos vulneráveis às patologias mentais e físicas, pois, em geral, não adotam medidas preventivas e evitam buscar atendimento em unidades de atenção primária, o que dificulta o diagnóstico precoce da psicose e de outras doenças crônicas. Outro fator importante é a maior prevalência de uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>(20)</sup>. O transtorno mental mais comum coexistente com a psicose é o uso abusivo de substâncias, como álcool e outras drogas, que aumenta a gravidade e as alterações de uma doença mental de base, podendo produzir sintomas psicóticos. A maior dificuldade para se estabelecer um diagnóstico de comorbidade é a diferenciação das sintomatologias<sup>(21)</sup>.

Em relação ao prognóstico, existe melhor evolução do curso da doença nas mulheres, visto que o número de reinternações psiquiátricas é menor e os sintomas invasivos, tanto positivos quanto negativos, são menos frequentes. Outra explicação importante refere-se à função protetora que pode ser desempenhada pelo estrógeno nas mulheres, fazendo com que o início da doença seja mais tardio e necessite de doses menores de antipsicóticos<sup>(18)</sup>.

O quadro inicial dos transtornos psicóticos e da esquizofrenia, comumente, tem como característica a mutabilidade durante o seu curso, sendo, portanto, bastante variável nos primeiros anos. Em geral, somente cerca de cinco anos após a primeira crise, os sintomas tornam-se mais estáveis. Os sintomas graves, e que na maioria das vezes funcionam como potencializadores

de perdas funcionais, em geral, não se agravam após os cinco anos.

Dessa forma, o paciente psicótico apresenta maior estabilidade psiquiátrica e psíquica em virtude de conhecer melhor a doença, seus sintomas, formas de tratamento, inclusive a medicação e seus efeitos<sup>(13)</sup>. Isso pode explicar o fato de pacientes adultos na fase madura encontrarem-se na fase de recuperação de um transtorno psicótico. Fato importante é que a adesão ao tratamento nessa fase da vida encontra-se diretamente ligada ao aumento da qualidade de vida desses pacientes<sup>(22)</sup>.

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose, os solteiros são mais admitidos para tratamento para crise psicótica que os casados e divorciados. Esses dados vêm ao encontro do que é descrito na literatura, que registra a alta prevalência dessa doença em solteiros, por causar grave disfunção social que, em geral, altera e afeta a construção de relacionamentos estáveis e conjugais. A prevalência de solteiros está ligada à presença precoce dos sintomas e à dificuldade de identificação de sujeitos prodrômicos para o início do tratamento, além de estar relacionado a rupturas escolares e de vínculos trabalhistas<sup>(23)</sup>. Estudo nacional apontou que, em relação à situação conjugal, a maioria dos pacientes são solteiros. Entre os homens, a maior parte reside com os pais, o que pode ser devido às dificuldades na construção de vínculos e de laços sociais em pessoas com transtornos psicóticos<sup>(24)</sup>.

A baixa escolaridade entre os pacientes psiquiátricos com transtornos psicóticos tanto pode ser fator de risco como efeito do curso da patologia. Destaca-se, porém, que a maioria dos estudos publicados apontam a baixa escolaridade como efeito do curso; na maioria das vezes, o paciente abandona a escola e outros laços laborais devido à sintomatologia da doença. Outra relação para a baixa escolaridade entre os pacientes com crise psicótica pode decorrer do perfil da população atendida no Centro de Atenção Psicossocial. Estudo nacional mostra que a renda familiar desse tipo de paciente procede da Previdência Social, sendo aproximadamente um salário mínimo. Isso justifica a maior procura de

classe média baixa pelos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(25)</sup>.

Os pacientes atendidos nos serviços de saúde mental, que apresentam uma comorbidade psiquiátrica, constituem um público heterogêneo que pode ser acometido por diversas outras alterações mentais distintas da psicose. Esta acomete os indivíduos em sua fase mais produtiva, sendo alteradas várias funções dentro da sua estrutura familiar, social e ocupacional, o que, por conseguinte, pode aumentar o risco de comorbidades psiquiátricas associadas<sup>(18)</sup>.

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose, o paciente que apresenta familiares com transtorno psiquiátrico demanda mais tratamento. Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno mental grave é o histórico familiar de primeiro grau de psicose<sup>(18)</sup>. Importante ressaltar que o grupo familiar é um ambiente psíquico comum, o que permite a transmissão psíquica entre as gerações. Este grupo é delimitado por uma essência genealógica em contínua evolução, podendo ser modificado por crises vitais, como nascimento, separação e morte<sup>(26)</sup>.

Nesse ambiente psíquico comum, transmite-se a manutenção de vínculos intersubjetivos, ideias, mecanismos de defesa, identificações, certezas e dúvidas. O que se transfere de um espaço psíquico para outro são prioritariamente afetos, representações e fantasias. Há duas diferentes modalidades de transmissão psíquica que podem ser definidas: a intergeracional e a transgeracional. A primeira refere-se ao material psíquico que é transmitido pelas gerações mais próximas, transformado e repassado; e a segunda relaciona-se a um material psíquico de herança genealógica não transformada e simbolizada<sup>(27)</sup>. Essa transmissão entre as gerações ampara valores, crenças e diversos outros fatores que asseguram a continuidade do grupo, bem como sua cultura; ela é envolvida em um trabalho constante de elaboração e transformação<sup>(26)</sup>.

A família tem papel fundamental no tratamento de paciente com transtorno psicótico, entre eles o auxílio na adesão ao tratamento e na administração correta da medicação, já que

o tratamento e a utilização de psicofármacos na fase aguda da psicose possibilita que a sintomatologia curse de forma menos agressiva, favorecendo o restabelecimento dos laços familiares e sociais<sup>(11)</sup>.

Assim, como na Reforma Psiquiátrica Brasileira, identifica-se a valorização da solidariedade e da parceria comunitária na qual a família é revalorizada como um lugar de cuidado e afeto.

### Considerações Finais

Este estudo objetivou analisar as características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no Centro de Atenção Psicossocial de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose. A atenção à crise é um ponto estratégico no processo de mudanças paradigmáticas propostas pela reforma psiquiátrica brasileira que exige responsabilização dos serviços e dos profissionais junto às pessoas com grave sofrimento psíquico e a seus familiares, por meio do acolhimento e da construção de vínculos.

O estudo realizado permitiu-nos identificar que a psicose é um transtorno mental que apresenta, no seu curso evolutivo, três fases distintas. Em cada uma delas, há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas, de acordo com a sintomatologia e com as próprias desordens acarretadas em cada fase. A fase aguda da psicose é a mais invasiva para o paciente, para a família e para a sociedade, podendo produzir maior comprometimento do funcionamento mental, social e pessoal, normalmente levando a um prejuízo no desempenho das tarefas e dos papéis habituais.

Concluimos que a demanda de atenção à crise psicótica no Centro de Atenção Psicossocial é de pacientes com sintomatologia da fase aguda, homens, solteiros, com baixa escolaridade e com diagnóstico de Esquizofrenia.

Seria importante a discussão relativa ao fluxo de atenção à crise na rede de atenção psicossocial, para que os Centros pudessem priorizar o tratamento dos pacientes com sintomatologia da fase aguda da crise psicótica, e a atenção básica atendesse os pacientes na fase prodrômica

e de recuperação. Na atenção básica, o enfermeiro pode ser o principal ator da intervenção, pois, em geral, é o responsável pelo acolhimento e pela capacitação dos agentes comunitários. Neste aspecto, torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada, com equipes multidisciplinares preparadas para lidarem com a fase prodrômica e de recuperação, bem como o manejo das rupturas de vínculos, dos conflitos, das perdas de laços, das situações de violência e outros conflitos que possam servir para desencadear a crise subsequente.

Citamos como limitações deste estudo a qualidade das informações encontradas nos prontuários, que apresentam letras ilegíveis, datas irregulares, falta de assinatura e outras informações necessárias, assim como o pressuposto da subjetivação da crise, pois, mesmo que seja descrita cientificamente, cada profissional da saúde, durante o acolhimento, tem sua interpretação sobre a crise e o sofrimento do paciente e da família. Ressaltamos a necessidade de outros estudos com indivíduos na fase prodrômica, devido à importância da intervenção nessa fase.

### Referências

1. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Rev esc enferm USP*. 2013;47(3):657-63.
2. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Rev bras enferm*. 2014 set-out;67(5):708-14.
3. Sant'Ana AB, Lucas AS, Peres HS, Rosa VLM, Willrich JK. A rede de saúde mental e as possibilidades de avaliação e intervenção na crise. *J nurs health*. 2012;2 Suppl:S216-23.
4. Coentre R, Levy P, Figueira ML. Intervenção precoce na psicose período pré-psicótico. *Acta med port*. 2010;23:1083-90.
5. Tanskanen S, Morant N, Hinton M, Lloyd-Evans B, Crosby M, Killaspy H, et al. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of

- psychosis: a UK qualitative study. *BMC Psychiatry* 2011 Sep 30;11(157):1-11.
6. Rascón ML, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud mental*. 2014 may-jun;37(3):239-46.
  7. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr res*. 2013 Sep;149(1-3):56-62.
  8. Larson MK, Walker EF, Compton MT. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert rev neurother*. 2010;10(8):1347-59.
  9. Mesquita AMO, Deslandes SF. Construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saude soc*. 2010;19(3):664-73.
  10. López MIG, Muñoz MS, Borrego AT, Bonome LS. Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012 abr/jun;32(114):225-45.
  11. Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Souto VT, Mostradeiro SCTS, Vasconcelos R. A utilização de psicofármacos em indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. *Enferm global*. 2014 oct;13(36):126-36.
  12. Lima FCC, Nascimento RC, Lomez ESL, Gaspar J. Revisão sistemática para avaliar a eficácia do uso da risperidona no tratamento de manutenção da esquizofrenia. *e-Scientia*. 2014;7(2):24-30.
  13. Daker MV. Validade do conceito de psicose processual. *Psicopatol fenomenol contemp*. 2014;3(2):1-15.
  14. Karlin MIF. Caso clínico: a esquizofrenia sob o olhar da psicanálise. *Estud psicanal*. 2014;14(41):93-110.
  15. Wagner LV, Borba EC, Silva MS. Inclusão ocupacional: perspectiva de pessoas com Esquizofrenia. *Psicol estudo*. 2015;20(1):83-94.
  16. Castaño Mora Y, Erazo Chávez IC, Piedrahita Sandoval LE. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental. *Enfermería global*. 2012 Oct;28:41-51.
  17. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophrenia res treat* 2012; (1):916198:1-9.
  18. Silveira MS, Vargas MM, Reis FP, Silva P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cad saúde coletiva*. 2011;19(1):27-32.
  19. Chaves AC. Diferenças entre os sexos na Esquizofrenia. *Rev bras psiquiatr*. 2000;22(1):21-2.
  20. Cristo DA. Grupo terapêutico no CAPs: cuidado a homens com sofrimento mental e histórico de violência. *Rev NUFEN*, 2012;4(22):1-70.
  21. Cordeiro DC, Diehl A. Comorbidades psiquiátricas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira RR, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 106-118.
  22. Liberato SMD, Souza AJG, Gomes ATL, Medeiros LP, Costa IKF, Torres GV. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Rev eletrônica enferm*. 2014;16(1):191-8
  23. Soares DSM, Silva FP, Pereira LJA, Alves JCS, Silva SSM, Dias EG. Percepção do usuário quanto ao acolhimento recebido no Centro de Atenção Psicossocial I, no município de Janaúba-MG. *Rev saúde públ. Santa Cat*. 2015;8(1):15-29.
  24. Nicolino PS, Vedana KGG, Miaso AI, Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev escola enferm USP* 2011;45(3):708-15.
  25. Silva TL, Marftun MA, Kalinke LP, Mathias Thais AFM, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Cogitare enferm*. 2015;20(1):112-20.
  26. Correa OBR. Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicol USP*. 2003;14(3):35-45.
  27. Sei MB, Gomes IC. Demandas por atendimento psicológico e a transmissão psíquica transgeracional. *Omnia saúde*. 2011;8(1):26-35.
  28. Colleti M, Martins CB, Tanios BS, Rocha THR. A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. *Rev SPAGESP*. 2014;15(1):123-35.

Artigo apresentado em: 12/1/2016

Aprovado em: 25/5/2016

Versão final apresentada em: 10/6/2016