UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOAO DEL-REI
CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

LEONARDO LEÃO KAHEY FONSECA

CRISE DE PACIENTES PSICÓTICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

DIVINÓPOLIS
2016

LEONARDO LEÃO KAHEY FONSECA

CRISE DE PACIENTES PSICÓTICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti.

DIVINÓPOLIS
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data___/___/___

Catalogação na fonte
Universidade Federal de São João del-Rei
Biblioteca Campus Centro Oeste – Dona Lindu

F676c Fonseca, Leonardo Leão Kahey.

Crise de pacientes psicóticos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial. / Leonardo Leão Kahey Fonseca. -- Divinópolis, 2016.
90f. : il.

Orientador(a): Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti.
Dissertação - Programa de Pós-Graduação. Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei - Campus Centro oeste - Dona Lindu

1. Transtornos psicóticos. 2. admissão do paciente. 3. registros médicos. 4. pesquisa. I. Título.

Nome: Leonardo Leão Kahey Fonseca

Título: Crise de pacientes psicóticos atendidos no centro de atenção psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

APROVADA em: _____ de _____ de 2016.

Banca examinadora

Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Assinatura:

Profa. Dra. Fernanda Gonçalves Rodrigues

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Assinatura:

Prof. Dr. Alisson Araújo

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Assinatura:

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus pela força e a todos familiares e amigos que estiveram perto nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha orientadora professora Nadja Cristiane Lappann Botti pela confiança e força e todos os meus familiares e amigos mais próximos.

FONSECA, L.L. **Crise de pacientes psicóticos atendidos no centro de atenção psicossocial** (Dissertação). Divinópolis: Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016.

RESUMO

Introdução: a psicose apresenta no seu curso evolutivo três fases distintas: fase prodrômica, aguda e recuperação; sendo que em cada uma delas há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas de acordo com as próprias desordens acarretadas em cada fase. A vivência da crise psicótica é um quadro psicopatológico responsável pela desarticulação de vários aspectos da vida do indivíduo interferindo em suas funções e papéis. **Objetivos:** estudar a crise de pacientes psicóticos atendidos no centro de atenção psicossocial a partir da análise da demanda de atenção à crise no centro de atenção psicossocial de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose e dos contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos na admissão para tratamento na fase prodrômica da crise. **Metodologia:** realizado estudo quantitativo e qualitativo a partir da análise documental de 375 prontuários de atendimento no centro de atenção psicossocial da cidade do interior do Estado de Minas Gerais (Brasil) no período de 1997 a 2013. **Resultados:** os pacientes são mais admitidos para tratamento na fase aguda, seguido da fase prodrômica e de recuperação. A menor idade média dos pacientes é na fase aguda. Em todas as fases da psicose a maioria é do sexo masculino, solteiro, baixa escolaridade e com Esquizofrenia. Observa-se aumento gradativo de comorbidade psiquiátricas da fase prodrômica, aguda e de recuperação e a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar. Encontrado como contextos presentes na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica as situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de droga na crise psicótica. **Considerações Finais:** a demanda de atenção à crise psicótica no centro de atenção psicossocial é de pacientes com sintomatologia da fase aguda, homens, solteiros, com baixa escolaridade e com diagnóstico de esquizofrenia. Importante se conhecer os contextos na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica a fim de favorecer a intervenção precoce, e assim melhor acesso ao tratamento e prognóstico.

Descritores: Transtornos Psicóticos; Admissão do Paciente; Registros Médicos; Pesquisa.

FONSECA, L.L. **Crisis of psychotic patients attended at day-care center** (Dissertação). Divinópolis: Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016.

ABSTRACT

Introduction: psychosis presents in its evolutionary course three distinct phases: prodromal, acute and recovery; and in each one of them there is the need for specific and systematic interventions according with their own disorders brought about at each phase. The experience of the psychotic crisis is a psychopathological condition responsible for the breakup of various aspects of the life of the person, interfering with his functions and roles. **Objectives:** studying the crisis of psychotic patients treated at the psychosocial care center from the analysis of the demand of attention to the crisis at the psychosocial care center in accordance with the phases in the evolutionary cycle of psychosis and of the present contexts in the lives of psychotic patients on admission for treatment in the prodromal phase of the crisis. **Methodology:** there was conducted a quantitative and qualitative study from the documental analysis of 375 medical records of attendance at psychosocial care center in a city in the countryside of the State of Minas Gerais (Brazil) in the 1997-2013 period. **Results:** patients are more admitted for treatment in the acute phase, followed by the prodromal phase and recovery. The lowest average age of patients is in the acute phase. At all stages of psychosis most are male, single, poorly educated and with Schizophrenia. We observe a gradual increase of psychiatric comorbidity of the phases prodromal, acute and recovery, and most have family history of psychiatric disorder. Found as gifts contexts present in the lives of patients in the prodromal phase of psychotic crisis the bonds of disruptions, identity, mental treatment and emotional breakdown, as well as violence and drug abuse in psychotic crisis. **Final notes:** the demand of attention to psychotic crisis in the Psychosocial Care Center is for patients with symptoms of acute phase, men, singles, with low education and diagnosed with schizophrenia. It is important recognizing the contexts in the lives of patients in prodromal phase of psychotic crisis, in order to promote early intervention and better access to treatment and prognosis.

Descriptors: Psychotic Disorders; Admission of the Patient; Medical Records; Research.

FONSECA, L.L. **Crisis de los pacientes psicóticos atendidos en el centro de atención psicossocial** (Dissertação). Divinópolis: Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016.

RESUMEN

Introducción: la psicosis presenta su curso evolutivo en tres fases distintas: prodrómica, aguda y la recuperación; y en cada uno hay necesidad de intervenciones específicas y sistemáticas de conformidad con sus propios trastornos provocados en cada etapa. La experiencia de la psicosis es una condición psicopatológica responsable por la ruptura de varios aspectos del funcionamiento de interferir en sus funciones y roles. **Objetivos:** estudiar la crisis de los pacientes psicóticos atendidos en el centro de atención psicosocial a partir del análisis de la demanda de atención a la crisis en el centro de atención psicosocial de acuerdo con las etapas del ciclo evolutivo de la psicosis y de los contextos presentes en la vida de los pacientes psicóticos en la admisión para el tratamiento en la fase prodrómica de la crisis. **Metodología:** realizado estudio cuantitativo y cualitativo del examen teórico de 375 históricos clínicos de asistencia en el centro de atención psicosocial de una ciudad en el Estado de Minas Gerais (Brasil) en el período de 1997 - 2013. **Resultados:** los pacientes son más admitidos a tratamiento en la fase aguda, seguida de la fase prodrómica y recuperación. El más bajo edad promedio de los pacientes se encuentra en la fase aguda. En todas las etapas de la psicosis más son hombres, solteros, con baja escolaridad y con Esquizofrenia. Ha habido aumento gradual de la comorbilidad psiquiátrica de prodrómica, aguda y la recuperación, y la mayoría tiene antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico. Encontrado como contextos presentes en la vida de los pacientes en la fase prodrómica de la psicosis los casos de las interrupciones de lazos, la identidad, de tratamiento psiquiátrico y ruptura emocional, así como las situaciones de violencia y el abuso de drogas en crisis psicótica. **Consideraciones finales:** la demanda de atención a crisis psicótica en el centro de atención psicosocial es para los pacientes con síntomas de la fase aguda, los hombres, solteros, con baja escolaridad y diagnosticados con esquizofrenia. Importante conocer los contextos de la vida de los pacientes en la fase prodrómica de la psicosis con el fin de facilitar la intervención temprana, y por lo tanto un mejor acceso al tratamiento y el pronóstico.

Descriptores: Trastornos Psicóticos; La Admisión del Paciente; Los Registros Médicos; Investigación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Classificação dos transtornos psicóticos segundo a Classificação Internacional de Doenças	15
Figura 2 -	Caracterização dos transtornos psicóticos segundo a Classificação Internacional de Doenças	16
Figura 3 -	Árvore de decisão do diagnóstico dos transtornos psicóticos proposto pela Associação Americana de Psiquiatria	20
Figura 4 -	Componentes e respectivos pontos de atenção e abordagens da Rede de Atenção Psicossocial	24
Figura 5 -	Principais sinais e sintomas prodrômicos presentes na crise psicótica	32
Figura 6 -	Fases do primeiro episódio psicótico	33
Figura 7 -	Divisão Assistencial por macrorregião de Minas Gerais	46
Figura 8 -	Divisão Assistencial da macrorregião Oeste de Minas Gerais	47

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AD	Atenção Domiciliar
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – 4ª edição
GIPSI	Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PQ	Questionário Prodromal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade de contexto
UHR	Ultra-alto risco
UR	Unidade de registro
VANCOUVER	Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
2 OBJETIVOS 27
2.1 Objetivo geral 27
2.2 Objetivos específicos 27
3 REFERENCIAL TEÓRICO 29
4 METODOLOGIA 39
4.1 Tipo de estudo 39
4.1.1 Estudo quantitativo 39
4.1.2. Estudo qualitativo 40
4.2 Origem dos dados 42
4.3 Fonte de coleta de dados 43
4.4 Caracterização do local do estudo 44
4.5 Caracterização dos participantes da pesquisa 46
4.6 Instrumento de coleta de dados 46
4.7 Plano de análise dos dados 46
4.8 Preceitos éticos 49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 51
Artigo 1 Demanda de tratamento à crise psicótica no centro de atenção psicossocial ... 53
Artigo 2 Admissão dos pacientes em crise psicótica na fase prodrômica 67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 84
REFERÊNCIAS 87
APÊNDICES 92

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o termo psicótico apresentou diversas definições. Em classificações diagnósticas mais antigas sua definição era demasiado abrangente focalizando a gravidade do prejuízo funcional. Neste caso caracterizava como psicótico o transtorno mental que resultasse em prejuízo com interferência ampla na capacidade do indivíduo de atender às exigências da vida cotidiana (DEL-BEN et al., 2010).

A história da psiquiatria apresenta mudança nos conceitos de acordo com as gerações. Em 1845 a psicose era considerada ramificação da neurose, surgindo prioritariamente para suprir a classe ou termo alienação mental. Segundo o Barão Ernest Von Feucheterslen não existia nenhuma psicose que não estivesse relacionada com a neurose. Somente com o passar das épocas a psicose se apresentou em oposição à neurose (RESENDE, CALAZANS, 2013).

Em relação à etiologia, a partir da ideia da medicina baseada em evidências, identifica-se que a psicose não é uma lesão que possa ser comprovada a partir de exames. Importante fato para corroborar que o sofrimento psíquico não seja considerado doença com etiologia biológica especificada. Segundo a linha de pensamento freudiana há diferença marcante entre a neurose e a psicose (RESENDE, CALAZANS, 2013). Vários acontecimentos marcaram o desenvolvimento da Psiquiatria, como o surgimento dos antipsicóticos de segunda geração e a constatação do efeito da atuação da psicoeducação na esquizofrenia (CHAVES, 2007).

Zimerman (1999) distingue três situações: 1) - psicose propriamente dita; 2) - estado psicótico; 3) - condição psicótica. O caso da psicose propriamente dita refere-se a um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas (ZIMERMAN, 1999).

Hegenberg (2001) caracteriza as pessoas psicóticas como:

> Profundas, centradas nelas mesmas, estabelecendo uma delicada relação com o ambiente porque esse ambiente pode ser fator de desorganização pessoal [...] têm um mundo interno rico, em função do id como instância dominante. A criatividade do tipo P é grande em função desse contato profundo com seu mundo interno, sendo que suas ideias próprias, que não precisam respeitar regras ou opiniões alheias, também se dão em função dessa riqueza do mundo interior (HEGENBERG, 2001, p. 98).

Atualmente utilizam-se parâmetros de classificação nosológica para definição da psicose, sendo mais frequente o uso da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde e o Manual Diagnóstico e Estatístico de

Desordens Mentais (DSM-V), organizado pela Associação Psiquiátrica Americana (OMS, 1993; APA, 2013).

No Brasil, adota-se a CID-10 como sistema de classificação de doenças, atualmente na 10ª edição, sendo que o capítulo V refere-se aos Transtornos Mentais e Comportamentais (OMS, 1993). A esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes correspondem especificamente às categorias F20-F29 do 5º capítulo da CID-10, visualizados a seguir:

Quadro 1. Classificação dos transtornos psicóticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10):

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F20 Esquizofrenia
F21 Transtorno esquizotípico
F22 Transtornos delirantes persistentes
F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios
F24 Transtorno delirante induzido
F25 Transtornos esquizoafetivos
F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
F29 Psicose não-orgânica não especificada

Fonte: OMS (1993).

Ressalta-se que ultimamente, os manuais de classificações internacionais de doenças e agravos listam e classificam acontecimentos cotidianos como sintomas de transtorno mental. Fato que torna imprescindível a ética profissional na diferenciação do que é patológico do que é um simples ocorrido do dia a dia (RESENDE, CALAZANS, 2013).

A psicose se caracteriza por englobar alteração expressiva na qualidade do comportamento geral, perda de desempenho, isolamento social, perda do senso de individualidade, unicidade e de direção em relação a sua pessoa, roubo de pensamento, delírios, vozes de comando, delírios culturalmente inapropriados, alucinações persistentes, bloqueio do pensamento, comportamento catatônico, negativismo e sintomas negativos (OMS, 1993).

Na CID-10, especificamente no grupo F20-F29, encontra-se o agrupamento dos transtornos psicóticos em Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (OMS, 1993). A seguir serão apresentadas as características de cada grupo de transtornos psicóticos elaborado a partir desta classificação:

Quadro 2. Caracterização dos transtornos psicóticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10):

Transtornos	**Característica**
Esquizofrenia	Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Frequentemente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem: eco do pensamento, imposição ou roubo do pensamento, divulgação do pensamento, percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na 3ª pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Inclui: F20.0 Esquizofrenia paranoide, F20.1 Esquizofrenia hebefrênica, F20.2 Esquizofrenia catatônica, F20.3 Esquizofrenia indiferenciada, F20.4 Depressão pós-esquizofrênica, F20.5 Esquizofrenia residual, F20.6 Esquizofrenia simples, F20.8 Outras esquizofrenias e F20.9 Esquizofrenia não especificada.
Transtorno esquizotípico	Transtorno caracterizado por comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham às da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar afeto frio ou inapropriado, anedonia; comportamento estranho ou excêntrico; tendência ao retraimento social; ideias paranoides ou bizarras sem que se apresentem ideias delirantes autênticas; ruminações obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e ideias pseudo delirantes, ocorrendo em geral sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral àquela de um transtorno da personalidade.
Transtornos delirantes persistentes	Esta categoria reúne transtornos diversos caracterizados única ou essencialmente pela presença de ideias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos. Inclui: F22.0 Transtorno delirante, F22.8 Outros transtornos delirantes persistentes, F22.9 Transtorno delirante persistente não especificado.
Transtornos psicóticos	Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por desorganização maciça do comportamento normal. O

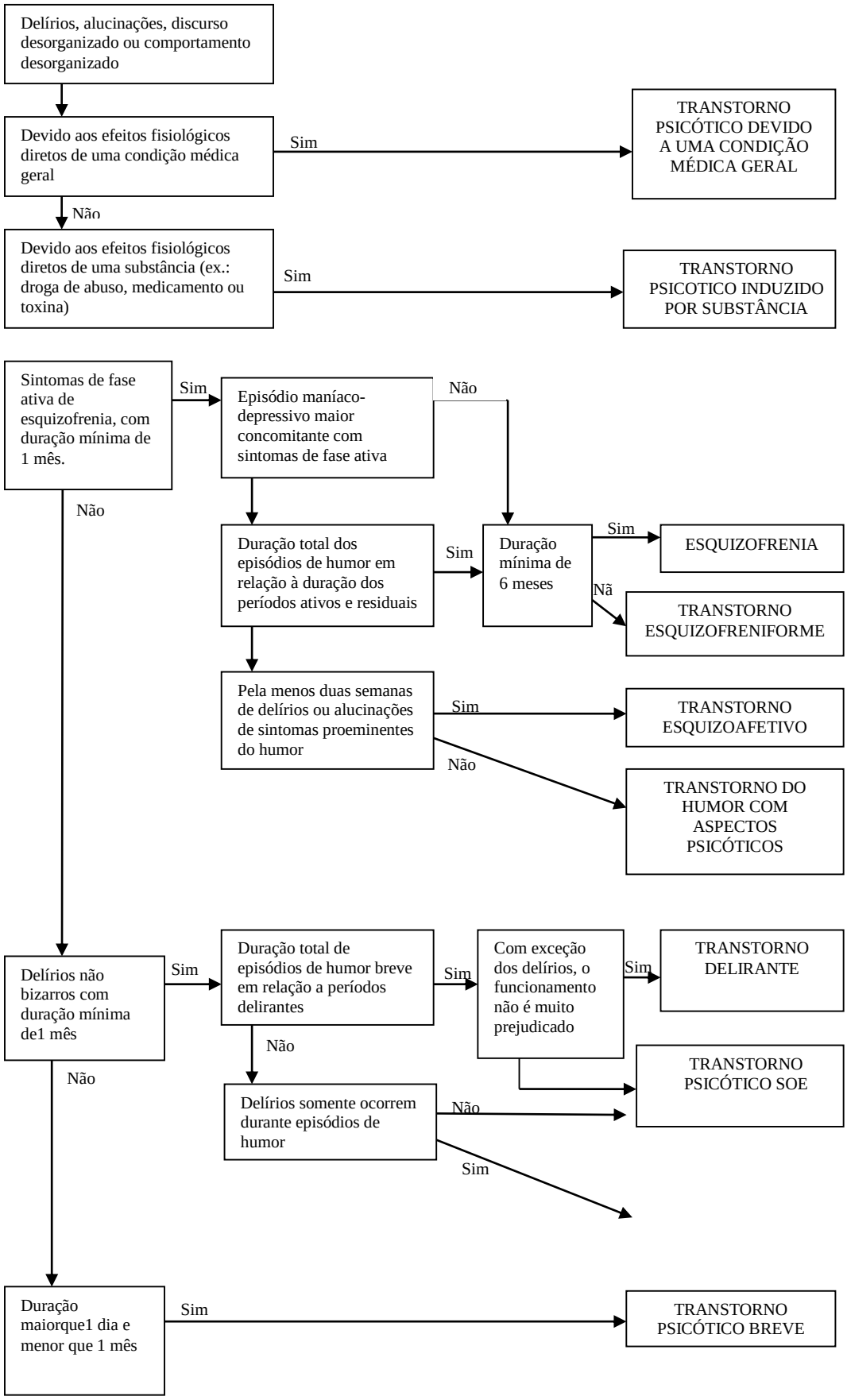
agudos e transitórios	termo agudo é utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em2 duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de etiologia orgânica. Acompanham-se frequentemente de perplexidade e de confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de delirium de origem orgânica. Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, frequentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a stress agudo (os acontecimentos geralmente geradores de stress precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno). Inclui: F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos, F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos, F23.2 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico, F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes, F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios e F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado.
Transtornos delirantes induzido	Transtorno delirante partilhado por duas ou mais pessoas ligadas muito estreitamente entre si no plano emocional. Apenas uma dessas pessoas apresenta um transtorno psicótico autêntico; as ideias delirantes são induzidas na(s) outra(s) e são habitualmente abandonadas em caso de separação das pessoas.
Transtornos esquizoafetivos	Trata-se de transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico de esquizofrenia ou de episódio depressivo ou maníaco. Os sintomas psicóticos que não correspondem ao caráter dominante do transtorno afetivo, não justificam um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. Inclui: F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco, F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo, F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto, F25.8 Outros transtornos esquizoafetivos e F25.9 Transtorno esquizoafetivo não especificado.
Transtornos psicóticos não-orgânicos	Transtornos delirantes ou alucinatórios que não justificam os diagnósticos de esquizofrenia, dos transtornos delirantes persistentes, dos transtornos psicóticos agudos e transitórios, de um episódio maníaco do tipo psicótico, ou de um episódio depressivo grave.
Psicose não-orgânica não especificada	F29 Psicose não-orgânica não especificada.

Fonte: OMS (1993).

Segundo a classificação do DSM-V o termo psicótico refere-se à presença de determinados sintomas. Neste sentido, os transtornos esquizofrênicos, esquizoforme, esquizoafetivo e psicótico breve apresentam referência a delírios, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado. Os transtornos psicóticos devido a condições médica geral ou induzidos por substâncias mostram referência a delírios ou alucinações que não são acompanhadas de *insight*. E por último, o transtorno delirante e o transtorno psicótico induzido equivalem o termo psicótico a delirante (APA, 2013).

Para o estabelecimento do diagnóstico de esquizofrenia é necessário, primeiramente, excluir outros transtornos mentais com sintomatologia semelhante (APA, 2003). A seguir visualiza-se exemplo de árvore de decisão do diagnóstico dos transtornos psicóticos proposto pela Associação Americana de Psiquiatria:

Figura 3. Árvore de decisão do diagnóstico dos transtornos psicóticos proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2003).



Em geral, a psicose se manifesta de forma que a pessoa perde o contato com a realidade e apresenta como sintomas principais as alucinações, delírios e pensamento desorganizado. O primeiro episódio acontece geralmente em adolescentes ou adultos jovens, sendo mais recorrente no sexo masculino. Pesquisa realizada no Canadá, com o Grupo de Trabalho em Intervenções Precoces de Psicose de Ontário no ano de 2002, mostra que maioria dos jovens é tratada tardiamente, fato que aumenta o custo na saúde, pois potencializam sintomas de maior comprometimento cognitivo, sintomas negativos graves, maior agravo em relações sociais e pessoais, perda de autoestima, maior risco de morbidade a longo prazo, aumento de risco de dano pra si e outros e aumento de internações hospitalares (SCHIZOPHRENIA SOCIETY OF ONTARIO, 2004).

Alguns aspectos que caracterizam os diagnósticos de transtornos mentais podem ser encontrados em diferentes fases da vida de uma pessoa, por isso é fundamental a avaliação da presença de quadro relativo ou acentuado sofrimento, dificuldade de relacionamento e prejuízo interpessoal por longo período. A esquizofrenia é o mais popular entre os transtornos psicóticos e representa grande sobrecarga na vida de quem convive diretamente ou indiretamente com ela. Seu diagnóstico é um tema controverso e complicado da Psiquiatria em função da falta de conhecimento, dificuldades e dúvidas acerca dos sintomas (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

Pesquisa nacional realizada em âmbito hospitalar mostra que os pacientes internados apresentam idade média de 39 anos, sendo na maioria homens com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Quando comparado o tempo médio de internação identifica-se que os não portadores de esquizofrenia tiveram permanência de 29,5 dias enquanto os pacientes com esquizofrenia têm esse tempo estendido para 44,3 dias. Em relação à distribuição das formas de esquizofrenia observa-se que a esquizofrenia paranoide como mais frequente (40% das internações), seguida da esquizofrenia residual (13%), esquizofrenia simples (11%), esquizofrenia não especificada (11%) e depressão pós-esquizofrenia (1%) (FERREIRA *et al*., 2007).

Em pesquisa realizada em hospital psiquiátrico de Belo Horizonte, entre 2002 a 2007, constata-se que 58,6% da clientela atendida é do sexo masculino, com idade média de 38,6 anos, sendo que 67,3% foram atendidos pela primeira vez contra 32,7% que caracterizaram retorno ao serviço. Entre os 60.139 atendimentos realizados no período pesquisado observou-se que 31,3% apresentam diagnóstico de transtorno psicótico (F20-F29), 16,5% de transtorno de humor afetivo (F30-F39), 12,6% de transtornos neuróticos (F40-F49) e 4,7% não tinham diagnósticos determinados. O que mais se destaca nesse estudo é a elevada proporção de

atendimentos do sexo masculino entre portadores de transtornos psicóticos (VOLPEL *et al*., 2010).

Estudo realizado em um centro de atenção psicossocial (CAPS) com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico dos atendimentos constatou que 56,5% dos usuários eram do sexo masculino, sendo a média de idade de 41,2 anos, 74,1% solteiros ou divorciados, 33% tinham nível de escolaridade como fundamental incompleto e 76,6% encontravam-se fora do mercado de trabalho, seja por afastamento, desemprego ou aposentadoria. Entre os usuários verificam-se que 67% apresentam história de tratamento em outros serviços psiquiátricos, 60,2% são diagnosticados com algum tipo de transtorno psicótico (F20-F29), sendo o grupo diagnóstico mais prevalente em ambos os sexos (BALLARIN; MIRANDA; CARVALHO, 2011).

A etapa inicial da psicose, isto é, de 2 a 5 dias do início dos sintomas psicóticos, é a fase mais crítica em relação à terapêutica, onde a intervenção precoce é mais eficaz e plausível e consequentemente implicam na redução de riscos, prejuízo e incapacidade do paciente com transtorno mental. Sabe-se que os familiares para conviverem e entenderem os transtornos psiquiátricos, em geral, se ancoram em referenciais culturais. Por isto, a busca por algum tipo de tratamento só tem início e êxito quando esses referenciais nãos são mais aceitáveis, muitas vezes retardando o início do tratamento e a atuação na fase inicial da psicose (CHAVES, 2007).

Nas atuais abordagens de tratamento ao transtorno mental os pacientes estão se institucionalizando menos, consequentemente circulam e procuram mais dispositivos da sociedade como as demais pessoas que não apresentam comprometimento psiquiátrico. Contudo, os profissionais que lidam diretamente com os transtornos mentais, em geral, ainda não estão preparados para acolher os familiares bem como entender a carga excessiva que carregam (ZANETTI; GALERA, 2007).

Estudo de caso realizado com família apresenta quatro membros com esquizofrenia constatou, entre os sentimentos negativos que acompanham os familiares, o nervosismo, tristeza, susto, pavor, abalo, sofrimento, desânimo e aborrecimento. O aparecimento da doença é constatado como um fato inesperado e, à medida que os filhos adoeciam os familiares perdiam aos poucos a alegria de viver. Entre a sobrecarga que a família tem que lidar há a preocupação com a realização de atividades simples da vida diária, comuns no cotidiano, como tomar banho, alimentar-se, dormir e até mesmo o acompanhamento da medicação. Associada a dificuldades relacionadas a atividades fora do domicílio, em função dos filhos com esquizofrenia não poderem ficar em casa ou saírem de casa sozinhos. Este cenário mostra como a falta de apoio

aos familiares e de uma rede efetiva de dispositivos dentro da sociedade produzem forte impacto em quem convive com um familiar esquizofrênico (ZANETTI; GALERA, 2007).

Importante mecanismo de ajuda aos familiares para melhor abordagem e entendimento do transtorno mental são os grupos de educação familiar, apoio e terapia associado ao tratamento precoce da doença. Neste sentido, torna-se necessário maior engajamento dos profissionais da saúde mental acerca da compreensão dos sentimentos dos familiares, de informações sobre o tratamento e seu papel. Sabe-se que a família é um importante ponto e elo no tratamento e na recuperação. Na fase de crise a pessoa se mostra fortemente ligado à família e, por esse motivo, os mesmos devem estar presentes como parte importante do tratamento (SCHIZOPHRENIA SOCIETY OF ONTARIO, 2004).

A atenção às crises tem sido apontada como elemento decisivo e estratégico em todo processo de Reforma Psiquiátrica (ZEFERINO, 2014). A Lei n° 10.216 garante os direitos das pessoas com transtorno mental e propõe, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com o objetivo de se construir uma rede potencializada, territorial e de cuidados integral a pessoa com transtorno mental ou usuário de *crack*, álcool e outras drogas. A RAPS deixa claro que o portador de transtorno mental deve ser assistido em toda rede de cuidados, não se restringindo a atenção somente ao CAPS (BRASIL, 2011). A RAPS é constituída por sete componentes e seus respectivos pontos de atenção. Cada serviço com sua especificidade, porém todos devem estar preparados para o atendimento e ações voltadas a pessoa com transtorno mental. Importante considerar as especificidades de cada território sendo assim, a RAPS tem como característica principal territorializar as ações em saúde mental (BRASIL, 2011).

A partir das diretrizes do Ministério da Saúde identificam-se, a seguir, os componentes e respectivos pontos de atenção e abordagens em todos os níveis de assistência da RAPS para pacientes psicóticos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Quadro 3. Componentes e respectivos pontos de atenção e abordagens em todos os níveis de assistência da RAPS para pacientes psicóticos no âmbito do SUS:

Componente: Atenção Básica em saúde **Ponto de Atenção:** Unidade Básica de Saúde Porta de entrada no sistema de saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas **Ponto de Atenção:** Consultório na Rua Ações e cuidados de saúde para os adolescentes em situação de rua com transtornos mentais e usuários de *crack*, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, considerando suas diferentes necessidades **Ponto de Atenção:** Centros de Convivência e Cultura Espaços estratégicos de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas **Ponto de Atenção:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Apoio às atividades clínicas às equipes das unidades básicas de saúde ou equipes de saúde da família e de articulação com os demais pontos da rede para as demandas de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Componente: Atenção Psicossocial Especializada **Ponto de Atenção:** Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes CAPS AD III: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes
Componente: Atenção Residencial de Caráter Transitório **Ponto de Atenção:** Unidade de Acolhimento

Acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Atuam diretamente ligadas às equipes dos CAPS apresentam-se em duas modalidades: para adultos e população infanto-juvenil
Componente: Atenção Hospitalar **Ponto de Atenção:** Leitos de psiquiatria em hospital geral Tem por objetivo aperfeiçoar o modelo de assistência à saúde mental no município a partir da organização do cuidado hospitalar de maneira articulada com o SAMU, Pronto Socorro, serviços especializados e de atenção domiciliar, possibilitando a ampliação do cuidado, com internações em leitos de saúde mental, álcool e outras drogas em hospitais gerais e constituindo retaguarda noturna, de finais de semana e feriados para os usuários dos CAPS que necessitam de cuidados contínuos **Ponto de Atenção:** Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas Componente da RAPS que deverá oferecer suporte hospitalar por meio de internações de curta duração que deverão estar em consonância com a legislação em vigor
Componente: Atenção de Urgência e Emergência **Ponto de Atenção:** SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde
Componente: Estratégias de Reabilitação Psicossocial **Ponto de Atenção:** Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais São consideradas ações de reabilitação psicossocial as iniciativas de geração de trabalho e renda, bem como, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que deverão ser articuladas intersetorialmente

Fonte: BRASIL (2011).

Entre os principais objetivos da RAPS encontram-se: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas que demandam cuidado em saúde mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2013). As duas principais diretrizes da RAPS voltadas para a questão política e que são diretrizes que precisam ser melhor trabalhadas são: ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com a participação e controle social dos usuários e de seus familiares; e organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Análise acerca dos critérios de admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado a pacientes utilizados pelas equipes dos centros de atenção psicossocial mostra que os pacientes admitidos apresentavam diagnóstico de psicose (esquizofrenia), história de internações prévias,

funcionamento social pobre e pequena rede de apoio e os pacientes encaminhados apresentavam transtornos ansiosos e depressivos, boa adesão a tratamento ambulatorial, bom funcionamento social e presença de rede social. Quanto à continuidade de cuidados, oito pacientes em 27 tiveram destino desconhecido, quanto aos encaminhamentos, dos 13 pacientes encaminhados a ambulatórios da rede, sete permaneceram em tratamento, dois retornaram aos CAPS e quatro tiveram destino desconhecido. Neste sentido, pode-se entender que os centros de atenção psicossocial admitem pacientes que se encaixam na definição de um transtorno mental severo e persistente. A continuidade de cuidado foi apontada como problema, provavelmente devido à dificuldade de acompanhar os pacientes na comunidade (CAVALCANTI *et al.*, 2009).

Experiências de sucesso em outros países, mostram que é necessário no Brasil ampliar a rede de Atenção Domiciliar (AD), não só em relação as necessidades de portadores de transtornos mentais, mais sim como cuidado integral do cidadão. A mudança do perfil demográfico e epidemiológico caracterizado pelo aumento do número de idosos e consequentemente aumento de doenças crônicos degenerativas mostram a importância de potencializar essa forma de atenção no país (BRASIL, 2014).

A AD se apresenta como forma de reorganizar a atenção em saúde com maior participação da família. Estudos mostram a importância da Atenção Domiciliar na saúde mental considerando que a criação de vínculos entre familiares e profissionais pode ser a base do tratamento, bem como o vínculo do paciente, tirando o foco do profissional como o único agente do cuidado. É necessário destacar este aspecto na saúde mental, pois possibilita criar um espaço de cuidado nas proximidades das relações sociais, e possivelmente são essas relações quando fragmentadas que se tornam os principais estopins das crises (CÔRTES; SILVA; JESUS, 2014).

Existem vários fatores e desafios a serem pensados e repensados na clínica e no atendimento nos serviços substitutivos de saúde mental, entre eles citam-se a produção de formas inovadoras de cuidado, convivência, interação e acompanhamento de pessoas com transtorno mental. Neste aspecto torna-se complexo o cuidado à crise e às urgências mentais, pois em um momento de crise, é comum que as necessidades dos pacientes bem como suas relações com o mundo adotam significados diferentes e errôneos em relação à realidade. A atenção à crise exige que o profissional produza um diálogo concreto com as diferentes redes de relacionamento dentro da sociedade, possibilitando atitudes sólidas no território no qual o paciente encontra-se inserido. Importante, salientar que, mesmo nessa ótica vigente do modelo de acompanhamento substitutivo é real o risco de repetir o modelo asilar (NICACIO; CAMPOS, 2004).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a crise de pacientes psicóticos atendidos no centro de atenção psicossocial.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a demanda de atenção à crise no centro de atenção psicossocial de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose;
- Conhecer os contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos na admissão para tratamento na fase prodrômica da crise.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em seu sentido original a palavra crise encontra-se relacionada com informações que apresentam sentido de separação, mudança ou desequilíbrio transitório e remetem a aspectos sociais, culturais, familiares e pessoais. No entanto, quando se tenta explicitar crise no campo da saúde mental existem divergências, por exemplo, para a psicanálise e psiquiatria, a crise apresenta sentidos diferentes. Porém é de comum acordo que não existe uma perspectiva única sobre o que pode ou não (momento ou experiência) ser considerado uma crise. A crise pode aparecer após uma situação imprevisível (doença, desemprego ou morte) ou surgir após uma situação previsível (adolescência, gravidez ou envelhecimento). Por esse ponto de vista um agravo a saúde deve ser compreendido como forma de adequação e reação da pessoa perante estímulos internos ou externos (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A crise resulta um desequilíbrio psíquico onde a pessoa sente-se desprotegida de sua defesa mental natural que tem a função de proteger em situações de conflito e estresse. As situações de desequilíbrio são normais no ciclo da vida humana, podendo ou não resultar em uma crise. Dessa forma o aparecimento de uma crise pode revelar que a pessoa não se encontra preparado ou não possui recursos criativos para lidar com determinados acontecimentos ou contratempos da vida (CARVALHO; COSTA, 2008).

No início da crise psicótica é comum observar mudança no comportamento que, em alguns casos, poder passar despercebida. A mudança no comportamento, em geral caracteriza-se pela percepção de medo resultando no afastamento social da pessoa. O medo desacompanhado de outros sintomas psicóticos pode ser considerado prodrômico, porém quando este medo aumenta e se vincula a um pensamento fantasioso (delírio) ou alucinação passa a ser interpretado como um sintoma grave da psicose (CARVALHO; COSTA, 2008).

A psicose é dividida em três fases distintas, a primeira fase é denominada alto risco ou fase prodrômica, a segunda fase é o primeiro episódio psicótico, definida como aguda, e a terceira refere-se à recuperação. Um dos motivos para a divisão do curso evolutivo da psicose é a abordagem, pois em cada fase há necessidade de intervenções focadas e abordagens específicas e sistematizadas de acordo com as próprias desordens acarretadas em cada fase respectivamente (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

Uma crise psicótica é antecedida por sinais e sintomas denominados pródromos, que se apresentam como alterações do comportamento, pensamento e linguagem. Nesta fase a família, devido sua proximidade, é ponto fundamental na observação de tais peculiaridades. Numa crise,

a perda do equilíbrio sociofuncional é um dos primeiros atributos que vem à tona e operam como alerta para possível surgimento de um transtorno mental (CARVALHO, 2006).

O pródromo, dentro da clínica médica, é uma designação que engloba os primeiros sinais e sintomas de uma ocorrência clínica ou doença, em geral essa fase ocorre antes de uma sintomatologia aguda. Na clínica psiquiátrica o pródromo refere-se à fase pré-psicótica e pode ser identificado desde as primeiras alterações do comportamento, como insônia, irritabilidade, stresse, apatia, isolamento social; até o surgimento do primeiro sintoma psicótico, propriamente dito, como delírio ou alucinação. As alterações do comportamento identificadas como pródromo ocorrem de forma gradual e podem ser sutis, por isso em alguns casos são somente percebidas por quem realmente está perto da pessoa (YUNG; MCGORRY, 1996). A seguir encontra-se listados os principais sinais e sintomas prodrômicos presentes na crise psicótica:

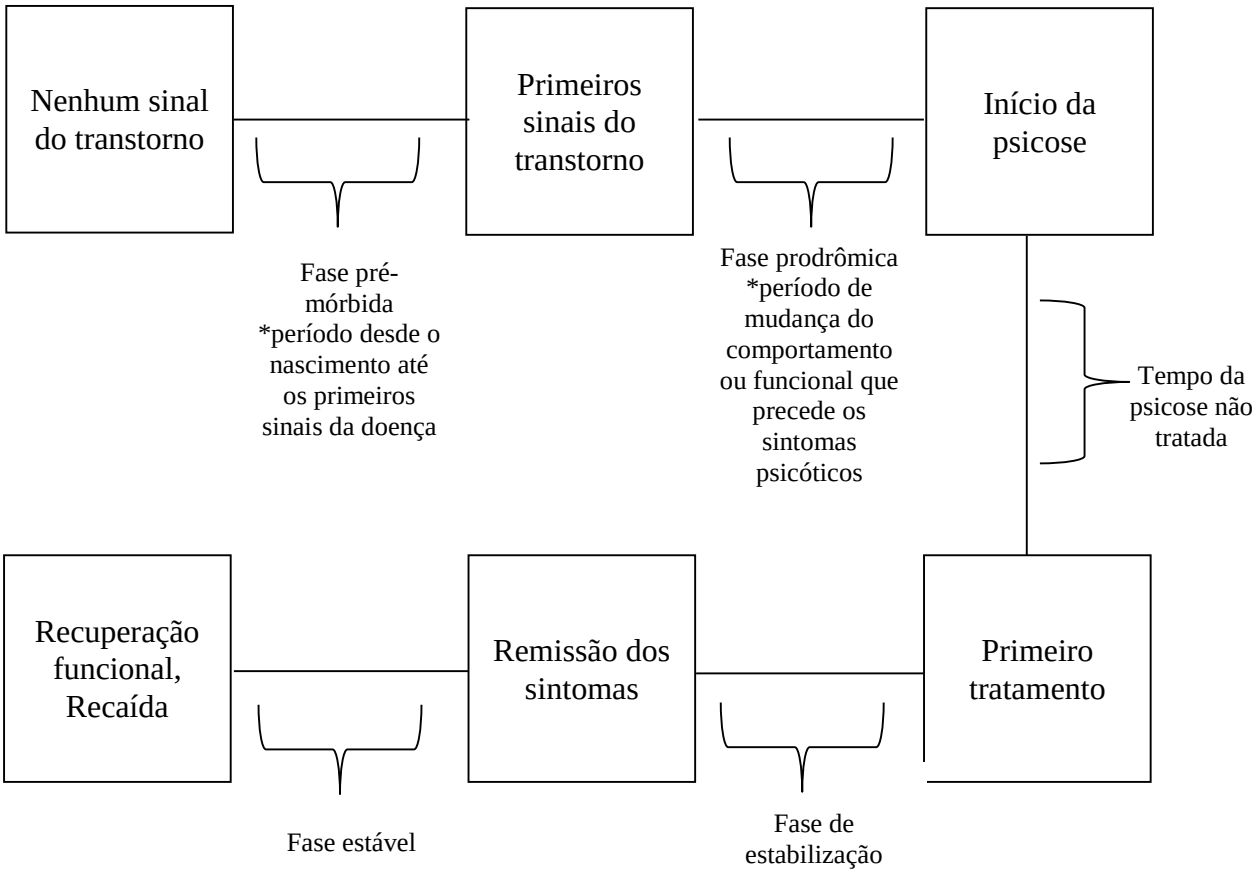
Quadro 4. Principais sinais e sintomas prodrômicos presentes na crise psicótica:

• Concentração reduzida • Atenção reduzida • Motivação reduzida • Humor depressivo • Alterações do sono • Ansiedade • Isolamento social • Desconfiança • Perda de função social • Irritabilidade

Fonte: YUNG; MCGORRY (1996).

Yung (2007) para explicar o curso evolutivo da psicose faz analogia com o curso evolutivo do sarampo. O sarampo apresenta caracteristicamente uma fase inicial, fase prodrômica, que dura cerca de quatro dias onde o paciente exibe febre, tosse, coriza e conjuntivite. Após essa fase inicial que aparecem os sintomas de erupção características do sarampo, fase aguda, sendo somente nesta fase que pode ser diagnosticada a doença. Com base nessa analogia fica claro que pacientes com apenas sintomas da fase prodrômica não podem ser diagnosticados como psicóticos, somente podem ter o diagnóstico depois de apresentarem sintomas como delírio, alucinação e discurso desorganizados, isto é, os sinais e sintomas da fase aguda (YUNG, 2007). A seguir encontra-se esquematizado os primeiros sinais e sintomas de psicose, bem como as fases do primeiro episódio psicótico:

Figura 2. Fases do primeiro episódio psicótico:



Fonte: Adaptado de Milliken (2003).

A primeira fase de um transtorno psicótico não é tão específica e pode se apresentar de várias formas sendo, por isso, possível de ser confundida com outros transtornos mentais. Neste aspecto, de acordo com o paradigma preventivo das ciências da saúde, também a esquizofrenia e outros transtornos de ordem psíquica passaram por uma mudança, principalmente na aplicabilidade da intervenção precoce, bem como para potencializar a reparação reduzindo dessa forma danos no futuro. A intervenção precoce se torna fundamental significando melhor prognóstico e, consequentemente, melhor acesso ao tratamento (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

Ressalta-se a importância da intervenção precoce antes do surgimento dos sintomas positivos, isto é, na fase prodrômica, principalmente no primeiro episódio psicótico evitando dessa forma uma desordem maior com as comorbidades associadas a esse transtorno. De acordo com Yung (2007), esse manejo é denominado “intervenção prodromal” e se desenvolve em 3 tempos: primeiro deve-se identificar as pessoas na fase prodrômica, em segundo lugar os

serviços de saúde devem estar preparados para atender o paciente e em terceiro deve-se avaliar quais fatores estão servindo de catalisador para uma possível crise a fim de possibilitar intervir (YUNG, 2007).

No Brasil, destaca-se como serviço de intervenção precoce nas psicoses, o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI), fundado em 2001 pelo professor Ileno Costa, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. O GIPSI atua nas primeiras crises psicóticas, no âmbito individual e familiar, a partir da perspectiva teórica sistêmica. A equipe multiprofissional acolhe a pessoa em crise, sua família e seu contexto psicossocial com a postura básica de que o sintoma psicótico é gerado na e a partir da sociedade em que a pessoa está inserida (COSTA, 2010). O GIPSI emprega o termo sofrimento psíquico grave a fim de ressaltar que as primeiras crises do tipo psicótico são vivências de angústia essencialmente humanas, que afetam além do biológico, marcadas pela intensidade, manejo difícil e pelo potencial incapacitante (SILVA; COSTA, 2014).

No primeiro episódio psicótico provavelmente as relações familiares, profissionais e interpessoais, de uma forma geral, já se encontram fragmentadas e, frequentemente aparecem antes da primeira crise. Importante ressaltar que alguns sinais e sintomas podem estar associados às fases de uma crise psicótica enquanto outros podem encontrar-se associados no desencadeamento do início do transtorno. Fatores como relações conflituosas e fragmentadas, abuso de substâncias e estresse podem estar associados ao início da crise, essa fase mais precoce, como dito anteriormente, é denominada pródromo, ou seja, precursor. O principal resultado da intervenção precoce é a estagnação do quadro ao interromper o curso evolutivo da crise evitando os estágios mais avançados desse transtorno. Para tal é necessário conhecimento profundo acerca do risco social, biológico e pessoal do paciente (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

Sabe-se que a longa duração de psicose sem tratamento está associada a resultados pobres e baixa qualidade de vida no primeiro contato com serviços de saúde mental, no entanto, esta situação é comum. Estudo qualitativo inglês com usuários e cuidadores de um serviço de intervenção precoce de Londres identifica as várias barreiras para o tratamento imediato da crise psicótica. Entre as barreiras encontram-se a preocupação com o estigma da doença mental ao procurar um serviço de saúde mental; espera da procura para quando os sintomas alcançarem um ponto crítico apesar de já vivenciar considerável sofrimento e a dificuldade de profissionais, que não são da saúde, na condução, habilidade, tempo ou conhecimento da crise psicótica (TANSKANEN *et al*., 2011).

A psicose não tratada pode causar aflição e perturbação para as pessoas e suas famílias, neste sentido os serviços de intervenção precoce devem priorizar a detecção precoce. Entre as estratégias para reduzir a longa duração de psicose sem tratamento encontram-se abordar o estigma associado a psicose e a educação em saúde na comunidade a respeito dos sintomas de transtorno mental e serviços de saúde mental (TANSKANEN *et al*., 2011).

A legislação inglesa enfatiza a importância da escolha do usuário do serviço e planejamento dos cuidados. Neste sentido foi realizado estudo com usuários acerca dos serviços de saúde para casos de crise ou recaída. Participaram do estudo pacientes com pelo menos um diagnóstico de transtorno psicótico, admitidos nos últimos dois anos em serviços de saúde mental ou em contato com uma equipe de saúde mental comunitária e com necessidades de cuidados complexos. A intervenção mais escolhida foi o cuidado por uma equipe ou tratamento em casa, pouco menos da metade recusou tratamento, sendo a maioria das recusas devido a específicos medicamentos (FARRELLY *et al*, 2014).

É um desafio a detecção dessa fase inicial, ou seja, do pródromo, pois o limiar entre a experiência normal e a patológica muitas vezes se confundem. O segundo momento de intervenção deve se focar na terapêutica do início da psicose, isto é, do primeiro episódio psicótico propriamente dito. O objetivo desta intervenção é retardar o período de psicose não tratada (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

Estudo sobre rede de apoio e características sociais de 38 pacientes no primeiro episódio psicótico aponta que um terço não tinha confidentes (34%), o número médio de contatos durante uma semana foi de 3,9 dias e sem contato, ou seja, solitários, de 2,6 dias. Observa-se associados com os sintomas psicóticos e de depressão a percepção de apoio social pobre, solidão e ausência de um confidente. Portanto mesmo no primeiro episódio, a maioria das pessoas com psicose têm baixa percepção de suporte, não tem confidente e relatam vários dias sozinhos durante a semana (SUNDERMANN *et al*., 2014).

No Brasil pesquisadores do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo apresentam estudo de validação do Questionário Prodromal (PQ) que se refere a um instrumento de triagem e auto relato com 92 itens para pessoas com ultra-alto-risco (UHR) para desenvolver psicose. No estudo com onze indivíduos mostra que sete com UHR apresentaram menor pontuação do que os quatro pacientes no primeiro episódio. Os escores médios e desvio-padrão das pessoas com UHR na versão em português do PQ foram: 13,0±10,0 pontos na sub-escala de sintomas positivos, e dos pacientes no primeiro episódio psicótico: 33,0±10,0. Neste estudo as pessoas com ultra-alto-risco para desenvolver psicose e pacientes no primeiro episódio apresentaram pontuação do Questionário Prodromal semelhantes às encontradas na

literatura, o que sugere a possibilidade de usar o instrumento na triagem no país (GONÇALVES *et al*., 2012).

Em relação à intervenção é importante frisar que diversas vezes um pródromo pode ter seus sinais e sintomas confundidos com outros transtornos psiquiátricos ou até mesmo como manifestação de ciclos comuns da vida como por exemplo, o caso da adolescência. Mesmo sendo comum o problema do reconhecimento dos sinais e sintomas prodrômicos torna-se fundamental que o tratamento seja garantido através da implementação de estratégias de prevenção para cada fase associadas a intervenções sociais, psicológicas e biológicas (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

A partir da evidência que é possível a prevenção dos transtornos psicóticos foi realizada pesquisa de detecção e intervenção na fase prodromal do transtorno. Estudo norueguês discute que um Programa de Detecção e Tratamento Prodromal poderia identificar pacientes prodrômicos e a intervenção adequada nesta fase também poderia prevenir ou retardar o aparecimento da psicose e/ou deterioração posterior, ou seja, incapacidade social e funcional, suicídio, comportamento agressivo, déficits cognitivos e afetivos (JOA *et al*., 2015).

Estudos apontam que o princípio do surgimento dos sintomas psicóticos nem sempre combinam com o primeiro contato da pessoa com serviços de saúde. Em geral, quando a família procura algum serviço ou profissional especializado provavelmente já aconteceu outro episódio. Por esse motivo a intervenção precoce se torna extremamente importante para o acompanhamento sistematizado, sem contar que a identificação dos pródromos e a atuação nesta fase podem interromper o curso do evolutivo do transtorno psicótico. É comum que somente a partir do adensamento dos sintomas e/ou aumento do sofrimento psíquico que a psicose passa a ser identificada como transtorno e, portanto, ser tratada (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

A psicose é um transtorno que não apresenta padrão específico sendo sua manifestação variável de paciente para paciente, mas, em geral, na fase aguda certos sintomas são característicos como a presença de delírios, alucinações e desorganização da linguagem (sintomas positivos), acompanhadas ou não por transtornos de humor ou personalidade e uso de substâncias psicoativas (sintomas negativos) paciente (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

A psicose, na fase aguda, afeta muito o paciente como também familiares e amigos, geralmente nessa fase o paciente pode colocar em risco a si mesmo ou a terceiros. Esta etapa do curso evolutivo da psicose é distinguida por sintomas que agregam distúrbios do comportamento, alterações do humor, linguagem, interpretações falsas da realidade, ideias

delirantes e alucinações. Em síntese, a fase aguda da psicose é marcada principalmente por delírios, alucinações, e desorganização na linguagem e comportamento. Portanto, a fase aguda da psicose, devido à intensidade dos sintomas, é a de maior procura em relação ao tratamento (CARVALHO, 2006).

A fase aguda da psicose é bem peculiar dentro os transtornos clínicos crônicos, pode ser desencadeado, por abuso de substâncias psicoativas, tensionadores do cotidiano e ocorrências traumáticas. Durante a avaliação de um paciente na fase aguda da psicose é necessário tentar conhecer o possível estopim para a eventual crise, minimizando prejuízos sociais, laborais e interpessoais. A fase aguda da psicose é a fase que demanda maior tratamento e atenção dos profissionais da saúde e dos familiares. Em geral, a sintomatologia aguda representa uma sobrecarga na vida do paciente e família (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

A fase aguda é caracterizada por alucinações, delírios e discurso desorganizado. Na maioria dos casos o paciente e a família somente procuram tratamento quando os sintomas agudos se tornam insuportáveis. O ponto principal e inicial para o tratamento nessa fase é a intervenção medicamentosa. A fase aguda retira, geralmente o paciente dos seus laços sociais podendo produzir grave ruptura social (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

Frequentemente os pacientes no início da manifestação da sintomatologia aguda dos quadros psicóticos apresentam pequenas mudanças no comportamento e levados pela sensação de medo podem, em geral, recorrem ao isolamento social. Esse medo pode aumentar com o passar do tempo e então ser considerado um fator da fase aguda e não da fase prodrômica. Ressalta-se que esse medo é construído através de uma crença errônea e fantasiosa caracterizado como um delírio. Os delírios persecutórios e alucinações auditivas são os mais frequentemente descritos na literatura quando o paciente se encontra na fase aguda. Essa agudização da sintomatologia além de ser invasiva para o paciente também se torna, muitas vezes intolerável para os familiares (CARVALHO; COSTA, 2008).

As experiências da agudização dos sintomas psicóticos desafiam a observar os extremos do sofrimento humano como impulsividade, descontrole e imprevisibilidade. Essa perda do contato com a realidade é responsável pelo paciente, em geral se colocar em risco bem como a terceiros. Neste sentido o enfrentamento da situação pelos familiares, em geral é marcado por múltiplos desgastes sociais, pois ainda existem preconceitos dentro e fora dos serviços de saúde. Tanto para os familiares quanto para o paciente na fase aguda é extremamente importante e terapêutico o correto uso da medicação, a qual possibilita, em geral diminuição dos sintomas

positivos e agressivos dos pacientes psicóticos. A fase aguda da psicose também é responsável pela criação do estigma de “louco” produzido na sociedade pela potência dos sintomas agudos (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

A fase de recuperação, no curso evolutivo da crise psicótica, ocorre, em geral, a partir dos próximos 6 meses do início do tratamento da fase aguda (CARVALHO, 2006). É comum se estender por um período de 5 anos após o diagnóstico, é uma fase crucial e de risco, onde são definidos parâmetros do tratamento. É nessa fase que experiências como tentativas de suicídio podem surgir. Na fase de recuperação os sintomas negativos enfraquecem com o tempo e geralmente o paciente apresenta por alguns meses os sinais prodrômicos, até a remissão dos sintomas (MCGORRY; KILLACKEY; YUNG, 2008).

No círculo familiar a crise psicótica, corresponde geralmente a uma época confusa e de tensão, por consequência pode provocar ruptura da homeostase da estrutura e dinâmica familiar. Esta crise resulta em um período de reorganização das relações familiares e também de descoberta de novas regras familiares. O comportamento característico de quem está em uma fase prodrômica ou está vivendo o surgimento da crise psicótica resulta em grande choque para os familiares. Neste caso, a decisão que a família tem que tomar em relação ao tratamento pode se tornar muito difícil, pois ainda há estigma social em relação à psicose o que faz com que os familiares tenham receio da busca do tratamento (CARVALHO; COSTA, 2008).

Sabe-se que os familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico ocupam importante lugar no tratamento e recuperação de seus parentes. Estudo nacional sobre o conhecimento sobre transtorno psicótico e as expectativas de tratamento dos familiares desses pacientes mostra que o conhecimento sobre a doença é escasso e que há interesse, principalmente, em saber como lidar com a situação. Neste sentido, o acolhimento e as informações vão ao encontro das necessidades dos pacientes e podem ajudar a melhorar a adesão ao tratamento, a qualidade das relações familiares e a evolução da doença (CABRAL; CHAVES, 2005).

Em qualquer crise se torna impreenchível que os profissionais da saúde demonstrem urgência na ação, no que tange a crise psicótica, a angústia que invade o paciente e ultrapassa o seu limiar de contenção demanda, igualmente intervenção iminente. É comum que paciente e equipe profissional não se encontrem alinhados em relação ao conceito de crise, por isto muitas vezes os familiares podem ou não concordarem sobre determinada intervenção. Neste caso, o contexto sociocultural inserido pode também ser fator favorável no cuidado e influência direta na abordagem da crise. A relação profissional e paciente deve ser construída paulatinamente a fim de melhorar o manejo para com o paciente, sem reduzi-lo a manuais ou fórmulas de

abordagem a crises respeitando dessa forma sua subjetividade, unicidade e individualidade (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Crises do tipo psicótico são conceituadas como episódios em que uma pessoa apresenta sintomas psicóticos. Nas primeiras crises, o indivíduo tem potenciais preservados para superação do sofrimento, ferramentas psíquicas e sociais para enfrentamento do stress em grau e qualidade mais adaptativos, em comparação com períodos de cronificação (SALOKANGAS; MCGLASHAN, 2008). Pesquisadores ressaltam a importância de intervenção precoce para promoção de saúde mental e prevenção de desenvolvimento crônico do transtorno mental (COSTA, 2010; MCGORRY, 2011; YUNG; MCGORRY, 1996).

Estudo transversal com o objetivo de delinear o perfil dos pacientes atendidos no centro de atenção psicossocial de Barbacena, cidade do interior de Minas Gerais, aponta que a maioria dos pacientes atendidos no período de 2003 a 2008 apresentava passado de tratamento psiquiátrico (64,7%); eram portadores de quadros psicóticos (28,8%), de transtornos afetivos (22%) e de transtornos decorrentes do uso de substâncias (20%) e mais da metade dos pacientes não estava em crise quando procurou o atendimento indicando a necessidade de maior investimento e capacitação nos níveis primário e secundário de atenção à saúde (MANGUALDE *et al*, 2013).

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Considerando a complexidade do problema abordado definiu-se realizar um estudo de delineamento misto utilizando-se os métodos quantitativo e qualitativo.

Sabe-se que historicamente houve uma dicotomia entre os métodos quantitativos e qualitativos, algo que tem sido cada vez menor ultimamente. Segundo Creswell (2010), a situação atual é menos qualitativa versus quantitativa e mais sobre como as práticas de pesquisa se posicionam entre estes dois polos, ou seja, podemos dizer que os estudos tendem a ser mais qualitativos ou mais quantitativos.

Uma distinção importante em relação ao método misto se refere às estratégias de investigação. Essas estratégias revelam que facilmente, a depender da questão de pesquisa, as propostas de estudo podem empregar métodos quantitativos e qualitativos, ora atribuindo mais peso a um do que a outro, ora iniciando-se com um e concluindo-se com outro (CRESWELL, 2010).

Flick (2009) apresenta quatro tipos de planos de pesquisa integrando quantitativa e qualitativa:

- Coleta contínua dos dados quantitativos e qualitativos;
- Coletas periódicas de dados quantitativos acompanhadas de pesquisas de campo de âmbito qualitativo;
- Início com uma coleta qualitativa exploratória seguida por uma coleta quantitativa do tipo questionário e, posteriormente, uma abordagem qualitativa de aprofundamento e avaliação de resultados;
- Realização de um levantamento quantitativo seguido de um estudo de campo qualitativo e, posteriormente, de uma experimentação quantitativa.

4.1.1 Estudo quantitativo

O estudo quantitativo considera tudo que possa ser quantificado, como números, dados e frequências, para posterior análise. Neste tipo de estudo é necessário o uso de técnicas estatísticas, percentagem, média, mediana, desvio-padrão ou coeficiente de correlação.

Apresenta seu foco em fatos, isto é, em tudo aquilo que pode se tornar objeto através da observação sistemática. A pesquisa descritiva dentro da quantitativa tem como objetivo a descrição de fatores, características, fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

O estudo quantitativo é pautado na objetividade dos resultados e tem sua influência e raízes no positivismo, na qual a realidade é compreendida a partir da análise de dados brutos, coletados através de instrumentos padronizados e neutros. A linguagem utilizada na pesquisa quantitativa é a matemática para relacionar causas, efeitos e fatores. Existe um importante fator a ser considerado na utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa, pois ela permite a análise dos dados em diferentes ângulos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A pesquisa quantitativa utiliza de ideias pré-concebidas e de procedimentos estruturados e formais para a coleta de dados, um exemplo importante de pesquisa quantitativa descritiva é a análise documental (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

As potencialidades dos estudos quantitativos incluem a operacionalização e a mensuração acurada de um construto específico, a capacidade de conduzir comparações entre grupos, a capacidade de examinar a associação entre variáveis de interesse e a modelagem na realização de pesquisas. Entretanto, uma das maiores limitações dos estudos quantitativos é que, em geral, a mensuração desloca a informação de seu contexto original (CASTRO *et al*., 2010).

4.1.2. Estudo qualitativo

O estudo qualitativo não pretende estudar um acontecimento propriamente dito, mas permite orientar acerca dos significados que tal fato acarreta para a vida de uma pessoa ou de uma coletividade. Dessa forma, torna-se coluna importante o conhecimento do profissional nos processos e fenômenos que envolvem a saúde e a doença (TURATO, 2005).

Os profissionais da área da saúde têm boa vantagem quando aplicam processos do estudo qualitativo em função de sua importante experiência em assistência adquirida na prática. De fato, essa realidade permite que a coleta de dados e as interpretações fiquem mais fidedignas a realidade empírica vivida (TURATO, 2005).

Entre as características relevantes do estudo qualitativo encontra-se o olhar do pesquisador voltado para a significação dos fatos, pois são os significados de fatos ocorridos que as pessoas orientam suas vidas e exercem força estruturante na vida do ser humano atuando como um molde ou linha guia. No ambiente da saúde propriamente dito, o conhecimento dos

significados de acontecimentos pode estruturar o fluxo de trabalho a partir da melhora da qualidade na relação paciente-profissional-família-instituição e da adesão e continuidade de tratamentos, bem como melhor compreensão das angustias, sentimentos e desejos dos pacientes e seus familiares (TURATO, 2005).

Outra característica importante do estudo qualitativo refere-se ao ambiente natural da coleta de dados. Este ambiente é fundamental na contrapartida que é campo de coleta e observação e por consequência, cenário no qual não há controle sobre as variáveis. Outro ponto relevante é o pesquisador enquanto instrumento próprio de coleta de dados através dos seus sentidos pode garantir a validação do método de pesquisa ao permitir que penetre com profundidade na essência do problema em estudo. Neste aspecto é importante ressaltar que o estudo qualitativo não se foca em quantificações de acontecimentos ou generalizações do processo saúde-doença (TURATO, 2005).

O estudo qualitativo não se apropria somente de informações e elementos, neste sentido este tipo de pesquisa precisa estar amparado na reflexão e interpretação a fim de tentar entender e clarear o que realmente as informações querem dizer as pessoas. Por este fato, o investigador qualitativo tem seu ambiente de trabalho no *setting* natural e nunca em ambiente reproduzido ou que tenta ser similar ao real (TURATO, 2000).

Segundo Minayo (2012), existem quatro substantivos e três verbos que regem o estudo qualitativo. Os substantivos são: experiência, vivência, senso comum e ação e os verbos, compreender, interpretar e dialetizar. A experiência por ser uma característica da essência humana alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. A vivência é considerada resultado das reflexões sobre a experiência, neste caso a experiência sobre determinado assunto pode ser a mesma pra diversas pessoas, porém a vivencia dessas pessoas sobre o mesmo assunto é exclusiva e dependem de sua personalidade e história de vida. O senso comum é o alicerce dos estudos qualitativos no qual é preciso compreender a singularidade e viver integral da pessoa. A ação pode ser entendida pelo esforço das pessoas e grupos para construção de suas vidas a partir de uma realidade (MINAYO, 2012).

Em relação aos verbos que regem o estudo qualitativo, Minayo (2012), afirma que compreender é levar a sério toda a particularidade de uma pessoa, como também temas conflituosos e contraditórios além de entender que toda compreensão é parcial e inacabada. Por último, apresenta que interpretar é apropriar-se do que se compreende, por isto é ininterrupto e advém da compreensão (MINAYO, 2012).

O estudo qualitativo examina o ser humano como um todo, de forma contextualizada. As potencialidades qualitativas incluem a capacidade de gerar informações mais detalhadas das

experiências humanas, incluindo suas crenças, emoções e comportamentos, considerando que as narrativas obtidas são examinadas dentro do contexto original em que ocorrem. Além disso, estudos qualitativos proporcionam análises profundas das experiências humanas no âmbito pessoal, familiar e cultural, de uma forma que não pode ser obtida com escalas de medida e modelos multivariados. As limitações incluem as dificuldades de realizar uma integração confiável das informações obtidas em observações/casos diferentes, assim como as relações entre eles/elas. Acrescenta-se que os métodos qualitativos, frequentemente, não possibilitam gerar prescrições bem definidas dos procedimentos a serem empregados nas pesquisas, limitando a capacidade de obter conclusões definidas e generalizações a partir de um número pequeno de informações e de suas possíveis distintas peculiaridades em relação aos demais casos. Desta forma, obstaculiza-se a plenitude dos cânones da pesquisa científica, tais como a generalização e a replicação, embora parcela de pesquisadores qualitativos considerem estes aspectos pouco relevantes, caracterizando a complexidade inerente a tais definições metodológicas no momento de realizar escolhas no processo de pesquisa (CASTRO *et al*., 2010).

4.2 Origem dos dados

Os dados deste estudo são originários do projeto de pesquisa “Estudo sobre fatores de risco para o desencadeamento da crise psicótica” realizado Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), unidade referência em saúde mental da região Centro Oeste do Estado de Minas Gerais.

Neste estudo exploratório, retrospectivo e com abordagem quantitativa foram analisados 375 prontuários a partir do cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança da população de 15 mil prontuários de atendimento no serviço no período de 1997 a 2013.

Como critério de inclusão foi definido registro na folha de admissão do prontuário de diagnóstico F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes) da CID-10 (OMS, 1993). A seleção dos prontuários foi definida através de sorteio. A amostra foi do tipo intencional já que foram selecionados os prontuários de pacientes atendidos no serviço que preenchiam o critério de inclusão. Os dados foram coletados entre março e julho de 2014 e ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço.

4.3 Fonte de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço arquivados na própria unidade. A pesquisa documental utiliza-se de prontuários que não receberam ainda tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da mesma, neste sentido são importantes fontes de dados. Esse tipo de pesquisa é relevante por proporcionar melhor visão do problema de pesquisa ou então gerar hipóteses que subsidiem a sua verificação por outras formas de pesquisa (GIL, 2007).

O estudo documental tem como característica principal que a fonte da coleta de dados se refere a documentos (escritos ou não). Como dito anteriormente, o documento escolhido para coleta de dados foram prontuários, que se caracterizam como dados primários de instituições públicas. Os prontuários médicos são documento básico que permeia as atividades de assistência, pesquisa, ensino, controle administrativo e acompanhamento jurídico das atividades em um serviço de saúde. Ele é ainda o elemento de comunicação entre os vários profissionais e setores dos serviços e entre a instituição e os pacientes, além de ser o depositário de um conjunto de informações que podem gerar conhecimento sobre as intervenções realizadas e acompanhar a história do paciente (SAMPAIO, 2010). Neste tipo de coleta de dados, o pesquisador deve estar atento aos riscos na escolha dos dados, pois podem ser inexatos, distorcidos da realidade e/ou errôneos. Por essa razão o pesquisador deve conhecer os meios e técnicas para testar a validade e a fidedignidade das informações (MARCONI; LAKATOS, 2010).

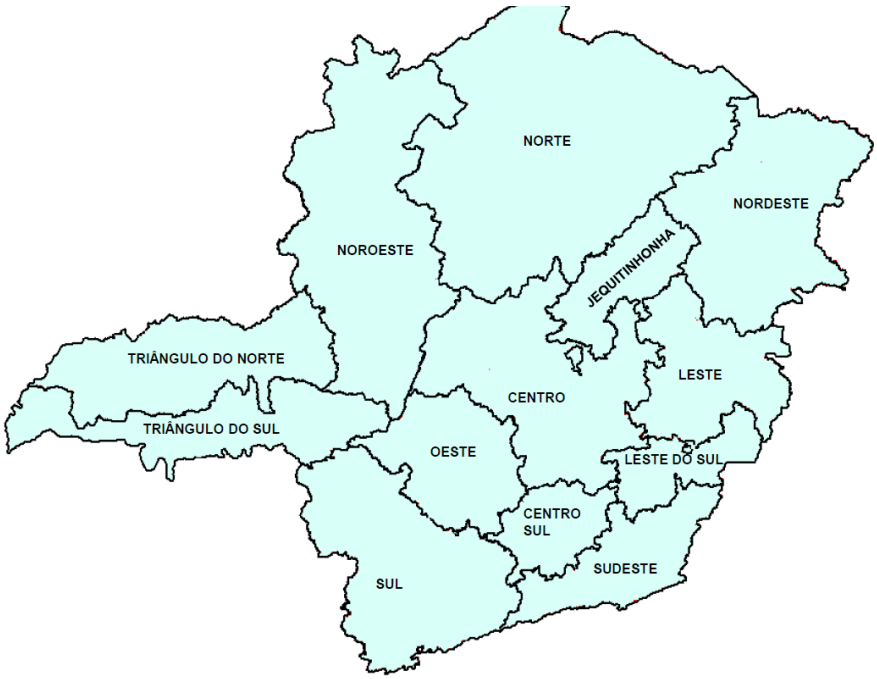
Os dados de pesquisa podem ser analisados de forma quantitativa calculando-se, por exemplo, frequência ou incidência, ou também podem ser analisados de forma qualitativa, como por exemplo, a partir da construção de história de vida de determinado sujeito. Neste aspecto, os documentos são simples representação de acontecimentos ou da realidade que foram produzidos com objetivo específico e visando um tipo de uso futuro, assim quando o pesquisador decide usar determinado documento deve estar ciente que este é um meio de comunicação (FLICK, 2009).

Existem quatro critérios para seleção de documentos que são autenticidade, credibilidade, representatividade e significação. Os documentos precisam ser entendidos como forma de contextualizar as informações e quando decididos por sua utilização o pesquisador deve sempre questionar quem produziu e com qual objetivo (FLICK, 2009).

4.4 Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado no CAPS III de Divinópolis, município brasileiro localizado na região Centro Oeste do Estado de Minas Gerais há 121 Km da capital mineira. O município é polo da Macrorregional Oeste de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011). A regionalização da assistência no âmbito do SUS é hierarquizada de acordo com a seguinte lógica: os municípios são agrupados em microrregiões, que por sua vez compõem as macrorregiões de saúde. O PDR é o instrumento que estabelece a regionalização hierárquica da assistência à saúde em cada Estado da federação, com o objetivo de direcionar a descentralização da rede de serviços para promover o acesso dos usuários aos serviços, considerando os princípios da equidade, integralidade e economia de escala (MINAS GERAIS, 2011). O PDR em vigência em Minas Gerais divide o Estado em 77 microrregiões de saúde e 13 macrorregiões de saúde, que se distribuem territorialmente da seguinte forma:

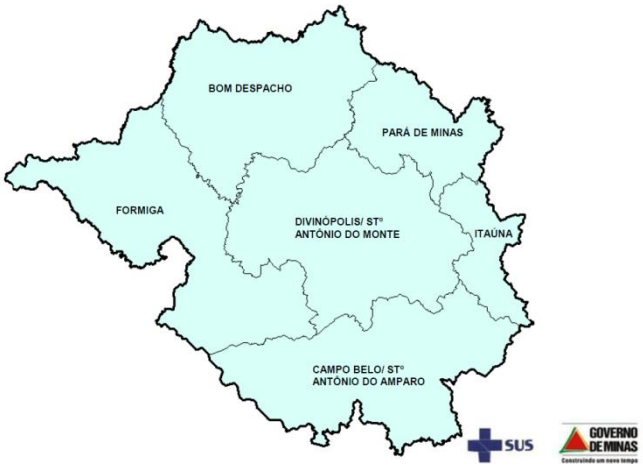
Mapa 1: Divisão Assistencial por macrorregião de Minas Gerais - 2011



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011).

A macrorregional Oeste de Minas Gerais é constituída por 57 municípios de pequeno e médio porte, que constituem seis microrregiões (Itaúna, Pará de Minas, Formiga, Bom Despacho, Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, Divinópolis/Santo Antônio do Monte), que se distribuem territorialmente da seguinte forma:

Mapa 2: Divisão Assistencial da macrorregião Oeste de Minas Gerais – 2011



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011).

Divinópolis tem uma área territorial de 708.115 km² e apresenta uma população residente, segundo o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, de 213.016 habitantes e uma população estimada em 2014 de 228.643 habitantes (IBGE, 2014).

O Centro de atenção psicossocial teve suas atividades iniciadas no município em 1997. A Portaria SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, regulamenta um amplo conjunto de ações realizadas no CAPS, que incluem a atenção às situações de crise, voltadas sempre à construção de autonomia e inserção social de pessoas em intenso sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou da ambiência (BRASIL, 2012a).

O CAPS se mostra como dispositivo da Política de Atenção à saúde mental. No Brasil, esta política pública encontra-se regulamentada através da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que define os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O Estado passa a ser responsável pelo desenvolvimento de políticas públicas, pela assistência e promoção de ações voltadas aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

4.5 Caracterização dos participantes da pesquisa

No período de 1997 a 2013 encontram-se registrados 15 mil prontuários de atendimento no CAPS III do município de Divinópolis. Segundo cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança foi definido como amostra a análise de 375 prontuários. A listagem dos prontuários para coleta de dados foi definida aleatoriamente através de sorteio.

Neste sentido, os participantes do estudo referem-se a 375 pacientes que tiveram registro nos prontuários de diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) da CID-10 (OMS, 1993), com ou sem comorbidade psiquiátrica e foram admitidos no serviço no período de 1997 a 2013.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado formulário construído especificamente para a pesquisa contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade, escolaridade e religião) e história psiquiátrica da primeira admissão no CAPS (idade, diagnóstico psiquiátrico, comorbidade, história e motivo da admissão) (APÊNDICE A).

4.7 Plano de análise dos dados

Para análise dos dados quantitativos foi utilizado a Estatística Descritiva e para os dados qualitativos empregou-se a análise de conteúdo.

A Estatística Descritiva “compreende o manejo dos dados para resumi-los ou descrevê-los, sem ir além, isto é, sem procurar inferir qualquer coisa que ultrapasse os próprios dados” (FREUND; SIMON, 2000, p. 14). A partir da definição de estatística descritiva apresentada por Freund e Simon (2000), tem-se que as formas mais comuns de se resumir os dados ou descrevê-los é através de tabelas ou gráficos. A Estatística Descritiva estará presente sempre que a coleta, o processamento, a interpretação e a apresentação de dados numéricos se fizerem necessárias (FREUND; SIMON, 2000).

Segundo Gil (2007), a estatística é de grande proveito em estudos quantitativos. Já os estudos qualitativos não exigem o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados, e o pesquisador é o instrumento-chave, o qual tende a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (GIL, 2007).

A Estatística Descritiva, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas (GIL, 2007).

Após a coleta dos dados, estes foram codificados e digitados em planilha previamente programada, através do programa *Microsoft Excel* 2010. Posteriormente foi realizada a análise descritiva dos dados, sendo que, para as variáveis quantitativas feito o cálculo de média e desvio padrão e, para as variáveis qualitativas realizado o cálculo de frequência absoluta e relativa.

O referencial de análise utilizado para os dados qualitativos foi a Análise de Conteúdo. Ressalta-se que a Análise de Conteúdo pode apresentar diferentes aplicações podendo variar em razão do objetivo da pesquisa, porém independente do alvo da pesquisa ela deve se submeter às normas científicas para se distinguir da análise sem valor científico. Em sua aplicação a Análise de Conteúdo permite que diferentes fatores presentes em uma sentença, seja ele explícito ou camuflado, se tornem acessíveis ao pesquisador. Dessa forma essa metodologia pode auxiliar pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, pois qualquer texto, frase ou escrita pode ser avaliado (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Oliveira (2008), importantes conceitos ratificam e dão concretude à Análise de Conteúdo como:

- A objetividade coloca que as categorias devem ser definidas com maior clareza possível;
- A sistematicidade aponta para importância do problema estudado ser analisado em todas suas categorias;
- O conteúdo manifesto foca apenas no conteúdo estudado devendo ser deixado de lado os preconceitos e ideias pré-existente por parte do pesquisador;
- A unidade de registro (UR) refere -se à unidade retalho ou recorte a partir da qual se faz um conjunto de textos para analisar;
- A unidade de contexto (UC) são as unidades de concepção unidade de registro permitindo dessa forma melhor compreensão;

- Na construção de categorias é preciso realizar a classificação das informações a serem analisadas, primeiro se diferencia e depois os reagrupa seguindo vários critérios, assim o novo arranjo é intencional e diferente do original;
- A análise categorial leva em conta a totalidade do texto passando por uma triagem de classificação e quantificação, de acordo com a frequência de presença ou ausência de itens que dão sentido;
- Na inferência se realiza uma proposição em contrapartida a proposições pré-existentes já aceitas como fidedignas;
- A condição de produção sugere a compreensão da sentença bem como as características determinantes levando em conta a estrutura semântica, psicológica ou sociológica da sentença.

No presente trabalho foi utilizado a Análise de Conteúdo Temático Categorial com abordagem qualitativa com técnica proposta por Oliveira (2008). Esta técnica de análise compreende as seguintes etapas:

1. Realização de leitura flutuante do conteúdo coletado, ou seja, leitura exaustiva do texto sem se apegar a nenhuma especificidade;
2. Construção de hipóteses provisórias acerca do objeto de estudo e do conteúdo coletado;
3. Definição das UR que podem ser frases, palavras, parágrafos, temas, objeto, etc., devendo-se optar por apenas uma unidade;
4. Marcação do texto assinalado as unidades de registro elencadas,
5. Determinação das unidades de significação ou tema que consistem em agrupar as UR segundo significado;
6. Execução da análise temática através da identificação dos temas em número de UR, tendo-se em vista que as unidades de significação são compostas por UR agrupadas e associadas;
7. Reunião dos temas definidos agrupando na análise categorial. O agrupamento de temas deve ocorrer utilizando-se critérios empíricos ou teóricos;
8. Os resultados serão tratados por meio de descrições cursivas, com exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria;

9. Para discussão do que foi encontrado têm-se as categorias como reconstrução do discurso considerando-se o objeto e objetivos de pesquisa e a fundamentação teórica.

4.8 Preceitos éticos

Os aspectos éticos desta pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João Del-Rei, sob parecer nº 610.585 em 9 de abril de 2014 (CAAE 27744614.1.0000.5545).

O compromisso da garantia e preservação das informações dos prontuários e a confidencialidade dos pacientes do CAPS III foram afirmados através da assinatura do Termo de compromisso para utilização de dados e/ou prontuários dos pacientes pelos pesquisadores (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da dissertação serão apresentados por meio de dois artigos científicos elaborados de acordo com as normas das revistas científicas escolhidas para submissão. Ressalta-se que a forma e preparação da dissertação segue as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e dos artigos adotam as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (VANCOUVER).

Artigo 1 - Demanda de tratamento à crise psicótica no centro de atenção psicossocial

Artigo 1 - Demanda de tratamento à crise psicótica no centro de atenção psicossocial

Demanda de tratamento à crise psicótica no centro de atenção psicossocial
Treatment demand the psychotic crisis in psychosocial care center
El tratamiento demanda la crisis psicótica en el centro de atención psicosocial

Fonseca, Leonardo Leão Kahey
Enfermeiro, aluno do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ. E-mail: leokahey@hotmail.com
Araújo, Leandro Martins Costa de
Bolsista de Iniciação Científica, acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.
Godoy, Emanuele de Freitas Manata
Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.
Botti, Nadja Cristiane Lappann
Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.

Resumo
Objetivo: analisar a demanda de atenção à crise no centro de atenção psicossocial. Método: realizado análise documental de 375 prontuários a partir do cálculo amostral dos prontuários de atendimento no centro de atenção psicossocial de cidade do interior do Estado de Minas Gerais (Brasil) no período de 1997 a 2013. Resultados: Os pacientes são mais admitidos para tratamento na fase aguda, seguido da fase prodrômica e de recuperação. A menor idade média dos pacientes é na fase aguda. Em todas as fases da psicose a maioria é do sexo masculino, solteiro, baixa escolaridade e com Esquizofrenia. Observa-se aumento gradativo de comorbidade psiquiátricas da fase prodrômica, aguda e de recuperação e a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar. Conclusão: A demanda de atenção à crise psicótica no centro de atenção psicossocial é de pacientes com sintomatologia da fase aguda, homens, solteiros, com baixa escolaridade e com diagnóstico de Esquizofrenia.
Descritores: Transtornos psicóticos; pesquisa; registros médicos; sintomas comportamentais

Abstract
Objective: To analyze the demand to the psychotic crisis in psychosocial care center. Method: conducted document analysis of 375 medical records from the sample calculation of attendance records at the center of psychosocial care city in the state of Minas Gerais (Brazil) from 1997 to 2013. Results: Patients are more admitted the service in the acute phase, followed by the prodromal phase and recovery. The lowest average age of patients is in the acute phase. At all stages of the psychosis most are male, single, poorly educated and with schizophrenia. There has been gradual increase in the psychiatric comorbidity of prodromal, acute and recovery, and most have family history of psychiatric disorder. Conclusion: It was concluded that the demand for attention to psychotic crisis in psychosocial care center is for patients with symptoms of the acute phase, men, single, poorly educated and diagnosed with schizophrenia.
Descriptors: Psychotic disorders; research; medical records; behavioral symptoms

Resumen

Objetivo: Analizar la atención de la demanda a la crisis en el centro de atención psicosocial. Método realizado el análisis de documentos de 375 historias clínicas del cálculo muestra de los registros de asistencia en el centro de la ciudad de la atención psicosocial en el estado de Minas Gerais (Brasil), de 1997 a 2013. Resultados: Los pacientes son más admitidas para el tratamiento en la fase aguda, seguida de la fase prodrómica y la recuperación. El más bajo edad promedio de los pacientes se encuentra en la fase aguda. En todas las etapas de la psicosis más son hombres, solteros y esquizofrenia. No ha habido aumento gradual de la comorbilidad psiquiátrica de prodrómica, aguda y la recuperación, y la mayoría tienen antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico. Conclusión: La demanda de atención a crisis psicótica en el centro de atención psicosocial es para los pacientes con síntomas de la fase aguda, los hombres, solteros y diagnosticados con esquizofrenia.
Descriptores: Trastornos psicóticos; investigación; registros médicos; síntomas conductuales

Introdução

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

O cuidar baseado na atenção psicossocial implica buscar formas de atuação que percebam a pessoa em crise como ser singular, complexo e entrelaçado por uma rede familiar e social e que valorizem a subjetividade, o saber e o sentir da pessoa a fim de compreender o que está acontecendo com ela. Neste aspecto o paradigma psicossocial preconiza que a crise deve ser refletida criticamente e aponta que além da atenção urgente à pessoa em crise se faz necessária uma ética do cuidado que tem a finalidade de proporcionar o alívio do sofrimento para a pessoa[(2)]. Neste contexto a atenção à crise considera a dimensão clínica (diagnóstico e presença de comorbidades), dimensão do laço social da pessoa (rede de suporte, família, trabalho, renda, cultura) e a dimensão da singularidade da pessoa (subjetividade)[(3)].

Pessoas com grave sofrimento psíquico podem vivenciar momentos críticos que, por vezes, coincidem com o desencadeamento de uma crise, gerando com isso ações confusas e incompreendidas por eles próprios e pelas pessoas que o circundam. Neste aspecto a crise precisa ser compreendida como uma tentativa da pessoa elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento pressupondo a necessidade de uma estratégia ampliada de cuidado[(2)].

Os transtornos psicóticos, e em particular a Esquizofrenia, são doenças graves com início na adolescência ou idade adulta jovem e que estão classicamente associadas a prognóstico

limitado[4]. Sabe-se que a psicose não tratada pode causar aflição e perturbação tanto para a pessoa com os sintomas quanto para suas famílias. Neste sentido serviços de intervenção devem priorizar a detecção precoce. Estudo qualitativo inglês identifica várias barreiras para a busca do tratamento imediato para o primeiro episódio psicótico como preocupações com o estigma da doença mental, desconhecimento de quais serviços de saúde procurar, busca de atendimento em situações críticas, dificuldade do paciente reconhecer os sintomas como transtorno psiquiátrico, falta de tempo, conhecimento ou habilidade de trabalhadores de organizações comunitárias para realizar contato com os serviços de saúde[5]. Entre as principais situações de crise que também enfrentam os familiares com pacientes com transtorno psicótico e suas necessidades de atenção psiquiátrica são a própria crise psicótica do familiar, a crise familiar diante do diagnóstico e do processo de aceitação do transtorno e as crises diante das subsequentes recaídas[6].

A psicose apresenta no seu curso evolutivo três fases distintas (fase prodrômica, aguda e recuperação) sendo que em cada uma delas há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas de acordo com as próprias desordens acarretadas em cada fase[7].

Entre os principais sinais e sintomas prodrômicos presentes na crise psicótica encontram-se: diminuição da concentração atenção e motivação, humor depressivo, alterações do sono, ansiedade, isolamento social, desconfiança, perda de função social e irritabilidade[8]. Em geral, na fase aguda certos sintomas são característicos como a presença de delírios, alucinações e desorganização da fala (sintomas positivos), acompanhadas ou não por transtornos de humor ou personalidade e uso de drogas (sintomas negativos)[7]. A fase de recuperação, no curso evolutivo da crise psicótica, ocorre, em geral, a partir dos próximos 6 meses do início do tratamento da fase aguda, sendo comum se estender por um período de 5 anos após o diagnóstico, é uma fase crucial e de risco, onde são definidos parâmetros do tratamento[7].

Diante do exposto, tem-se por objetivo analisar a demanda de atenção à crise no Centro de Atenção Psicossocial de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose.

Método

Realizado estudo exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), unidade referência em saúde mental da região centro oeste do Estado de Minas Gerais (Brasil). É um serviço de saúde público, que desde 1997, oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS III proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas,

incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço arquivados na própria unidade. A análise dos prontuários apresenta-se como fonte de informação, ferramenta de produção de dados em inúmeras pesquisas da área da saúde. O prontuário é uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde[9]. Entende-se que tais princípios reforçam o valor documental, ético e comunicativo desse instrumento, tornando-se um acervo para análise.

A amostra foi constituída de 375 prontuários a partir do cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança da população de 15 mil prontuários de atendimento no serviço no período de 1997 a 2013. Como critério de inclusão foi definido registro na folha de admissão do prontuário de diagnóstico F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes) da CID-10. A seleção dos prontuários foi definida através de sorteio. A amostra foi do tipo intencional já que foram selecionados os prontuários de pacientes atendidos no serviço que preenchiam o critério de inclusão. Os dados foram coletados entre março e julho de 2014.

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

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

Resultados

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

Tabela 1. Distribuição das fases da crise psicótica entre os pacientes em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis (MG), 2014 (N+375).

Fases da crise psicótica	f	%
Fase prodrômica	100	26,67
Fase aguda	216	57,60
Fase recuperação	59	15,73
Total	375	100

Fonte: Elaboração própria

As características sociodemográficas entre os pacientes de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicose admitidos para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial encontram-se descritas na Tabela 2. Os pacientes tinham em média 36,91, 34,95 e 35,06 anos na fase prodrômica, aguda e recuperação, respectivamente. Durante todas as fases do ciclo evolutivo da psicose a maioria era do sexo masculino, solteiro e com baixa escolaridade (possuíam ≤ 8 anos de estudo) (Tabela 2).

A faixa etária conforme a escala de classificação da OMS apresenta diferença durante as fases do ciclo evolutivo da psicose. Na fase prodrômica e aguda a maioria são adultos jovens (dos 15 aos 30 anos) e na fase de recuperação são da idade madura (dos 31 aos 45 anos) (Tabela 2).

Quanto às condições de saúde observou-se que a maioria não apresenta comorbidade psiquiátrica, porém observa-se aumento gradativo da presença de comorbidade psiquiátricas da fase prodrômica, aguda e de recuperação. Observa-se que a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose (Tabela 2).

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico da CID 10 referente às categorias Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) identificou-se que a maioria, em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose, apresenta Esquizofrenia (F20) seguida de Psicose não-orgânica não especificada (F29) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas entre os pacientes de acordo com as fases do ciclo evolutivo da psicoseem tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis (MG), 2014 (N+375).

Características sociodemográficas		Fases da crise psicótica		
		Prodrômica	Aguda	Recuperação
Idade média (anos)		36,91	34,95	35,06
Idade	Adulto Jovem (15-30 anos)	39,00	40,74	35,59
	Idade Madura	28,00	35,19	45,76

	(31-45 anos)			
	Idade da Mudança (46-60 anos)	26,00	21,76	15,25
	Idade mais velha (61-75 anos)	7,00	2,31	3,39
Sexo	Masculino	56,00	54,17	55,93
	Feminino	44,00	45,83	44,07
Estado Civil	Casado	34,78	33,33	36,73
	Solteiro	52,17	57,38	53,06
	Separado/Viúvo	13,04	9,29	10,20
Escolaridade	≤ 8 anos de estudo	74,71	83,33	70,59
	≥ 8anos de estudo	25,29	16,67	29,41
Comorbidade psiquiátrica	Sim	87,00	79,63	74,58
	Não	13,00	20,37	25,42
História de transtorno psiquiátrico familiar	Sim	80,23	73,96	64,81
	Não	19,77	26,04	35,19
Diagnóstico CID-10	Esquizofrenia (F20)	58,00	61,11	50,85
	Transtornos delirantes persistentes (F22)	2,00	1,39	1,69
	Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)	1,00	2,78	5,08
	Transtornos delirantes induzido (F24)	2,00	0,46	0,00
	Transtornos esquizoafetivos (F25)	6,00	3,24	3,39
	Transtornos psicóticos não-orgânicos (F28)	0,00	0,46	0,00
	Psicose não-orgânica não especificada (F29)	31,00	30,56	38,98

Fonte: Elaboração própria

Discussão

No curso evolutivo da psicose os pacientes são mais admitidos para tratamento na fase aguda, seguido da fase prodrômica e por último de recuperação (Tabela 1). Os primeiros anos da Esquizofrenia é a época de maior acometimento de danos, principalmente durante o primeiro episódio psicótico, no entanto, ressalta-se a importância de estudos com indivíduos na fase prodrômica devido a importância da intervenção nessa fase. Essa intervenção pode ser realizada em serviços de cuidados primários reduzindo impactos causados pela psicose, como perda de função social e funcional e, consequentemente, melhora do prognóstico em relação a sintomatologia da fase aguda desse transtorno psiquiátrico[10].

A fase aguda da psicose se caracteriza pelo funcionamento psíquico que encontra-se desorganizado desprovido de defesas mentais, o paciente encontra-se mais vulnerável podendo apresentar sintomas invasivos e agressivos, como alucinações e delírios, e consequentemente suas relações familiares estão prejudicadas. Os profissionais da assistência devem estar capacitados para a intervenção necessária nessa fase da crise psicótica. A fase aguda pode ser desencadeada por crises familiares e uso irregular da medicação, sendo o último o motivo mais frequente descrito na literatura para o desencadeamento desta fase[11]. Com alta prevalência mundial a fase aguda da psicose é considerada extremamente grave pois pode produzir nas pacientes perdas significativas no que se diz respeito a memória e cognição[12].

A família tem papel fundamental no tratamento de paciente com transtorno psicótico, entre eles o auxílio na adesão ao tratamento e na administração correta da medicação, já que o tratamento e a utilização de psicofármacos na fase aguda da psicose, possibilita que a sintomatologia curse de forma menos agressiva favorecendo o restabelecimento dos laços familiares e sociais[11].

A literatura mostra que quanto mais precocemente a Esquizofrenia for diagnosticada pior será o prognóstico, assim como o início tardio pode caracterizar como proteção e fator positivo, pois, quando o primeiro episódio ocorre em idade mais avançada possibilita o sujeito desenvolver melhor suas habilidades e experiências sociais antes da doença produzindo maior capacidade de resistência mental e psicológica. Mulheres com Esquizofrenia apresentam, em geral, a doença em data posterior aos homens, com maior probabilidade em casar, construir vínculos familiares, melhor estilo e resolução de problemas, maior capacidade de flexibilidade mental e elaborar perdas e ganhos[13].

No curso evolutivo da psicose são mais admitidos pacientes adultos jovens (15-30 anos) na fase aguda e prodrômica (Tabela 2).Os dados obtidos pelo estudo vêm de encontro com o descrito na literatura sobre maior incidência da Esquizofrenia nesta época da vida, o que, por conseguinte pode causar impacto efetivo na produção social do indivíduo[14].

Estudo aponta que os homens têm o início da fase sintomática da psicose mais precoce que as mulheres. Nos homens a idade de aparecimento é em torno de 18-25 anos já entre as mulheres, em geral entre os 25-35 anos. A história natural da doença mostra que o sexo é importante fator a ser considerado na Esquizofrenia, devido ao curso e evolução serem diferente entre os sexos. Independente do diagnóstico e desfecho clínico o número de internações, suicídios e recaídas são menores entre as mulheres. A diferença de prognósticos entre os sexos associado aos determinantes psicossociais, em geral, atuam negativamente em relação aos homens, como observa-se na idade de início mais precoce, maiores números de comorbidades

clínicas e psíquicas e principalmente apresentam maior probabilidade em permanecerem solteiros. Os suicídios também são mais comuns e frequentes entre os homens[15].

Na fase de recuperação foi mais frequente a admissão de pacientes adultos maduros (31-45 anos) (Tabela 2). Comumente o quadro inicial dos transtornos psicóticos e da esquizofrenia têm como característica a mutabilidade durante o seu curso, sendo, portanto, bastante variável nos primeiros anos; em geral, somente cerca de 5 anos após a primeira crise que os sintomas se tornam mais estável. Os sintomas graves e que na maioria das vezes funcionam como potencializadores de perdas funcionais, em geral, não se agravam após os 5 anos. Dessa forma, o paciente psicótico apresenta maior estabilidade psiquiátrica e psíquica em virtude de conhecer melhor a doença, seus sintomas, formas de tratamento incluindo a medicação e seus efeitos[16]. Isso pode explicar o fato de pacientes adultos na fase madura encontrarem-se na fase de recuperação de um transtorno psicótico. Fato importante refere-se que a adesão ao tratamento nessa fase da vida encontra-se diretamente ligada ao aumento da qualidade de vida desses pacientes[17].

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose os pacientes homens são mais admitidos para tratamento (Tabela 2). Estudo nacional, ao analisar a frequência relativa da Esquizofrenia, de acordo com o sexo, aponta que a maioria são do sexo masculino. O sexo é um importante fator preditivo na evolução da psicose, principalmente da Esquizofrenia, onde verifica-se maior incidência e prevalência entre os homens. Em relação ao prognóstico existe uma melhor evolução do curso da doença nas mulheres, visto que o número de reinternações psiquiátricas são menores e os sintomas invasivos são menos frequentes, tanto os sintomas positivos quanto os negativos. Outra explicação importante refere-se que o estrógeno pode desempenhar uma função protetora nas mulheres fazendo com que o início da doença seja mais tardio e necessitando de menores doses de antipsicóticos[18].

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose os homens são mais admitidos para tratamento com crise psicótica no serviço de atenção especializada (Tabela 2). Culturalmente os homens são considerados menos vulneráveis às patologias mentais e físicas. Em geral os homens não adotam medidas preventivas e evitam buscar atendimento em unidades de atenção primária, o que dificulta o diagnóstico precoce da psicose e de outras doenças crônicas. Outro fator importante é em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas onde se encontra maior prevalência no sexo masculino[19].

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose os solteiros são mais admitidos para tratamento para crise psicótica que os casados e divorciados (Tabela 2). Esses dados vêm de encontro com o que é descrito na literatura onde encontra-se que a alta prevalência dessa doença

em solteiros, por causar grave disfunção social que em geral, altera e afeta a construção de relacionamentos estáveis e conjugais. Estudo nacional apontou que em relação a situação conjugal a maioria dos pacientes são solteiros, sendo que entre os homens a maior parte reside com os pais, o que pode ser devido às dificuldades na construção de vínculos e laços sociais em pessoas com transtornos psicóticos[20].

O perfil socioeconômico está intimamente ligado com o perfil de saúde de uma população. Em relação à escolaridade existe predomínio de baixa escolaridade, isto é, com menos de 8 anos de estudos, entre os pacientes admitidos para tratamento em todas as fases do curso evolutivo da psicose (Tabela 2). A baixa escolaridade entre os pacientes psiquiátricos, entre eles com transtornos psicóticos, pode ser tanto fator de risco como efeito do curso da patologia. Porém destaca-se que na maioria dos estudos publicados apontam a baixa escolaridade como efeito do curso, sendo que na maioria das vezes o paciente abandona a escola e outros laços laborais devido a sintomatologia da doença. Outra relação para baixa escolaridade entre os pacientes com crise psicótica pode ser devido ao perfil da população atendida no Centro de Atenção Psicossocial. Estudo nacional mostra que em relação a renda familiar ou do paciente vem do Serviço Previdênciário, sendo aproximadamente um salário mínimo, e isso justifica a maior procura de classe média baixa aos serviços prestados pelo SUS[21].

O perfil encontrado neste estudo dos pacientes com crise psicótica como homens em idade produtiva, solteiros e baixa escolaridade é corroborado por estudo nacional que revela que a maioria dos pacientes são homens solteiros com idade entre 30-39 anos e baixa escolaridade[22]. A prevalência de solteiros está ligada a presença precoce dos sintomas e a dificuldade de identificação de sujeitos prodrômicos para o início do tratamento como também está relacionado a rupturas escolares e de vínculos trabalhistas[22] .

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose identifica-se maior presença de comorbidade psiquiátrica entre os pacientes com crise psicótica (Tabela 2).A clientela atendida nos serviços de saúde mental que apresentam uma comorbidade psiquiátrica é um público heterogêneo, que pode ser acometido por diversas outras alterações mentais sem ser a psicose. O transtorno mental mais comum coexistente com a psicose é o uso abusivo de substâncias como álcool e outras drogas e aumento a gravidade e as alterações de uma doença mental de base, podendo produzir sintomas psicóticos. A maior dificuldade para se estabelecer um diagnóstico de comorbidade é a diferenciação das sintomatologias[23]. A psicose acomete os indivíduos em sua fase mais produtiva, sendo alteradas várias funções dentro da sua estrutura familiar, social e ocupacional, o que por consequente pode aumentar o risco de comorbidades psiquiátricas associadas[18]

Em todas as fases do curso evolutivo da psicose o paciente que apresenta história de familiar com transtorno psiquiátrico demanda mais tratamento (Tabela 2). Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno mental grave é histórico familiar de primeiro grau de psicose, podendo dessa forma justificar a maior procura por quem tem histórico na família[18]. Sabe-se que o histórico familiar é o principal fator de risco para os transtornos psicóticos[18].

Importante ressaltar que o grupo familiar é um ambiente psíquico comum, o que permite a transmissão psíquica entre as gerações. Este grupo é delimitado por uma essência genealógica estando sempre em continua evolução, podendo ser modificado por crises vitais como nascimento, separação e mortes[24]. Nesse ambiente psíquico comum se transmite a manutenção de vínculos intersubjetivos, ideias, mecanismos de defesa, identificações, certezas e dúvidas. O que se transfere de um espaço psíquico para outro são prioritariamente afetos, representações e fantasias. Existem dois tipos de transmissão psíquica familiar, a intergeracional relativo ao material psíquico que é transmitido pelas gerações mais próximas, transformado e repassado. Outra transmissão psíquica é a transgeracional que se refere a um material psíquico de herança genealógica não transformada e simbolizada[25]. Essa transmissão entre as gerações ampara valores, crenças e diversos outros fatores que asseguram a continuidade do grupo bem como sua cultura; ela é envolvida em um trabalho constante de elaboração e transformação[24].

Em relação ao diagnóstico identifica-se que a maioria, em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose, apresenta Esquizofrenia (F20) como diagnóstico psiquiátrico de maior demanda para tratamento de crise psicótica no serviço (Tabela 2). A literatura mostra que os pacientes com Esquizofrenia devem ser considerados pertencentes a uma classe de doença crônica que necessita de cuidados durante todo curso vital. Neste sentido, a Esquizofrenia entre os transtornos psicóticos é a que tem pior prognóstico apresentando sintomas mais invasivos e agressivos quando comparados com os demais transtornos psicóticos[16].

Importante ressaltar que no curso evolutivo da Esquizofrenia os pacientes que cronificam podem, em determinados casos apresentar sintomatologia igual de pacientes com remissão dos sintomas. Neste sentido, os pacientes esquizofrênicos, em geral, continuam a apresentar comprometimento do afeto enquanto sintomatológica negativa apesar do tratamento[26]. Essa sintomatologia negativa pode produzir perda relacional e ocupacional e risco de abuso de substâncias e abandono do tratamento. Os pacientes com Esquizofrenia entre os transtornos psicóticos são os que apresentam pior adesão ao tratamento, situação que pode potencializar os sintomas da doença e, portanto, piorando o prognóstico[27].

Conclusão

A atenção à crise é um ponto estratégico no processo de mudanças paradigmáticas propostas pela reforma psiquiátrica brasileira que exige responsabilização dos serviços e profissionais junto às pessoas com grave sofrimento psíquico e seus familiares a partir do acolhimento e construção de vínculos.

A psicose é um transtorno mental que apresenta no seu curso evolutivo três fases distintas sendo que em cada uma delas há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas de acordo com a sintomatologia e próprias desordens acarretadas em cada fase. No curso evolutivo da psicose os pacientes que são mais admitidos no centro de atenção psicossocial para tratamento estão na fase aguda, seguido da fase prodrômica e por último de recuperação.

A fase aguda da psicose é a mais invasiva para o paciente, família e sociedade podendo produzir maior comprometimento. A menor idade média encontrada dos pacientes está na fase aguda. Em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose a maioria era do sexo masculino, solteiro, baixa escolaridade e com diagnóstico de Esquizofrenia. Observou-se também aumento gradativo da presença de comorbidades psiquiátricas da fase prodrômica, aguda e de recuperação e a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar.

Seria importante a discussão de fluxo de atenção à crise na rede de atenção psicossocial onde se poderia ter prioridade para tratamento no centro de atenção psicossocial os pacientes com sintomatologia da fase aguda da crise psicótica e na atenção básica os pacientes na fase prodrômica e de recuperação. Na atenção básica o enfermeiro pode ser o principal ator nesta intervenção, pois é em geral, o responsável pelo acolhimento e capacitação dos agentes comunitários. Neste aspecto torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada com equipes multidisciplinares preparadas para lidarem com a fase prodrômica e de recuperação bem como o manejo das rupturas de vínculos, dos conflitos, perdas de laços, situações de violência e outros conflitos que possam servir para desencadear crise subsequente.

Uma limitação importante deste estudo refere-se à qualidade das informações encontradas nos prontuários que apresentam letras ilegíveis, datas irregulares, falta de assinatura e outras informações necessárias. Outra limitação importante para o estudo passa do pressuposto da subjetivação da crise, pois mesmo que seja descrita cientificamente, cada profissional da saúde durante o acolhimento tem sua interpretação sobre a crise e o sofrimento do paciente e família.

Referências

1. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. RevEscEnferm USP 2013; 47(3):657-63.

2. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. RevBrasEnferm. 2014 set-out;67(5):708-14.

3. Campos PJ. O manejo das crises e a rede: o lugar do CAPS III. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. Seminário para avançar a Reforma Psiquiátrica: construindo uma agenda positiva. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2007. 97-112

4. Coentre R, Levy P, Figueira ML. Intervenção Precoce na Psicose Período Pré-psicótico. Acta Med Port. 2010; 23: 1083-1090.

5. Tanskanen et al. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study BMC Psychiatry 2011, 11, 157

6. Rascón ML, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental 2014; 37, 239-246

7. MC.Gorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. Wor Psyc 2008; (7)148-156.

8. MC Gorry PD, Yung AR. The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. Schizophrenia Bulletin 1996; 22(2), 353-370.

9. Mesquita AMO, Deslandes SF. Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. Saude Soc 2010; 19(3), 664-673.

10. López MIG, Muñoz MS, Borrego AT, Bonome LS.Terapia cognitivo-conductualenlaspsicosis agudas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32 (114), 225-245.

11. Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Souto VT, Mostradeiro SCTS, Vasconcelos R. A utilização de psicofármacos em indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. Enfermería Global 2014; 36; 126-136.

12. Lima FCC, Nascimento RC, Lomez ESL, Gaspar J. Revisão sistemática para avaliar a eficácia do uso da risperidona no tratamento de manutenção da esquizofrenia. e-Scientia 2014 7(2), 24-30.

13. Resende AC, Viglione DJ, Argimon IIL. Gender Differences in Schizophrenia through Rorschach technique. PSICO Porto Alegre, PUCRS 2009; 40(3), 279-286

14. Castaño MY, Erazo Chávez, IC., Piedrahita Sandoval, LE. Aplicación del proceso de enfermeira em la atención domiciliaria de personas com enfermedad mental. Enfermería global 2014; 28; 41-51.

15. Chaves A C. Diferenças entre os sexos na Esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(1), 21-2

16. Daker MV. Validade do conceito de psicose processual. Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea 2014; 3(2), 1-15

17. Liberato SMD, Souza AJG, Gomes ATL, Medeiros LP, Costa IKF, Torres GV. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. Rev Eletr Enf 2014; 16(1):191-8

18. Silveira MS, Vargas MM, Reis FP, Silva P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Colet 2011;19(1), 27-32

19. Cristo DA.Grupo Terapêutico no CAPs: Cuidado a homens com sofrimento mental e histórico de violência. Rev. NUFEN, 2012; 4(22), 61-70.

20. Nicolino PS, Vedana KGG, Miasso AI, Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):708-15.

21. Silva TL, Marftun MA, Kalinke LP, Mathias Thais AFM, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. Cogitare Enferm. 2015; 20(1):112-20.

22. Soares DSM, Silva FP, Pereira LJA, Alves JCS, Silva SSM, Dias EG. Percepção do usuário quanto ao acolhimento recebido no Centro de Atenção Psicossocial I, NO município de Janaúba-MG. Rev. Saúde Públ. Santa Cat; 2015; 8(1), 15-29.

23. Laranjeira R, Zaleski M, Ratto L. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global 2004; São Paulo: ABEAD, 7-11.

24. Correa OBR. Transmissão Psíquica Entre as Gerações. Psicologia USP, 2003; 14(3), 35-45.

25. Henriques MIG, Gomes IC. Mito familiar e transmissão psíquica: uma reflexão temática de forma lúdica. Psychê São Paulo; 2005; 9(16), 183-196

26. Karlin MIF. Caso clínico - A esquizofrenia sob o olhar da psicanálise. Estud Psicanal 2014; 14(41), 93-110.

27. Wagner LV, Borba EC, Silva MS. Inclusão Ocupacional: Perspectiva de pessoas com Esquizofrenia. Psicologia em Estudo 2015; 20(1), 83-94.

Artigo 2 - Admissão dos pacientes em crise psicótica na fase prodrômica

Artigo 2 - Admissão dos pacientes em crise psicótica na fase prodrômica

ADMISSÃO DOS PACIENTES EM CRISE PSICÓTICA NA FASE PRODRÔMICA
ADMISSION OF PATIENTS IN PSYCHOTIC CRISIS ON STAGE PRODROMAL
ADMISIÓN DE PACIENTES EN CRISIS PSICÓTICA EN LA FASE PRODRÓMICA

Fonseca, Leonardo Leão Kahey
Enfermeiro, aluno do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ. E-mail: leokahey@hotmail.com
Araújo, Leandro Martins Costa de
Bolsista de Iniciação Científica, acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.
Godoy, Emanuele de Freitas Manata
Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.
Botti, Nadja Cristiane Lappann
Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.

RESUMO
Objetivo: conhecer os contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos na admissão para tratamento na fase prodrômica da crise.
Material e método: estudo de caso qualitativo a partir do referencial de Análise de Conteúdo Temático Categorial de 100 pacientes admitidos com sintomatologia prodrômica para tratamento da crise psicótica no Centro de Atenção Psicossocial de cidade do interior do Brasil.
Resultados: Encontrado como contextos presentes na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica as situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de droga na crise psicótica.
Conclusão: Importante se conhecer os contextos na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica afim de favorecer a intervenção precoce, e assim melhor acesso ao tratamento e prognóstico.
PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Psicóticos, Admissão do Paciente, Saúde Mental, Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT
Objective: Know the contexts present in the lives of psychotic patients on admission for treatment in the prodromal phase of the crisis.
Material and Methods: Qualitative case study from the Thematic Content Analysis Categorical of 100 patients admitted with prodromal symptoms for the treatment of psychotic crisis in Psychosocial Care Center of town in the interior of Brazil.
Results: Found as contexts in the lives of patients in the prodromal phase of psychosis the bonds of disruptions, of identity, of psychiatric treatment and emotional rupture, as well as violence and drug abuse during psychotic crisis.
Conclusion: Important to know the contexts in the lives of patients in the prodromal phase of psychosis in order to facilitate early intervention, and thus better access to treatment and prognosis.
KEYWORDS: Psychotic Disorders, Patient Admission, Mental Health, Qualitative Research

RESUMEN
Objetivo: conocer los contextos presentes en la vida de los pacientes psicóticos de admisión para el tratamiento en la fase prodrómica de la crisis.
Método: estudio de caso cualitativo del Análisis de Contenido Temático Categórico de 100 pacientes ingresados con síntomas prodrómicos para tratar la crisis psicótica en el Centro de Atención Psicosocial de la ciudad el interior de Brasil.
Resultados: Se encontraron como regalos contextos de la vida de los pacientes en la fase prodrómica de la psicosis los lazos de las interrupciones, la identidad, el tratamiento psiquiátrico y crisis emocional, así como la violencia y el abuso de drogas en crisis psicótica.
Conclusión: Es importante conocer los contextos de la vida de los pacientes en la fase prodrómica de la psicosis con el fin de facilitar la intervención temprana, y por lo tanto un mejor acceso al tratamiento y el pronóstico.
PALABRAS CLAVES: Trastornos Psicóticos, Admisión del Paciente, Salud Mental, Investigación Cualitativa

INTRODUÇÃO

A crise resulta um desequilíbrio psíquico onde a pessoa sente-se desprotegida de sua defesa mental natural que tem a função de proteger em situações de conflito e estresse. As situações de desequilíbrio são normais no ciclo da vida humana, podendo ou não resultar em uma crise, entretanto quando a crise ocorre pode revelar que a pessoa não está preparada ou não possui recursos criativos para lidar com determinados acontecimentos da vida[1]. A crise pode aparecer após uma situação imprevisível (doença, desemprego ou morte) ou previsível (adolescência, gravidez ou envelhecimento) e deve ser compreendida como forma de adequação e reação da pessoa[2].

No início da crise psicótica é comum observar mudança no comportamento que, em geral caracteriza-se pela percepção de medo resultando no afastamento social. O medo desacompanhado de outros sintomas psicóticos pode ser considerado prodrômico, porém quando aumenta e se vincula a um pensamento fantasioso (delírio) ou alucinação configura-se como sintoma grave da psicose[1].

A psicose é dividida em três fases, sendo a primeira denominada alto risco ou prodrômica; a segunda como episódio psicótico agudo; e a terceira fase refere-se à recuperação. Um dos motivos para a divisão do curso evolutivo da psicose é a abordagem, pois em cada fase há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas de acordo com as desordens acarretadas em cada fase[3]. Uma crise psicótica é antecedida por sinais e sintomas denominados pródromos, que se apresentam como alterações do comportamento, sendo a família fundamental na

observação destas alterações, pois numa crise, a perda do equilíbrio sociofuncional é uma das primeiras características que aparecem e alertam para o surgimento de um transtorno mental[4].

No curso evolutivo da crise psicótica o pródromo refere-se à fase pré-psicótica e pode ser identificado nas primeiras alterações do comportamento, que em geral ocorrem de forma gradual e sutil, podendo às vezes ser despercebida por quem está próximo da pessoa. Entre os principais pródromos presentes na crise psicótica encontram-se a diminuição da concentração atenção e motivação, humor depressivo, alterações do sono, ansiedade, isolamento social, desconfiança, perda de função social e irritabilidade[5]. Os sintomas característicos na fase aguda são presença de delírios, alucinações e desorganização da fala (sintomas positivos) com ou sem transtornos de humor ou personalidade (sintomas negativos)[3].

A fase aguda da crise psicótica afeta muito o paciente e seus familiares e amigos, pois geralmente há risco paralelo, próprio e/ou terceiros, e em detrimento da intensidade dos sintomas, é a fase de maior procura para tratamento[4]. A fase de recuperação ocorre geralmente a partir dos seis meses do início do tratamento da fase aguda e pode se estender por um período de cinco anos após o diagnóstico, portanto caracteriza-se como uma fase crucial onde são definidos os parâmetros de tratamento[3-4].

Entende-se a importância da intervenção precoce da crise na fase prodrômicaa fim de evitar o agravamento do quadro e maiores comprometimentos como as comorbidades psiquiátricas, assim a intervenção precoce se torna fundamental significando melhor acesso ao tratamento e prognóstico[3]. O manejo nesta fase é denominado intervenção prodromal na qual se identificam as pessoas com sintomas prodrômicos, inicia-se o tratamento no serviço de saúde mental e avaliam-se os fatores que serviram como possíveis catalisadores da crise a fim de intervir[6]. É comum o problema do reconhecimento dos pródromos da crise psicótica em função de que podem ser confundidos com outros transtornos psiquiátricos ou manifestação de ciclos normais da vida, assim torna-se fundamental a intervenção precoce para avaliação do caso[7].

Na crise psicótica em função da angústia que invade o paciente e ultrapassa seu limiar de contenção demanda intervenção urgente do profissional de saúde. O profissional na abordagem a crise deve respeitar a subjetividade, unicidade e individualidade do paciente[2]. A crise é o momento de intervenção pela equipe de saúde, de questionar,

junto ao paciente, o que causa a crise e as formas dele enfrentar, de forma ativa, essas causas. Assim, são na crise que se encontram exteriorizadas as necessidades do paciente em sofrimento, suas demandas e possibilidades[8].

O profissional de saúde ao desconsiderar as dificuldades em relação à crítica no momento da crise, e as consequências decorrentes desse momento de vulnerabilidade, assume uma prática negligente e omissa, acarretando em risco à integridade física e mental dos portadores de transtorno mental[9].São as situações de vulnerabilidade social, as dificuldades em assumir algumas lateralidades da vida no momento da crise que legitimam a institucionalização da pessoa com transtorno mental.

Essa prática, defendida por pessoas contrárias à Reforma Psiquiátrica, desconsidera a crise como um momento de construção, que deve ser compartilhada com o profissional de saúde e não privada do sujeito[7].

No Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o serviço de saúde oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de transtorno mental grave e persistente que justifique a permanência num serviço de atenção diária. O Ministério da Saúde define esse serviço como principal estratégia de enfrentamento do modelo assistencial hospitalar tradicional[10]. Estudo sobre critérios de admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado de pacientes atendidos nos CAPS mostra que estes serviços admitem pacientes que se encaixam na definição de transtorno mental severo e persistente[11].

Assim, esse estudo tem como objetivo conhecer os contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos na admissão para tratamento na fase prodrômica da crise.

MATERIAL E MÉTODO

Realizado estudo de caso de abordagem qualitativa, que, por sua natureza, consiste em pesquisas nas quais o pesquisador apresenta reduzido controle acerca dos acontecimentos, sendo que o foco se dá em fenômenos contemporâneos vinculados a algum contexto real. O estudo de caso configura-se uma metodologia de investigação que preserva os aspectos complexos e particulares de acontecimentos, contribuindo com o conhecimento de processos organizacionais, administrativos, sociais, individuais e, até mesmo, de fenômenos relacionados. A delimitação do processo a ser investigado constitui, em si, “o caso” e a “unidade de análise”[12]. O

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del Rei (Parecer nº 610.585).

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) de Divinópolis, município localizado no Estado de Minas Gerais (Brasil). É um serviço de saúde público, que desde 1997, oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. O serviço conta com três modalidades de atendimento incluindo urgência e emergência, ambulatório e serviço de permanência dia[13].

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço arquivados na própria unidade. A pesquisa documental utiliza-se de prontuários que não receberam ainda tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da mesma, neste sentido são importantes fontes de dados. Esse tipo de pesquisa é relevante por proporcionar melhor visão do problema de pesquisa ou então hipóteses que subsidiem a sua verificação por outras formas de pesquisa[14].

Na primeira etapa foram analisados 375 prontuários de atendimento no período de 1997 a 2013 que apresentavam registro na folha de admissão o diagnóstico de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) da CID-10[15]. A seleção dos prontuários foi definida através de sorteio e para coleta de dados foi utilizado formulário contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade e escolaridade) e história psiquiátrica da primeira admissão no CAPS (diagnóstico psiquiátrico, história e motivo da admissão). Na segunda etapa, dentre os 375 prontuários analisados, foram identificados os prontuários dos casos de admissão com sintomatologia prodrômica para tratamento da crise psicótica.

Neste estudo as admissões dos pacientes em crise psicótica com sintomas prodrômicos foram consideradas “o caso” e a “unidade de análise” para investigação do estudo de caso[12]. O referencial de análise utilizado foi a Análise de Conteúdo Temático Categorial com abordagem qualitativa por permitir que diferentes fatores presentes em uma sentença, seja ele explícito ou não, se tornem acessíveis ao pesquisador, neste aspecto, qualquer texto, frase ou escrita pode ser avaliado[16].

RESULTADOS

Na análise dos 375 prontuários em relação fases da crise psicótica dos pacientes atendidos no serviço encontra-se que a maioria dos pacientes é admitida no serviço com sintomatologia da fase aguda (57,60%)seguido da fase prodrômica (26,67%) e

de recuperação (15,73%). No que tange as características sociodemográficas dos pacientes psicóticos admitidos com sintomas prodrômicos para tratamento no CAPS, na análise de 100 prontuários, identifica-se que tinham em média 36,91 anos, a maioria era do sexo masculino (56%), solteiro (48%), baixa escolaridade (65% possuíam ≤8 anos de estudo) e adultos jovem e maduro entre 20 a 59 anos (82%). Quanto às condições de saúde observou-se que a maioria não apresenta comorbidade psiquiátrica (87%). Em relação ao diagnóstico psiquiátrico da CID 10 referente às categorias Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) identificou-se que 56% apresentam Esquizofrenia (F20) e 34% apresentam Psicose não-orgânica não especificada (F29).

Dentre os 375 prontuários do CAPS sorteados para análise foram identificados 100 prontuários referentes a casos de admissão de pacientes psicóticos com sintomatologia prodrômica. No registro da história psiquiátrica da primeira admissão no CAPS para tratamento foram encontrados os seguintes temas em relação aos contextos presentes na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica: situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de droga na crise psicótica.

No contexto de ruptura de vínculos na crise psicótica foram identificadas situações de perda como falecimento de familiares, rompimento amoroso ou separação conjugal:

> Paciente anda pela rua, ataca as pessoas e não se alimenta. Após a morte dos pais desencadeou o surto (Homem, 41 anos, ensino fundamental incompleto, solteiro, F.20) (Prontuário 27).
> Paciente desorientada, crítica prejudicada e humor deprimido. Paciente relata briga com marido após descobrir que ela tinha saído com vizinho escondido e foi o início dos sintomas. Paciente relata sentir-se culpada e que agora tem que pagar pelo marido ter descoberto(Mulher, 40 anos, ensino fundamental incompleto, casada, F.29) (Prontuário32).
> Paciente não se alimenta e não toma banho, apresenta negativismo, isolamento, não fala com ninguém, recusa-se a falar. Nunca fez tratamento psiquiátrico. Relata uso de maconha. Rompeu um namoro e perdeu o emprego desde então foi se isolando e afastando-se da família (Homem, 34 anos, 8a série, solteiro, F.20) (Prontuário13).

No contexto de ruptura de identidade foram identificadas a adolescência e a maternidade:

> Paciente estava querendo fugir, sem fome, muito medo das coisas e das pessoas, cismada e com ideação suicida. Ficou muito tempo sem essas crises, tem crises quando não toma os medicamentos e fica muito preocupada. As crises começaram quando tinha 14 anos, na época estava muito preocupada com os estudos (Mulher, 42 anos, ensino médio completo, solteira, F.20) (Prontuário 30).

> Paciente apática, sem tomar banho, sem ânimo para nada, não aceita participar das oficinas e nem faz contato social. Fazia tratamento e quando parou voltou a ficar só deitada. As crises começaram quando ela entrou na adolescência (Mulher, 35 anos, escolaridade não informada, solteira, F.20) (Prontuário39).
> Paciente falante, confusa, agitada, logorreica, passou a noite abrindo as torneiras da casa e colocando fogo em objetos, apresenta insônia. Paciente vivia normal, com mania de limpeza. Teve um filho de parto normal, após isso piorou os sintomas, marido conta que levaram a esposa ao benzedor (Mulher, 41 anos, ensino básico incompleto, casada, F.29) (Prontuário15).

No contexto de ruptura emocional na crise psicótica foram identificadas situações de conflito familiar ou conjugal e preocupação ou estresse:

> Paciente após briga em casa ficou muito nervoso, agitado e andando de um lado para o outro. Apresenta risos imotivados. Mãe relata que seu filho sempre teve problemas de relacionamentos com outras pessoas, tentou agredir o pai e depois foi piorando, passou a ficar mais sozinho, deitado e muito agressivo (Homem, 34 anos, ensino básico completo, solteiro, F.20) (Prontuário 20).
> Paciente com uso abusivo de etílicos, mudanças repentinas de comportamento, choro fácil, histriônico, culpando os outros pelos problemas e tentativa de autoextermínio. Chegou alcoolizado. Irmãos informaram que sempre foi hostil com a esposa e os filhos. A esposa o deixou aproximadamente um ano depois que descobriu a traição, sendo que o divórcio saiu acerca de um mês quando o paciente começou a beber em maior quantidade e frequência (Homem, 54 anos, escolaridade não informada, religião não informada, divorciado, F.29+F.10) (Prontuário 37).
> Paciente relata ter medo de tudo. Tentativa de autoextermínio, muita depressão e relata que não aguenta mais viver, entrou no rio, mas não afogou, se arrependeu porque pensou na sua família. Os sintomas começaram depois que foi demitida da fábrica que trabalhava por não conseguir fazer o serviço direito (Mulher, 49 anos, ensino básico incompleto, solteira, F.20) (Prontuário29).

Na crise psicótica foi encontrado contexto das violências:

> Paciente estava preso, saiu desorientado, confuso, com insônia, heteroagressivo e agrediu membros da família. As crises começaram há nove anos quando foi preso por roubo, até hoje responde por esse processo (Homem, 58 anos, ensino fundamental incompleto, casado, F.20) (Prontuário31).
> Paciente relata que tudo começou depois que o filho foi preso, começou com humor rebaixado e conversando sozinho. Tem um filho preso acusado de homicídio, ela não aceita esse fato, diz que ele é inocente e que isso que tem arruinado sua cabeça (Mulher, 60 anos, ensino fundamental, casada, F.29) (Prontuário34).
> Paciente ansioso, história de crises convulsivas, cefaleia, falta de apetite e espasmos musculares. Foi abusado sexualmente quando criança, e as crises começaram quando começou a contar o que aconteceu aos 17 anos (Homem, 38 anos, ensino médio incompleto, católica, casado, F.29) (Prontuário 52).

Na crise psicótica foi encontrado contexto de abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas:

> Paciente apresentando períodos de agressividade, tremores, tentando se matar com faca e pulando na frente dos carros. Acredita que seu problema é espiritual. Paciente relata que primeira vez que fumou maconha, foi em

> companhia de um colega da capoeira, que não sentiu nada na hora, mas que depois desmaiou e desde então sente tremores, parece que algo fica fazendo-a falar que vai se matar, fica nervosa e não deixa ninguém encostar (Mulher, 32 anos, ensino fundamental incompleto, solteira, F.29) (Prontuário5).
> Paciente pula muro, tira a roupa e gritando muito. Teve muita mudança na personalidade que determina limitações em vários aspectos de sua vida. Pai relata que filho bebe muito e todos os dias (Homem, 44 anos, ensino fundamental incompleto, solteiro, F.20 + F.19) (Prontuário7).
> Paciente apresenta-se com insônia, agitação psicomotora, heteroagressivo e com confusão mental. Faz uso abusivo de pinga, conhaque e cigarro, ficou abstinente por 3 dias. História de uso abusivo de etílicos desde os 18 anos (Homem, 44 anos, ensino fundamental incompleto, solteiro, F.20 + F.19) (Prontuário46).

No contexto de ruptura do tratamento psiquiátrico foram identificadas situações interrupção do tratamento psiquiátrico ou uso inadequado medicação:

> Paciente sem crítica, hostil, afeto inadequado. Estava em tratamento no CAPS de Pará de Minas, mas está resistente a medicação. Sua primeira crise foi com 19 anos, na época trabalhava passou a ter grandes prejuízos cognitivos (Mulher, 58 anos, ensino básico, solteira, F.20) (Prontuário 1).
> Relata crise nervosa, medo e não conseguir dormir. Fazia tratamento psiquiátrico que foi interrompido por conta própria (Mulher, 59 anos, ensino fundamental incompleto, casada. F.29) (Prontuário 41).

DISCUSSÃO

O curso evolutivo da psicose apresenta três fases distintas no tocante a sintomatologia, abordagem profissional e intervenção terapêutica[3].Neste estudo verifica-se maior presença de pacientes psicóticos com sintomatologia aguda durante a admissão para tratamento no CAPS (57,60%). A sintomatologia desta fase se caracteriza principalmente pela desorganização da fala, interpretações falsas da realidade, ideias delirantes e alucinações, portanto são mais invasivos e intensos tornando-se assim, o principal motivador para maior procura de tratamento psiquiátrico[4]. Entretanto, observa-se que 1/3 dos pacientes admitidos encontravam-se na fase prodrômica, com sintomatologia não tão invasiva e caracterizada por alterações como insônia, estresse, apatia e isolamento social que ocorrem de forma gradual e sutil[5]. Em menor proporção verificam-se pacientes psicóticos admitidos na fase de recuperação (15,73%), caracterizada pela remissão dos sintomas agudos[4].

Não há controvérsia sobre a importância da intervenção na fase prodrômica a fim de reduzir o impacto negativo da psicose na vida dos pacientes e familiares[17], sendo a intervenção precoce fundamental para melhor acesso ao tratamento e prognóstico com a estagnação do quadro evitando estágios mais avançados da psicose[3]. Neste aspecto a família dos pacientes psicóticos é importante elo para o tratamento e

recuperação, sendo assim fundamental o engajamento dos profissionais da saúde acerca da compreensão dos sentimentos dos familiares e do incentivo destes no tratamento[18].Portanto ressalta-se a importância do enfermeiro buscar parceria junto aos familiares para intervenção prodromal a fim de realizar a identificação dos pacientes e dos possíveis catalisadores da crise a fim de intervir preventivamente.

Com a Reforma Psiquiátrica o CAPS é responsável pelo acolhimento das urgências psiquiátricas e estabilização do quadro de forma menos invasiva e sem longas internações, onde os pacientes são acompanhados por uma equipe multidisciplinar até a remissão da sintomatologia da fase aguda da psicose sendo, posteriormente encaminhados para as equipes de saúde mental das unidades básicas de saúde[19].Como também observado neste estudo, no que tange aos critérios utilizados na admissão, os profissionais privilegiam os pacientes psicóticos graves que apresentam alterações na linguagem, afeto, pensamento e senso-percepção[11,20].

Conhecer o perfil sócio demográfico de pacientes com o diagnóstico de transtorno psicótico torna-se fundamental para definir planejamentos e ações a fim de possibilitar tratamento mais efetivo e auxiliar na construção da política pública[21-22]. Neste sentido, verifica-se que os pacientes psicóticos admitidos com sintomas prodrômicos para tratamento no CAPS apresentam idade média de 36,91 anos. Entende-se que os adultos são mais acometidos, pois a idade da maturidade se caracteriza por um período mais susceptível ao desenvolvimento de alguma patologia mental principalmente o transtorno psicótico e o uso abusivo de álcool e outras drogas[22]. De forma geral entre os homens o transtorno psicótico se desenvolve de forma mais agressiva justificando maior procura ao tratamento[23]. Fato que pode ter contribuído para maior frequência dos homens com sintomatologia prodrômica na admissão para tratamento no CAPS. Também se observa que os pacientes psicóticos casados são menos frequentes quando comparados com solteiros, separados ou viúvos. Neste aspecto sugere-se que a estabilidade conjugal, pertencimento a um microgrupo, e paternidade podem ser razões para quais os casados são menos acometidos por desordens mentais[22]. A literatura aponta que no Brasil, dentre os transtornos psicóticos, o diagnóstico mais frequente para tratamento é de Esquizofrenia, tanto no âmbito hospitalar [23-24] quanto no CAPS[19].Como também observado neste estudo, no que tange ao diagnóstico, a maioria das admissões para tratamento foi de Esquizofrenia (F.20) entre os pacientes psicóticos com sintomatologia prodrômica.

Em relação aos contextos encontrados na fase prodrômica da crise de pacientes psicóticos admitidos no CAPS verificam-se na história e motivo da admissão situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de droga na crise psicótica.

Na ruptura de vínculos foram identificadas situações de perda, principalmente como falecimento de familiares, rompimento amoroso ou separação conjugal. Estudo sobre a problemática entre trauma e transtornos psiquiátricos evidencia que metade dos pacientes sofreu algum trauma, como a morte dos pais e perdas de vínculos familiares, sendo que privações parentais, abandonos, morte dos pais ou separação são os fatores relacionados com o início da ocorrência dos transtornos mentais[25]. Como também observado na história e motivo da admissão registrado no Prontuário 27. Sabe-se que o rompimento amoroso se configura importante tensionador, principalmente em pessoas com transtorno psicótico e em caso de fragilidade da defesa psíquica. Fato que pode ser compreendido porque o relacionamento amoroso é permeado por experiências intensas e sentimentos de pertença, interdependência e proximidade, que deste modo seu rompimento para determinadas pessoas pode ser mais traumático por configurar-se uma ruptura biográfica e assim acionando mecanismos patológicos de defesa que deterioram a autoestima, geram crise e estados depressivos[26]. Neste estudo tais eventos estressantes, como encontrado nas histórias de mulheres e homens na fase prodrômica, podem ter aumentado a possibilidade do desenvolvimento da crise psicótica (Prontuário 32 e 13).

O período da adolescência caracterizado por mudanças físicas, mentais, hormonais e comportamentais é considerado de risco para o desencadeamento de transtornos psíquicos, principalmente a psicose. Por outro lado, a crise psicótica quando vivenciada na adolescência apresenta dificultadores no que diz a respeito do diagnóstico, pois várias de as alterações fisiológicas e comportamentais próprias da adolescência confundem-se com a sintomatologia da fase prodrômica[1]. Encontrado, no contexto de ruptura de identidade, a presença da adolescência no desencadeamento da crise psicótica (Prontuário 3 e 39), ainda neste contexto verifica-se a presença da gravidez (Prontuário 15). Considerado também um período marcante na vida da mulher onde acontecem além das alterações no corpo, modificações na personalidade e identidade devidas, principalmente a mudanças no papel e função social da mulher, provocando, portanto necessidade de adaptação

física, psíquica e pessoal, que em última instância aumentam a possibilidade de desencadeamento de uma crise[27].

Existem fatores que potencializam uma eventual crise, entre eles encontram-se os conflitos familiares e/ou conjugais como importantes tensionadores. Neste estudo, no contexto de ruptura emocional foram identificadas situações de conflito familiar ou conjugal (Prontuário20 e 37) e preocupação ou estresse (Prontuário 29). Evidencia-se que os conflitos conjugais conduzem a uma tensão na dinâmica familiar e fragilização dos laços familiares que será absorvida e elaborada de acordo com a estrutura mental de cada pessoa, sendo na família alguns mais adaptativos do que outros. A fragilização dos laços familiares desencadeiam mais conflitos gerando sentimentos de incertezas, inseguranças, angústias e ressentimentos e, portanto, potencializando efeitos psicológicos negativos que por sua vez, aumentam a possibilidade do desencadeamento de algum transtorno mental[28]. A literatura também mostra que problema de comunicação, falta de suporte e apoio familiar e situações de negligência e violência doméstica deixam o ambiente familiar favorável à dependência química e aparecimento de outros transtornos mentais[29].

Sabe-se que o trabalho tem valor significativo para os indivíduos sendo importante dispositivo de sociabilidade e construção de identidade. Neste sentido a preocupação com perda de emprego, aposentadorias ou afastamentos configuram-se numa descontinuidade biográfica gerando perdas referenciais de significação da vida para algumas pessoas potencializando uma crise[30]. Como também observado na história e motivo da admissão registrado no Prontuário 29.

Neste estudo, foram encontrados contextos das violências na crise psicótica (Prontuário31, 34 e 52). A literatura mostra que são múltiplas consequências geradas em uma pessoa após uma violência, entre elas encontram-se o surgimento de sintomas psicóticos, o uso abusivo de álcool e outras drogas, comportamento autodestrutivo e heterodestrutivo. Sabe-se que a violência doméstica, maus tratos e espancamentos, em geral são acompanhados de agressões psicológicas, sendo os efeitos psicológicos que causam, em longo prazo, maior impacto na vida das pessoas. São os efeitos psicológicos da experiência de violência que produzem diminuição da autoestima expondo e elevando ao risco de desenvolvimento de patologia mental[31].

Na fase prodrômica da crise psicótica foi encontrado contexto de abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas. O uso abusivo de álcool e outras drogas têm relevância no curso

evolutivo da psicose, sendo fator desencadeante importante da crise por apresentar estreita relação com a desestabilização do funcionamento psíquico.

Outro fato preocupante é que o uso de drogas além de ser estopim para uma crise, também pode mascarar os sintomas da fase prodrômica da psicose[32].O consumo de drogas por pessoas com diagnóstico de psicose pode além de desencadear também potencializa ratos violentos, tanto contra si mesmo quanto contra terceiros, como familiares ou amigos[31].Como também observado na história e motivo da admissão registrado no Prontuário 5, 7 e 46.

Ressalta-se ainda que o consumo de drogas lícitas e ilícitas além de ser advento para transtornos psicóticos, também produz várias implicações como preocupações emocionais, tensões e conflitos no círculo familiar, problemas financeiros, susceptibilidade a complicações clínicas, problemas comportamentais e de relacionamento, ansiedade, problema de comunicação familiar, isolamento social[29].

As principais causas de readmissões nos serviços de saúde mental consistem na dificuldade em dar continuidade à terapêutica proposta após alta da instituição de saúde, acarretando em baixa adesão e abandono da terapêutica proposta[20]. Estudo aponta que, em um CAPS do sul do país, metade dos usuários não aderiu ao tratamento medicamentoso[33].Portanto, a questão do envolvimento terapêutico do usuário em saúde mental consiste em uma problemática que envolve serviços, profissionais de saúde, familiares e pacientes. Neste estudo, no contexto da ruptura do tratamento psiquiátrico foram identificadas situações interrupção do tratamento psiquiátrico ou uso inadequado medicação (Prontuário 1, 30 e 41). A ruptura do tratamento psiquiátrico e o uso inadequado da medicação são causas importantes para precipitar o início de uma crise. A literatura aponta entre os principais entraves para os profissionais na questão do tratamento de pacientes com transtornos psicóticos é o abandono do tratamento farmacológico, onde se verifica taxa de abandono de 30% a 60% dos tratamentos e em muitas vezes são os fatores sociais que interferem na aderência medicamentosa. Essa situação é endêmica no Brasil e a taxa de abandono poderia ser utilizada como indicador de qualidade dos serviços de saúde mental[19].Nos atuais moldes de tratamento dos transtornos psicóticos reconhece-se a família como elo importante entre os serviços de saúde e os pacientes para a adesão ao tratamento. De forma geral os familiares relatam dificuldades em aceitar e acolher esses pacientes dificultando ainda mais a adesão farmacológica dos mesmos além das dificuldades em convencer os pacientes a dar continuidade no

tratamento farmacológico, principalmente quando os sintomas psicóticos gradativamente diminuem com o tratamento e a própria remissão dos sintomas agudos provoca o uso inadequado da medicação[34]. Desta forma os profissionais da saúde mental têm papel fundamental na sensibilização dos pacientes e seus familiares quanto à adesão ao tratamento farmacológico a fim de prevenir uma eventual crise.

CONCLUSÃO

A psicose é um transtorno mental severo e persistente que acomete milhões de pessoas pelo mundo trazendo impactos permanentes para os indivíduos e familiares. Esse acometimento é marcado pela diferenciação de sintomatologias entre as fases prodrômica, aguda e de recuperação.

As rupturas do cotidiano de um paciente psicótico são os principais motivadores para o advento da crise, agravando gradualmente a sintomatologia até chegar um estágio em que seja necessária uma intervenção em um serviço de urgência psiquiátrica. Nesse cenário vivido pelo paciente psicótico a intervenção precoce se mostra como o principal aliado para o não avanço e generalização dessas perdas e rupturas vivenciadas por esses pacientes.

Para que a prática da intervenção precoce seja realizada é importante e necessário ter o conhecimento dos contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos localizados na fase prodrômica. Esses contextos referem-se às situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de droga na crise psicótica.

Ressalta-se que o conhecimento acerca destes contextos é importante tanto para o enfermeiro no cuidado especializado a saúde mental como na atenção básica, visto que a intervenção precoce é realiza por serviços diferentes da urgência psiquiátrica. Na atenção primária o enfermeiro pode ser o principal ator nesta intervenção, pois é em geral, o responsável pelo acolhimento e capacitação dos Agentes Comunitários. Neste aspecto torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada, onde existam equipes multidisciplinares preparadas para lidarem com a fase pré-aguda bem como o manejo das rupturas de vínculos, dos conflitos, perdas de laços, situações de violência e outros conflitos que possam servir para desencadear uma possível crise.

Uma limitação importante para esse artigo é a qualidade das informações colhidas nos prontuários médicos que apresentam letras ilegíveis, datas irregulares, falta de assinatura e outras informações necessárias. Outra limitação importante para o estudo passa do pressuposto da subjetivação da crise, pois mesmo a crise sendo descrita cientificamente, cada profissional da saúde durante o acolhimento tem sua interpretação sobre a crise e o sofrimento do paciente e família.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho NR, Costa II. Primeiras crises psicóticas: Identificação de pródromos por pacientes e familiares. Rev. Psic. Clin. 2008; 20(1); 153-164.

2. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarim MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Rev. de Psic da UNESP. 2007; 6(1), 31-44.

3. MC.Gorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. Wor. Psyc.. 2008; (7)148-156.

4. Carvalho NR. Primeiras crises psicóticas: Identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares. (Dissertação Mestrado). Brasilia; Universidade de Brasília. 2006

5. MC Gorry PD, Yung AR. The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. Schizophrenia Bulletin .1996; 22(2), 353-370.

6. Yung AR. Identification and treatment of the prodromal phase of psychotic disorders: perspectives from the PACE Clinic. Ea. Inter. in Psychiatry. 2007;(1) 224-235.

7. Carvalho IS, Costa II, Bucher-Maluschke JSNF. Psicose e Sociedade: Interseções necessárias a compreensão da crise. Rev. Mal-estar e subjetividade. 2007; 2(1) 163-189.

8. Bichuetti JC. Outras lembranças. 1. ed. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2000.

9. Felício JL, Pessini L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. Rev Bioética. 2009;17(2)203-220.

10. Souza A, Guljor AP, Silva JL. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. Ava. em Enfe..2014; (2) 292-298.

11. Cavalcanti M T. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 2009;(43); 23-28.

12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010; 248

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, abril, 2004.
14. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 4.ed. Editora. Atlas. São Paulo. 2007.
15. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegres: Artes Médicas, 1993.
16. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização. Rev. Enf. 2008; 16(.4); 569-576.
17. Chaves CC. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? Revi. Psq.Clín. 2007;34(2);174-178.
18. Ontário. Schizophrenia Society of Ontario. Position Paper on Early Intervention in Psychosis. April, 2004.
19. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. Rev. Bras. Psiq. 2005;.27(2);113-121.
20. Castro AS, Furegato, ARF, Santos, JLF. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. Rev. Lat. Am Enf. 2010; 18(4), 9-18.
21. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Carvalho CM. Centro de atenção psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. Rev. Ciên. Méd. 2011;.20(3); 59-67.
22. Souza AR. Centro de atenção psicossocial: Perfil epidemiológico dos usuários. (Dissertação de mestrado). Fortaleza, Universidade Federal do Ceará. 2007.
23. Volpel FM. et al. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, no período de 2002 a 2007. J. Bra. Psi. 2010;53(3); 2003-2009.
24. Ferreira AAA. et al. Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. Jor. Bras. Psiq. 2007; 56(3);157-161.
25. Zavaschi MLS et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. Rev. Bras. Psiq. 2002;24(4):189-95
26. Guedes DD, Monteiro-Leitner J, Machado KCR. Rompimento amoroso, depressão e autoestima: estudo de caso. Revi. Mal-estar e Subj. 2008; 3(3), 603-643.
27. Vieira BD, Parizotto PA. Alterações psicológica as decorrentes do período gravídico. Um. & Ciência – ACBS. 2013; 4(1); 79-90.

28. Bottoli C, Antoniazzi MP, Denardi AT, Silva, LM. Separação conjugal: suas implicações e os desafios para psicologia. 2012

29. Nascimento LTR, Souza J, Gaino, LV. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. Tex. Cont. Enferm, 2015

30. Ribeiro MA. Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. Cad de Psic Soc do Trab. 2007;10 (1); 75-91.

31. Day, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações Rev. Psiquiatr. RS. 2003; 25(1); 9-21.

32. Lima CH. Investigação psicanalítica dos determinantes psíquicos do consumo abusivo de substâncias psicoativas. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2014; 17(1) 39-50.

33. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev. psiquiatria. Rio Gd. Sul, 2005;27(3); 270-77.

34. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. Tex. Contexto Enferm, Florianópolis. 2001; 22 (1); 61-70.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à crise é um ponto estratégico no processo de mudanças paradigmáticas propostas pela reforma psiquiátrica brasileira que exige responsabilização dos serviços e profissionais junto às pessoas com grave sofrimento psíquico e seus familiares a partir do acolhimento e construção de vínculos.

A psicose é um transtorno mental severo e persistente que acometem milhões de pessoas pelo mundo trazendo impactos permanentes para os indivíduos e familiares. Esse acometimento é marcado pela diferenciação de sintomatologias entre as fases prodrômica, aguda e de recuperação sendo que em cada uma delas há necessidade de intervenções específicas e sistematizadas de acordo com a sintomatologia e próprias desordens acarretadas em cada fase. No curso evolutivo da psicose os pacientes que foram mais admitidos no centro de atenção psicossocial para tratamento estão na fase aguda, seguido da fase prodrômica e por último de recuperação.

A fase aguda da psicose é a mais invasiva para o paciente, família e sociedade podendo produzir maior comprometimento. A menor idade média encontrada dos pacientes está na fase aguda. Em todas as fases do ciclo evolutivo da psicose a maioria era do sexo masculino, solteiro, baixa escolaridade e com diagnóstico de esquizofrenia. Observou-se também aumento gradativo da presença de comorbidade psiquiátricas da fase prodrômica, aguda e de recuperação e a maioria apresenta história de transtorno psiquiátrico familiar.

Seria importante a discussão de fluxo de atenção à crise na rede de atenção psicossocial onde se poderia ter prioridade para tratamento no centro de atenção psicossocial os pacientes com sintomatologia da fase aguda da crise psicótica e na atenção básica os pacientes na fase prodrômica e de recuperação. Na atenção básica o enfermeiro pode ser o principal ator nesta intervenção, pois é em geral, o responsável pelo acolhimento e capacitação dos agentes comunitários. Neste aspecto torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada com equipes multidisciplinares preparadas para lidarem com a fase prodrômica e de recuperação bem como o manejo das rupturas de vínculos, dos conflitos, perdas de laços, situações de violência e outros conflitos que possam servir para desencadear crise subsequente.

As rupturas do cotidiano de um paciente psicótico são os principais motivadores para o advento da crise, agravando gradualmente a sintomatologia até chegar um estágio em que seja necessária uma intervenção em um serviço de urgência psiquiátrica. Nesse cenário vivido pelo

paciente psicótico a intervenção precoce se mostra como o principal aliado para o não avanço e generalização dessas perdas e rupturas vivenciadas por esses pacientes.

Para que a prática da intervenção precoce seja realizada é importante e necessário ter o conhecimento dos contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos localizados na fase prodrômica. Esses contextos referem-se às situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de droga na crise psicótica.

Ressalta-se que o conhecimento acerca destes contextos é importante tanto para o enfermeiro no cuidado especializado a saúde mental como na atenção básica, visto que a intervenção precoce é realiza por serviços diferentes da urgência psiquiátrica. Na atenção primária o enfermeiro pode ser o principal ator nesta intervenção, pois é em geral, o responsável pelo acolhimento e capacitação dos Agentes Comunitários. Neste aspecto torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada, onde existem equipes multidisciplinares preparadas para lidarem com a fase pré-aguda bem como o manejo das rupturas de vínculos, dos conflitos, perdas de laços, situações de violência e outros conflitos que possam servir para desencadear uma possível crise.

Uma limitação importante para essa dissertação é a qualidade das informações colhidas nos prontuários médicos que apresentam letras ilegíveis, datas irregulares, falta de assinatura e outras informações necessárias. Outra limitação importante para o estudo passa do pressuposto da subjetivação da crise, pois mesmo a crise sendo descrita cientificamente, cada profissional da saúde durante o acolhimento tem sua interpretação sobre a crise e o sofrimento do paciente e família.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** - DSM-V. 5. ed. Washington: APA, 2013.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S.; CARVALHO, C. M. Centro de atenção psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. **Revista Ciência Médica**. v.20, n. 3, p.59-67, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS**: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.184 p. (Série Técnica Navegador SUS, n. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Regulamenta ações realizadas no CAPS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 ago. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

CABRAL, R. R. F.; CHAVES, A. C. Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**. v. 27, n. 1, p. 32-8, 2005.

CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: Interseções necessárias a compreensão da crise. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. v.2, n.1, p.163-89, 2007.

CARVALHO, N. R. **Primeiras crises psicóticas**: Identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares. (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: Identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Revista Psicologia Clínica**. v.20, n.1, p.153-64, 2008.

CASTRO, F. G. *et al*. A Methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. **Journal of Mixed Methods Research**. v. 4, n. 4, p. 342–60, 2010.

CAVALCANTI M. T. *et al*. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. **Revista Saúde Pública**. v. 43, suplemento 1, p. 23-8, 2009.

CHAVES, C. C. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? **Revista Psiquiatria Clínica**. v.34, n.2, p.174-78, 2007.

CÔRTES, L. A. S.; SILVA, M. V. O.; JESUS, M. L. A atenção domiciliar em saúde mental realizada por estagiários de Psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 13, n. 2, p. 76-88, 2011.

COSTA, I. I. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves**: caminhos para uma abordagem complexa. Brasília: Kako Editora, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

DEL-BEM, C. M. et al. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. **Revista Brasileira Psiquiatria**. v.32, n. 2, p. 78-86, 2010.

FARRELLY, S. *et al*. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.** v. 49, p. 1609–17, 2014.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIM, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**. v.6, n.1, p.31-44, 2007.

FERREIRA, A. A. A. *et al*. Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.56, n.3, p.157-61, 2007.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

GONÇALVES, P. D. *et al*. Prodromal Questionnaire: translation, adaptation to Portuguese and preliminary results in ultrahigh risk individuals and first episode psychosis. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 61, n.2, p. 96-101, 2012.

HEGENBERG, M. **Psicoterapia Breve.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JOA, I. *et al*. Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. **BMC Psychiatry**. v. 15, p. 89, 2015.

KAUARK, F. **Metodologia da pesquisa**: guia prático. KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. (orgs.). – Itabuna: Via Litterarum, 2010.

MANGUALDE, A.A. S. *et al*. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**. v. 10, n. 19, p. 235-48, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MCGORRY, P. D.; KILLACKEY, E.; YUNG, A. R. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. **World Psychiatry**. v.7, p.148-56, 2008.

MCGORRY, P. **International Early Psychosis Association**: Presentation. Melbourne: EPPIC early psychosis webinars. Retrieved March 22, 2011.

MILLIKEN, H. First episode psychosis: What are the signs? **The Canadian Journal of CME**, nov, p. 1-7, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.3, p.621-26, 2012.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. **Scientia Medica**. v. 15, n. 4, p. 231-9, 2005.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise-contribuições da desinstitucionalização para intervenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional USP**. v.5, n.2, p.71-81. 2004.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.16, n.4, p.569-76. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RESENDE, M. S.; CALAZANS, R. Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado? **Revista Analytica**. v.2, n.3, p.145-74, 2013.

SALOKANGAS, R. K.; MCGLASHAN, T. H. Early detection and intervention of psychosis: A review. **Nordic Journal Psychiatry**. v. 62, n. 2, p. 92-105, 2008.

SAMPAIO, A. C. **Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais do Recife/PE**. (Tese Doutorado). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SCHIZOPHRENIA SOCIETY OF ONTARIO. **Position Paper on Early Intervention in Psychosis**. Toronto: Schizophrenia Society of Ontario, 2004.

SILVA, H. C. S. R.; COSTA, I. I. Rorschach e sofrimento psíquico grave: funcionamento psíquico nas primeiras crises psicóticas. **Estudos de Psicologia Campinas**. v. 31, n. 3, p. 337-45, 2014.

SUNDERMANN, O. *et al*. Social networks and support in first-episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.** v. 49, p. 359-66, 2014.

TANSKANEN, S. *et al*. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. **BMC Psychiatry**. v. 11, n.57, p. 1-11, 2011.

TURATO, E. R. Introdução a metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Definições e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. v.2, n.1, p.93-108, 2000.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.3, p.507-14, 2005.

VOLPEL, F. M. *et al*. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, no período de 2002 a 2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.53, n.3, p. 2003-09, 2010.

YUNG, A. R. Identification and treatment of the prodromal phase of psychotic disorders: perspectives from the PACE Clinic. **Early Intervention in Psychiatry**. v.1.p.224-35, 2007.

YUNG, A. R.; MCGORRY, P. D. The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. **Schizophrenia Bulletin**. v. 22, n. 2, p. 353-70, 1996.

ZANETTI, A. C. G.; GALERA, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.28. n.3, p.85-92, 2007.

ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado. ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (orgs.). – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 97 p.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos Psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

CÓDIGO: _____

INDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
PRONTUÁRIO:	SIS:
SEXO:	ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDADE:	RELIGIÃO:
SITUAÇÃO LABORAL	
HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA DA PRIMEIRA ADMISSÃO	
DATA DA ADMISSÃO:	IDADE:
CID: ( ) F20 Esquizofrenia ( ) F21 Transtorno esquizotípico ( ) F22 Transtornos delirantes persistentes ( ) F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios ( ) F24 Transtorno delirante induzido ( ) F25 Transtornos esquizoafetivos ( ) F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos ( ) F29 Psicose não-orgânica não especificada ( ) Comorbidade	
HISTÓRIA E MOTIVO DA ADMISSÃO:	

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUIDA PELA LEI Nº.10.425 DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002
CAMPUS CENTRO-OESTE DONA LINDU – CCO

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E/OU PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

Título do Projeto: Estudo sobre fatores de risco para o desencadeamento da crise psicótica

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados do Serviço de Arquivos Médicos do Serviço de Referência em Saúde Mental de Divinópolis, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Nome do pesquisador	Assinatura
1- Nadja Cristiane Lappann Botti	

Divinópolis, 13/02/2014