

---

## PERFIL DE USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS COM ESQUIZOFRENIA DE UM CAPS DO INTERIOR DE RONDÔNIA<sup>1</sup>

FREITAS, Bruna Soares de<sup>2</sup>  
MATOS, Caroline Carvalho Raupp de<sup>2</sup>  
SILVA, Paulo Messias da<sup>3</sup>  
SANTOS, José Sidney dos<sup>3</sup>  
BATISTA, Eraldo Carlos<sup>4</sup>

---

Recebido em: 2016.06.06

Aprovado em: 2017.05.04

ISSUE DOI: 10.3738/1982.2278.1704

---

**RESUMO:** Este artigo teve o objetivo de caracterizar o perfil dos usuários diagnosticados com esquizofrenia atendidos clinicamente no CAPS I, do município de Rolim de Moura/RO, em 2014. O estudo foi realizado por meio de pesquisa documental, descritiva, com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados por meio de 57 prontuários. Os resultados mostraram que 35% dos usuários eram do gênero masculino e 65%, feminino; 54,5% eram solteiros e 37% encontravam-se na faixa etária entre 30 a 40 anos; 38,5% estudaram apenas até o Ensino Fundamental e a hipótese diagnóstica de maior frequência envolveu os transtornos Esquizofrenia (F20), em 75% dos homens e Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23), em 32,4% do sexo feminino. Os dados encontrados corroboram outros estudos que investigaram as características de usuários com o mesmo transtorno. Concluiu-se que há necessidade de aprimoramento das estratégias e técnicas desenvolvidas no âmbito da prestação de serviços de saúde mental, como a criação de um protocolo padrão que contemple todas as informações necessárias sobre o usuário.

**Palavras- chave:** Psicopatologia. Saúde mental. Transtornos psicóticos.

## PROFILE OF USERS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA OF A CAPS IN THE COUNTRYSIDE OF RONDONIA

**SUMMARY:** The current research had as objective to characterize the profile of users diagnosed with schizophrenia, who are clinically assisted in CAPS I of the municipality of Rolim de Moura – RO during 2014. The study was performed through a documental descriptive research, with quantitative approach, whose data were collected from 57 medical records. The results showed that 35% of users were male and 65% were female; 54.5% were single, while 37% of them were aged between 30 to 40; 38.5% studied just the elementary school and the most often diagnosis hypothesis involved: Schizophrenia (F20), 75% of male participants and Acute and transient psychotic disorders (F23), in 32.4% of female participants. The found data corroborates with other studies that investigated the users' characteristics with the same disorder. It is concluded that is necessary to improve the strategies and techniques developed for the provision of mental health services, such as the creation of a standard protocol that covers all the necessary information about the user.

**Keywords:** Psychotic disorders. Mental Health. Psychopathology.

---

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia teve seu conceito definido pelo consenso de diversos pesquisadores do século

---

<sup>1</sup> CAAE nº 44401315.6.0000.5300

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade São Paulo - FSP

<sup>3</sup> Graduando em Enfermagem pela Faculdade São Paulo - FSP

<sup>4</sup> Psicólogo, Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica - PUC/RS, Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, especialista em saúde mental Pela Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Docente da Faculdade São Paulo - FSP

XVIII, começando com a categoria diagnóstica de demência precoce, que se referia a um tipo de demência que surge na adolescência, com distúrbios do pensamento, do afeto e manifestações delirantes. Entre esses pesquisadores, Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, desempenhou um papel fundamental na evolução do conceito da esquizofrenia. Ele estabeleceu os primeiros critérios para a esquizofrenia, separando a demência precoce da psicose maníaco depressiva. Esses critérios baseavam-se em três características principais: sintomatologia, etiologia e evolução (RAZZOUK; SHIRAKAWA, 2001). Kraepelin também descreveu detalhadamente uma série de sintomas na percepção, na atenção, na memória, no pensamento, na linguagem, na orientação do afeto e nos movimentos que podem ocorrer em qualquer caso de esquizofrenia (VALENÇA; NARDI, 2015).

Assim, Kraepelin é considerado o primeiro a ter descrito a esquizofrenia, sobretudo em termos de curso e evolução, ressaltando sua característica crônica e deterioramento. Ele classificou a demência precoce em três subtipos: Hebefrênica, caracterizada por pensamento desorganizado, comportamento bizarro e afeto pueril; Catatônica, marcada por alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea e alterações da vontade, como negativismo, mutismo e impulsividade; e Paranoide, caracterizada por alucinações e ideias delirantes, principalmente conteúdo persecutório (VALENÇA; NARDI, 2015; SILVA, 2006; SHIRAKAWA, 2009; DALGALARRONDO, 2008).

Em 1908, Eugen Bleuler, um psiquiatra suíço que se destacou no universo psiquiátrico, introduziu pela primeira vez o termo “esquizofrenia” para substituir o conceito de demência precoce, considerando esse diagnóstico clínico como uma das doenças mentais mais severas. Ele considerava que a natureza das perturbações era diferente daquelas dos processos demenciais descritos por Alois Alzheimer ou de outras demências orgânicas. Bleuler afirmava que as perturbações mais elementares da esquizofrenia pareciam constituir falta de unidade, uma dissociação e desagregação do pensamento, do sentimento, da vontade e da sensação subjetiva de personalidade. (VALENÇA; NARDI, 2015).

Em 1911, Eugen Bleuler reorganiza os critérios para demência precoce sob o nome de esquizofrenia (mente fendida). Assim, o termo esquizofrenia (*frenis = mente; schizo = cindida*) expressava a dissociação do pensamento dos afetos e da expressão motora. A conceitualização do termo indicou a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Os critérios utilizados por Bleuler tem como referências as seguintes características: sintomatologia, intensidade e evolução. Para o psiquiatra suíço, o reconhecimento de sintomas fundamentais expressava a especificidade da esquizofrenia (SHIRAKAWA, 2009; RAZZOUK; SHIRAKAWA, 2001; SILVA, 2006).

Outras contribuições na evolução do conceito da esquizofrenia no século XX veem da Fenomenologia, representada pelos psiquiatras alemães Karl Jaspers e Kurt Schneider. Jaspers descreveu o delírio primário na esquizofrenia e considerou-o como problema básico da Psicopatologia, não podendo ser resolvido por meio de simples definição, situando esse fenômeno dentro do estudo da consciência de realidade (JASPERS, 1979). Jaspers descreve o delírio como sendo um juízo falso e patológico caracterizado por incorrigibilidade, convicção absoluta e incomparável certeza subjetiva e impossibilidade do conteúdo (RAZZOUK; SHIRAKAWA, 2001; VALENÇA; NARDI, 2015).

Já Schneider, descreveu os sintomas de primeira ordem (percepção delirante, alucinações auditivas, eco do pensamento, divisão do pensamento, roubo do pensamento, vivências de influência na esfera corporal ou ideativa). E também os de segunda ordem (perplexidade, alterações da sensopercepção, vivências de influência no campo dos sentimentos, impulsos ou vontade, vivência do empobrecimento afetivo, intuição delirante, alterações do ânimo), que permitiram organizar o diagnóstico de modo mais simples e preciso (DALGALARRONDO, 2008). Schneider afirmava que, para se fazer o diagnóstico de esquizofrenia, era preciso um critério sintomatológico, um critério clínico que representasse os sintomas e doenças (VALENÇA; NARDI, 2015).

## ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DA ESQUIZOFRENIA: SINTOMAS, DIAGNÓSTICO E COMORBIDADES

A categoria ampla de esquizofrenia inclui uma variedade de sintomas envolvendo distúrbios no conteúdo e na forma do pensamento, na percepção, no afeto, no conhecimento sobre si, no comportamento, na motivação e no funcionamento interpessoal (WITBOURNE; HALGIN, 2015). Esse transtorno faz parte de um grupo de síndromes caracterizadas por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamentos bizarros, sentidos com uma forte convicção, muitas vezes envolvendo uma interpretação equivocada da percepção ou da vivência (DALGALARRONDO, 2008). É um transtorno mental grave cujas alucinações costumam ser visuais e/ou auditivas de conteúdo persecutório e ideias delirantes, incluindo uma série de temas, como ser controlado por outros, ideias de perseguição, ideias delirantes, ideias somáticas, religiosas ou grandiosas (TARRIER, 2009).

Alucinações e delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em percentual de 15%, as auditivas, em 50%, e as táteis, em 5% de todos os sujeitos, e os delírios, em mais de 90% deles (SILVA, 2006). De acordo com Cheniaux (2015), é bastante extensa a lista de alterações associadas à esquizofrenia, contudo, alguns sintomas são apontados como especialmente comuns. Assim sendo, para fins didáticos, os sintomas podem ser divididos em dois grupos: positivos e negativos.

Os sintomas positivos são manifestações novas, floridas e produtivas das síndromes esquizofrênicas e que representam fenômenos que em uma situação de normalidade deveriam estar ausentes. Os principais sintomas positivos das síndromes esquizofrênicas são: alucinações, ideias delirantes, comportamento bizarro, agitação psicomotora, ideias bizarras e produções linguísticas novas como neologismos e parafasias (DALGALARRONDO, 2008), subdivididos em dois grupos: psicóticos e de desorganização.

Os sintomas negativos, por sua vez, caracterizam-se por uma redução na expressão de funções psíquicas (na esfera da vontade, do pensamento e da linguagem, etc.) e pelo empobrecimento global da vida afetiva, cognitiva e social do indivíduo. São sintomas negativos: distanciamento afetivo, retração social, empobrecimento da linguagem, diminuição da fluência verbal, diminuição da vontade, negligência quanto a si mesmo e lentificação e empobrecimento motor (CHENIAUX, 2015; DALGALARRONDO, 2008).

A esquizofrenia pode apresentar início agudo ou insidioso, com características distintas evoluindo para uma sintomatologia própria (FARIA; CHICARELLI, 2009). Desse modo, o diagnóstico da esquizofrenia realizado por meio dos exames clínicos deve levar em conta o contexto social em que o processo psiquiátrico está sendo conduzido, considerando não somente as características representadas pelos sintomas psicóticos (distúrbios do pensamento, alucinações e delírios), mas também as alterações do desempenho social e pessoal do paciente (RAZZOUK; SHIRAKAWA, 2001).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, a esquizofrenia pertence à classificação do grupo Espectro da esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, o qual inclui:

Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (DSM-V, 2014, p. 89).

Os sintomas característicos envolvem uma série de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o controle comportamental, o

afeto, a fluência e produtividade do pensamento, o impulso e a atenção (SOUZA; VENTURA, 2015).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças CID-10 (2012), a esquizofrenia faz parte do grupo classificado entre F20 e F29 que reúne a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes. Esse agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante desse grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes, e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

**Quadro 1** – Classificação da esquizofrenia segundo a CID-10

CLAS.	TIPO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
F20	Esquizofrenia	Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle...
F20.0	Esquizofrenia paranóide	Caracteriza-se essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções.
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	Caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado.
F20.2	Esquizofrenia catatônica	É dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos em F20.0-F20.2...
F20.4	Depressão pós-esquizofrênica	Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica.
F20.5	Esquizofrenia residual	Estádio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio...
F20.6	Esquizofrenia simples	Caracterizada pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho.
F20.8	Outras esquizofrenias	
F20.9	Esquizofrenia não especificada	

**Fonte:** Classificação Internacional de Doenças – CID-10, 2012.

Outro fator importante a ser considerado são as comorbidades presentes nos transtornos de esquizofrenias. Uma série de comorbidades contribui para o aumento de mortalidade em pessoas com esquizofrenia. (HOIRISCH-CLAUPACH; NARDI, 2015). Os transtornos comórbidos, principalmente a depressão e a ansiedade, são frequentes e prejudicam ainda mais o funcionamento, com risco de suicídio alto. Grandes amostras têm considerado a depressão uma das dimensões da esquizofrenia, ao lado dos sintomas positivos e negativos. Os sintomas depressivos ocorrem em todas as fases da doença, especialmente no período prodrômico, 60%, e durante o episódio psicótico, 75% (BRESSAN, 2000).

Outra comorbidade psiquiátrica associada à esquizofrenia é o abuso de substâncias psicoativas. Essa comorbidade parece estar relacionada ao fato de que as características do efeito psicoativo da substância como a diminuição da ansiedade, euforia e outras sensações tendem a serem fortes reforçadores do uso devido às manifestações de sofrimento psicológico do usuário (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006). Entretanto, a concomitância de abuso de álcool e outras drogas em pacientes esquizofrênicos traz grandes prejuízos no processo de diagnóstico e terapêutico. A coocorrência de esquizofrenia e uso de álcool e outras drogas psicoativas tem sido relatada em vários estudos brasileiros (NUNES et al., 2016; SORDI et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014; PORTUGAL; CORRÊA; SIQUEIRA, 2010; CREPALDE et al., 2016; SILVEIRA et al., 2014; ALMEIDA et al., 2010; CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Enquanto comorbidades clínicas, a hipertensão e a diabetes têm sido apontadas em vários estudos com maior frequência na esquizofrenia (BRANQUINHO et al., 2014; NUNES et al., 2016; CREPALDE et al., 2016; PAULA, 2010; SORDI et al., 2015). Em geral, a pessoa diagnosticada com esquizofrenia apresenta dificuldades no autocuidado. Isso pode contribuir para o aparecimento ou o agravamento de outras morbidades, como é o caso da hipertensão arterial e do diabetes (BRANQUINHO et al., 2014).

## **Tratamento**

Até a metade do século XX, o tratamento de pessoas com transtornos psicóticos era muito limitado, restando aos grandes hospitais e asilos única solução encontrada pelas famílias, contudo, muitas dessas pessoas nunca mais retornavam à sociedade. A mudança desse cenário iniciou-se com a introdução dos medicamentos antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos ou tranquilizantes maiores, a partir de 1950. Desde então, a quantidade de pacientes internados diminuiu rapidamente. Assim, a farmacoterapia deve fazer parte de uma abordagem terapêutica ampla e abrangente, visando à reabilitação psicossocial do paciente (SILVA, 2006).

Sendo assim, a terapia medicamentosa deve ser utilizada na redução dos sintomas positivos e prevenção às recaídas psicóticas, atuando de forma parcial, uma vez que o apoio psicoterapêutico e o treinamento de estratégias de enfrentamento e manejo de situações de vida são fundamentais no processo de reabilitação do paciente. Isso porque uma porcentagem considerável de pacientes com esquizofrenia continua a ter alucinações e delírios persistentes que não respondem à medicação (TARRIER, 2009)

Além da terapia medicamentosa, destacam-se as abordagens psicossociais no tratamento e orientação em longo prazo que devem ser incluídas como parte integrante de um tratamento mais abrangente da esquizofrenia. A psicoterapia individual ou de grupo pode ser indicada quando o paciente mostra-se desadaptado a sua doença e tem por finalidade melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a institucionalização nos momentos de crise; a Terapia Ocupacional visa à recuperação da capacidade do paciente voltar a fazer algo e combater a falta de vontade; a orientação familiar tem como princípio a compreensão dos sintomas, diagnóstico, tratamento e orientação de cuidado e ajudar na inserção social (SHIRAKAWA, 2009).

Observa-se que a reestruturação da oferta de serviços de saúde mental decorrente da reforma psiquiátrica vem oportunizando novas práticas de clínicas psiquiátricas no tratamento e acompanhamento do paciente com esquizofrenia. E os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem o principal dispositivo no atendimento ao usuário esquizofrênico. Além de promover a inserção social das pessoas com esse transtorno mental de forma gradual e planejada, o CAPS assume as funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde (SILVEIRA et al., 2011).

A interação da pessoa com esquizofrenia também pode ser realizada por meio das oficinas desenvolvidas no CAPS. A participação em oficinas terapêuticas promove o potencial do indivíduo nas relações interpessoais, aspecto evidenciado nas rodas de conversas, as quais possibilitam a troca de experiências, a criação de novos laços de amizade e ajuda mútua no enfrentamento à doença (BATISTA; FERREIRA, 2015).

Nesse sentido, os CAPS, criados para ser um dos pilares da reforma psiquiátrica e funcionar como intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação após a alta de pacientes de hospitais psiquiátricos, atuam com uma lógica inversa à hospitalização. Desse modo, os CAPS têm conseguido avanços na reinserção social dos usuários, embora ainda não haja cobertura suficiente do serviço em todos os estados e muitos enfrentam dificuldades estruturais (BATISTA, 2016).

Considera-se importante este estudo, uma vez que a população investigada faz parte de um cenário com pouca visibilidade pública e social. E que a valorização da sua reinserção social e a melhoria das suas condições de vida está atrelada a sua valorização enquanto sujeito, sobretudo o conhecimento de suas características básicas, o perfil de cada usuário. Diante do que foi exposto, considerando a vulnerabilidade do atendimento em saúde mental na região local desse estudo e a importância de conhecer melhor as características dessa população, este artigo teve por objetivo descrever e analisar o perfil psicossocial dos usuários com o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos do CAPS do município de Rolim de Moura, Rondônia.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo documental do tipo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como objeto o diagnóstico e as identificações dos usuários do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do Município de Rolim de Moura. A pesquisa documental é uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias, podendo ser recolhidas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Como critério de inclusão, foram analisados os prontuários dos participantes pacientes diagnosticados com esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos que procuraram o serviço de saúde mental no referido CAPS pelo menos uma vez, no período de janeiro a dezembro de 2014.

### **Participantes**

Foram examinados nesta pesquisa 57 prontuários de usuários dos CAPS do município de Rolim de Moura com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, F20 a F29 (CID-10), que tiveram atendimento clínico no ano de 2014.

### **Instrumentos**

Os prontuários dos pacientes foram utilizados como instrumento para o levantamento das seguintes variáveis de análise: sexo, idade, diagnóstico, estado civil e escolaridade. Estes prontuários foram preenchidos pelos profissionais responsáveis após cada procedimento.

## Procedimentos

Após a autorização da direção do CAPS e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP), a coleta de dados foi realizada por meio do formulário padronizado pelos Serviços de Saúde Mental, o qual é preenchido no decorrer dos primeiros atendimentos, constando os dados.

Os dados obtidos a partir das variáveis contidas nos prontuários clínicos foram tabulados e analisados através da estatística analítico-descritiva, com auxílio do software *Microsoft Office Excel 2010*.

## Considerações éticas

A pesquisa foi submetida à aprovação pela Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do município de Rolim de Moura, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), autorizada pelo parecer nº 1.176.321 e CAAE nº 44401315.6.0000.5300, de acordo com os Requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, de modo a utilizar os materiais e dados coletados com a garantia de total privacidade da identidade dos casos levantados nos prontuários.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, relativos às variáveis estudadas, evidenciaram que 35% (n=20) dos usuários foram caracterizados com relação ao gênero masculino e 65% (n=37), feminino. A predominância do sexo feminino corrobora outros estudos com a população de esquizofrênicos. Pesquisa realizada por Paula (2010), no estado de Pernambuco, que tinha por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos usuários admitidos em um CAPS tipo II, no ano de 2007, constatou que 69% dos pacientes eram do sexo feminino e 31%, do sexo masculino. Em outro estudo realizado por Gomes e Bellettine (2013), no município de Orleans – SC, no período de janeiro de 2009 a junho de 2010, houve prevalência do público feminino (65%) no CAPS I e, no Programa de Saúde Mental, 74% eram do sexo feminino.

Entretanto, em outros estudos, contrariando esses resultados, houve predominância do sexo masculino nessa população (BALLARIN; MIRANDA; CARVALHO, 2011; SILVEIRA et al., 2011; MENEZES; MANGUEIRA, 2015). Santos et al. (2014) afirmam que a incidência mais elevada para homens que para mulheres constituem afirmações empíricas. Para os referidos autores, muitos estudos epidemiológicos não abordaram rigorosamente a questão do gênero na esquizofrenia. Ou seja, essas diferenças de gênero parecem apresentar como pano de fundo uma concepção naturalizante do sofrimento mental, reduzida a uma suposta vulnerabilidade e predisposição natural da mulher ao sofrimento mental, quando o diagnóstico psiquiátrico se torna a consolidação das diversas maneiras das relações de gênero (ANDRADE, 2014; ZANELLO, 2014).

Quanto à idade, 37% (n=21) dos usuários encontravam-se na faixa etária de 30 a 40 anos. Esse resultado assemelha-se aos dados encontrados por Paula (2010) que, ao analisar o perfil dos usuários de um CAPS II na cidade de Recife, constatou que 23% encontravam-se na faixa etária de 36 a 45 anos. Silveira et al. (2011), ao analisarem 1.444 prontuários, observaram que, dos pacientes de 25 a 35 anos, 34,2% eram esquizofrênicos e, dos de 36 a 46 anos, o percentual dessa população era 28,6%. O que chama atenção nesses dados é que essa é uma faixa etária produtiva na vida do ser humano quando a maioria já se inseriu no mercado de trabalho. Diante do exposto, vê-se que a esquizofrenia por ser considerado transtorno mental grave que se impõe ao paciente, tornando-o frágil às circunstâncias de seu ambiente,

pode comprometer sua autonomia, afetando, direta ou indiretamente, várias esferas de sua vida, sobretudo sua vida profissional (MOLL; SAEK, 2009).

**Tabela 1** – Caracterização geral dos usuários por gênero, idade, escolaridade e estado civil.

Variáveis	Descrição	Nº	%
Gênero	Masculino	20	35
	Feminino	37	65
	Total	57	100
Idade	20-29	14	24,5
	30-45	21	37
	46-60	14	24,5
	> 60	08	14
	Total	57	100
Escolaridade	Analfabeto	09	16
	Primário	22	38,5
	Fundamental	06	10,5
	Médio	06	10,5
	Superior	01	2,0
	Não informado	13	22,5
	Total	57	100
Estado civil	Casado	13	22,5
	Solteiro	31	54,5
	Divorciado	05	9
	Viúvo	07	12
	Não informada	01	2,0
	Total	57	100

Quanto ao nível de escolaridade, 38,5% (22) dos usuários tinham estudado apenas até o quinto ano do Ensino Fundamental I. Estudo realizado por Santos et al. (2014) com 50 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, de ambos os sexos, no interior de São Paulo, encontrou baixo nível de escolaridade em 62% dos participantes avaliados. Isso mostra uma semelhança com os dados encontrados neste estudo.

Um dos mecanismos implicados nessa associação parece ser o reflexo do desajuste social provocado pelo transtorno na vida desses participantes. De acordo com Moll e Saek (2009), a esquizofrenia gera consideráveis prejuízos para a regularidade da participação das pessoas em atividades sociais, essenciais as suas vidas como, por exemplo, estudar. Em consequência, o baixo nível de educação impede o acesso a empregos com melhores remuneração e condições de habitação, conduzindo o sujeito à exclusão social.

Ao analisar o estado civil, observou-se que 22,5% (n=13) se declararam casados; 54,5% (n=31), solteiros; 9% (n=5), divorciados; e 12% (n=7), viúvos. Observou-se, nesse quesito, a predominância dos usuários solteiros, resultado que vai ao encontro dos dados identificados na literatura (CREPALDE et al., 2016; PAULA, 2010; ALMEIDA et al., 2010; BALLARIN; MIRANDA; CARVALHO, 2011; SILVEIRA et al., 2011). Como mencionado anteriormente, uma das principais evidências do prognóstico da esquizofrenia é o prejuízo no ajustamento social. Manter relacionamentos amorosos e interagir em grupos de amigos, entre outras, parece se relacionar à incapacidade e sinais de baixo nível de funcionamento social (MENEZES, 2000).

### Análise das diferenças de gênero

As diferenças de gênero em usuários esquizofrênicos têm sido discutidas com muita frequência e se tornou motivo de controvérsia. A tabela 2 apresenta uma descrição comparativa das variáveis analisadas entre os dois gêneros neste estudo.

**Tabela 2** – Caracterização dos usuários de acordo com a relação de gênero

Gênero	Variáveis	Masculino		Feminino	
		Nº	%	Nº	%
Idade	20-29	07	35	07	19
	30-45	09	45	12	32,5
	46-60	01	5	13	35
	> 60	03	15	05	13,5
	Total	20	100	37	100
Escolaridade	Analfabeto	03	15	06	16
	Primário	08	40	14	38
	Fundamental	01	5	05	13,5
	Médio	03	15	03	8
	Superior	01	5	00	0
	Não informado	04	20	09	24,5
	Total	20	100	37	100
Estado civil	Casado	02	10	11	30
	Solteiro	18	90	13	35
	Divorciado	00	00	05	13,5
	Viúvo	00	00	07	19
	Não informado	00	00	01	2,5
	Total	20	100	37	100
Diagnostico	F20	15	75	19	51,5
	F20.1	01	5	03	8
	F20.6	01	5	01	2,7
	F23	01	5	12	32,4
	F25.0	02	10	01	2,7
	F25. 9	00	00	01	2,7
	Total	20	100	37	100

No que se refere à idade dos usuários, nota-se que do sexo masculino a maioria (80%, n=16) encontra-se entre 20 a 45 anos de idade. Já do sexo feminino, a idade predominante sofreu uma variação entre 30 a 60 (67,5%, n=19). Estima-se que 1% da população desenvolva algum tipo de esquizofrenia no decorrer da vida, geralmente no final da adolescência ou no início da fase adulta, quando existe intensa produtividade laborativa e social (FARIA; CHICARELLI, 2009). Vale lembrar que, neste estudo, a idade do usuário mencionada refere-se àquela do momento da pesquisa. As informações referentes às primeiras manifestações dos sintomas não foram encontradas.

Quanto à escolaridade, essas informações não sofreram alterações, aparecendo de forma similar entre os dois gêneros, sendo que a maioria apresentou baixo nível de instrução, 16% (n=6) das mulheres e 15 % (n=3) dos homens são analfabetos; 40% (n=8) dos homens e 38% (n=14) das mulheres estudaram somente até o quinto ano primário. Esses dados vão ao encontro dos achados em um estudo realizado por Silveira et al. (2011), no qual 33,6% dos homens e 34,5% das mulheres estudaram apenas até o ensino fundamental I. Esses resultados sugerem que a manifestação dos sintomas de esquizofrenia parece contribuir para o abandono escolar.

Com relação ao estado civil, os dados apontam diferenças significativas entre os dois gêneros, 90% (n=18) dos usuários do sexo masculino aparecem como solteiros enquanto que, para o sexo feminino,

esse número é de 35% (n=13). Ballarin, Miranda e Carvalho (2011), em um estudo semelhante, também encontraram, em sua amostra, que a maioria dos homens, 66,7%, era solteira. Paula (2010) relata que as manifestações dos transtornos mentais são insidiosas, sendo responsáveis pelo elevado índice de solteiros, com interrupção do estudo e até mesmo das atividades de trabalho. Por isso é importante a identificação precoce e o tratamento adequado dos casos; além de oferecimento de informações ao próprio portador e seus familiares, aos profissionais de saúde e à população em geral sobre os transtornos, seus tratamentos e formas de acolhimento desses pacientes.

Os divorciados aparecem apenas no grupo de sexo feminino 13,5% (n=5), não sendo encontrados registros no grupo de sexo masculino. Tal fato pode ser explicado pelas diferenças de gênero quanto ao cuidado em saúde mental na relação conjugal. Rosa (2011) afirma que em parcela significativa, quando eclode o transtorno mental na mulher ou nos períodos de crise psiquiátrica, o marido a abandona. Entretanto, por se tratar de informações coletadas nos prontuários, as causas e o momento em que ocorreu o divórcio na vida desses usuários não foram registrados.

A ausência de divorciados no grupo dos homens neste estudo também pode ser analisada por meio do viés de gênero. Nesse caso, o que parece é que, quando o esposo é acometido pelo transtorno mental, a esposa permanece junto assumindo o exercício do cuidado. Segundo Andrade (2014), a função de cuidado foi historicamente delegada às mulheres, e se relaciona com os lugares hierárquicos construídos nas relações de gênero e poder construídos socialmente.

Quanto à hipótese diagnóstica, de acordo com a CID-10, os dados identificados neste estudo mostraram que a maioria do grupo masculino 75% (n=15) foi classificada como F20. Essa classificação, segundo a CID-10, caracteriza-se em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afetos inapropriados ou embotados. Os fenômenos psicológicos mais importados incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a percepção delirante, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa e sintomas negativos (CID-10, 2012). Esse diagnóstico aparece nos registros de 75% (n=19) do grupo masculino dos usuários. Esse resultado corrobora o estudo de Silveira et al. (2011), ao analisar prontuários de usuários constatou que 75,3% possuíam diagnóstico F20 (Esquizofrenia) e desses, 79,9% eram do sexo masculino.

A segunda hipótese que foi registrada no presente estudo foi a F23, caracterizada pelos sintomas de transtornos psicóticos agudos e transitórios caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos, tais como: ideias delirantes, alucinações, perturbação da percepção e por uma desorganização do comportamento normal. Acompanha-se, frequentemente, de perplexidade e confusão, acrescidas às perturbações de orientação no tempo e no espaço (CID-10, 2012). Essa hipótese diagnóstica foi encontrada em 32,4% (n=12), no grupo de sexo feminino e apenas 5 % (n=1), nos usuários do gênero masculino.

As demais hipóteses diagnósticas foram encontradas na seguinte ordem: F20.1 (esquizofrenia hebefrênica), 5% (n=1) para gênero masculino e 8% (n=03) para o feminino; F20.6 (Esquizofrenia simples), 5% (n=1) para o gênero masculino e 2,7% (n=01) para o feminino; F25.0 (Transtorno esquizofrênico), 10% (n=2) Masculino e 2,7% (n=1) para o feminino; e F25.9 (Transtorno esquizofrênico não especifica Psicose esquizoafetiva SOE), o único gênero encontrado foi o feminino com 2,7% (n=1).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização dos usuários que tiveram atendimento no ano de 2014 no CAPS investigado apresentou perfil que se assemelha à maioria dos estudos encontrados na literatura. A hipótese diagnóstica prevalente foi a classificação da CID-10 (F20), com predominância para o gênero masculino e (F23),

sobressaindo-se o gênero feminino. Ainda se pode constatar que os usuários são, em sua maioria, do gênero feminino, resultado que tem sido apresentado de forma ambivalente na literatura, pois alguns estudos apontam para uma predominância do gênero masculino enquanto outros mostram resultados que corroboram essa pesquisa.

Pode-se perceber que a esquizofrenia afeta o indivíduo na sua fase mais produtiva, quando vários aspectos da vida são atingidos, provocando o comprometimento do funcionamento social e ocupacional desses indivíduos e de seu ambiente familiar. Ainda se acrescenta que a intervenção adequada na esquizofrenia envolve o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família.

Sob esse prisma, entende-se que o CAPS representa um espaço de promoção fundamental no processo de reabilitação e integração social dessa população. Cabe a essa instituição garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, agregando os diferentes níveis de atenção. Sua dimensão envolve uma complexidade que comporta inúmeras questões que devem ser analisadas continuamente, contemplando desde a reestruturação dos serviços até as relações de trabalho, a assimilação de novos saberes, as metodologias e as tecnologias de trabalho.

Ressalta-se que, apesar da importância dos prontuários como forma de registro de informações acerca da assistência prestada aos usuários dos serviços, este estudo revelou a baixa qualidade e inadequação dos registros e prontuários. Variáveis importantes como comorbidades, ocupação, renda familiar, grau de parentesco do cuidador, número de pessoas que convivem no mesmo ambiente, religião, entre outros, não foram encontradas registradas nos documentos analisados.

A ausência dessas informações, entendidas como limitações neste estudo, sugere que outros estudos, preferencialmente investigações empíricas e de cunho qualitativo sejam realizadas com a mesma população com a finalidade de preencher as lacunas aqui apresentadas. Contudo, os achados aqui apresentados servirão de instrumentos sinalizadores para melhoria na atenção psicossocial do referido CAPS, sobretudo naquelas de âmbito burocrático como o preenchimento correto dos prontuários.

É importante lembrar que, embora seja possível e necessário traçar um panorama do perfil dos usuários de um serviço, cada sujeito que demanda o cuidado é singular e apresenta múltiplas dimensões que vão além do diagnóstico, da sintomatologia e das variáveis demográficas e sociais.

Por fim, espera-se que este estudo, ao alcançar os objetivos propostos, possa contribuir para o aprimoramento das ações no campo da saúde mental, sobretudo aquelas que visam os usuários com transtornos mentais graves, uma vez que são os que mais sofrem com os estigmas e preconceitos e que, mesmo após a reforma psiquiátrica, continuam vivendo, em sua maioria, às margens da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ALBANO, D. A. S. **Esquizofrenia–patologia e terapêutica**. 142f. Dissertação. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade do Algarve, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.1/3136>>. Acesso em 09 Jun. 2016.
- ALMEIDA, J. G. et al. Dor crônica em pacientes esquizofrênicos: prevalência e características. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 3, p. 591-602, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/16.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2017.
- ANDRADE, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: ZANELO, V.; ANDRADE, A. P. M. **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77.

BALLARIN, M. L. G.S.; DE MIRANDA, I. M. S.; DE CARVALHO, C. M. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. **Rev. Ciência. Med.** Campinas, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/581>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BATISTA, E. C.; FERREIRA, D. F. A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. **Revista Psicologia em Foco**, v. 7, n. 9, p. 67-79, 2015. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1593>>. Acesso 21 mar. 2016.

BATISTA, E. C. A saúde mental no brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 2, n. 16, 2016. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/534>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

BRANQUINHO, J. S. et al. Doenças crônicas em pacientes com transtornos mentais. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. especial, p. 2458-2464, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13803>>. Acesso em: 0 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRESSAN, R. A. A depressão na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 27-30, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a10v22s1.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, n. 23, p. 65-74, 2006. Disponível: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n23/n23a07.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2017.

CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da esquizofrenia. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G.; **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 37-44,

CID-10. **Classificação Internacional de Doenças**. 10. ed. São Paulo, 2012.

CREPALDE, R. et al. Perfil epidemiológico de portadores de esquizofrenia internados no Instituto Raul Soares. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26 (Supl 5), 2016. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2007>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

DSM-V- **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FARIA, E. F.; CHICARELLI, A. M. Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. **Revista Tecer**, v 2. n. 3 .p.30-40. 2011. Disponível em: <<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/179/169>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

FENTON, W. S.; MCGLASHAN, T. H. Esquizofrenia: Psicoterapia individual. In: KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. (Orgs). **Tratado de Psiquiatria**. 6. e. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

GOMES, K. M.; BELLETTINE, F. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans-SC. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 5, n. 12, p. 161-175, 2013. Disponível em: <<http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1694>>

HOIRISCH-CLAUPACH, S.; NARDI, A. E. Comorbidades da esquizofrenia: o papel do sistema ativador do plasminogênio. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G.; **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 17-24.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral I**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

MARCONI, A.M.; LAKATOS E.M. Técnicas de pesquisa. 6. ed. p. 62, 2006.

MOLL, M. F.; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 995-1000, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4076>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

NUNES, F. D. D. et al. Síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia refratária: características sociodemográficas, clínicas e comportamentais. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1179>>. Acesso em 8 abr. 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 685-692, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/86681>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

PAULA, C. T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 2, n. 4-5, p. 94-106, 2010. Disponível em: <<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106/1269>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

PORTUGAL, F. B.; CORRÊA, A. P. M.; SIQUEIRA, M. M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/06.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2017.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, A. E. et al. Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1283.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

RAZZOUK, D. SHIRAKAWA, I. A evolução dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 2015. p. 15-24.

SHIRAKAWA, I. **Ajustamento social na esquizofrenia**. 4. ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2009.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf)>. Acesso em: 15 Maio. 2016.

SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cad saude colet**, p. 27-32, 2011. Disponível em: <[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011\\_1/artigos/CSC\\_v19n1\\_27-32.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_27-32.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SORDI, L. P. et al. Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE2, p. 89-94, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpasm/nspe2/nspe2a15.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

SILVEIRA, J. L. F. et al. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 15, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/lil-726733>>. Acesso em 7 abr. 2017.

SOUZA, N. C.; VENTURA, C. N. S. B. A vinculação do portador de esquizofrenia no centro de atenção psicossocial - CAPS. **Revista Científica da FEPI**, v. 6, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.fepi.br/revista/index.php/revista/article/view/264>>. Acesso em: 03 Jun. 2016.

TARRIER, N. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: BARLOW, D. H.; **Manual clínico dos transtornos psicológicos tratamento passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 492-545.

VALENÇA, A. M.; NARDI, A. E. Histórico do conceito de esquizofrenia. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G.; **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 17-24.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.