

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MELISSA DA SILVA TERRES BOUCINHA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CLIENTELA DA
UNIDADE MARIO MARTINS FEMININA DO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO**

PORTO ALEGRE
2004

UFRRS Faculdade de Enfermagem Porto Alegre
11/05/2004
11/05/2004
Data: 11/05/2004 In: Classificação
11/05/2004

Biblioteca
Esc. de Enfermagem da UFRGS

MELISSA DA SILVA TERRES BOUCINHA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CLIENTELA DA
UNIDADE MARIO MARTINS FEMININA DO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO**

*Trabalho de Conclusão de Graduação em
Enfermagem apresentando a disciplina de
Estágio Curricular, Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial à obtenção do
título de ENFERMEIRA.*

Orientador: Prof. Ms. Dilmar Xavier da Paixão

**Porto Alegre
2004**



AGRADECIMENTOS

A Deus , pelo milagre da vida...

Aos meus pais pela doação, estímulo e amor...

A minha melhor amiga Mellina, pela alegria...

Ao meu amor Rafael, por ser meu porto seguro...

Aos pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro, bem como equipes, especialmente a de enfermagem pelo aprendizado e acolhimento.

As enfermeiras: Vera Santos, Graziella Aliti, Dagmar Kaiser, Anelise e Tatiana Engel pelo exemplo de mulheres de sucesso e de beleza...

Dilmar, por valorizar e acreditar que poderia dar certo...

A equipe do Centro de Terapia Intensivo do HCPA pelos ensinamentos

A Escola de Enfermagem e seus mestres, por compartilhar o seu saber..

E a todos os pacientes e pessoas que contribuíram para a minha conclusão de curso.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição gráfica dos riscos (Autoagressão e heteroagressão) apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	29
Gráfico 2-Distribuição gráfica dos riscos apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição freqüencial dos tipos de raças encontradas nas pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	29
Tabela 2 – Distribuição freqüencial da procedência das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	30
Tabela 3 – Distribuição freqüencial do Grau de instrução das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	31
Tabela 4 – Distribuição freqüencial das patologias psiquiátricas, conforme o CID, encontradas nas pacientes intermandas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	32
Tabela 5 –Distribuição freqüencial de tabagismo das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	34
Tabela 6 –Distribuição freqüencial do uso de Lítio das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	35
Tabela 7 –Distribuição freqüencial do uso de Antidepressivos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	35
Tabela 8 –Distribuição freqüencial do uso de Antiparkinsonianos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	36
Tabela 9 –Distribuição freqüencial do uso de Antipsicóticos das Pacientes	

Tabela 9 –Distribuição freqüencial do uso de Antipsicóticos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	37
Tabela 10 –Distribuição freqüencial do uso de Benzodiazepínicos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	38
Tabela 11 –Distribuição freqüencial do uso de Anticonvulsivantes das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	39
Tabela 12 –Distribuição freqüencial de Violência física sofrida pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	40
Tabela 13 –Distribuição freqüencial de violência sexual sofrida pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	40
Tabela 14 –Distribuição freqüencial de violência sexual sofrida pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	41
Tabela 15 –Distribuição freqüencial de risco de suicídio apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	42
Tabela 16 –Distribuição freqüencial de risco de fuga apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	42
Tabela 17 –Distribuição freqüencial de risco de agressão apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	43
Tabela 18 –Distribuição freqüencial de risco de homicídio apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	43
Tabela 19 –Distribuição freqüencial de risco de abusar sexualmente <i>outren</i>	

apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	44
Tabela 20 –Distribuição freqüencial de risco ser abusada sexualmente apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	45
Tabela 21 –Distribuição freqüencial de risco moral apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	46
Tabela 22 –Distribuição freqüencial do uso de drogas depressoras utilizadas pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	46
Tabela 23 –Distribuição freqüencial do uso de drogas estimulantes utilizadas pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	47
Tabela 24 –Distribuição freqüencial do uso de drogas alucinógenas utilizadas pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	48
Tabela 25 –Distribuição freqüencial do estado civil das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	49
Tabela 26 –Distribuição freqüencial da presença de filhos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	49
Tabela 27 –Média Aritmética e Desvio Padrão do número de filhos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	50
Tabela 28 –Distribuição freqüencial da ocupação diária das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....	51

Tabela 29 –Distribuição freqüencial das profissões catalogadas das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....51

Tabela 30 –Distribuição freqüencial das patologias clínicas das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....52

Tabela 31 –Distribuição freqüencial de alteração da sensopercepção das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....53

Tabela 32 –Distribuição freqüencial alteração da orientação das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....53

Tabela 33 –Distribuição freqüencial alteração do afeto Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 200354

Tabela 34 –Distribuição freqüencial da Alteração do Pensamento Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....55

Tabela 35 –Distribuição freqüencial da Alteração da Conduta das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003.....55

ANÁLISE BIVARIADA DOS CASOS

Tabela 36- Distribuição das pacientes usuárias de drogas e não usuárias com tempo de internação.....56

Tabela 37- Distribuição das pacientes usuárias de drogas e não usuárias com tempo de internação.....57

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1..JUSTIFICATIVA.....	13
2.OBJETIVO.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO :UM POUCO DE HISTÓRIA.....	16
3.2 SÃO PEDRO CIDADÃO: O PROJETO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	18
3.3 A LOUCURA: O QUE É SER NORMAL.....	19
3.4 PACIENTES MULHERES E QUESTÕES DE GÊNERO.....	23
4 METODOLOGIA.....	26
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
5.1 ANÁLISE FREQUÊNCIAL.....	29
5.2 ANÁLISE BIVARIADA.....	57

6/ PRECEITOS ÉTICOS.....61

7/ CONSIDERAÇÕES FINAIS.....62

REFERÊNCIAS

ANEXOS

APÊNDICES

INTRODUÇÃO : A INSTITUIÇÃO E O CONTEXTO

A Unidade Mário Martins Feminina está localizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro, situado na Avenida Bento Gonçalves, em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. É uma instituição voltada para a assistência do doente mental com quadros agudos ou graves, em regime de internação integral ou parcial, nas modalidades hospital-dia ou hospital-noite.

É uma instituição com mais de 100 anos, constituindo-se um dos principais pontos de referência na especialidade para a região sul do Brasil em atendimento do SUS. Possui serviço de admissão e triagem (SAT), unidades asilares (pacientes crônicos) e unidades de pacientes em surto agudo.

A Unidade Mário Martins recebe pacientes do sexo feminino, provenientes, principalmente, da região metropolitana de Porto Alegre e do interior do Estado.

A maioria das pacientes são recebidas no SAT con.parecem acompanhadas pelos familiares, vizinhos, brigada militar, ambulância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Atenção Integral a Saúde Mental (CAIS Mental) da sua região ou por oficial de justiça no caso de ser uma ordem judicial. *A priori* são atendidas mulheres em sofrimento psíquico, surto psicótico ou que ofereçam algum risco de agressão ou de vida para si ou para a sociedade.

As mulheres têm uma propensão muito maior a buscarem o atendimento em saúde mental, mesmo considerando-se a prevalência mais alta de transtorno entre mulheres. (KAPLAN

& SADOK, 1993).

A doença mental caracteriza-se por uma *falha* do indivíduo em comportar-se de acordo com as expectativas da sua comunidade. É uma maneira *defeituosa* de viver, e seus sintomas são expressos na maneira como a pessoa se comporta, afetando-lhe cada aspecto e refletindo-se em seus pensamentos, sentimentos e ações. (TEIXEIRA et al, 1997).

As unidades para pacientes em surto agudo, visam medidas que diminuam a duração do surto psicótico e/ou situação de risco, período em que o indivíduo experimenta uma realidade repleta de vozes, vultos, perseguições que lhe causam sofrimento. Além da diminuição desses sintomas (alucinações, delírios), este indivíduo necessita de segurança física, pois se expõem devido à magnitude da patologia. Para redução do sofrimento psíquico são usadas técnicas de reabilitação concomitantes ao tratamento medicamentoso.

Este setor feminino é atendido por uma equipe multidisciplinar, composta por: médicos psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, profissional da educação física, artista plástico e estagiários de vários cursos além dos residentes das áreas citadas.

O hospital conta com o Serviço Integrado de Assistência à Saúde (SIAS), situado na sua área física para atender pacientes internados e funcionários. São disponibilizadas especialidades como dermatologista, ginecologista, neurologista, cardiologista, dentista, e alguns exames como eletrocardiograma e eletroencefalograma, havendo possibilidade de marcação de consulta ou avaliação complementar fora do hospital mediante encaminhamento.

Geralmente não existem acontecimentos puros ou exclusivos que determinem direta ou claramente um transtorno mental; todos estão sempre articulados num contexto biológico - psicológico - histórico - social, com uma influência mútua e contínua entre a pessoa e o ambiente que a envolve. (TEIXEIRA et al, 1997).

Esta visão integrada reforça o interesse reabilitar o paciente para retorno ao seu ambiente, assegurando, após a alta hospitalar, o tratamento nos centros de referência.

O Estado do Rio Grande do Sul tem sido pioneiro no Brasil em iniciativas que tornam realidade a reforma psiquiátrica, que é um longo processo de transformação das estruturas e serviços de oferta à população, com a transformação do caráter centralizador da atenção nas internações psiquiátricas, para a formação de uma rede de atenção integral à saúde mental. (Guia de Serviços de Saúde Mental, 2002).

A enfermagem possui um papel muito importante em todas essas etapas que são constituídas desde a internação emergencial até a alta, inclusive no acompanhamento pós-alta através dos centros de contra referência no que diz respeito às necessidades humanas básicas, teoria derivada experiências clínicas de Maslow (1970) que dividiu os níveis em psicológicos, segurança, realização, estima e amor.

1 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

Compreendo que o desvelamento dos fatores contribuintes para o surgimento da necessidade de internação psiquiátrica em mulheres e o desencadeamento do transtorno em saúde mental é fundamental para que se possa atuar sobre cada situação. Instigada por isso, comecei a dedicar mais atenção a esses fatores do processo saúde/doença mental, estagiando voluntariamente por quatro semestres, na referida unidade e interessei-me pelos dados epidemiológicos dessa demanda. Conhecê-los contribui para entendimento das causas do tratamento e prevenção da doença mental, com métodos que ajudam a definir e avaliar estratégias para a prevenção e controle da doença e da incapacitação. Concordo com Kaplan e Sadok, que os estudos epidemiológicos ajudam o planejamento geral e avaliação dos programas de saúde mental, em nível local e nacional. (KAPLAN & SADOK, 1993).

A epidemiologia descreve a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde em populações humanas e facilita a construção de planejamentos para a execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento de doenças, bem como o estabelecimento de prioridades. (ROUQUARYOL, 1999)

Se um dos objetivos das novas diretrizes em saúde mental é desenvolver ações de saúde que propiciem a melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental, o reforço à importância do autocuidado e da informação sobre a patologia, com o correspondente

comprometimento da família e/ou responsáveis, é de importância vital já que todos fazem parte da vida desse indivíduo. O conhecimento desta clientela é o primeiro passo a ser dado.

Segundo o guia de serviços em saúde mental do Rio Grande do Sul, 2002, no que diz respeito aos princípios e diretrizes, são os objetivos da política de atenção à saúde mental visam:

- Desencadear e potencializar a atenção integral à saúde mental para crianças, adolescentes, adultos e idosos.
- Implantar o Projeto São Pedro Cidadão.
- Garantir os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, visando ampliar a capacidade de autonomia dos cidadãos, dos grupos e da coletividade.
- Implementar ações para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico institucionalizados.
- Incrementar a qualificação dos trabalhadores de saúde em saúde mental.

Neste trabalho, quero contribuir para revelar o perfil epidemiológico da clientela da Unidade Mário Martins Feminina, fornecendo subsídios para a melhoria do atendimento em saúde mental.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o perfil epidemiológico das pacientes internadas na Unidade Mário Martins Feminina do Hospital Psiquiátrico São Pedro, identificando fatores prevalentes e as patologias que acometem a população estudada.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evidenciar o perfil sócio econômico das pacientes internadas na Unidade Mário Martins Feminina;
- Relatar a incidência e prevalência das patologias psiquiátricas encontradas na clientela;
- Caracterizar a frequência da reincidência da internação hospitalar nesta área;
- Pesquisar os fatores externos que contribuem para o desencadeamento de um surto;
- Relacionar o risco de aparecimento do sofrimento mental em mulheres;
- Nomear as regiões do Estado com maior incidência de doença psíquica em mulheres.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: UM POUCO DE HISTÓRIA

O Hospital Psiquiátrico São Pedro foi criado em 1879 por um decreto do governo provincial, sendo inaugurado no ano de 1884, com o nome de Hospício de São Pedro de Porto Alegre. Álvaro Nunes Pereira foi seu primeiro diretor, e juntamente com o Carlos Lisboa, antigo interno do Hospício Pedro II, da capital federal, a recepção de 25 doentes transferidos da Santa Casa de Misericórdia.

Na Europa, por volta da passagem do século XX, em Viena, Sigmund Freud começou a expor suas teorias sobre o inconsciente e como explorá-lo. Nesta mesma época, por volta de 1900, Emil Kreplin, fez uma cuidadosa classificação das doenças mentais. (GODOY, 1955)

Os primeiros tempos foram marcados pela ausência de autonomia, decorrentes do governo de Júlio de Castilhos. Por volta de 1908, sob a direção de Deoclécio Pereira, que administrou o Hospital por vinte anos, ocorreu uma campanha visando a independência do Hospício.

No governo de Borges de Medeiros, no ano de 1926, e sob a direção de Jacyntho Godoy, é que ocorreram obras de remodelação do velho Hospital. Contemporâneos a esses acontecimentos, surgem novas técnicas para o tratamento em psiquiatria. A insulino-terapia consistia em aplicar doses elevadas de insulina, método que, obteve bons resultados com

pacientes agitados, entre eles, os esquizofrênicos. Dentre outras técnicas, por volta de 1933, iniciou-se a terapêutica com o choque (eletroconvulsoterapia), que se revelou eficiente nas psicoses maníaco depressivas e em algumas formas de esquizofrenias.(GODOY, 1955)

Os anos foram passando e a visão que se tinha do Hospício era de degradação. Os hospitais eram lotados, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, por volta dos anos 70, teve talvez a sua maior superlotação, a capacidade do Hospital era de 1000 pessoas e chegou a brigar 5000 indivíduos. (WADI, 2002)

Durante muito tempo, as pessoas com transtorno psíquico foram rotuladas de loucas, desagradáveis e perigosas, devendo ser guardadas nos hospícios, isoladas da sociedade. No início dos anos 80, mesmo com a diminuição da população interna do Hospital, ocorriam problemas que tornavam a assistência inadequada, dentre estes, a precariedade das instalações físicas, número excessivo de internos e a falta de recursos humanos. No final desta mesma década, o Movimento da Luta Antimanicomial chegou ao Rio Grande do Sul , inspirados na Reforma Psiquiátrica Italiana.

Este movimento foi aprovado pela Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul e sancionado pelo Governador, que determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e estabelecimento de algumas leis de proteção a qualquer indivíduo que padeça de sofrimento psíquico. No Brasil, o Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado a implementar a lei, especificamente para portadores de sofrimento mental.(GUIA DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL, 2002)

3.2.SÃO PEDRO CIDADÃO: O PROJETO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O projeto defende a desconstrução do Hospital São Pedro (HPSP), integrando as áreas de saúde, educação, habitação, trabalho, justiça, cultura, meio ambiente, obras de planejamento, tanto em instâncias governamentais ou não-governamentais, incluindo controle social. O processo de reabilitação seria então o de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e da plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social. (SARACENO, 1996).

A transformação do hospital, que consiste na mudança da atenção prestada enquanto instituição total, por uma rede de dispositivos sócios sanitários, englobando vários aspectos:

1)Assistência hospitalar: o trabalho está direcionado para viabilizar a transferência de leitos psiquiátricos, inicialmente dos de intoxicação, para hospital geral na capital, e a transformação dos leitos para crianças e adolescentes em centro de atenção psicossocial(Caps), com uma equipe especializada e capacitada para atender a especificidade da clientela;

2)Atenção aos usuários que ainda moram no Hospital: o objetivo é propiciar novas oportunidades vida, trabalho, saúde e inserção social. Este processo conduziu à organização de novos espaços de moradia, tais como: casa de passagem, apartamento de transição, adaptação dos pavilhões em serviços com diferentes modalidades de assistência de acordo com a especialidades da população (moradas para os idosos, portadores de deficiências múltiplas, criação de apartamentos com espaços individualizados) e a construção de serviços Residenciais Terapêuticos, conforme previsto na s Portarias MS nº 106/00 e 1220/00. (BRASIL, 2001 p. 120).

3.3 A LOUCURA

Em alguns momentos de nossas vidas podemos viver situações difíceis e de sofrimento tão intenso que por alguns momentos, pensamos em não suportar, que perderemos o controle, que vamos enlouquecer. Isso pode ocorrer em situações altamente estressantes nas quais o indivíduo não consegue visualizar a saída para o seu sofrimento.

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais, as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos.(OMS,2001)

Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa, em si, a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida. Os transtornos mentais e comportamentais caracterizam-se por sintomas e sinais específicos, geralmente, seguindo um curso natural mais ou menos previsível, se não houver intervenções. Assim, nem toda deterioração humana denota distúrbio mental.

Os indivíduos podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais e, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios pertinentes a determinado distúrbio, essa angústia não constitui distúrbio mental. Há diferença, por exemplo, entre estado afetivo deprimido e depressão diagnosticável. Diferentes modos de pensar e se comportar, em diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam os transtornos mentais, embora não constituam, em si, indicações de distúrbio. Logo, as variações normais determinadas pela cultura

não devem ser rotuladas como transtornos mentais, da mesma forma como, também, não podem ser tomadas como indicações de distúrbio mental as crenças sociais, religiosas e/ou políticas. (BRÊDA, 2001)

A Psiquiatria Clássica considera os sintomas como um sinal de um distúrbio orgânico, isto é, uma doença cerebral de origem endógena e refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral. (BOCK et al, 1993).

Nesse particular, o conceito de normal e patológico é muito relativo e sofre influências da sociedade na qual vive. Tabus, leis, regras e diferentes padrões sócio - culturais podem ser pivô, em algumas sociedades, de um diagnóstico mais reservado. Uma pesquisa de um hospital psiquiátrico em São Paulo, revela o sofrimento de mulheres consideradas loucas, porque na década de 50 apresentavam comportamento sexual considerado avançado para época, por não preservavam a virgindade até o casamento. (CONSELHO ESTADUAL DA MULHER DO PARANÁ, 2003).

Conforme o manual DSM-IV, o conceito de transtorno mental é:

Os transtornos mentais são conceitualizados como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível e culturalmente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios (por ex., político, religioso ou sexual), nem conflitos primariamente entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes. (DSM-IV, CD-ROOM)

Existem, portanto, várias maneiras de definir transtorno mental ou um comportamento

anormal. Sinais e sintomas referem-se a eventos específicos. Os primeiros são achados objetivos, e os sintomas, queixas subjetivas. Devem ser avaliados, através da análise das funções psíquicas, a fim de construir uma condição identificável de transtorno mental.

Segundo Davdoff (1983), mesmo que nenhum ser humano possua controle completo sobre seu próprio comportamento, alguns indivíduos o fazem muito pouco, o que caracteriza o autocontrole deficiente. Além de descontrole e déficit cognitivo, o indivíduo apresenta sentimentos perturbadores como angústia, raiva e tristeza. Todos os seres humanos experimentam momentos nos quais esses sentimentos estão presentes, todavia alguns indivíduos apresentam de forma inadequada causando sofrimento extremamente intenso ou persistente.

Os transtornos mentais são identificados e diagnosticados por métodos clínicos semelhantes aos utilizados para os transtornos físicos. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida com o indivíduo e com outras pessoas, incluindo sua família; um exame clínico sistemático para definir o estado mental; e testes e investigações especializadas. Registraram-se, nas últimas décadas, avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da confiabilidade dos diagnósticos. (OMS, 2001)

O exame das funções psíquicas é fundamental na avaliação do paciente, identifiquem-se sinais e sintomas que possibilitarão formular hipóteses diagnósticas e direcionar o raciocínio clínico para síndromes específicas. As funções psíquicas são: consciência, sensopercepção, atenção, orientação, memória, inteligência afetividade, pensamento, conduta e linguagem. (OLIVEIRA, 2000)

Devido aos esquemas estruturados e padronizados de entrevistas, às definições uniformes de sinais, sintomas e diagnóstico, é possível atingir alto grau de confiabilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais. Os esquemas estruturados e as listas de verificação de sinais e

sintomas permitem aos profissionais de saúde mental levantar informações usando perguntas padronizadas e respostas codificadas.

Os sinais e sintomas foram definidos detalhadamente para permitir uma aplicação uniforme no mundo todo. Finalmente, os critérios de diagnóstico para transtornos mentais foram padronizados internacionalmente e, atualmente, é possível diagnosticá-los de forma tão confiável e precisa, como a maioria dos transtornos físicos comuns. (OMS, 2001)

Nos de serviços de atenção básica de saúde é recomendável partir-se de uma avaliação do grau e do padrão desses transtornos para identificar pessoas com distúrbios e proporcionar a atenção necessária em cada nível de assistência. Os estudos epidemiológicos no nível primário têm sido baseados na identificação desses transtornos mentais pelo uso de instrumentos de triagem, no diagnóstico clínico dos profissionais e/ou mediante entrevistas para diagnóstico psiquiátrico.

Vale ressaltar que existe uma linha muito tênue entre o que é normal ou anormal. É importante estar-se atento para a melhora do quadro de sofrimento desses preservando sua, incentivando o autocuidado e promovendo a prevenção das doenças e promoção da saúde segurança física e mental. A enfermagem em particular, deve ter o total domínio sobre os sinais e sintomas das patologias psiquiátricas a fim de proporcionar o cuidado adequado para cada indivíduo, incentivando o autocuidado e promovendo a prevenção.

3.4 MULHERES

O gênero é o sexo social ou socialmente construído. A partir da constatação de que o bebê é menino ou menina, começa a ser construída sua identidade. Cada criança começa a aprender o que é ser mulher e o que é ser homem. A construção cultural do gênero fica evidente quando se verifica que fazer-se homem ou mulher nem sempre supõe o mesmo em diferentes sociedades e em diferentes épocas (FERNÁNDEZ-MARTORREL, APUD GROSSI E WERBA, 2001).

O gênero é uma noção que postula que o sexo social é o produto de uma construção social permanentemente que dá forma, no interior de todas as sociedades humanas, à organização das relações sociais entre homens e mulheres. Esta noção surgiu de insistir no caráter fundamentalmente social das diferenças fundadas no sexo. O gênero é o elemento constitutivo dessas relações sociais fundadas nas diferenças perceptíveis entre os sexos, e é um primeiro modo para dar significado às relações de poder. (SCOTT, APUD LOPES, 1996, P.79)

O gênero é um fator relevante quando se fala no papel socialmente assumido pelo homem ou pela mulher. Por questões de atributos físicos, vulnerabilidade, temos altos níveis de violência sofrida contra mulheres. As pacientes psiquiátricas, em surto psicótico são facilmente agredidas, por ignorância da família sobre o transtorno mental presente ou ainda pelo simples fato de que o depoimento de um doente mental não possui valor social.

Então podemos afirmar que o gênero constitui um ângulo de leitura social que tenta explicar as diferenças, fornecendo respostas as desigualdades persistentes entre homens e mulheres ainda fornecendo subsídios para o entendimento do papel social, imposta pelo corpo assexuado.(LOPES, 1996)

Conforme o dicionário Aurélio (1999, p.980), gênero, na sua acepção antropológica, é “a forma culturalmente elaborada que a diferença sexual toma em cada sociedade, e que se manifesta nos papéis e status atribuídos a cada sexo e constitutivos da identidade sexual dos indivíduos”. Portanto esses papéis não são inatos, mas sim adquiridos e atribuídos (NAVARRO, APUD GROSSI E WERBA, 2001).

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. As mulheres não só apresentam sintomas inquietadores de seu distúrbio como sofrem também por estarem incapacitados de participarem em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes, discriminadas. Elas se preocupam por suas responsabilidades para com o esposo, filhos, e temem ser um fardo para os outros. As famílias, por sua vez, vêm-se obrigadas não só a proporcionar apoio físico e emocional, como arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação, presentes em todas as partes do mundo.

Segundo DOXEY (2003), diversos estudos com populações de várias partes do mundo e em diferentes culturas, um grande número de mulheres relata agressão física, psicológica ou sexualmente, pelo menos uma vez na vida. De fato segundo Ballone e Ortolani (2001), citam que as mulheres são vítimas em 84,3% dos casos de violência. Com mais frequência as vítimas estão nas seguintes faixas etárias: 24,6% de 18 a 35 anos; 21,3% de 36 a 45 anos e 13% de 46 a 55 anos.

A violência doméstica, em termos gerais. É o abuso físico, sexual e/emocional de um indivíduo dentro da família, o que inclui violência contra crianças e idosos, sendo que o conflito pode iniciar entre namorados, noivos ou conhecidos.(GROSSI, apub, LOPES, 1996)

Reveste-se o fator relevante para favorecer da doença psíquica em mulheres, a carga que a mesma recebe no “seio do lar”. Segundo dados divulgados pelo Censo (2000), mostram que a realidade feminina por domicílio alcança um quarto das residências brasileiras. Uma em cada 4

famílias brasileiras, são chefiadas por mulheres. Este fato coloca as mulheres à frente dos processos decisórios, aumentando suas responsabilidades e atribuições.

Do outro lado, evidencia-se o abandono do lar pelo cônjuge, deixando a mulher mais desprotegida, sobretudo, quando existem filhos menores, particularmente, no que se refere ao sustento.(PAZINI ,2003)

A mulher carrega muitas responsabilidades que podem desencadear transtorno mental. O sofrimento psíquico possui causas estruturais, orgânicas e bioquímicas, porém, fatores externos podem aumentar as chances do aparecimento ou reincidência de um surto, afetando o curso e o prognóstico da doença mental.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, com análise quantitativo dos dados visando o conhecimento do perfil epidemiológico da clientela internada na Unidade Mário Martins Feminina do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no período de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, além de análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos (POLIT, 1995).

O estudo transversal é um tipo de Estudo Observacional Descritivo, tendo por objetivo verificar a prevalência ou a frequência de uma determinada característica. Estes estudos descrevem a realidade de forma estática, referindo-se a um determinado momento. (GOLDIM, 2000)

A epidemiologia descritiva, é um estudo da distribuição das frequências das doenças e dos agravos da saúde coletiva, em função das variáveis ligadas a tempo e espaço – ambientais - populacionais - e a pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico. (ROUQUARYOL, 1999)

Partiu-se da pesquisa no prontuário das pacientes internadas na unidade no período citado. A coleta de dados foi feita através de um histórico de enfermagem, que é um questionário com perguntas aberto - fechadas “pergunta em uma entrevista ou questionário que não limita a respostas pré - estabelecidas”. (POLIT, 1995).

Foi utilizado o programa de computador Excel 2000 (9.02812) e o programa SPSS 11.0.1 para a tabulação e análise das variáveis. O estudo iniciou com uma análise freqüencial das variáveis escolhidas, seguindo o cruzamento de algumas dessas variáveis, avaliando a relação entre elas através do método estatístico do Qui-quadrado. A apresentação destes dados é feita por tabelas e gráficos interpretados. A apresentação destes dados será através de tabelas e gráficos seguidos da interpretação dos mesmos.

O estudo iniciará com uma análise freqüencial, que consiste em uma organização sistemática de valores numéricos, de cada uma das 41 variáveis coletadas, seguindo com o cruzamento de algumas dessas variáveis para avaliar a relação entre elas, através do método estatístico qui-quadrado (análise bivariada). (POLIT, 1995)

5 ANÁLISE DOS DADOS

A partir da análise dos livros de registros foram encontradas 225 pacientes, sendo que o critério de exclusão foi o não preenchimento completo do instrumento e o prontuário não se encontrar no setor do registro- arquivo médico ou unidade Mário Martins Feminina.

As distribuições de frequência representam um método para que se imponha alguma ordem a uma massa de dados numéricos. Esta distribuição possibilita a visualização dos escores mais baixos, mais altos, onde tendem aglomerar-se o que proporciona alguma análise mais instantânea. (POLIT, 1995)

5.1 ANÁLISE FREQUENCIAL

Algumas patologias possuem incidência maior ou menor conforme a raça do indivíduo.

Tabela 1 – Distribuição frequencial dos tipos de raças encontradas nas pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Raça	Frequência	%
Branca	180	80
Negra	30	13,33
Mulata	15	6,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Nas patologias psiquiátricas a literatura não relata nenhuma especialidade, porém a análise da raça das mulheres encontradas na pesquisa teve predomínio das brancas com 80 %, conforme a tabela 1.

Ao analisar as idades das pacientes internadas na unidade MMF evidenciou-se que a média das idades era de 37,32 anos de idade.

A média sugere que em torno deste valor de idade estejam a maioria das mulheres, que por sua vez podem estar na idade fértil. O planejamento familiar deve ser realizado com essas mulheres sempre que se for sugestível, porém durante o surto psicótico deve-se também fornecer subsídios para que a mesma permaneça protegida. Oficinas , palestras, consultas de enfermagem e acompanhamento ginecológico podem ser úteis evitando transtornos de uma gravidez de riscos para a mãe e para a criança. Alguns riscos relacionados como acidentes de parto, infecção

puerperal e outros podem ser evitados. (ROUQUARYOL,,1999)

A procedência da população alvo tem maior índice nos encaminhamentos do interior do Estado (48,89%) As populações rurais, na maioria dos municípios brasileiros, possuem uma atenção primária bem inferior àquela colocada à disposição das populações urbanas.(ROUQUARYOL, 1999)

Tabela 2 – Distribuição freqüencial da procedência das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Procedência	Freqüência	%
Porto Alegre	16	7,11
Grande Porto Alegre	99	44
Interior	110	48,89
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A região metropolitana de Porto Alegre segue com 44% dos casos. Sugere a baixa adesão destas pacientes junto a equipe da atenção básica. Para tanto deve-se desenvolver ações integradas ou focalizadas na saúde mental de forma contínua e personalizada, com ênfase na promoção e prevenção.

Com referência ao grau de instrução as pacientes em grande maioria (48%), possuem somente parte do primeiro grau, chamado ensino fundamental, sendo que 20% são analfabetas, ou seja mais da metade possui o nível de instrução baixo . Este fato pode resultar em várias questões como desconhecimento da sua patologia, o que dificulta na adesão ao tratamento;

dificuldade em se expressar, sentimentos, sensações entre outros.

Tabela 3 – Distribuição freqüencial do Grau de instrução das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Grau de instrução	Freqüência	%
Analfabeto	44	20
1 grau incompleto	109	48,44
1 grau	31	13,78
2 grau incompleto	16	7,11
2 grau	20	8,89
Superior incompleto	2	0,89
Superior	2	0,89
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

A grande maioria das pacientes, 48% possui apenas parte do primeiro grau atualmente chamado de ensino fundamental, ainda 20% são analfabetas. A doença mental não deveria ter este perfil pois entre os surtos os portadores de sofrimento psíquico conseguem levar uma vida com limitações porém não necessariamente a anulação de uma atividade. A elevação dos índices de escolaridade poderiam influenciar beneficemente na vida destas pessoas visto que poderiam reconhecer algumas situações e saberiam avaliar sobre algumas delas, prevenindo um surto, quem sabe.

Tabela 4 – Distribuição freqüencial das patologias psiquiátricas, conforme o CID, encontradas nas pacientes intermandas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Patologia Psiquiátrica	Freqüência	%
Demência Não Especificada	3	1,33
Demência Vascular	1	0,44
Episódio maníaco	2	0,89
Episódios depressivos	28	12,44
Esquizofrenia	41	18,22
Outro retardo mental	2	0,89
Outros transtornos psicóticos não-orgânicos	4	1,78
Psicose Epilética	5	2,22
Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	3	1,33
Retardo mental moderado	5	2,22
TMC devido ao uso de álcool	4	1,78
TMC múltiplas drogas+substâncias psicoativas	6	2,67
TMC relacionado ao puerpério	5	2,22
TMO Não Especificado	1	0,44
TP e do comportamento do adulto, Não Especificado	2	0,89
Transtorno afetivo bipolar	65	28,89
Transtorno depressivo recorrente	15	6,67
Transtornos de humor [afetivos] persistentes	1	0,44
Transtornos delirantes persistentes	5	2,22
Transtornos dos hábitos e dos impulsos	1	0,44
Transtornos específicos da personalidade	7	3,11
Transtornos esquizoafetivos	6	2,67
Transtornos não-orgânicos do sono(fatores emocionais)	1	0,44
Transtornos psicóticos agudos e transitórios	11	4,89
Transtornos somatoformes	1	0,44
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A classificação das doenças das pacientes internadas ocorre através da Classificação Internacional de Doenças CID onde foram encontrados 25 tipos de transtornos, com predomínio do transtorno afetivo bipolar (28,29%) seguido da Esquizofrenia (18,22%) e dos Episódios

Depressivos (12,44%).

Transtorno bipolar caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, este distúrbio que consiste em algumas ocasiões na elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um embotamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares. (CID 10, CD-ROM)

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual embora certos déficits cognitivos possam evoluir com o tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, influência ou passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Deve-se ter cuidado para não associar a esquizofrenia quando existir uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de drogas

Existem três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de

indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. (CID 10, CD-ROM)

O lítio suprime as oscilações de humor, sendo vastamente utilizado não apenas em crises agudas de mania ou de piora da doença, mas também no tratamento e manutenção do distúrbio bipolar. Evidenciou-se um baixo índice de uso isolado do lítio, porém este uso ou o tipo combinado com outras drogas, requerem alguns cuidados como: controle de sinais vitais, reações cutâneas alérgicas e edema de membros inferiores. Deve-se estimular a ingestão hídrica bem como registrar e comunicar qualquer alteração. A forma da medicação é comprimidos de 300 mg, utilizados por via oral.

Os índices de tabagismo foram de aproximadamente 50%, conforme tabela 5.

Tabela 5 –Distribuição freqüencial de tabagismo das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Fumante	Freqüência	%
Sim	113	50,22
Não	112	49,78
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

Tabela 6 –Distribuição freqüencial do uso de Lítio das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Lítio	Freqüência	%
Somente	2	0,89
Combinado	74	32,89
Não usa	149	66,22
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

As medicações antidepressivas possuem ação excitadora no sistema nervoso central, combatendo sintomas específicos e são em sua grande maioria utilizadas concomitante com outras medicações. São indicadas na depressão secundária, na distímia, redução de peso e outros.

Tabela 7 –Distribuição freqüencial do uso de Antidepressivos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Antidepressivos	Freqüência	%
Somente	2	0,89
Combinado	67	29,78
Não usa	156	69,33
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Os cuidados de enfermagem mantem-se os mesmos, e episódios de exacerbação devem ser comunicados pois podem sugerir a virada de um quadro depressivo para um quadro maniaco. Os antidepressivos mais utilizados são imipramina 25 mg, anafranil 25 mg e 75 mg, fluoxetina 20

mg e clomipramina 25 mg, sob a forma de comprimidos.

Os antiparkinsonianos são utilizados por 52,44% combinados com outras medicações, o que confirma a maior indicação dessas drogas para diminuir os sintomas extrapiramidais induzidas por drogas e o parkinsonismo produzido pelo uso de antipsicótico.

Os efeitos adversos podem ser agitação, alucinações e hipotensão, a enfermagem deve estar atenta para estes sintomas controlando os sinais vitais e observando o paciente para intervir sobre alguma situação. A única medicação é o biperideno 2 mg, comprimido e injetável.

Tabela 8 –Distribuição freqüencial do uso de Antiparkinsonianos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Antiparkinsonianos	Freqüência	%
Somente	2	0,89
Combinado	118	52,44
Não usa	105	46,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

As medicações mais utilizadas foram os antipsicóticos com 88,44% no total com 8,44% isoladamente e 80% na forma combinada. O principal uso dos antipsicóticos é no tratamento das esquizofrenias, embora também sejam utilizados para tratar a agitação nas psicoses associadas com outros transtornos psiquiátricos ou orgânicos. Esse psicofármaco torna o paciente mais calmo e sociável, redução da sintomatologia psicótica.

Estss drogas provocam a síndrome de Parkinson, crises de discinesias (impregnação) e a acatisia. A enfermagem deve estar atenta para estes sintomas, pois causam desconforto para os

pacientes. Existem meios farmacológicos para reverter estes sintomas, como o uso dos antiparkinsonianos. Os antipsicóticos mais utilizados são Clorpromazina 100mg, Levomepromazina 100 mg, flufenazina, haloperidol 5mg sob a forma de comprimidos via oral e ampolas por via intra muscular,; a tioriazina 100mg, olanzapina e a clozapina somente em comprimidos.

Tabela 9 –Distribuição freqüencial do uso de Antipsicóticos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Antipsicóticos	Freqüência	%
Somente	19	8,44
Combinado	180	80
Não usa	26	11,56

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Os benzodiazepínicos que foram utilizados por 23,56 % das pacientes, são substâncias depressoras do sistema nervoso central, porém não possuem ação antipsicótica são ainda, variadamente mencionados como agentes antiansiedade, ansiolíticos e tranqüilizantes menores. É utilizado nos episódios de ansiedade, depressão, acatisia e prevenção da síndrome de abstinência alcoólica e nas crises epiléticas. são substâncias depressoras do sistema nervoso central, porém não possuem ação antipsicótica .

Tabela 10 –Distribuição freqüencial do uso de Benzodiazepínicos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Benzodiazepínicos	Freqüência	%
Somente	1	0,44
Combinado	53	23,56
Não usa	171	76
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Por causar dependência física e psíquica, os benzodiazepínicos merecendo uma atenção especial da equipe de saúde. Os efeitos adversos mais comuns são sonolência, náuseas, vômitos e em alguns casos pode produzir síndrome de abstinência. Os benzodiazepínicos mais utilizados são diazepam 5mg e 19 mg comprimidos e ampolas (via endovenosa e intramuscular), flurazepam, psicosedin (clordiazepóxido) e o clonazepam (rivotril) sob a forma de comprimidos. (KAPLAN & SADOCK, 1993)

Os anticonvulsivantes forma utilizados em 18,67% dos casos concomitante com outras drogas. Os anticonvulsivantes mais utilizados foram a carbamazepina 200 mg, o ácido valproico 250 e 500 mg e o fenobarbital, sob a forma de comprimidos, via oral.

Tabela 11 –Distribuição freqüencial do uso de Anticonvulsivantes (6) das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Anticonvulsivantes	Freqüência	%
Somente	1	0,44
Combinado	42	18,67
Não usa	182	80,89
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

As tabelas de números 12, 13 e 14 estão relacionadas os tipos de violência sofridas pelas pacientes fora do hospital. Foram classificados três tipos de violência sendo elas: física, sexual e psíquica que podem ocorrer isoladamente ou em conjunto. Foi observado durante a análise dos dados que não havia nenhum caso de violência física e sexual sem violência psíquica combinada, conforme a tabela 14, 48,89% já sofreram violência psíquica. Este fato confere por lógica já que um dano físico ou sexual sempre virá acompanhado de um dano psíquico.

Conforme a tabela número 12, aproximadamente a metade das pacientes já sofreram violência física. Este dado nos remete a uma temática muito discutida hoje em dia que é a violência familiar. Durante o surto psicótico o descontrole se torna muito maior do que qualquer coisa e o próprio paciente se torna agressivo, um desconhecido trazendo o sentimento de impotência para todos os familiares. Por muitas vezes ignorância dos familiares sobre a patologia dificulta a relação e se torna conflituoso os sentimentos, por exemplo se a mulher sair nua pela rua.

Na tabela número 13, evidenciou-se que 31,6% das pacientes já sofreram violência sexual. Um fato que desfavorece muito os portadores de sofrimento psíquico, em especial as mulheres e

que raramente se dá “crédito” para um depoimento destes. No caso, se torna mais vulnerável a sofrer este tipo de violência, pois o agressor nega ou muitas vezes a própria paciente não lembra. Existem alguns sinais de maus tatos que a equipe de atenção básica de saúde deve estar atenta, afim de fornecer subsídios para este indivíduo e também para esta família que deverá ser estruturada e a acompanhamento.

Tabela 12 –Distribuição freqüencial de Violência física sofrida pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Violência física	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	113	50,22
Não sofreu	112	49,78
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

Tabela 13 –Distribuição freqüencial de violência sexual sofrida pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Violência sexual	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	71	31,56
Não sofreu	154	68,44
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

Tabela 14 –Distribuição freqüencial de violência sexual sofrida pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Violência psicológica	Freqüência	%
Somente	19	8,44
Combinado	110	48,89
Não sofreu	96	42,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

As tabelas a seguir do número 15 até o 21, representam situações de risco que transformam o quadro deste paciente em uma emergência. Nestas situações citadas o mesmo cria um risco para si ou para outro e merece uma atenção emergencial. Os riscos mais comuns dentre as pacientes chegadas na unidade MMF foram: risco de suicídio, risco de agressão, risco de fuga, risco de homicídio, risco de abusar sexualmente, risco de ser abusada sexualmente e risco moral. Estes podem acontecer isolados ou combinadamente o que pode agravar a gravidade do quadro ocasionar na maior necessidade de internação.

A tabela 15 indica que 10,22% das pacientes apresentaram apenas risco de suicídio e que 71,11% apresenta este e pelo menos um outro risco (dos citados acima).

Tabela 15 –Distribuição freqüencial de risco de suicídio apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco de Suicídio	Freqüência	%
Somente	23	10,22
Combinado	183	71,11
Não possui	42	18,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

A tabela 16 mostra que nenhuma paciente internada apresentava somente risco de fuga. A maioria, 61,78% não apresentava este risco, porém 38,22% apresentou este risco combinado com pelo menos um outro qualquer.

Tabela 16 –Distribuição freqüencial de risco de fuga apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco de fuga	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	86	38,22
Não possui	139	61,78
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

A tabela 17 revela que 79,56 % das clientes apresentavam risco de agressão e outro(s) riscos.

Tabela 17 –Distribuição freqüencial de risco de agressão apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco de agressão	Freqüência	%
Somente	9	4
Combinado	188	79,56
Não possui	37	16,44
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Na presença de algum delírio, alucinação o indivíduo pode reagir impulsivamente , ocasionando uma lesão física importante , ou até um homicídio. Dentre a amostra estudada, nenhuma apresentou apenas este risco, porém , conforme a tabela 19, 35,56% apresentaram risco de cometer homicídio, fato que se caracteriza como emergência psiquiátrica.

Tabela 18 –Distribuição freqüencial de risco de homicídio apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco de homicídio	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	80	35,56
Não possui	145	64,44
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Este dado foi encontrado apenas em uma paciente, porém achei importante relatar. Alguns quadros psicóticos podem ocasionar em hipersexualização e esta pessoa ser uma vítima, ou tornar-se um abusador. A tabela sugere que na população feminina isto seja incomum, porém em populações masculina pode ser diferente, merecendo uma pesquisa específica.

Tabela 19 – Distribuição freqüencial de risco de abusar sexualmente *outren* apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco de abusar sexualmente	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	1	0,44
Não possui	224	99,56
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Assim como na tabela 13 apresentou a freqüência das mulheres que haviam sofrido violência sexual, a tabela 20 apresenta o risco, relacionados a fatores comportamentais e psíquicos, que estas pacientes tem de sofrer abuso sexual. O índice foi de 31,85% de risco de abuso no mínimo seguido de outro qualquer risco.

Tabela 20 – Distribuição freqüencial de risco ser abusada sexualmente apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco de ser abusada sexualmente	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	71	31,85
Não possui	154	64,88
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

O risco moral traduz os danos sociais que o comportamento destas mulheres podem ocasionar que resultam em sofrimento e preconceito. A autoexposição, promiscuidade, endividamentos são relatados nos prontuários como risco moral, dentre outros, e que devem ser tratados. A retomada de uma vida normal para algumas mulheres torna-se difícil devido o preconceito do seu círculo social ou da sua família. Evitar que o indivíduo se exponha também cabe a equipe de atenção primária que deve estar atenta para preservar a reputação destas mulheres. A tabela 22 mostra que 31,85% das mulheres apresentaram risco moral, concomitante com outros riscos.

Tabela 21 –Distribuição freqüencial de risco moral apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Risco moral	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinado	71	31,85
Não possui	154	64,88
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

As drogas atuam no cérebro afetando a atividade mental, sendo por essa razão denominadas psicoativas. Basicamente estão divididas em três tipos :drogas depressoras, drogas estimulantes e drogas alucinógenas. (Secretaria Nacional Antidrogas,2001)

Tabela 22 –Distribuição freqüencial do uso de drogas depressoras utilizadas pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Drogas depressoras	Freqüência	%
Somente	20	8,89
Combinada	33	14,67
Não usa	172	76,44
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

As drogas depressoras diminuem a atividade mental, afetando o cérebro fazendo com que

ele funcione de forma mais lenta. Estas drogas diminuem a atenção a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Alguns exemplos de drogas depressoras são os ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola) e narcóticos como a morfina e heroína. A tabela 22 informa que 8,89% utiliza apenas estes tipos de drogas e um índice de 14,67 % de pacientes que usam este combinado com pelo menos mais algum tipo de droga.

As drogas estimulantes aumentam a atividade mental, afetando o cérebro fazendo com que funcione da forma mais acelerada. Alguns exemplos destas drogas são cafeína, tabaco, anfetamina, cocaína e crack. O tabaco não foi inserido, para fim de uma classificação mais individual. Conforme a tabela 23, nenhuma paciente fazia uso apenas deste tipo, e 12% fazia uso de drogas estimulantes combinada com outro(s) tipos de drogas.

Tabela 23 – Distribuição freqüencial do uso de drogas estimulantes utilizadas pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Drogas estinulantes	Freqüência	%
Somente	0	0
Combinada	27	12
Não usa	198	88
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

As drogas alucinógenas alteram a percepção e provocam distúrbios no funcionamento do cérebro, fazendo com que ele passe a trabalhar de forma desordenada, numa espécie de delírio,

Exemplos destas drogas são LSD, ecstasy, maconha e outras substância derivadas de plantas. Na tabela 25 evidenciou que 1,33% fazia uso apenas deste tipo de droga e que 14,67% fazia o uso desta , porém concomitante com outro tipo. Os dados das tabelas 23,24 e 25 sugerem a o uso de multiplas drogas é o mais freqüente o que resulta em maior dependência e maiores riscos.

Tabela 24 –Distribuição freqüencial do uso de drogas alucinógenas utilizadas pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Drogas alucinógenas	Freqüência	%
Somente	3	1,33
Combinada	33	14,67
Não usa	189	84
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A tabela 25 contém dados que ilustram a situação civil das mulheres internadas na unidade Mario Martins Feminina. A maioria (40%) das mulheres são casadas, seguidas das solteiras (37,33%) .Depois as separadas ou divorciadas com (14,67%) e por último as viúvas, (8%)..

Tabela 25 –Distribuição freqüencial do estado civil das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Estado civil	Freqüência	%
Solteira	84	37,33
Viuva	18	8,00
Casada	90	40,00
Separada	33	14,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Sabe-se que a estrutura familiar influencia diretamente sobre a vida destas pessoas e a equipe de saúde deve fornecer subsídios para todos os integrantes deste núcleo a fim de proporcionar educação e saúde para todos.

Tabela 26 –Distribuição freqüencial da presença de filhos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Filhos	Freqüência	%
Sim	173	76,89
Não	52	23,11
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

O universo em questão neste presente trabalho é o feminino. A mulher possui várias atribuições, como dona de casa, esposa, filha e uma das mais importantes : ser mãe. Muitas vezes durante o surto psicótico os filhos são as maiores vítimas dos riscos que podem ocorrer. Os dados

da tabela 26 informam que 76,89% das mulheres possuem pelo menos um filho. Este dado deve ser considerado pois vidas podem estar em risco tanto físicos quanto psíquicos, e se esta mulher não estiver fazendo nenhum tipo de acompanhamento os danos podem ser irreversíveis.

Tabela 27 – Média Aritmética e Desvio Padrão do número de filhos das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Número de Filhos	
Média	Desvio Padrão
2,05	2,02

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A média de filhos das mulheres internadas na unidade MMF é de 2, o desvio padrão é de 2,02.

A tabela 28 mostra a ocupação diária da vida diária destas mulheres. Os dados informam que 29,78% estão desempregas, exerciam algum tipo de função; 43,56% são donas de casa e não exerciam nenhum tipo de função e (26,67%) a minoria das pacientes trabalham. Isso sugere que a doença mental afeta diretamente a atividade ocupacional reservando menos chances de alguma colocação no mercado de trabalho para os portadores de sofrimento psíquico.

Tabela 28 –Distribuição freqüencial da ocupação diária das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Ocupação	Freqüência	%
Desempregada	67	29,78
Dona de Casa	98	43,56
Trabalha	60	26,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Tabela 29 –Distribuição freqüencial das profissões catalogadas das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Profissão	Freqüência	%
agricultora	4	6,67
balconista	8	13,33
cabeleireira	1	1,67
costureira	4	6,67
cozinheira	3	5,00
doméstica	18	30,00
operaria	5	8,33
professora	2	3,33
prostituta	10	16,67
estudante	5	8,33
Total	60	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Conforme a tabela 28 26,67% das pacientes trabalham, deste montante foram catalogadas as profissões que elas exerciam que resultou a tabela 29. A profissão de maior destaque foi a de empregada doméstica com 30 %, em segundo lugar com 16,67 % foi a prostituição (dançarina de

boates, garotas de programa) e em terceiro lugar com 13,33% a profissão de balconista (vendedora, atendente de estabelecimento comerciais). A prostituição apresentou destaque, e sugere duas hipóteses de estudo, a primeira é que ser prostituta e todo o universo de promiscuidade, violência gerem um sofrimento psíquico e uma segunda hipótese de algumas das patologias psiquiátricas podem tornar as mulheres mais vulneráveis a prostituição.

A grande maioria das pacientes internadas na unidade MMF 80% não apresentavam nenhuma patologia clínica. As patologias foram agrupadas por categorias e a doença que mais ocorreu foi a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A segunda patologia mais encontrada foi a hipertensão arterial sistêmica com 3,56% dos casos.

Tabela 30 – Distribuição freqüencial das patologias clínicas das pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Patologia Clínica	Freqüência	%
Nenhuma	180	80
HIV	10	4,44
Cardiopatia	2	0,89
Obesidade	3	1,33
Gestante	2	0,89
Puerpera	5	2,22
Hipertensa	8	3,56
Hepatite b	2	0,89
Tuberculose	1	0,44
Doenças Respiratórias	5	2,22
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

A sensopercepção é a função mental através da qual o indivíduo forma o reconhecimento

do ambiente e de seu próprio corpo. Os sentidos visão, audição olfato, bem como sensações viscerais e o sentido de movimento, chegam a consciência através da sensopercepção. (OLIVEIRA,2000).

Tabela 31 –Distribuição freqüencial de alteração da sensopercepção das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Alteração Sensoperecepção	Freqüência	%
Sim	175	77,78
Não	51	22,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Ouvir vozes, ver “bichinhos” (insetos), sentir um cachorro comer seu intestino são alguns exemplos de alteração. Conforme a tabela 32 os dados revelam que 77,78% das pacientes tiveram alteração desta função psíquica.

Tabela 32 –Distribuição freqüencial alteração da orientação das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Alteração da Orientação	Freqüência	%
Sim	137	60,89
Não	88	39,11
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A orientação é uma função psíquica que é um complexo de funções que depende de cada momento de nossa vida, da situação real que nos encontramos. Esta função está dividida em orientação autopsíquica (relacionada a identidade, aparência, crítica sobre sua doença) e orientação alopsíquica de cunho temporal (hora, dia, mês, ano corrente) e espacial (localização no espaço, reconhecimento de ambiente). (OLIVEIRA, 2000)

Segundo os dados da tabela 32, 60,89% das pacientes apresentaram desorientação autopsíquica, alopsíquica ou as duas concomitantes.

Tabela 33 – Distribuição freqüencial alteração do afeto Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Alteração do Afeto	Freqüência	%
Sim	186	82,67
Não	39	17,33
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

A afetividade é a capacidade de experimentar emoções e sentimentos frente a determinadas situações. O afeto é uma experiência emocional imediata relacionada geralmente a algum estímulo externo, enquanto humor é uma disposição subjetiva, duradoura, relacionada ao temperamento do indivíduo (OLIVEIRA, 2000)

Na entrevista psiquiátrica predomina a avaliação do afeto. Nas pacientes pesquisadas 82,67 % (tabela 33) apresentaram alteração do afeto o que é confirmado pela grande incidência do Transtorno afetivo bipolar que é um transtorno de humor.

Tabela 35 –Distribuição freqüencial da Alteração do Pensamento Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Alteração do Pensamento	Freqüência	%
Sim	191	84,89
Não	34	15,11
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

O pensamento é o processo que permite ao psiquismo assimilar, formular e manejar idéias, articulando-as em seqüência, ao redor de um propósito, de modo a conduzir à formação de novas idéias. Semiologicamente o pensamento se divide em produção, curso e conteúdo. A produção diz respeito ao pensamento como um todo, em sua natureza, em suma; no curso, observamos o modo como as idéias articulam-se, avaliando a maior ou menor integridade do fio associativo e finalmente o conteúdo analisamos o tema e a natureza das idéias.(OLIVEIRA,2000).

Os delírios e ideações, são alguns exemplos. A tabela 33 contém dados que mostram a grande maioria das clientes 84,84 % ter tido este tipo de alteração.

Tabela 36 –Distribuição freqüencial da Alteração da Conduta das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Alteração da Conduta	Freqüência	%
Sim	183	81,33
Não	42	18,67
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

O termo conduta implica nos atos propriamente ditos, sem considerar-lhe a intenção ou motivação. As compulsões e as perversões sexuais são alguns exemplos de alterações. Na amostra estudada, os dados da tabela 34 evidenciam que 81,33% possuíram alteração desta função psíquica.

Os índices de tabagismo foram de aproximadamente 50%, conforme tabela 37.

Tabela 37 –Distribuição freqüencial de tabagismo das Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003

Fumante	Freqüência	%
Sim	113	50,22
Não	112	49,78
Total	225	100%

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

5.2 ANÁLISE BIVARIADA DOS CASOS

Tabela 38- Distribuição das pacientes usuárias de drogas e não usuárias com tempo de internação.

Drogas	Tempo de internação		
	A	B	
Usuária	32	25	57
Não usa	59	109	168
Total	91	134	225

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

$$p=0,08 > p=0,05$$

Percebe-se através dos dados analisados a não relação entre as variáveis não relação entre os dados cruzados. Ou seja ser ou não usuária de droga não influencia no tempo de internação.

Tabela 39- Distribuição das pacientes usuárias de drogas e não usuárias com tempo de internação.

Internações	Poa	G. Poa	Total
Primeira	43	49	92
Reinternação	72	61	133
Total	115	110	225

BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002

a agosto de 2003.

P=0,275 > p=0,05

Percebe-se que através destes dados cruzados na tabela 39 não possuem relação entre as suas variáveis. Por tanto ser de Porto Alegre ou do interior não interfere em tipo de internação, primeira ou reinternações.

Gráficos

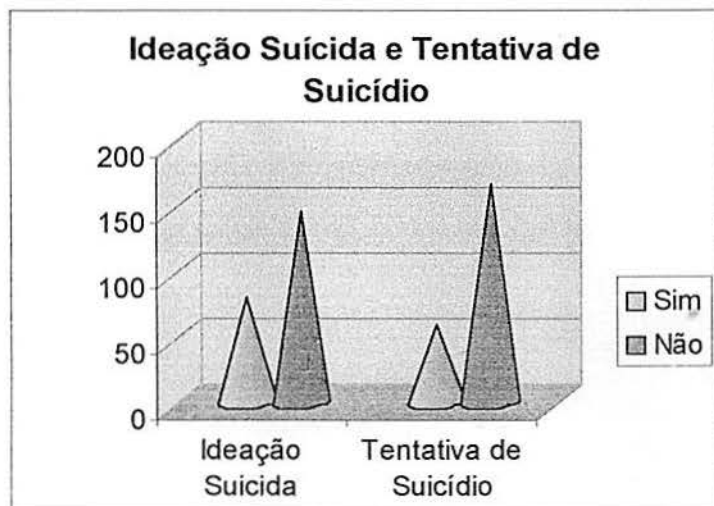
Gráfico 1- Distribuição gráfica dos riscos (Autoagressão e heteroagressão) apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003



BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

Gráfico 1 evidencia os riscos de autoagressão e heteroagressão no momento da baixa, ficando evidenciado através da figura a heteroagressão em maior quantidade.

Gráfico2- Distribuição gráfica dos riscos apresentados pelas Pacientes internadas na Unidade MMF, HPSP, Porto Alegre, agosto de 2002 a agosto de 2003



BOUCINHA, Melissa S.T. Pesquisa direta na Unidade Mário Martins Feminina de agosto de 2002 a agosto de 2003.

O gráfico 2 ilustra as pacientes com ideação suicida e as que realmente tentaram suicídio. Acima podemos ver que a tentativa de suicídio é a que mais ocorre

5 PRECEITOS ÉTICOS

A privacidade das pacientes foi mantida, e o sigilo quanto as informações pessoais também. Trabalho foi aprovado pelo comitê de ética do hospital Psiquiátrico São Pedro para poder ser executado.

Este Relatório Científico com a apresentação dos resultados do estudo, ficará à disposição para livre acesso na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Além disso, os pesquisadores comprometerão com o retorno ao Hospital para apresentar formalmente os resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento psíquico é um problema de saúde coletiva, e tema que desperta grandes discussões quanto a sua terapêutica, destino de encaminhamento do portador e quem sabe uma certa identificação visto poderemos ter pelo menos uma vez, durante nossas vidas, experimentamos algum momento de sofrimento ou de descontrole.

Medo e o conseqüente distanciamento é a primeira conduta ao se deparar com um "louco". Entendê-los e se aproximar dele, pode não ser tão difícil assim.

Com este estudo procurou evidenciar temas presentes do contexto mulher-doente psiquiátrica, desde baixa renda e índices de escolaridade a violência, os riscos dessas mulheres para a sociedade e vice-versa, bem como da deficiência de assistência à essa significativa.

O déficit na acolhida dos serviços dos sistemas de referência e contra referência, e o despreparo das famílias para conviver com estas mulheres ilustram fatores agravantes das dificuldades.

O conhecimento do perfil epidemiológico desta clientela possibilita informações inclusive para a construção de um projeto preventivo que diminua os índices de internação, duração, terapêutica e a melhora da qualidade de vida destas mulheres. Mais da metade delas possui filhos, o que também é relevante pois essas crianças poderão ser vítimas de todos os riscos relacionados às suas mães como: agressão, abusos e homicídio, o que estimula que equipe de saúde esteja atenta para essa outra realidade que nem sempre aparece, mas que merece cuidado e atenção.

Por questões de gênero, as mulheres com sofrimento psíquico sofrem violências múltiplas, discriminação, fragilização e abandono, contexto que pode gerar uma degradação na vida dessa mulher, índices de prostituição, contaminação por HIV e abuso de múltiplas drogas, ocorrências evidente e relevantes na pesquisa.

No desenvolvimento deste estudo deparei-me com o preenchimento incorreto de documentos manuseados e em uso no hospital, bem como a dicotomia das informações prestadas sobre uma mesma situação, do mesmo paciente, porém de profissionais diferente, por exemplo.

Além do preparo da família e da própria paciente para saber conviver com este problema, as equipes de saúde merecem um preparo mais adequado, especialmente, quanto a reciclagens contínuas e atendimento personalizado, tendo-se vista que, que a insalubridade, por questões emocionais tem relativa frequência

Neste pretendo contribuir a equipe da unidade Mário Martins Feminina e demais setores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e com todas as pacientes que compõem este universo. Conhecer quem são essas mulheres é saber do que realmente elas precisam.

A equipe multidisciplinar da unidade, auxiliou-me consideravelmente durante o tempo que estagiei, especialmente a olhar para essas mulheres não como uma classificação de doença, mas sim um ser humano com uma história de vida e que deve ser respeitada e compartilhada para melhor atende-la.

A todas essas mulheres portadoras de algum sofrimento psíquico dedico o meu trabalho e que, de alguma forma, espero que este estudo possa fornecer algum subsídio para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida dessas mulheres: mães, esposas, irmãs, filhas, amigas e seres humanos.

REFERÊNCIAS

BALLONE, GERALDO JOSE, ORTOLANI, IDA VANI: **Violencia Doméstica**. Capturado em 05 de agosto 2003. On-line. Disponível na internet: <http://www.psiqweb.med.br>.

BOCK, ANA MARIA BAHIA: **Psicologia uma Introdução ao Estudo**, São Paulo: Saraiva, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde mental 1990-2001**. 2ed : Brasília, 2001.

BRÊDA, Mercia Zeviane: **Ciência e Saúde**. Capturado em 5/01/03. On line. Disponível na internet em www.ciencia coletiva.com.br

CONSELHO ESTADUAL DA MULHER DO PARANÁ. **Crimes de violência sexual**. Capturado em 05 de agosto 2003. On-line. Disponível na internet: <http://www.pr.gov.br>.

CID 10. Classificação Internacional de Doenças, São Paulo, s/d, CD-ROM
DAVDOFF, LINDA. **Introdução a Psicologia**, São Paulo: Macgraw-Hill do Brasil, 1983.

DOXSEY, SÔNIA MARIA RABELLO. **Cidadania precária na família**. Capturado em 05 de agosto 2003 On-line. Disponível na internet: <http://www.mj.gov.br>.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, São Paulo, 1995. CD-ROM.

FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA **Dicionário da Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

GODOY, JOSE. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**, Porto Alegre :S. Ed., 1955

GOLDIM, JOSE. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GROSSI, PATRÍCIA ; WERBA, GRAZIELA . **Violências e Gênero: Coisas que a gente não gosta de saber**; Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

GUIA DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL DO RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde, 2002.

KAPLAN, HAROLD; SADOCK, BEJAMIN .**Compêndio de Psiquiatria Ciências Comportamentais Psiquiatria Clínica**; Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

LOPES,Marta Julia et al: **Gênero e Saúde**;Porto Alegre:Artes Médixas,1996.

OLIVEIRA, JOSÉ MENNA; LIMA, ROBERTO PIEROBOM. **O Exame do Estado Mental**; Pelotas: Universitãria/Ufpel, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001** – Internet, disponível em www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html

PAZINI, Ema Berenice: **VI Forum da Família Contemporânea**; Canoas:Ulbra, 2003

POLIT, DENISE ; HUNGLER, BERNADETTE . **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**; Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROUQUARYOL, Mara Zelis;FILHO, Naomar de Almeida: **Epidemiologia e saúde**; Rio de Janeiro: Medsi, 1999

SARACENO, BENEDETTO. **Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS: **Um guia para a Família**, Brasília, 2001

TEIXEIRA, MARINA BORGES. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica**; São Paulo: Atheneu, 1997.

WADI, YONISSA MARMITT .**Palácio para guardar doidos**; Porto Alegre: Universidade, 2002.

ANEXOS



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
DIREÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, em reunião conjunta de seus membros, realizada em 28/11/2003, analisou o projeto:

Número: 03.032

Título: Perfil epidemiológico da clientela da Unidade Mário Martins Feminina do Hospital Psiquiátrico São Pedro

Autor: Dilmar Xavier da Paixão

Este projeto foi **aprovado**, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP.

Porto Alegre, 28 de novembro de 2003.


Dra. Maria Helena Itaquí Lopes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Psiquiátrico São Pedro

*Obs.: Recomenda-se na confecção final do trabalho
prudência com observações, como por exemplo
a citação da p. 10 do projeto, 2º parágrafo, ref. WAD (2002)
Trabalhos científicos devem obedecer critérios e
interpretações pessoais não devem merecer guarida*

APÊNDICE

Instrumento de Pesquisa

IDADE: 15-20() 20-25() 25-30 () 30-35 ()
35-40 () 40-45() 45-50() 50-55() 55 ou mais

PROCEDÊNCIA: Porto Alegre () Região Metropolitana () Qual? _____

Interior do Estado ()
Qual? _____
Outro Estado ()
Qual? _____

ESCOLARIDADE (QUANTOS ANOS

ESTUDOU): _____

PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA(CID-10):

Qual? _____

PATOLOGIA CLÍNICA (CID-10):

Qual? _____

**MOTIVO DA
INTERNAÇÃO:**

REINTERNAÇÃO: não () sim () nº: 1 () 2 () 3 () 4 () mais _____

PERÍODO DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO (DIAS): _____

USUÁRIA DE DROGAS: não () sim () Qual
(is)? _____

TABAGISTA: : não () sim () Quantos cigarros/dia? 5 () 5-10 () 10-15 () 15-20 ()
Mais de 20 ()

PROFISSÃO: Desempregada () Dona de casa () Trabalha ()
Qual? _____

ESTADO CIVIL: Solteira () Viuva () Casada () Divorcida ()

POSSUI FILHOS : não () sim ()
Quantos? _____

RISCOS: Suicídio () Fuga () Agressão () Homicídio ()
Abusar sexualmente () Ser abusada sexualmente ()
Outro ()

Qual? _____
SOFREU VIOLÊNCIA: não () sim () Que tipo? Física () Sexual () Psicológica ()

MEDICAÇÃO

CLÍNICA _____

MEDICAÇÃO

PSIQUIÁTRICA _____