

# **Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases - MG**

Resumo

Em decorrência da nova abordagem de tratamento dos portadores de transtorno mental, que prioriza o atendimento fora dos limites dos manicômios, começaram a ser implementados no Brasil os Centros de Atenção Psico-Social (CAPS), locais onde se procura recolocar o sujeito na sociedade, por meio de uma ação interdisciplinar, em que diversos saberes se colocam à disposição dele para reintegrá-lo ao mundo, com seus deveres e direitos.

Com este trabalho tem-se como objetivos principais traçar o perfil dos usuários do CAPS de Cataguases, avaliar o funcionamento do serviço por meio de dados colhidos na clínica psiquiátrica de referência do município, avaliar o nível de funcionamento dos técnicos que trabalham na instituição e saber o impacto causado na sociedade pelas atividades desenvolvidas no CAPS.

Foi realizada uma análise retrospectiva do histórico dos usuários do CAPS, entre setembro de 2002 a junho de 2004, período de funcionamento do serviço. Por meio dele foram atendidos 235 pessoas, enquanto o total de internações de pacientes de

**Atilio José Montanari**

Médico psiquiatra da  
Prefeitura Municipal de  
Cataguases e professor da  
UNIPAC – Leopoldina.  
Av. Cel. Antônio Augusto  
de Souza, 442 – Vila  
Teresa – Cataguases, MG  
(32) 3421.1910 / (32)  
3421.5144  
atiliojm@uai.com.br

Cataguases em clínicas psiquiátricas, no mesmo período, foi de 276. A maioria dos usuários do CAPS é do sexo masculino, solteira, com idade entre 31 a 40 anos, mora com os pais, não possui dependentes, é aposentada e recebe um salário mínimo mensal. O diagnóstico de esquizofrenia paranóide foi o mais freqüente, com 48% dos usuários, seguido por retardo mental moderado, com 15%. Cerca de 25% dos usuários apresentaram comorbidades, sendo a epilepsia a mais freqüente (15%). A maioria dos usuários nunca foi internada em manicômio (45%), mas cerca de 5% já o foram, por mais de 10 vezes; destes, a totalidade vive em ambiente hostil, com baixo nível de qualidade de vida. A observação dos dados colhidos mostra que algumas ações devem ser prioritárias no apoio sócio-familiar dos usuários e que medidas administrativas devem ser tomadas na condução do processo de gestão do CAPS. A grande utilidade do trabalho está em fornecer dados para serem comparados aos de outros locais, já que a escassez de informações semelhantes faz com que muitas equipes ajam sem conhecer seu trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Saúde pública; saúde mental; diagnóstico.

## Introdução

**H**istoricamente, os portadores de transtornos psiquiátricos eram segregados no manicômio tradicional e seu retorno ao convívio social e à utilização do hospital geral resultou em maior aproximação entre a Psiquiatria e a Medicina geral, piorando uma relação tumultuada desde suas raízes cartesianas, com a crescente fragmentação e superespecialização da prática médica.<sup>1</sup>

A utilização de um modelo assistencial psiquiátrico centrado no manicômio foi homogênea em todo o mundo. Os países em desenvolvimento permaneceram com esse modelo de modo majoritário, inspirado na clássica Psiquiatria dos grandes frenocômios com funções múltiplas de tratamento, asilo e exclusão, detentores de um grande poder estigmatizante, produtor de anomia e completamente desvinculado de atividades externas, em que alguma abordagem realmente terapêutica pudesse ocorrer.<sup>2,3</sup>

No Brasil, o modelo vigente vem desde o século XVII, ancorado na internação dos pacientes em manicômios, num processo de exclusão e alienação (Escola Higienista), com grande repercussão durante o Estado Novo e o governo militar, quando se recolhiam pessoas ao manicômio, simplesmente por morarem nas ruas ou por ousarem falar contra o poder vigente.<sup>4</sup>

Após a década de 80, foi implantado um sistema de atendimento ao psicótico que visava fornecer uma alternativa ao modelo tradicional e buscar sua recolocação como um cidadão, por meio de uma sistematização de seus direitos como atendimento psiquiátrico ambulatorial, fornecimento de medicamentos tradicionais e também, mais recentes (excepcionais), a garantia de uma renda mínima para o sujeito em tratamento e para a família que o acolhesse, o incentivo à construção de locais para moradia, o treinamento de pessoal para um melhor atendimento, o maior entendimento da linguagem do sujeito, entre outras medidas.

O termo "saúde mental" foi criado para designar o conjunto de planejamento e ações voltadas para atuar junto aos portadores de transtornos psiquiátricos e

<sup>1</sup> Botega, N.J., Dalgalarrodo, P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1997.

<sup>2</sup> Albuquerque, J. A. G. Instituição e poder: análise concreta das relações de poder nas instituições. Rio de Janeiro: GRAAL, 1980.

<sup>3</sup> Rosa, F. A. M., Patologia social: uma introdução ao estudo da desorganização social, Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

<sup>4</sup> Botega, N.J., Dalgalarrodo, P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1997.

seus familiares e compreende o tratamento especializado (atendimento médico psiquiátrico, psicológico, de assistentes sociais, enfermeiros, agentes de saúde etc.), o fornecimento de medicamentos específicos, o treinamento de pessoal, a estruturação de formas alternativas ao manicômio (Centro de Atenção Psico-Social, Residência Terapêutica, Lar Abrigado, Auxílio Doença), entre outras.<sup>5</sup>

As ações em saúde mental têm sido marcadas, nos últimos anos, pelo debate em torno da reforma psiquiátrica, no qual as experiências com os manicômios, no Brasil e em outros países, estão sendo cada vez mais questionadas, fazendo surgir outras propostas, principalmente a da desinstitucionalização.<sup>6</sup>

Esse termo, “desinstitucionalização”, significa uma nova forma de ver o problema da doença mental, não apenas como uma questão a encontrar explicação e solução exclusivamente na ciência. A questão precisa ser vista como um problema social, existencial, técnico e normativo, na qual os profissionais de saúde mental devem partir do princípio de que ao louco precisa ser dado o direito real a um cuidado, sem que seja excluído e violentado.

Esta nova forma de trabalho parte da idéia de que o doente deve ter um espaço real para sua reabilitação física e social, ressaltando o projeto de lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que possibilitou uma ampliação no debate público sobre a loucura e suas instituições ao propor a substituição de hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência.

O serviço de assistência à saúde pública de Cataguases, na Zona da Mata mineira, é oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsável pela gestão, em regime pleno, do Sistema Único de Saúde (SUS) local, que está baseado nas normas nacionais de política de saúde pública e visam à universalidade, à integralidade, à gratuidade e à hierarquização dos serviços de saúde. O Serviço de Saúde Mental de Cataguases (SSM-C) foi criado em maio de 1998 para atender às necessidades da população local e da microrregião, composta por mais cinco cidades (Miraf, Itamarati, Dona Euzébia, Astolfo Dutra, Santana de Cataguases), cuja população total é de, aproximadamente, 120.000 pessoas.

Inicialmente, o SSM-C era composto por uma equipe de dois psiquiatras, dois psicólogos, uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem. A média de atendimento era de dois a três pacientes por hora; o serviço incluía espaço para educação continuada e supervisão dos profissionais que trabalhavam nas unidades básicas e no programa de saúde da família.

<sup>5</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora MS, 2004.

<sup>6</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora MS, 2004.

O serviço funciona por meio do sistema de referência do paciente, realizado pelo médico generalista ou pediatra, passa por uma triagem realizada pelo psiquiatra para diagnóstico e proposta terapêutica e é encaminhado para o Núcleo de Atendimento Específico (NAE). O NAE é uma unidade criada para atender os pacientes que necessitam de um tratamento mais específico, de acordo com o transtorno apresentado. O paciente recebe atendimento clínico psicoterápico individual ou em grupo, atendimento familiar, abordagem ocupacional em oficinas terapêuticas (leitura, socialização, música, jardinagem, horticultura e artesanato) e, quando essas possibilidades não são suficientes, sugere-se a internação em clínica psiquiátrica, cuja referência é a Clínica São José, na cidade de Leopoldina, distante 20 km de Cataguases.<sup>7</sup>

O número de pacientes psiquiátricos em tratamento no município, até dezembro de 2003, incluindo localidades vizinhas, é de 3.450 (3% da população geral). Antes do serviço de atendimento ambulatorial, que já era prestado no município desde maio de 1998, esses pacientes só podiam recorrer às clínicas psiquiátricas.<sup>8</sup>

Tendo em vista as Portarias do Ministério da Saúde (PT-MS) nº 88 e nº 242 de 21/02/92 e a Resolução da Secretaria Estadual de Saúde (SES) nº 793 de 20/12/92, que regulamentam e estabelecem diretrizes e normas para o setor de saúde mental, optamos por um projeto no qual acreditamos representar um grande avanço na área de saúde mental.<sup>9</sup>

O serviço especializado em saúde mental deve ser capaz de atuar nos três níveis de atendimento, com uma equipe multidisciplinar, e ser orientado pela política de saúde mental vigente no país, esboçada a partir de um pensamento que não privilegia o caráter hospitalocêntrico de atendimento ao portador de transtorno mental, cujas diretrizes, contidas na Portaria 224/92 do Ministério da Saúde (MS), são:<sup>10</sup>

- integralidade, gratuidade e universalidade das ações de saúde;
- hierarquização dos serviços;
- incentivos às ações básicas e privilégio das ações extra-hospitalares;
- capacitação técnica adequada à realidade regional;
- participação comunitária.

<sup>7</sup> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa municipal de saúde mental. Cataguases: Satélite, 1999.

<sup>8</sup> MONTANARI, Atilio. Avaliação do programa de saúde mental de Cataguases. AP, 2003.

<sup>9</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 5ª ed. Brasília: Editora MS, 2004.

<sup>10</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 5ª ed. Brasília: Editora MS, 2004.

O Centro de Atenção Psico-Social de Cataguases (CAPS) foi inaugurado em 16 de setembro de 2002, mas seu processo de construção e viabilização havia sido iniciado em maio de 1997, com a implementação do SSM-C, que tinha a proposta inicial para a reorganização do modelo assistencial em psiquiatria, nos moldes das orientações do Ministério da Saúde.<sup>11</sup>

Desde junho de 2002, nas primeiras reuniões com a equipe técnica, começaram a ser traçados os planos de ação e também o processo teórico que fundamentaria a construção desse novo espaço terapêutico, diferente da forma comum de atendimento ao paciente com transtorno mental.

A proposta de atendimento continha diretrizes que se baseavam na reconstituição da cidadania do sujeito psicótico, que, geralmente, é colocado à margem da sociedade, sem direito a experimentar uma vida comum, pois sempre que aparece sua linguagem, vivenciada em forma de delírio ou comportamento bizarro, ele é trancafiado em uma clínica psiquiátrica, onde seu sintoma é cercado, assim como o sintoma da sociedade em que habitualmente vive.<sup>12</sup>

O CAPS pretende abordar de modo diferente esse processo e dar voz ao sujeito, para que ele possa dizer de seu delírio, seu comportamento, sem que se esqueça da necessidade de mostrar-lhe a comunidade em que está inserido e a sua necessidade em aceitar algumas normas de convivência, de forma a garantir sua segurança, sua autonomia e, principalmente, sua liberdade.<sup>13</sup>

O CAPS é colocado aqui por representar uma estrutura intermediária entre o regime ambulatorial e o hospitalar, substituindo a internação integral dos pacientes por um modelo de assistência em que os mesmos são supervisionados por períodos diários de quatro ou oito horas e retornam a suas residências todas as noites.

Durante o tempo em que permanecem no CAPS, os pacientes têm acesso ao desenvolvimento de programas específicos de cuidados intensivos para portadores de transtornos mentais como psicóticos, retardados, egressos de hospitais psiquiátricos e neuróticos graves. As normas para criação e financiamento deste modelo de atendimento estão contidas nas Portarias 224 do MS e Resolução 435 e 793 da SES.<sup>14</sup>

Os procedimentos levados até os usuários são de três tipos:

- atendimento médico individualizado, feito pelo psiquiatra assistente;

<sup>11</sup> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa municipal de saúde mental. Cataguases: Satélite, 2002.

<sup>12</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora MS, 2004.

<sup>13</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. : Brasília: Editora MS, 2004.

<sup>14</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 5. ed. Brasília: Editora MS, 2004.

- atendimento psicoterápico aos pacientes (em grupo e individualizado), e aos familiares (em grupo), feito pelas psicólogas;
- atendimento em oficinas terapêuticas (OF), coordenado pela terapeuta ocupacional.

As OF<sup>15</sup> são espaços onde se desenvolvem atividades em grupo para promover a socialização, expressão e inserção social, para facilitar a aquisição, preservação e expansão da sua independência e autonomia na vida cotidiana e complementar as atividades desenvolvidas pela rede ambulatorial. As normas para criação e funcionamento se encontram nas Portarias 242 do MS e 193 da SES.<sup>16</sup>

Ao entender que a avaliação do funcionamento de serviços substitutivos é um importante fator de aprimoramento do trabalho desenvolvido por esses programas, assim como uma avaliação dessa natureza deve estar baseada e/ou dar origem a indicadores cuja análise possibilite traçar um perfil de seu funcionamento global, de como tal programa é utilizado pela instituição como um todo, bem como seus resultados com os pacientes, tem-se, como objetivo, traçar - por meio de uma metodologia quantitativa e centrada em algumas variáveis relativas aos pacientes, solicitantes e atendimento prestado - um perfil dos usuários do CAPS - Cataguases e avaliar o funcionamento do serviço por meio da comparação dos resultados obtidos com dados referentes a outras instituições que oferecem serviços semelhantes.

A realização deste trabalho se justifica pela grande importância do momento social e político brasileiro atual, com a crescente utilização de um novo modelo de atendimento ao portador de transtorno mental, bem como o uso de novos ambientes de trabalho do psiquiatra, que são os serviços substitutivos em saúde mental. O CAPS é um desses serviços, com todas as suas particularidades e as novidades, tanto para os técnicos, quanto para os usuários. O conhecimento sobre essas particularidades pode melhorar este atendimento e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes e profissionais, corrigindo desvios.

Foi realizada uma análise retrospectiva do histórico dos usuários atendidos pela equipe profissional do CAPS - Cataguases, no período de setembro de 2002 a junho de 2004. A escolha da duração de cada período de avaliação foi feita levando-se em conta o tempo de funcionamento da instituição, desde sua inauguração.

<sup>15</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora MS, 2004.

<sup>16</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 5. ed. Brasília: Editora MS, 2004.

Neste trabalho, foi realizado um estudo retrospectivo e quantitativo com os usuários, que buscou evidenciar dados pessoais, sociais e psiquiátricos, por meio da coleta de dados da ficha médica de cada um dos usuários do CAPS (vide anexo I).

A análise também foi feita por meio da aplicação de escalas, modificadas de acordo com a realidade local, a qualidade de vida (QV), a emoção expressa (EE) e a classificação dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia (PANSS) (anexos II, III e IV).

A pesquisa ainda considerou a opinião dos usuários, de seus familiares e dos profissionais que trabalham na instituição, por intermédio de fichas especialmente criadas para esse fim (vide anexo V, VI e VII).

Também foram pesquisados, no hospital psiquiátrico de referência, os dados referentes às internações ocorridas naquele período, e feito o estudo quantitativo das informações levantadas por uma ficha especialmente criada para o desenvolvimento do trabalho (anexo VIII).

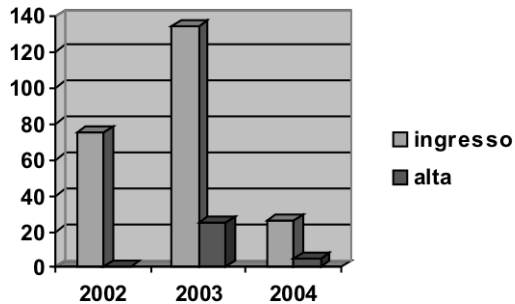
Todos os dados passaram por uma análise estatística, com avaliação das porcentagens e do desvio padrão. Após o estudo matemático, os dados passaram por uma avaliação qualitativa, que buscaram evidenciar as relações entre eles, comparando-os com dados obtidos na literatura.

## Resultados

**Quadro 1** - Ingresso e alta de usuários por período de funcionamento

Período	2002		2003		2004	
	Ingresso	Alta	Ingresso	Alta	Ingresso	Alta
Janeiro	00	00	16	00	02	01
Fevereiro	00	00	12	01	04	00
Março	00	00	11	00	13	02
Abril	00	00	16	00	03	02
Maiο	00	00	16	01	04	00
Junho	00	00	18	00	00	00
Julho	00	00	12	00	00	00
Agosto	00	00	14	05	00	00
Setembro	27	00	09	01	00	00
Outubro	20	00	07	15	00	00
Novembro	21	00	00	02	00	00
Dezembro	07	00	03	00	00	00
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>00</b>	<b>134</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>05</b>
<b>Total geral</b>	<b>235 usuários</b>					



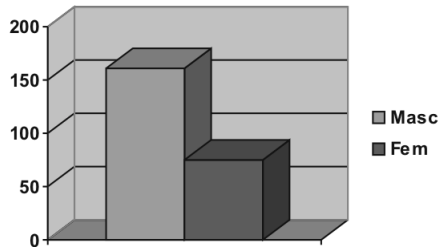
**Gráfico 1-** Porcentagem de ingresso e alta de usuários por período de funcionamento**Quadro 2:** Procedência

Dados	Freq	%
Cataguases	205	87
Leopoldina	0	0
Astolfo Dutra	3	1,4
Dona Euzébia	1	0,4
Mirai	0	0
Santana	2	0,9
Itamarati	4	1,8
Outras cidades	14	6
Outros estados	6	2,5
<b>Total geral</b>	<b>235 usuários</b>	

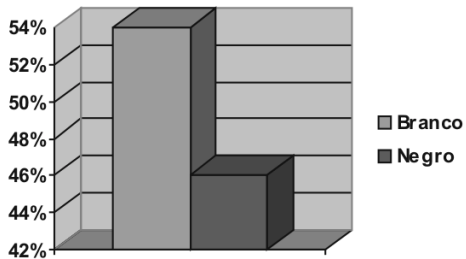
**Quadro 3-** Dados pessoais

<b>Dados</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado	54	23
Viúvo	04	1,5
Solteiro	159	68
Separado	18	7,5
<b>Dependentes</b>		
Filhos	26	11
Esposa	03	1,3
Pais	02	0,8
Irmãos	00	00
Esposa e filhos	13	5,5
Pais e filhos	01	0,4
Sem dependentes	190	81
<b>Familiares</b>		
Pais	17	07
Pais e irmãos	60	26
Pai e irmãos	10	04
Mãe e irmãos	28	12
Pai	02	01
Mãe	22	09
Irmãos	22	09
Esposa e filhos	46	20
Filhos	16	07
Sozinho	12	05
<b>Residência</b>		
Própria	80	34
Alugada	49	21
Cedida	13	06
Paterna	87	37
Sem moradia	06	02
<b>Total geral</b>	<b>235</b>	<b>usuários</b>

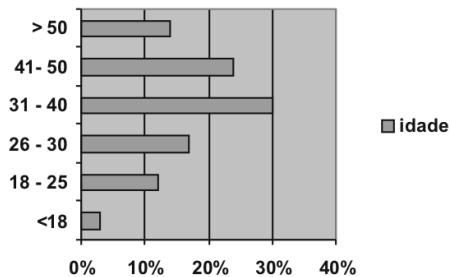
**Gráfico 2** - Distribuição dos usuários por sexo.



**Gráfico 3** - Distribuição dos usuários por raça



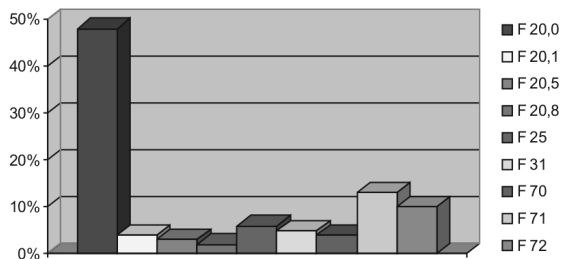
**Gráfico 4** - Distribuição dos usuários por idade



**Quadro 4-** Dados profissionais dos usuários

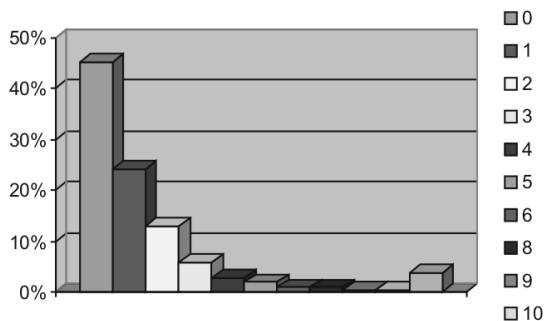
Dados	Freq	%
<b>Grau de Instrução</b>		
Analfabeto	43	18
1º grau incompleto	127	54
1º grau completo	36	15
2º grau incompleto	25	11
2º grau completo	03	1,5
Superior	01	0,5
<b>Situação profissional</b>		
Empregado	00	00
Desempregado	33	13
Aposentado	130	55
Beneficiário	60	25
LOAS	12	05
<b>Renda mensal</b>		
Sem renda	30	12,5
1 salário	202	86
2 salários	02	01
3 salários	01	0,5
4 salários	00	00
<b>Total geral</b>	<b>235 usuários</b>	

**Gráfico 5-** Diagnóstico psiquiátrico (CID-10)



**Quadro 5** - Diagnóstico psiquiátrico por período

Diagnóstico psiquiátrico										
Diagnóstico	2002		2003		2004		Total			
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
F 20.0	37	14	65	26	12	4,5	114	48		
F 20.1	05	2,5	02	01	01	0,5	08	04		
F 20.3	01	0,5	00	00	00	00	01	0,5		
F 20.5	01	0,5	05	2,5	00	00	06	03		
F 20.8	02	01	02	01	00	00	04	02		
F 25.0	01	0,5	04	02	00	00	05	2,5		
F 25.1	03	1,5	06	03	00	00	09	3,5		
F 31.2	00	00	10	4,5	02	01	12	05		
F 70	05	2,5	06	03	01	0,5	12	04		
F 71	09	4	15	06	07	03	31	13		
F 72	07	3	14	5,5	03	1,5	24	10		
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>32</b>	<b>134</b>	<b>57</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>235</b>	<b>100</b>		

**Gráfico 6** - Número de internações dos usuários, anteriores ao seus ingressos no CAPS

**Quadro 6** - Número de internações anteriores ao CAPS e Diagnóstico psiquiátrico

Diagnóstico (CID 10)	Internações												Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10	
F 20.0	44	30	18	07	03	03	02	00	02	00	01	04	114
F 20.1	04	02	00	01	00	00	00	00	00	00	00	01	08
F 20.2	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
F 20.3	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
F 20.5	04	00	01	00	01	00	00	00	00	00	00	00	06
F 20.8	01	00	01	00	00	01	00	00	00	00	00	01	04
F 21	01	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	02
F 23	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
F 29	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
F 25.0	01	00	00	01	01	00	00	00	00	01	00	01	05
F 25.1	03	06	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	09
F 31.2	06	04	00	01	00	00	01	00	00	00	00	00	12
F 33.3	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
F 44.7	02	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	03
F 70	09	01	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	12
F 71	20	02	05	02	01	00	00	00	00	00	00	01	31
F 72	13	07	03	01	00	00	00	00	00	00	00	00	24
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>56</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>06</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>00</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>08</b>	<b>235</b>

**Quadro 7** - Escala de avaliação PANSS

Tipo clínico	Frequência	Porcentagem
Indefinido	161	68
Positivo	47	20
Negativo	11	05
Misto	16	07
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 8** - Escala de avaliação Qualidade de Vida

Tipo clínico	Frequência	Porcentagem
Adequada	45	19
Instável	101	43
Sofrida	62	26
Anulada	23	10
Miserável	04	02
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

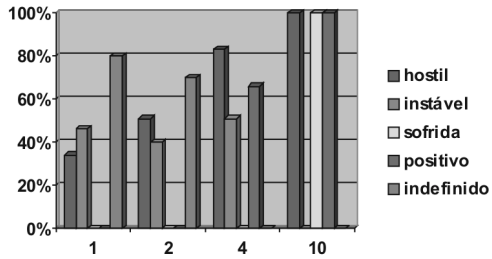
**Quadro 9** - Escala de avaliação Emoção Expressa

Tipo clínico	Frequência	Porcentagem
Acolhedor	18	08
Indiferente	47	20
Diretivo	61	26
Crítico	31	13
Hostil	78	33
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 10** - Relação entre as escalas e os número de internações

Número	Qtde	Número de internações e resultado das escalas													
		Emoção Expressa						Qualidade de vida					PANSS		
		acol	indif	diret	criti	hosti	adeq	insta	sofri	anul	mise	+	-	+ -	0
0	109	14	31	38	11	14	32	41	27	06	02	10	02	05	92
1	56	03	09	13	12	19	06	26	17	06	01	09	05	05	38
2	31	01	05	04	05	16	03	12	11	05	00	07	00	03	21
3	14	00	01	02	03	08	00	11	02	02	00	02	02	01	10
4	06	00	01	00	00	05	02	03	01	00	00	04	00	00	02
5	04	00	01	00	00	03	00	03	00	01	00	03	01	00	00
6	03	00	00	01	00	02	00	01	02	00	00	02	00	01	00
8	02	00	00	01	00	01	01	01	00	00	00	02	00	00	00
9	01	00	00	00	00	01	00	00	00	01	00	01	00	00	00
10	01	00	00	00	00	01	00	00	01	00	00	01	00	00	00
>10	08	00	00	00	00	08	01	01	03	02	01	06	01	01	00

**Gráfico 7** - Relação entre as escalas de avaliação e o número de internações



**Quadro 11** - Comorbidades\*

<b>Doenças clínica</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sem doenças associadas	47	20
Tabagismo	188	80
Alcoolismo	05	2,5
Uso de maconha ou cocaína	04	02
Transtorno dissociativo	02	01
Transtorno pós-traumático	01	0,5
Epilepsia	28	12
Gastrite	05	2,5
Diabete melito	01	0,5
Hipertensão arterial	11	05
Hanseníase	02	1
<b>Total geral</b>	<b>235 usuários</b>	

\* alguns usuários têm mais de uma comorbidade, principalmente o tabagismo.



**Quadro 12** - Comorbidades e transtornos psiquiátricos

Diagnóstico Clínico e Psiquiátrico				
Doença Clínica	Transtorno Psiquiátrico	Freqüência	%	Medicamentos
I 10	F 20	08	04	Propranolol
i 10	f 71	02	01	captopril
hanseníase	f 20	02	1	dapsona
g 40.3	f 20	04	02	carbamazepina
g 40.3	f 71	11	5,5	carbamazepina
g 40.3	f 72	12	06	carbamazepina
diabete	f 20	01	0,5	daonil
gastrite	f 20	03	1,5	omeprazol
gastrite	f 25	02	01	omeprazol
f 10.2	f 70	04	02	diazepam
f 11	f 20	126	54	x
f 11	f 25	14	06	x
f 11	f 31	09	04	x
f 11	outros	39	16	x
f 17	f 20	01	0,5	rivotril

**Quadro 13** - Uso de Estabilizadores de humor

Estabilizadores de humor	Freqüência	%
Carbonato de Lítio	08	04
Carbamazepina	103	42
Ácido Valpróico	02	01
Oxicarbazepina	01	0,5
Carbamazepina + Ácido Valpróico	03	1,5
Sem uso de estabilizadores de humor	118	51
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 14 - Uso de neurolépticos**

<b>Neurolépticos</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Haloperidol	79	32,5
Tioridazina	16	07
Periciazina	16	07
Penfluridol	05	2,5
Trifluoperazina	04	02
Sulpirida	06	03
Levomepromazina	06	03
Orap	03	01
Clorpromazina	05	2,5
Haloperidol + clorpromazina	35	14
Haloperidol + levomepromazina	32	13
Outras associações	16	07
Olanzapina	02	0,5
Sem uso de neurolépticos	10	5
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 15 - Uso de anticolinérgicos**

<b>Anticolinérgicos</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Biperideno	93	40
Prometazina	61	26
Biperideno + Prometazina	03	1,5
Sem uso de anticolinérgicos	78	32,5
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 16 - Uso de ansiolíticos**

<b>Ansiolíticos</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Diazepam	36	15,5
Clonazepam	46	19,5
Alprazolam	03	1,5
Clordiazepóxido	02	01
Cloazolam	01	0,5
Sem uso de ansiolíticos	147	62
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 17 -** Uso de hipnóticos

Hipnóticos	Frequência	%
Nitrazepam	26	11
Flunitrazepam	05	2,5
Sem uso de hipnóticos	204	86,5
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 18 -** Medicamentos e diagnóstico psiquiátrico

Medicamentos													
Diagnóstico (CID - 10)	haloperidol	Tioridazina	Perclazina	olanzapina	levomepromazina	clorpromazina	penfluridol	lítio	carbamazepina	valproato	clonazepam	nitrazepam	
F 20.0	62	05	02	01	03	02	03	02	26	00	15	13	
F 20.1	01	00	00	00	00	00	00	00	01	00	00	01	
F 20.2	01	00	01	00	00	00	00	00	03	00	00	01	
F 20.3	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	
F 20.5	03	00	00	00	00	00	00	00	05	00	03	01	
F 20.8	02	00	00	00	00	00	01	00	01	00	03	00	
F 21	01	01	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00	
F 29	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	
F 25.0	01	00	00	00	00	01	00	00	01	01	02	02	
F 25.1	03	02	00	00	00	00	00	01	05	00	04	01	
F 31.2	05	03	00	00	01	00	01	05	07	01	07	02	
F 70	04	01	03	00	00	00	00	00	10	00	04	01	
F 71	07	02	02	00	02	02	00	00	21	00	02	03	
F 72	04	01	08	00	00	00	00	00	20	00	02	00	
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>02</b>	<b>06</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>08</b>	<b>103</b>	<b>02</b>	<b>46</b>	<b>26</b>	
<b>Total geral</b>	<b>235</b>					<b>100</b>							

**Quadro 19** - Internação em clínica de referência, após funcionamento do CAPS (por período)

<b>Internações na clínica psiquiátrica de referência</b>								
<b>Diagnóstico</b>	<b>2002</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>		<b>Total</b>	
	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
F 06 / F 07	03	01	07	2,5	07	2,5	17	06
F 10	19	07	62	22,5	29	10,5	110	40
F 20	27	10	65	23	24	09	116	42
F 31	09	03	19	07	05	02	33	12
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>21</b>	<b>153</b>	<b>55</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>276</b>	<b>100</b>
<b>Pacientes do CAPS</b>	<b>15</b>	<b>05</b>	<b>21</b>	<b>09</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>41</b>	<b>15</b>
<b>Recomendada pelo CAPS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>07</b>	<b>2,5</b>
<b> Geral</b>	<b> 276</b>							

**Quadro 20** - Atividades desenvolvidas no CAPS

<b>Principais atividades</b>	<b>Frequência semanal</b>
OF realizadas por monitores	12
OF realizadas pela equipe técnica	05
OF realizadas com a comunidade	00
Grupos terapêuticos	01
Grupo de recepção	01
Grupo de apoio a familiares	02
Grupo de trabalho e geração de renda	00
Ambulatório geral dentro do CAPS	00
Treinamento e supervisão das equipes médicas do PSF e UBS	01
Uso de medicamentos supervisionados	12
Interligação com a comunidade (Associação de Usuários e Familiares)	01
Utilização de instrumentos de controle social (Conselho Municipal de Saúde)	01
Quantidade de visitas domiciliares	03
Supervisão	01
Presença de estagiários	00

**Quadro 21** - Opinião dos profissionais

<b>Principais Problemas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Baixos salários	17	100
Uso inadequado das verbas	17	100
Relacionamento ruim com a coordenação	02	12
Desinteresse de outros setores da administração	15	88
Alta demanda dos usuários	10	59
Dificuldade de adaptação ao serviço	06	35
Relacionamento ruim entre a equipe	02	12
Proposta inadequada à realidade	01	06

**Quadro 22** - Avaliação dos usuários

<b>Opinião dos usuários</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Excelente	49	21
Ótimo	128	54
Bom	31	13
Adequado	21	09
Ruim	04	02
Péssimo	02	01
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

**Quadro 23** - Avaliação dos familiares

<b>Opinião dos familiares</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Excelente	36	37
Ótimo	51	53
Bom	08	08
Adequado	02	02
Ruim	00	00
Péssimo	00	00
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

## Discussão

O número total de pacientes que ingressaram no CAPS durante o período de avaliação foi de 250 pessoas, enquanto o número total de altas foi de 30, cerca de 13% do total. A observação do número de ingressos e altas, por período, mostra que houve um acréscimo no segundo ano, sem que se possa concluir por alguma tendência, já que houve interferência da duração (maior) do período intermediário, pelas características do funcionamento do serviço.

Quando se observa a procedência dos pacientes internados, nota-se que a maioria (83%) vem da própria cidade de Cataguases, pois os municípios vizinhos ainda não se sensibilizaram com o projeto e preferem enviar seus pacientes diretamente para a internação, apesar dos esforços da equipe em manter a comunicação com as instituições públicas e privadas de todos os seis municípios da microrregião.

Uma outra característica apontada é a vinda de alguns pacientes provenientes de outros estados, devido à migração normal das famílias e também do Programa de Volta para Casa<sup>17</sup>, do MS, que tenta recolocar junto das famílias os pacientes internados por mais de dois anos em um manicômio e oferecer um salário para que eles possam se adaptar às novas condições.

A maioria dos usuários que ingressaram no CAPS era do sexo masculino (68%), branca (54%), com idade entre 31 a 40 anos, solteira, sem dependentes, morava com os pais em residência própria, não completara o primeiro grau, não possuía profissão, era aposentada pelo INSS e recebia renda mensal de um salário mínimo.

Nota-se aqui um total desinteresse de readaptar o sujeito ao ambiente de trabalho, tanto das famílias, que muitas vezes sobrevivem apenas da ajuda que recebe o usuário como também de alguns pacientes, que se tornam desestimulados ao longo da vida.

O diagnóstico psiquiátrico mais freqüente foi de esquizofrenia, com 59% dos usuários e destes, 48% eram do subtipo paranóide, seguido pelo retardo mental moderado (13%) e grave (10%). O diagnóstico de transtorno bipolar apareceu em 12 pacientes, num total de 5%, o que corrobora os esforços dos últimos anos da psiquiatria de fazer um diagnóstico precoce e mais incisivo desse transtorno, tratando-o de modo ambulatorial e, na maioria das vezes, com total recuperação do sujeito<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *De volta para casa*: manual do programa. Brasília: Editora MS, 2003.

<sup>18</sup> LOUZÁ NETO (Org.). *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

O número de internações anterior ao ingresso dos pacientes no CAPS variou de zero a acima de 40 vezes para alguns, com tempo médio de internação por dois meses. A maioria dos usuários nunca foi internada (45%) e apenas 4% foram internados em manicômios por mais de 10 vezes.

Com a aplicação das escalas de Qualidade de Vida<sup>19</sup>, Emoção Expressa<sup>20</sup> e PANSS<sup>21</sup>, observou-se que 68% dos usuários pertencem ao tipo indefinido, 43% têm qualidade de vida instável, a maioria (33%) vive em ambiente hostil e 2% têm qualidade de vida miserável. É interessante observar que apenas 8% dos pacientes têm uma qualidade de vida adequada e somente um quinto vive em um ambiente apropriado.

Quando se compara o número de internações a as escalas aplicadas, observa-se que todos os pacientes que foram internados por mais vezes têm uma qualidade de vida sofrida, do tipo indefinido e vivem em um ambiente hostil. Ao contrário, aqueles que foram internados menos vezes ou não foram internados, vivem em ambientes diretivos, adequados ou até mesmo críticos, com qualidade de vida instável.

Cerca de 25% dos pacientes apresentaram comorbidades e destes, o diagnóstico clínico mais freqüente foi o tabagismo, com 80% dos usuários, seguido por epilepsia (12%), hipertensão arterial (5%), gastrite e alcoolismo com 3% cada um deles. Os medicamentos mais usados são Carbamazepina, Captopril, Propranolol e Omeprazol.

Com relação aos medicamentos, todos os usuários do CAPS usam algum tipo de psicotrópico (neurolépticos, ansiolíticos, anticolinérgicos, ou estabilizadores de humor), de modo isolado ou em associações. Os dados de preferência do uso de determinado medicamento são importantes para facilitar a administração pública no planejamento da compra e evitar que falte ou que haja excesso desses itens.

Nota-se que a preferência do uso entre os medicamentos leva em conta sua disponibilidade na farmácia básica do SUS, portanto, Haloperidol, Biperideno, Clorpromazina, Carbamazepina, Clonazepam e Diazepam são geralmente financiados pelo município ou por programas estaduais.

<sup>19</sup> MARCOLIN, Marco Antonio. *Escala de qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos*. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/psi256d.htm>.

<sup>20</sup> SCAZUFCA, Maria. *Avaliação de emoção expressa (EE) em familiares de pacientes psicóticos*. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/psi256f.htm>. 2003.

<sup>21</sup> AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third edition - revised). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.

Antipsicóticos atípicos, apesar de serem financiados em um programa de medicamentos excepcionais da SES, ainda não são de fácil acesso e, talvez por isso, tenham ainda pouca utilização na rede pública.<sup>22</sup>

Por meio da observação das internações na clínica psiquiátrica de referência do município durante o tempo de funcionamento do CAPS, verificou-se que foram feitas 276 internações de pessoas provenientes da área de abrangência do CAPS - Cataguases, mas, destas, apenas 41 (15%) foram de pacientes em tratamento na Instituição e somente sete foram indicadas pela equipe (2,5%). Com referência a essa questão, conclui-se que, muitas vezes, as internações são feitas sem o conhecimento do CAPS, pois as famílias ainda levam diretamente os pacientes às clínicas convencionais, já que estão acostumadas a procederem desse modo.

Esse fato é importante para motivar, ainda mais, a equipe na conscientização dos familiares e de outros profissionais da área de saúde quanto à necessidade de evitar esse modo de agir e dar chances de tentar restabelecer os pacientes no ambiente comunitário. As internações recomendadas pela equipe foram para os pacientes com alto grau de agressividade e também para os usuários que apresentam o alcoolismo como comorbidade.

As internações foram distribuídas de modo diferente ao longo dos períodos de observação: o grupo das esquizofrenias representou 42% do total, seguido de perto pelo alcoolismo (40%), transtorno de humor (12%) e psicose orgânicas (6%). Observa-se que o número de alcoolistas não atendidos pelo CAPS cresceu na média de internações e que o número de internações motivadas pelo transtorno de humor e retardo mental foram reduzidas durante o período de funcionamento do serviço.

A frequência média semanal de atividades desenvolvidas no CAPS depende da demanda particular dos acontecimentos diários.

Ao avaliar as respostas dos funcionários da Instituição, observa-se que todos apontaram como principais problemas enfrentados para o exercício do trabalho os baixos salários e a forma inadequada de administração das verbas destinadas ao CAPS, seguido de perto pelo desinteresse de outros setores da administração (88%) e pela alta e constante demanda pelos usuários (59%). Outros problemas apontados são a dificuldade de adaptação, o relacionamento ruim entre a equipe e a coordenação e a proposta inadequada à realidade (1%).

É uma queixa constante das equipes que trabalham com o CAPS a

<sup>22</sup> WHO. *O uso racional de medicamentos psiquiátricos - relatório do encontro dos centros colaboradores da OMS no Brasil*. Rio de Janeiro, 1997.



destinação das verbas federais, que geralmente são colocadas com todo o montante da saúde. Com isso, gasta-se com outras prioridades, deixando o CAPS, na maioria das vezes, sem os insumos necessários para sua prática correta. Também é constante o desinteresse de outros setores públicos para a questão das práticas psiquiátricas, que são minimizadas e desconsideradas em prol de outras "grandes obras ou necessidades".

Com relação às respostas dos usuários quanto ao funcionamento do CAPS, observa-se que 54% o consideram ótimo, enquanto itens como alimentação e falta da disponibilidade de medicamentos são tidos como os principais problemas apresentados. Apenas 1% dos usuários consideram o serviço péssimo. Cabe ressaltar que, para a maioria dos usuários, nunca se instituiu uma política séria instituída com o fim de recolocá-los na sociedade. Desta forma, poucas atividades superam o grau de expectativa de todos, por isso, consideram o serviço como ótimo, mas ainda há muito o que fazer para chegar a esse lugar.

Apenas 97 representantes dos familiares responderam o questionário; cerca de 41% das famílias avaliaram o serviço como ótimo (53%) ou excelente (37%). Esses dados representam um grande problema enfrentado pelo CAPS: a implicação das famílias no tratamento do sujeito, pois em sua maioria, são omissas e, muitas vezes, atrapalham o andamento do processo, ao hostilizar o sujeito, tentando mantê-lo infantilizado e dominado, sob a constante ameaça e até mesmo a prática inconsequente da internação manicomial, que se vê deturpada, sem caráter médico, mas revestida de atitude punitiva.

Sem dúvida, o maior desafio que essa política apresenta é o preconceito que impede, muitas vezes, o avançar das idéias e ações, devido talvez a um temor e desconhecimento da real situação do "louco". Esse preconceito também vem associado a questões econômicas, pois há uma escassez de recursos públicos para a criação e principalmente manutenção dos serviços, bem como um forte movimento contra essas mudanças pelos donos de manicômio.

Deveria haver maior participação da mídia nessa luta, como há na AIDS e outras doenças, retirando-se o véu que há sobre os psicóticos e promovendo maior esclarecimento sobre a real situação do sujeito no momento atual da sociedade brasileira.

Pergunta-se então, qual seria o modelo ideal de atendimento ao psicótico. Talvez não haja um modelo ideal, pois somos nós quem os planejamos e sempre haverá uma falha, mas estamos dando um grande passo em direção a projetos mais elaborados e avançados que abordam, cada vez mais, os

problemas dos pacientes, sem cercear a liberdade do indivíduo.

Ao final, espera-se que tenha sido alcançado o objetivo proposto, apesar de uma das maiores dificuldades encontradas ao longo do desenvolvimento deste trabalho ter sido a falta de bibliografia disponível sobre o assunto, principalmente a ausência de dados para se comparar o trabalho realizado ao longo deste dois anos no CAPS – Cataguases.

## Anexo I

Ficha de avaliação													
<b>Nº.:</b>	<b>Prontuário:</b>				<b>Início:</b>				<b>Alta:</b>				
<b>Idade</b>	< 18		18 a 25		26 a 30		31 a 40		41 a 50		> 50		
<b>Sexo</b>	Masculino							Feminino					
<b>Raça</b>	Branca				Negra				Amarela				
<b>Procedência</b>	Leopoldina	Cataguases		Astolfo Dutra	Dona Euzébia	Mirai	Santana	Itamarati	Outra cidade	Outro estado			
<b>Estado civil</b>	Casado				Viúvo			Solteiro			Separado		
<b>Dependentes</b>	Filhos			Mulher		Pais		Irmãos		Outros			
<b>Residência</b>	Própria			Alugada			Cedida		Dos pais		Sem moradia		
<b>Família</b>	Pais	Pais e irmãos	Pai e irmãos	Mãe e irmãos	Pai	Mãe	Irmãos	Esposa	Filhos	Sozinho			
<b>Instrução</b>	Analfabeto	1º grau incompleto		1º grau completo		2º grau incompleto		2º grau completo		Superior			
<b>Profissão</b>	Empregado		Desempregado			Aposentado		Beneficiário		LOAS			
<b>Renda</b>	1 salário		2 salários			3 salários		4 salários		Sem renda			
<b>Diagnóstico</b>	F 200	F20.1	F 202	F 203	F 208	F 21	F 250	F 251	F 068	F 312	F 708	F 718	F72
<b>Outra Doença</b>													
<b>Início</b>													
<b>Panss</b>													
<b>Qualidade de vida</b>	Adequada			Instável			Sofrida		Anulada		Miserável		
<b>EE</b>	Crítico			Diretivo			Indiferente		Hostil		Acolhedor		
<b>Última internação</b>													
<b>Internações</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	> 10	
<b>Intervalo</b>	1 mês		2 meses		6 meses		12 meses		2 anos		> 5 anos		
<b>Tratamento</b>	Farmacoterapia			Psicoterapia individual			Ambas		Psicoterapia de grupo		Sem abordagem		
<b>Neuroleptic</b>	Haldol		Meleni		Ampticil		Dogmatil		Neozine		Orap		
<b>Atípicos</b>	Olanzapina			Risperidona			Ziprasidona		Clozapina		Aripirazol		
<b>Est. Humor</b>	Lítio			Tegretol			Depakene		Trileptal				
<b>Anticolínér</b>	Akineton			Fenergan			Niar		Artane				
<b>Ansiolítico</b>	Diazepan			Rivotril			Frontal		Psicosedim				
<b>Hipnótico</b>	Sonebom			Rohypnol			Noctal		Dormonid				
<b>Anticonvuls</b>	Gardenal			Fenitoina									
<b>Outros</b>													
<b>Opinião</b>	*****		****		***		**		*				
<b>Familiar</b>	*****		****		***		**		*				

**Anexo II**

<b>Ítems</b>	<b>Pontuação</b>						
<b>Relações Interpessoais</b>							
1. Relações familiares	1	2	3	4	5	6	7
2. Relações íntimas	1	2	3	4	5	6	7
3. Conhecidos	1	2	3	4	5	6	7
4. Nível atividade social	1	2	3	4	5	6	7
5. Rede social	1	2	3	4	5	6	7
6. Iniciativa social	1	2	3	4	5	6	7
7. Retraimento social	1	2	3	4	5	6	7
8. Relações sócio-sexuais	1	2	3	4	5	6	7
<b>Papel instrumental</b>							
9. Ocupação	1	2	3	4	5	6	7
10. Realização pessoal	1	2	3	4	5	6	7
11. Uso das capacidades pessoais	1	2	3	4	5	6	7
12. Satisfação ocupacional	1	2	3	4	5	6	7
<b>Funções Intrapéssicas</b>							
13. Objetivos	1	2	3	4	5	6	7
14. Grau de motivação	1	2	3	4	5	6	7
15. Curiosidade	1	2	3	4	5	6	7
16. Anedonia	1	2	3	4	5	6	7
17. Aproveitamento tempo	1	2	3	4	5	6	7
18. Capacidade empatia	1	2	3	4	5	6	7
19. Interação emocional	1	2	3	4	5	6	7
<b>Objetos e atividades comuns</b>							
20. Objetivos comuns	1	2	3	4	5	6	7
21. Atividades comuns	1	2	3	4	5	6	7
Adequada	Instável	Sofrida	Anulada	Miserável			

## Anexo III

Escala para avaliação de emoção expressa	
Escalas	Definição
<p><b>Comentários críticos</b></p> <p>0 -1 -2 -3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>comentários desfavoráveis sobre a personalidade ou comportamento da pessoa expressos num tom crítico, do contrário, não é considerada.</li> <li>conteúdo (uma observação clara de que o familiar não aprova ou não gosta) e pelos aspectos vocais (ritmo, tom e altura da voz).</li> </ul>
<p><b>Superenvolvimento emocional</b></p> <p>0 -1 -2 -3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificado pelo comportamento de preocupação exagerada que o entrevistado relata, respostas emocionais exageradas no passado, comportamento não usual de devoção e sacrifício, comportamento de proteção excessiva, descontrolo emocional do familiar enquanto fala do paciente durante a entrevista, uso de tom de voz dramático ou de muitos detalhes para descrever situações.</li> </ul>
<p><b>Hostilidade</b></p> <p>0 -1 -2 -3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>considerada quando a pessoa é criticada pelo que ela é e não pelo que ela faz, com franca rejeição ao paciente.</li> <li>sentimentos negativos são generalizados e expressos contra a pessoa e não contra um comportamento.</li> <li>comentários críticos específicos são estendidos para pejorativos gerais sobre a pessoa como um todo.</li> </ul>
<p><b>Calor afetivo</b></p> <p>0 -1 -2 -3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>expresso durante a entrevista em relação à pessoa e não à personalidade do entrevistado, como o tom de voz usado pelo informante para falar da pessoa; a expressão espontânea do sentimento de afeição pela pessoa; simpatia, preocupação e empatia em relação à pessoa; entusiasmo e interesse pelas atividades e conquistas da pessoa.</li> </ul>
<p><b>Comentários positivos</b></p> <p>0 -1 -2 -3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>expressam orgulho, aprovação ou reconhecimento da personalidade ou do comportamento da pessoa.</li> <li>é definido pelo seu conteúdo e o tom de voz serve para clarificar o conteúdo.</li> </ul>
<i>escore</i>	crítico      diretivo      indiferente      hostil      acolhedor

**Anexo IV****Escala Positiva**

	1	2	3	4	5	6	7
P1- Delírios							
P2- Desorganização							
P3- Comport. alucinatório							
P4- Excitação							
P5- Grandeza							
P6- Desconfiança							
P7- Hostilidade							
<b>Score escala positiva</b>							
<b>Número de sintomas avaliados &gt;3</b>							

**Escala Negativa**

	1	2	3	4	5	6	7
N1- Embotamento							
N2- Retraimento							
N3- Contato pobre							
N4- Passivo/apático							
N5- Pensamento concreto							
N6- Falta de espontaneidade e fluência							
N7- Estereotípias							
<b>Score escala positiva</b>							
<b>Número de sintomas avaliados &gt;3</b>							

**Anexo V**


---

**Ficha de avaliação do serviço de saúde mental  
de Cataguases para pacientes**

Como está a forma de acesso ao programa?	●●●●	●●●	●●	●
Após o acesso, como foi o atendimento pelos profissionais do programa?	●●●●	●●●	●●	●
A forma que foi organizado o atendimento foi adequada?	●●●●	●●●	●●	●
O modo como é organizado o retorno à consulta é ...	●●●●	●●●	●●	●
O resultado do atendimento foi ...	●●●●	●●●	●●	●
A principal característica do programa é ...	●●●●	●●●	●●	●
Há alguma sugestão.	●●●●	●●●	●●	●

---

**Anexo VI**


---

**Ficha de avaliação do serviço de saúde mental  
de Cataguases para familiares**

Como está a forma de acesso ao programa?	●●●●	●●●	●●	●
Após o acesso, como foi o atendimento pelos profissionais do programa?	●●●●	●●●	●●	●
A forma que foi organizado o atendimento foi adequada?	●●●●	●●●	●●	●
O modo como é organizado o retorno à consulta é ...	●●●●	●●●	●●	●
O resultado do atendimento foi ...	●●●●	●●●	●●	●
A principal característica do programa é ...	●●●●	●●●	●●	●
Há alguma sugestão.	●●●●	●●●	●●	●

---

## Anexo VII

### Ficha de avaliação do serviço de saúde mental de Cataguases para Técnicos

Avaliação dos problemas	Grau			
Baixos salários	••••	•••	••	•
Uso inadequado das verbas	••••	•••	••	•
Relacionamento ruim com a coordenação	••••	•••	••	•
Desinteresse de outros setores da administração	••••	•••	••	•
Alta demanda dos usuários	••••	•••	••	•
Dificuldade de adaptação ao serviço	••••	•••	••	•
Relacionamento ruim entre a equipe	••••	•••	••	•
Proposta inadequada à realidade	••••	•••	••	•

## Anexo VIII

### Ficha de avaliação para pacientes internados na Clínica São José

Internações	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2000												
2001												
2002												
2003												
2004												
Dignóstico	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2000												
2001												
2002												
2003												
2004												
Espontâneas	jan.	fev.	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2000												
2001												
2002												
2003												
2004												

## **The implantation's evaluation of the Social Psico Attention's Center (CAPS) in Cataguases - MG**

### ABSTRACT

The CAPS were implemented in Brazil in result of the new kind of treatment to the mental patient that prioritizes the attendance out of the mad-houses. In the CAPS, there is an effort to introduce the subject in the society, through an interdisciplinary action that tries to reintegrate him in the world, with his duties and rights. This work presents as main objectives to trace the profile of the Cataguases CAPS's users, to evaluate the functioning of the service through data collected in the psychiatric clinic of reference of the city, to evaluate the level of functioning of the technician that work in the institution and to know the impact caused in the society for the activities developed in the CAPS. The majority of the users of the CAPS is men, single, adults (between 31 and 40 years old), live with their parents, don't have dependents, is retired and receives a minimum wage monthly. The diagnosis of paranoid schizophrenia was the most frequent (48% of the users), followed by oligophrenia (15%). About 25% of the users had presented problems like epilepsy (15%). The majority of the users had never been interned in mad-houses (45%), but 5% of them had already been interned for more than 10 times (these patients live in hostile environment, in a low level of quality of life). This research shows that some actions should be taken in order to reduce the problems of the CAPS's patients and it also shows that some administrative actions must be taken in the CAPS's management. The great utility of this article is to supply datas to be compared to the ones of the other places because there is little information available.

### KEY-WORDS:

public health; menthal health; diagnostic.

Recebido em 2/3/2005

Revisado para publicação em 27/3/2005