

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**FLÁVIA DA SILVA COSTA  
MARIA LUÍZA SOARES  
VANESSA COUTO GAMA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BACELAR VIANA**

São Luís  
2009

**FLÁVIA DA SILVA COSTA  
MARIA LUÍZA SOARES  
VANESSA COUTO GAMA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BACELAR VIANA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Janete Valois Serra.

São Luís  
2009

**FLÁVIA DA SILVA COSTA**  
**MARIA LUÍZA SOARES**  
**VANESSA COUTO GAMA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL BACELAR VIANA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Janete Valois Ferreira Serra** (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

---

**Profa. Arlete Penha Cutrim**

Especialista em Saúde Mental

Instituto de Psiquiatria-UFRJ

## RESUMO

Este estudo descritivo, com abordagem quantitativa tem o objetivo de avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana. Participaram da pesquisa todos os usuários orientados inclusos nos procedimentos intensivo, semi-intensivo e não-intensivo que após a palestra sobre a importância desta pesquisa aceitaram serem sujeitos da pesquisa, totalizando 62 usuários, no período de 15 a 26 de agosto de 2009. A coleta de dados foi realizada através de um questionário referente às variáveis: sexo, idade, ocupação, estado civil, religião, escolaridade, dados demográficos, clínico, socioeconômicos, história pessoal e familiar e habilidades laborativas. Os resultados apontaram que 75,81% eram do sexo masculino; 24,19% do sexo feminino; 48,40% tinham filhos e entre os que possuíam filhos 93,55% tinham 4 ou mais filhos; 43,55% tinham 1 a 3 pessoas que moram no domicílio; 11 responderam culinária como atividades que gostariam de realizar e 14,8% responderam insônia como principal sintoma para buscar tratamento. Conclui-se que a maioria eram do sexo masculino com idade

Palavras-chave: Transtorno mental. Perfil clínico-epidemiológico. Usuário. CAPS.

## ABSTRACT

This descriptive study, with quantitative boarding it has the objective to evaluate the clinical profile and epidemiologist of the users of the Center of Attention Psicossocial Bacelar Viana. The users guided enclosed in the procedures had participated of the research all intensive, half-intensive and not-intensive that the lecture on the importance of this research they had after accepted to be citizens of the research, totalizing 62 users, in the period of 15 the 26 of August of 2009. The collection of data was carried through through a referring questionnaire to the variable: sex, age, occupation, civil state, demographic religion, escolaridade, data, physician, socioeconomics, personal and familiar history and laborativas abilities. The results had pointed that 75.81% were of the masculine sex; 24.19% of the feminine sex; 48.40% had children and between whom children 93.55% had 4 or more children; 43.55% had 1 the 3 people that they live in the domicile; 11 had answered culinary as activities that would like to carry through and 14.8% had answered sleeplessness as main symptom to search treatment. It can be concluded that the majority was of the masculine sex with age enters the 46 and 59 years and they don't had occupation, possess low income and has as upheaval decurrent alcohol metal and other prevalent drugs between the users. With this, accomplishments of activities directed toward reduction of damages for these users and activities of social inclusion are of extreme importance for improvement of the conditions clinical and socioeconomic of these users, respectively.

**KEY WORDS:** Overturn mental. Profile physician-epidemiologiT. User. CAPS.

## SUMÁRIO

	p.
1 <b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
2 <b>JUSTIFICATIVA</b> .....	8
3 <b>OBJETIVOS</b> .....	9
3.1 Geral.....	9
3.2 Específicos.....	9
4 <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	10
4.1 Histórico do Tratamento aos Portadores de Transtornos Mentais.....	10
4.2 Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.	11
4.3 Estudos Clínicos Epidemiológicos sobre os Transtornos Mentais.....	15
5 <b>METODOLOGIA</b> .....	16
6 <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	18
7 <b>CONCLUSÃO</b> .....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	36

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente o tratamento aos portadores de transtorno mental tem sido marcado por exclusão, isolamento social e segregação, onde a própria sociedade interessava-se apenas em sua segurança e não pelo bem-estar dos doentes mentais. Todavia, nos dias atuais isso tem modificado devido o sofrimento psíquico tomar grandes dimensões na sociedade contemporânea.

Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (2001) estimam que 450 milhões de pessoas, ou seja, mais de 25% da população mundial são afetados com perturbações mentais e comportamentais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais, podendo ainda, causar incapacidades para o indivíduo se não diagnosticado e tratado precocemente. Dentre as perturbações que geralmente causam incapacidade grave estão a esquizofrenia, depressão, perturbações causadas pelo uso de substâncias, epilepsia, doença de Alzheimer, atraso mental e perturbações da infância e da adolescência.

Segundo a OMS (2001), em 1990, cerca de 10% população apresentava algum tipo de transtorno mental e comportamental, chegando a 12% em 2000. Prever ainda, que até 2020 um crescimento do peso representado por essas perturbações para 15%. Sabe-se que os principais fatores associados com a prevalência, manifestação e a progressão desses problemas compreendem a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos, as catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social. Destaca-se, também, que de todas as consultas médicas em todo o mundo, trinta e quatro por cento (34%) estão relacionadas à pacientes portadores de problemas mentais. Entre os mais freqüentes estão a depressão, ansiedade, desordens relacionadas ao álcool, sintomas inexplicáveis (Desordens Somatoformes) e neurastenia.

Essa panorâmica é agravada pela problemática que a saúde mental enfrenta em todo o mundo. Verifica-se que mais de 40% dos países não têm políticas de saúde mental, mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Assim como, em todos os países, dos gastos totais com a saúde, menos de 1% são destinados à saúde mental. Devido a essa situação, a OMS alerta aos governos sobre as políticas de saúde mental para serem implementadas com objetivos na prevenção, promoção dos transtornos

mentais, tratamento e reabilitação dos indivíduos com sofrimentos psíquicos (OMS, 2001).

Fato esse prontamente alertado pela Declaração de Caracas, organizada pela OPAS/OMS (2001) para que as Políticas de Saúde Mental fossem implantadas de forma urgente e atendessem as reais necessidades dos usuários, na proteção das pessoas e no melhoramento da atenção à saúde.

Com isso, no Brasil, evidenciou-se a Reforma Psiquiátrica, organizada principalmente pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, atualmente o Movimento de Luta Antimanicomial, pretendendo estimular a organização da rede de serviços de atenção à saúde mental, evitando-se o isolamento, a estigmatização e a discriminação e buscando emancipar o indivíduo, a família e a comunidade incluindo a saúde mental na agenda pública (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), residências terapêuticas, programa de Volta para Casa, ambulatórios de saúde mental, sendo este último responsável pelo suporte ao projeto de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, socializando experiências de sofrimento psíquico e desfazendo estigmas (BRASIL, 2001).

## **2 JUSTIFICATIVA**

A partir da prática de uma das pesquisadoras no CAPS Bacelar Viana iniciada em janeiro de 2008, como enfermeira, observou-se que os usuários possuem diversos níveis socioeconômicos, várias faixas etárias e diferentes diagnósticos e habilidades laborativas. Com isso, despertou-se o interesse em realizar um estudo sobre o perfil clínico epidemiológico dessa clientela, na busca de dados e informações importantes que possam ser utilizados pelos profissionais para planejar e organizar melhor suas ações de saúde, direcionar as atividades terapêuticas oferecidas pelo serviço, otimizar os recursos disponíveis, melhorar a qualidade do atendimento oferecido e embasar a formulação do projeto terapêutico institucional do CAPS.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar o perfil clínico epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana.

#### **3.2 Específicos**

- Traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários atendidos nesse serviço;
- Identificar as habilidades laborativas dos usuários em estudo;
- Caracterizar o perfil clínico dos sujeitos da pesquisa.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Histórico do Tratamento aos Portadores de Transtornos Mentais

Para a OMS (1998) os transtornos mentais e comportamentais, expressão usada pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10<sup>a</sup> Revisão (CID-10), são sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente em que na maioria dos casos são acompanhados de sofrimento e interferência nas funções pessoais que podem ser causa básicas ou associadas de morte.

Tais transtornos implicam em condições clinicamente significativas que se caracterizam por alterações do modo de pensar e do humor, ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento e por sintomas e sinais específicos, seguindo um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções (OPAS/OMS, 2001).

Lopes et al. (2003) diz que os Transtornos Mentais (TM) incluem-se entre as patologias de alta incidência, difícil identificação e prognósticos variados, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato social de baixa renda.

Desde os períodos pré-históricos existem registro de tratamento aos doentes mentais, onde eram submetidos aos ritos tribais com a finalidade de alterar o comportamento e caso esses fracassassem deixava-se que os indivíduos morressem de inanição ou fossem atacados por feras. Todavia, na era grega em que havia notável consideração humana, o tratamento era baseado em templos que ofereciam ar livre em abundância, luz solar, encenações teatrais, caminhadas e ouvir som de cascatas para melhorar o humor (TAYLOR, 1992).

Entretanto, na Idade Média o atendimento aos doentes mentais sofreu considerável mudança. Foi deixado ao cargo dos padres que acreditavam que os doentes eram possuídos de demônios e então eram flagelados, acorrentados, escorraçados e deixados sem alimentos no sentido dos demônios serem expulsos (TAYLOR, 1992).

No Século XVI houve desistência da Igreja no tratamento aos doentes mentais, surgindo casas de caridade e asilos. Esse tipo de tratamento predominou entre os séculos XVII e XVIII. Nos Séculos XIX e XX, o tratamento era concentrado

nos grandes hospitais psiquiátricos, onde uma vez o indivíduo baixado em um hospital permanecia pelo resto de sua vida. Mas, somente com o desenvolvimento dos medicamentos psicofármaco, a partir dos anos 50, o tempo de permanência hospitalar pode ser reduzido e parte desse tratamento transferido para o domicílio (TAYLOR, 1992).

No final do Século XX, iniciou uma gradual desativação dos hospitais psiquiátricos pela substituição por ambulatorios, centros comunitários e outros serviços abertos menos estigmatizaram, com enfoque para participação de uma equipe diversificada e da família no tratamento desses indivíduos (ROSA, 2003).

#### **4.2 Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Em 1841, por decreto, criou-se o primeiro hospício no Brasil, a preocupação com os doentes mentais não era tratá-los, mas afastá-los da sociedade. Pois, existiam inúmeros loucos que perambulavam pelo Cais do Rio de Janeiro e que foram colocados nesse hospício. Depois desse, vários outros foram criados sempre em péssimas condições de higiene, agravada, ainda, pela grande demanda. Para amenizar os altos custos e a grande demanda dos hospícios, foram criadas Colônias agrícolas em São Paulo e no Rio de Janeiro, no intuito de criar receitas próprias atenuando, assim, o elevado custo e proporcionar uma ocupação produtiva ao doente. No entanto, após alguns anos algumas delas foram desativas devido às epidemias de malárias e febre amarela (ABP, 2006).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se desde o final da década de 70, oriunda, principalmente, da classe dos trabalhadores em Saúde Mental que questionava sobre o modelo de tratamento dispensado aos doentes mentais centrados nos grandes hospitais. Esse modelo era questionado radicalmente desde 1960, por Franco Brasaglia na Itália país pioneiro no processo de desinstitucionalização que aprovou a primeira lei antimanicomial em 1978 (KILSZTAJN et al, 2008).

A reformulação da assistência ao portador de transtorno mental e a implantação dessa reforma no Brasil foi impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental e concretizado com a Lei 10.216 em 2001, que a partir desse momento criou-se novos dispositivos para o tratamento do doente mental (KILSZTAJN et al, 2008).

A Reforma Psiquiátrica é conceituada pelo Ministério da Saúde (2005) como sendo:

“[...] um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.”

Na Itália, o processo de desinstitucionalização em psiquiatria estava rompendo com os antigos paradigmas que até então sustentava a loucura. Com a perspectiva de Franco Brasaglia, sustentado nos aparatos científicos, legislativo, administrativo, cultural e político, uma nova dimensão estava se criando dentro da psiquiatria. Dimensão essa baseada no tratamento voltado a comunidade e família, que ao longo do tempo foi esquecida, a autonomia de outros profissionais e principalmente em um novo olhar ao doente mental, olhar esse integral (ROSA, 2003).

Esse processo de Reforma Psiquiátrica acompanhava o contexto da democratização que o Brasil estava sofrendo, principalmente na área da saúde. Um novo sistema de saúde estava surgindo com a proposta de ampliar a assistência para todos, pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade (BRASIL, 2001).

Somente com a implantação desse novo sistema, o SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) assegurado pela lei 8.080/90, as propostas da Reforma Psiquiátrica puderam ser concretizadas, sobretudo no que diz respeito aos novos dispositivos e novas práticas clínicas (BRASIL, 2001).

Até o início do século XX, os doentes mentais no Maranhão eram colocados nas casas de caridades, Santa Casa de Misericórdia, muitas vezes por ordem policial. Entretanto, somente após muita luta do governo local que foi criado o primeiro hospício no Maranhão, isso porque os líderes da província acreditavam que os doentes mentais eram portadores de moléstia incurável e ocupavam lugar daqueles que possuíam molestas curáveis e que poderiam ser tratados (MEDEIROS, 1977).

O modelo de assistência na região Nordeste acompanhava o Nacional, centrada nos hospitais psiquiátricos nas capitais. Contava ainda, de forma secundária, com isolamento nos hospitais psiquiátricos, trabalho agrícola, colete de força, cadeira de contenção como métodos terapêuticos. O serviço prestado ao portador de transtorno mental era de forma precária voltada para os pobres, extraindo dessa população a cidadania, seus direitos e excluindo-a totalmente da sociedade. Era vista, também, como improdutiva, vagabunda ou desinteressada ao trabalho (ROSA, 2006).

Nessa mesma região contava-se com 10.148 leitos psiquiátricos e 58 hospitais psiquiátricos dentro da rede SUS. A capital com o maior número de hospitais era Pernambuco com 16 hospitais e 3.293 leitos. Seguido da Bahia com 9 hospitais e 1.633 leitos e em 3º lugar o Ceará com 8 hospitais e 1.120 leitos. Dentro da região Nordeste, o Ceará foi o primeiro Estado a iniciar o processo da Reforma, criando o primeiro CAPS em 1991, em Iguatu. Contado, ainda, com a primeira lei estadual no sentido da reforma e a segunda no país. A segunda lei estadual nessa perspectiva foi em Pernambuco e o segundo estado a criar o CAPS foi o Rio Grande do Norte (ROSA, 2006).

No Maranhão, o processo da Reforma Psiquiátrica teve início no final do ano de 1999, até essa data apenas 05 dos 217 municípios do Estado contava com algum tipo de assistência ao portador do transtorno mental (MACEDO, 2002). A lei 7.356, de 26/12/1998 impulsionou esse processo e a coordenação de saúde mental foi o ator principal criando o Plano de Saúde Mental que teve como ponto fundamental a mudança do modelo hospitalocêntrico e a criação da rede ambulatorial e comunitária diminuindo o estigma que acompanhava o portador de transtorno mental (CARVALHO, 1999).

Nesse processo foram criadas, ainda, seis regionais de referência em saúde mental em Rosário, Pinheiro, Pedreiras, Imperatriz, Codó e Bacabal. E em 2001, iniciou a implantação do Projeto de Residência Terapêutico com a previsão da criação de 08 casas para abrigar aproximadamente 24 portadores de transtorno mental. Leitos psiquiátricos foram implantados no Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho em São Luis em 2002. Até 2004 o Maranhão contava com 05 municípios com CAPS: São Luis, Imperatriz, Porção de Pedras, Timon, Parnarama e Pedreiras, chegando a 13 CAPS em 2005, sendo 07 CAPS I; 04 CAPS II e 02 CAPSi (ROSA, 2006).

Os ambulatórios públicos em saúde mental, no Brasil, foram criados a partir da década de 80, no intuito de substituir o modelo asilar, todavia, eram em número insuficiente para atender a demanda. Logo, os ambulatórios não foram capazes de diminuir o número de internações hospitalares. No decorrer dos anos, foram aumentando chegando ao número de 860 em 2006 (BRASIL, 2007).

Devido essa situação, a Reforma Psiquiátrica criou novos dispositivos para atender a demanda, seriam os CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL) e NAPS (NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL) com proposta inovadora no cuidar ao doente mental. O CAPS foi oficialmente criado a partir da portaria GM 224/92, dando ênfase na multiprofissionalidade na prestação do serviço e determinado as atividades a serem desenvolvidas como: atendimento individual, grupal, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 2004).

Esses novos serviços seriam estruturas intermediárias, entre a internação integral e a vida comunitária, desenvolvendo novas tecnologias de cuidado no intuito de diminuir as reinternações psiquiátricas e garantir a reabilitação psicossocial das pessoas com problemas psiquiátricos (PITTA, 1994).

Para Gonçalves (2001) a articulação dos serviços da rede de atenção em Saúde Mental como CAPS, NAPS, unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais, ambulatórios, Residências Terapêuticas, bom sistema de emergências psiquiátricas e controle de internações é fundamental na substituição do modelo hospitalocêntrico.

Para o Ministério da Saúde (2007) da totalidade da população brasileira, 21% (39 milhões de pessoas) necessitam ou vão necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental. E ele separa em três grupos os portadores de transtorno mental.

No grupo 1 cerca de 3% da população geral que sofre com transtornos mentais graves e persistentes, necessita de atenção e atendimento mais intenso e contínuo em serviços de maior complexidade. No grupo 2 em torno de 6% da população, apresenta transtornos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Este grupo também necessita de atenção específica e atendimentos constantes. Já no grupo 3, total de 12% da população necessita de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual. Neste último grupo estão incluídos os denominados “males menores”, é o que mais cresce atualmente. Nele estão inseridos os pacientes com transtornos depressivos e ansiosos. É o

grupo que lida os serviços extra-hospitalares e constitui-se numa das maiores causas de afastamento no trabalho. Necessitam de acompanhamento específico. Seria um total de 22 milhões de pessoas no Brasil (BRASIL, 2007).

#### **4.3 Estudos Clínico-epidemiológicos sobre os Transtornos Mentais**

Vários estudos epidemiológicos foram realizados no Brasil no sentido de conhecer a prevalência dos transtornos mentais nas específicas populações. A pesquisa realizada por Andrade et al. (1999), sobre a epidemiologia dos transtornos mentais em São Paulo, com 1.464 pessoas com 18 anos de idade ou mais, os resultados evidenciaram que 45,6% da amostra apresentaram pelo menos um diagnóstico ao longo da vida, entre os transtornos mentais mais comuns foram dependência de tabaco sendo (25%), seguido por transtorno depressivo (18,5%); transtorno ansioso (16,8%); transtorno somatoforme (6%) e uso nocivo/dependência de álcool com (5,5 %). Esse mesmo estudo constatou que os indivíduos entre 25 a 59 anos são os mais vulneráveis a desenvolver algum tipo de transtorno mental, o que provoca grande impacto na economia, pois constituem a maior parte da população economicamente ativa. Evidenciando, também, que a presença de transtorno psiquiátrico aumenta o uso de serviços de saúde, porém poucos têm acesso aos profissionais da área de saúde mental.

Na região nordeste, Alverga; Dimenstein (2004) realizaram um estudo no estado do Rio Grande do Norte, objetivando traçar o perfil da demanda em saúde mental, foram entrevistadas 61 pessoas, das quais 50% eram procedentes do interior do Estado, 60% possuíam parentes com algum tipo de Transtorno Mental, 85% usavam psicotrópicos e a maioria benzodiazepínicos (38%).

Os dados fornecidos nos estudos epidemiológicos são de grande importância para a organização dos serviços de saúde assim como o planejamento das ações de saúde desses serviços, como ressaltam os autores em suas discussões, pois permitem uma investigação sobre a reprodução social dos diferentes grupos humanos, conhecendo sua distribuição, determinação e modos de expressão.

## **5 METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. De acordo com Polit; Hungier (1995), os estudos descritivos têm como objetivo principal retratar com precisão as características de indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que esses fenômenos ocorrem em determinado espaço de tempo.

Segundo Gauthier et al (1998) o tipo quantitativo descritivo é um delineamento da realidade uma vez que descreve, registra, analisa, interpreta a natureza atual ou processos dos fenômenos, podendo ser utilizado em técnicas ou estudos de conjuntos, sobre uma comunidade, assim como para estudos comparativos casuais.

### **Local de estudo**

O estudo realizou-se no Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana, localizado no município de São Luís-MA.

O CAPS Bacelar Viana foi criado no ano de 1996. Atualmente assiste a 120 usuários que sofrem com transtorno mental e/ou usuários de álcool e outras drogas, encaminhados do ambulatório de saúde mental do hospital Nina Rodrigues e outras instituições de saúde. São assistidos nos procedimentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo e funciona de segunda à sexta de 8:00 às 18:00 horas. No serviço os usuários participam de atividades que resgatam a auto-estima, promovem a ressocialização. Dentre as atividades desenvolvidas estão à assistência individual feita por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, grupo operativo, visitas domiciliares, visitas comunitárias, e atividades culturais (HNR, 2002).

### **População**

Participaram da pesquisa todos os usuários orientados inclusos nos procedimentos intensivo, semi-intensivo e não-intensivo que após a palestra sobre a importância desta pesquisa aceitaram serem sujeitos da pesquisa, totalizando 62 usuários do CAPS Bacelar Viana no período de 15 a 26 de agosto de 2009.



## **Instrumento de coleta de dados**

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se um questionário previamente elaborado pelas pesquisadoras, com perguntas abertas e fechadas, referentes aos dados sobre sexo, idade, ocupação, estado civil, religião, escolaridade, dados demográficos, econômicos, história pessoal e familiar e habilidades laborativas (apêndice A).

Para Moretto (2002) as habilidades laborativas estão associadas ao saber-fazer: ação física ou mental que indica a capacidade adquirida. Como exemplos de habilidades laborativas podem ser: identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações, analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular.

Será considerado uso regular da medicação aquele paciente que faz uso da medicação todos os dias.

## **Coletas de dados**

A coleta de dados foi realizada de acordo com as etapas a seguir:

- Visita ao CAPS onde foi realizada a pesquisa para esclarecimento e autorização;
- Após autorização, dirigir-se ao setor para o conhecimento do local e da população;
- Realização de palestra para esclarecimentos da relevância da participação no estudo;
- Aplicação do instrumento de coleta no CAPS.

## **Análise dos dados**

Os dados obtidos nesta pesquisa foram analisados, catalogados, agrupados e representados em gráficos e tabelas através do Software Microsoft Excel 2007®, em seguida submetido à análise crítica, confrontado-os com a literatura sobre o tema da pesquisa.

## Considerações éticas

A pesquisa foi encaminhada à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, atendendo a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa que se fundamenta nas exigências éticas e científicas fundamentais.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos desse estudo, já descrito anteriormente, caracterizaremos o perfil socioeconômico e demográfico, em seguida as habilidades laborativas, e então, o perfil clínico dos usuários que se propuseram a responder ao questionário, total de 62 usuários orientados que participam dos regimes: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com as características socioeconômicas. São Luís – MA. Agosto, 2009.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Possui Ocupação</b>		
Sim	04	6,45
Não	58	93,55
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	40	64,52
Ensino Fundamental Completo	08	12,90
Ensino Médio Incompleto	07	11,29
Ensino Médio Completo	06	9,68
Ensino Superior Incompleto	01	1,61
<b>Total de moradores no domicílio</b>		
1 a 3	27	43,55
4 a 6	19	30,64
7 ou mais	16	25,81
<b>Possui alguma fonte de renda</b>		
Sim	41	66,13
Não	21	33,87
<b>Qual?</b>		
Aposentadoria/Benefício	21	51,22
Terceiros	16	39,02
Fonte de Trabalho	04	9,76
<b>Valor da renda familiar</b>		
<1 SM	4	9,68
1 SM	15	35,48
>1SM	17	41,93
2 SM ou mais	5	12,91

Conforme percebe-se na tabela 1, a maioria dos usuários não possuem nenhuma ocupação 58 (93,55%) e apenas 4 (6,45%) tem ocupação, ou seja, estão fora do mercado de trabalho, isso pode estar relacionada com o histórico de exclusão social que ao longo de décadas os portadores de transtorno mental sofreram. No entanto, com as propostas do CAPS de cuidado, acompanhamento terapêutico, os usuários têm o direito de se organizar em associações, se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social, diminuindo o estigma sobre os transtornos mentais e gerando trabalho e renda na comunidade, além de contribuir com a terapia (TOMASI, 2007).

Em relação à escolaridade, evidenciou-se que 40 (64,52%) dos usuários possuem ensino fundamental incompleto, 08 (12,90%) ensino fundamental completo, 07 (11,29%) ensino médio incompleto, 06 (9,68%) ensino médio completo. Estudos realizados por Kaplan e Sadock (1994) para a escolaridade é preciso levar em conta o nível educacional, a capacidade intelectual e a afiliação cultural e subcultural do paciente. Um comprometimento da capacidade de compreender conceitos abstratos, por exemplo, pode refletir a escolaridade ou a inteligência do paciente.

Verificou-se, também que (43,55%) dos entrevistados tem 1 a 3 pessoas que moram no domicílio, (30,64%) possuem 4 a 6 moradores e (25,81%) responderam ter 7 ou mais pessoas. Para Lima (1999) as pessoas que moram sozinhas parecem estar em maior risco para depressão: quanto maior o número de pessoas que moram no domicílio, menos a chance de apresentar depressão. A existência de suporte social e ausência de conflitos graves parecem ser agentes altamente protetores.

Em relação à fonte de renda a maioria referiu possuir renda (66,13%), e dentre estes, 21 (51,22%) disseram ser de aposentadoria/benefício e 16 (39,02%) disseram ser de terceiros. Os dados revelaram ainda, que (41,93%) dos usuários possuem pouco mais que 1SM como renda familiar, seguido de (35,48%) com renda familiar igual a 1SM.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com as características sócio-demográfica e cultural. São Luís – MA. Agosto, 2009.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	47	75,81
Feminino	15	24,19
<b>Faixa etária</b>		
18 a 25 anos	04	6,45
26 a 45 anos	22	35,49
46 a 59 anos	30	48,39
Maior de 60 anos	06	9,67
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	33	53,23
Casado	14	22,58
Separado	06	9,68
Convive maritalmente	09	14,51
<b>Religião</b>		
Católico	38	61,29
Evangélico	18	29,04
Espírita	01	1,61
Nenhuma	05	8,06
<b>Cor da pele</b>		
Branca	17	27,42
Parda	28	45,16
Negra	17	27,42
<b>Naturalidade</b>		
São Luis	20	32,25
Interior do Estado	36	58,07
Outra Localidade	6	9,68

Na tabela 2, observa-se que entre os usuários a maioria dos entrevistados é do sexo masculino 47 (75,81%) e a minoria do sexo feminino 15 (24,19%). Em relação à faixa etária a maior frequência foi entre a idade de 46 a 59 anos de idade (48,39%), seguida da faixa de 26 a 45 anos (35,49%). Em relação a situação conjugal o maior percentual foi solteiro (53,23%), seguido de casado (22,58%) e convivência marital (14,51%). Houve predominância entre católicos (61,29%), seguido (29,04%) de evangélicos, sendo que (8,06%) não possuem nenhuma religião. A maior frequência foi de pardos 28 (45,16%), seguidos de brancos e negros com o mesmo percentual (27,42%).

Com esses dados pode-se constatar predominância do sexo masculino entre os usuários. Percentuais esses não encontrados nos estudos de Pelisoli e

Moreira (2007) ao estudar o perfil dos usuários de um CAPS Casa Aberta, em que a maioria dos pesquisados foram pacientes do sexo feminino (63,1 %).

A população em estudo encontra-se em maior frequência com a faixa etária entre 46 a 59 anos de idade e 26 a 45 anos, segundo a OPAS/OMS (2001), 10% dos transtornos mentais e comportamentais estão presentes na fase adulta.

Lima (1999) comenta que a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas, do que entre solteiros e casados e a viuvez recente está associada à alta ocorrência de depressão. No entanto, esses riscos podem variar de acordo com o sexo. Sendo que as mulheres solteiras parecem ser menos suscetíveis à depressão do que casadas. Com os homens ocorre a situação oposta.

A tabela 2 traduz, ainda, que 36 usuários são naturais do interior do Estado o que corresponde a (58,07%) dos entrevistados, 20 (32,25%) usuários disseram ser natural de São Luis e a minoria 6 (9,68%) usuários responderam ser de outra localidade.

A predominância de católicos entre os usuários condiz com os resultados encontrados nos estudos de Almeida e Coutinho (1993) e Souza (2007), ao pesquisarem a prevalência de transtorno mental em região metropolitana do Rio de Janeiro e um CAPS em Fortaleza, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com as características reprodutivas. São Luís – MA. Agosto, 2009.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Tem Filhos</b>		
Sim	44	48,40
Não	18	6,45
<b>Número de filhos</b>		
Um	08	6,45
Dois	11	17,15
Três	11	17,15
Quatro ou mais	14	93,55

A tabela 3, mostra que a maioria 44 (48,40%) tem filhos e entre os que possuem filhos (93,55%) tem 4 ou mais filhos e apenas (6,45%) possuem um filho.

Quando questionados sobre “já realizou alguma atividade remunerada?”, obteve-se os seguintes percentuais: 75,80% sim e 24,19, não. Conforme mostra o gráfico 1 abaixo:

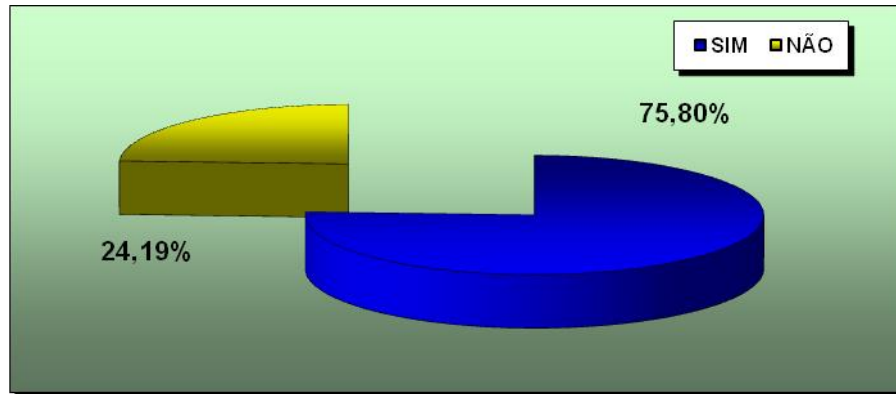


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com atividades remuneradas que já realizou. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Quadro 1 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com tipos de atividades que já realizou. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Serviços gerais	09
Segurança	03
Empregada doméstica	05
Ajudante de pedreiro	08
Eletricista	05
Pedreiro	05
Pescador	01
Vendedor	04
Mecânico	04
Motorista	05
Funcionário público	03
Garçom	01
Frentista	01
Camareira	01
Técnico em refrigeração	01
Porteiro	02
Nenhuma	09
Total	67

Quando questionados sobre “tipo de atividades remuneradas que já realizou?”, no quadro 1, observa-se os seguintes dados: (09) para serviços gerais, seguido de ajudante de pedreiro (08) e empregada doméstica (05), eletricista(05) e pedreiro(05).

No gráfico 2, observa-se que 98,19% dos usuários não realizam atividades remuneradas e entre os que realizam (4,83%) como pedreiro e (1,61%) como vendedor.

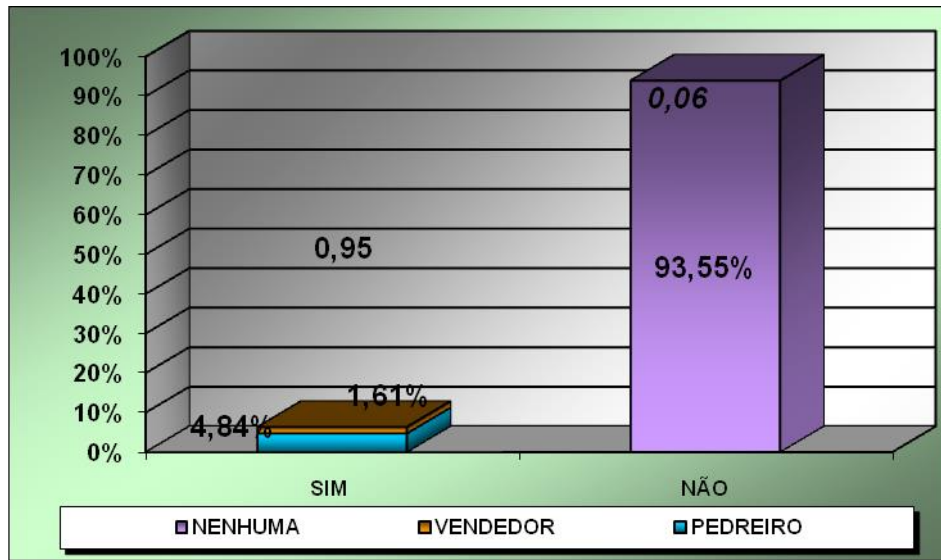


Gráfico 2 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com atividade remunerada que realiza. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Quadro 2 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com tipo de atividades que gosta de realizar. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Marcenaria	02
Horto	03
Culinária	03
Desenho	06
Pintura	06
Tapeçaria	03
Confecção de Bijuterias	04
Reciclagem	02
Computação	03
Atividade domestica	07
Atividades educativas	04
Atividades na oficina salão de beleza	06
Não sabe informar	07

Dentre as atividades que os usuários gostam de realizar (QUADRO 2) estão: atividade doméstica (07), desenho (06), pintura (06), salão de beleza (06), confecção de bijuterias (04), atividades educativas (04) e (07) não souberam informar.

Quadro 3 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com tipo de atividades que gostaria de realizar. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Reciclagem	02
Confecção de mandala	04
Desenho	03
Marcenaria	02
Horto	02
Atividade de salão de beleza	05
Confecção de bijuterias	07
Pintura	10
Locução em rádio	01
Pesca	02
Vendas	02
Atividade doméstica	08
Culinária	11
Atividades educativas	07
Não sabe informar	18
Nenhuma	04

Dentre as atividades que os usuários gostariam de realizar (QUADRO 3) estão: culinária (11), pintura (10), atividade doméstica (08), confecção de bijuterias (07), não sabe informar (18) e apenas (01) respondeu locução de rádio.

Quadro 4 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com tipo de atividades que não gosta de realizar. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Doméstica	07
Atividades educativas	04
Desenho	09
Manicure	04
Reciclagem	05
Confecção de mandalas	04
Marcenaria	05
Nenhuma	08
Não sabe informar	16

No quadro 4, percebeu-se que dentre as atividades que os usuários não gostam de realizar estão: desenho (09), doméstica (07), reciclagem (05), marcenaria (05), manicure (04) e (16) não souberam informar.

A atividade de desenho foi citada pela maioria dos usuários como àquela que não gostam de realizar e gostariam de realizar, com se observa no quadro 4 e quadro 5, respectivamente.



Quadro 5 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com tipo de atividades que considera ter facilidade em realizar. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Marcenaria	06
Culinária	03
Educativas	09
Pintura	08
Confecção de mandalas	03
Reciclagem	04
Doméstica	05
Costura	02
Nenhuma	14
Não sabe informar	06

No quadro 5, verificou-se que dentre as atividades que os usuários tem facilidade em realizar são: educativas (09), pintura (08), marcenaria (06), doméstica (05), reciclagem (04), nenhuma (14).

Para o Ministério da saúde (2004) as atividades relacionadas à educação no CAPS são destinadas àqueles que não foram inseridos no mundo letrado. Então como se percebe no quadro 5, essa atividade tem grande possibilidade de envolver esses paciente que tiveram excluídos do processo de alfabetização, pois foi citada pelos entrevistados como àquela que possuem maior facilidade em realizar.

Barros, Josephson, Catalán, Mascarenhas, Santos e Oliveira (2001), acrescentam que as oficinas podem ser espaço para o exercício da cidadania e de inserção social, concretizando os paradigmas da reforma psiquiátrica.

Quadro 6 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com o tipo de atividades que tem dificuldade em realizar. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Doméstica	02
Culinária	03
Desenho	07
Confecção de mandalas	06
Atividades educativas	05
Artesanais	05
Costura	07
Bijuterias	02
Marcenaria	04
Pintura	06
Reciclagem	04
Nenhuma	06
Não sabe informar	09

Dentre as atividades que os usuários gostariam de realizar (QUADRO 6) o resultado foi: desenho (07), costura (07), confecção de mandalas (06), pintura (06) e (09) não souberem informar (09).

As atividades expressivas para Rocha (1997) são vistas como possível fonte de revitalização e Wanderley (2004) acrescenta que podem ser a ponte para o exercício de diferentes linguagens. No quadro 6, houve uma prevalência de atividades expressivas citadas pelos usuários como àquela que gostariam de realizar, logo pode-se inferir uma necessidade desses pacientes de utilizar a arte na forma de desenho, pintura, confecção de mandala para expressar sentimentos, pensamentos e desejos.

De acordo com o gráfico 3, a seguir, verificou-se que a maioria dos usuários (51,61%) teve início dos primeiros sintomas entre os 15 e 25 anos de idade e (24,19%) teve início com mais de 35 anos, seguido de (22,59%) com idade de 16 a 35 anos e somente (1,61%) iniciou antes de 15 anos de idade.

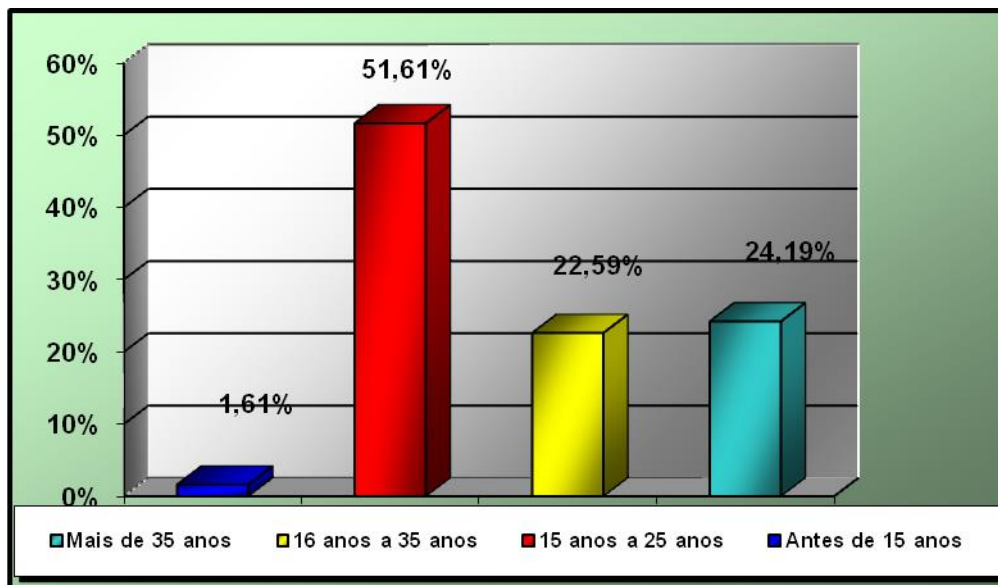


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com início dos primeiros sintomas. São Luís – MA. Agosto, 2009.

A primeira hospitalização é freqüentemente considerada o começo do transtorno, porém o começo do transtorno, sinais e sintomas freqüentemente estiveram presentes por meses ou mesmo anos anteriores (KAPLAN E SADOCK, 1994).

A maior freqüência e a faixa etária entre os 26 a 35 anos de idade parecem estar relacionada com o período médio de instalação dos transtornos

mentais, ocasião em que os efeitos dessas doenças são mais severos. (revista baiana)

O gráfico 4, revela que (46,77%) sujeitos nunca tiveram internação psiquiátrica, enquanto que (53,33%) já tiveram internações anteriores, sendo: (14,51%) uma internação (6,46%) duas internações, (3,23%) três internações e dentre os que já passaram por internações, a maioria (29,03%) se internou quatro ou mais vezes.

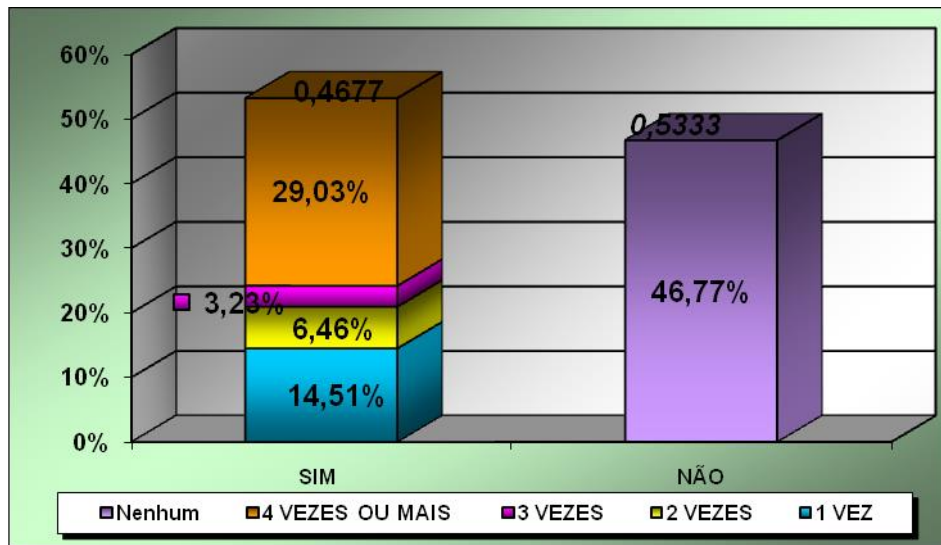


Gráfico 4 - Distribuição das respostas dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana segundo ter tido alguma internação psiquiátrica e número de internações. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Segundo o gráfico 5, pode-se observar que entre os usuários que já tiveram internações psiquiátricas, a primeira internação esteve entre a faixa etária de 26 a 35 anos de idade (27,42%), em segundo lugar a faixa de 15 a 25 anos, seguida da faixa de maior de 35 anos.

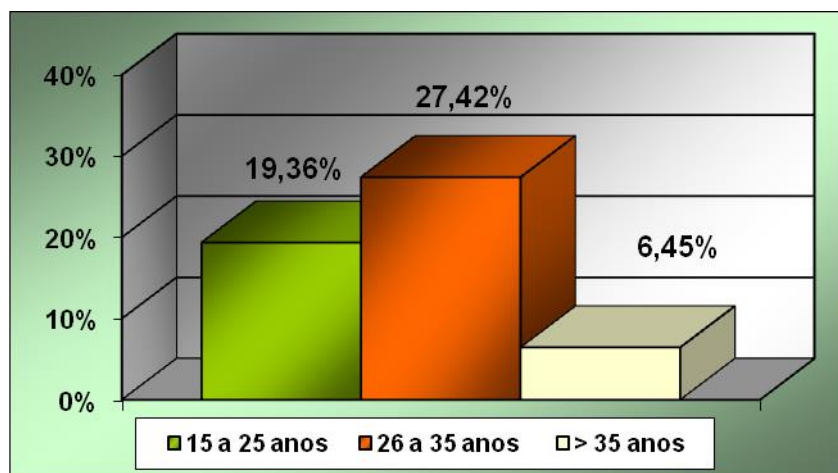


Gráfico 5 - Distribuição das respostas dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana segundo idade da primeira internação. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Entre os entrevistados (64,51%) não tem nenhum caso de transtorno mental na família, entretanto os que possuem casos de transtorno mental na família a maioria (14,52%) dos casos são irmão, em segundo lugar empatado os pais (9,68%) e tios (9,68%), de acordo com o gráfico 6, abaixo.

Segundo OMS (2001), o fato de ter um membro da família que sofre com transtorno mental, deverá ser fazer diversos ajustes e compromissos, pois impedem outros familiares de atingir seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer, sofrendo privações econômicas e o temor de que a recorrência da doença possa causar uma perturbação repentina e inesperada na vida dos membros da família.

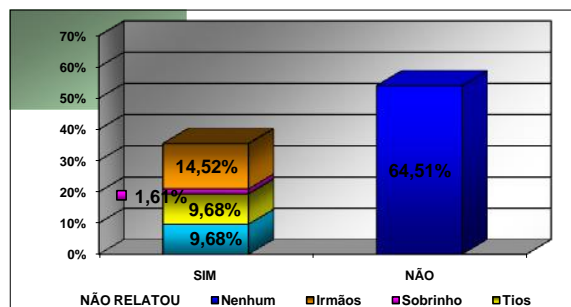


Gráfico 6 - Distribuição das respostas dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana segundo casos de transtorno mental na família. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Quadro 7 – Distribuição numérica percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com o cuidador. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Mãe	12
Pai	04
Tio (a)	02
Irmão (a)	04
Sobrinho (a)	04
Vizinho (a)	02
Madrinha	01
Filho (a)	11
Primo (a)	03
Esposa	16
Marido	04
Ninguém	04
Total	67

No quadro 7, observa-se que a maioria dos usuários tem as esposas com principal cuidador 16, em segundo lugar a mãe 12 e em terceiro lugar os filhos 11.

O cuidador é pensado como uma pessoa de referência capaz de contribuir na viabilização da possibilidade de suporte social desempenha um papel de ligação entre sujeito-família; sujeito-serviço; sujeito-comunidade e facilita a reinserção desta pessoa na vida em sociedade resgatando e reestruturando seus vínculos e atividades sociais. (Joaquim saúde mental (MACIEL, 2005).

Quando indagados sobre “Faz uso diário da medicação?” (gráfico 7) pôde-se observar que 59 usuários usam diariamente a medicação prescrita e 3 não usam.

Escola politécnica (2007), afirma que a recusa da medicação é um dos problemas mais frustrante para a equipe de saúde mental. No entanto, percebe-se que a maioria dos usuários usa a medicação diariamente, isso pode está relacionada ao uso da medicação no próprio CAPS e as orientações da equipe em relação ao uso diário e correto das medicações prescritas pelo psiquiatra.

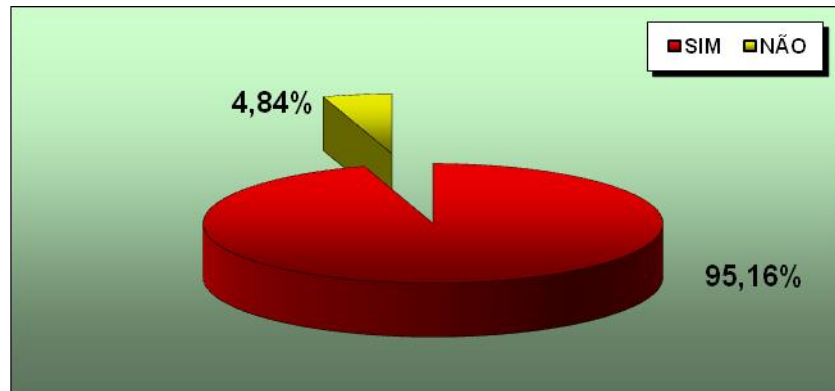


Gráfico 7 - Distribuição das respostas dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana segundo uso diário da medicação. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Quadro 8 – Distribuição percentual dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com sintomas e/ou condutas que fizeram buscar tratamento. São Luís – MA. Agosto, 2009.

Agitação psicomotora	14
Insônia	38
Ideação suicida	04
Ansiedade	07
Conversa desconexa	05
Ideação homicida	01
Choros e risos imotivados	07
Deambulismo	11
Logorréia	09
Crise epilética	08
Mutismo	02
Síndrome Abstinência	23
Atos depredatórios	04
Heteroagressividade	16
Solilóquios	07
Pensamento delirante	09
Fugas domiciliares	06
Inquietação	15
Medo	13
Dor de cabeça	26
Alucinações auditivas/visuais	25
Tentativa suicida	05

Quando indagados sobre “sintomas e/ou condutas que fizeram buscar tratamento?”, no quadro 8, observa-se que a maioria teve insônia (14,8%) como principal sintoma, seguido de dor de cabeça (10,0%), alucinações áudio/visuais (9,7%), síndrome de abstinência (8,9%) e heteroagressividade (6,2%).

Constatou-se que a insônia mostrou-se como sintomatologia mais expressiva entre os usuários quanto à busca ao tratamento. Dados similares foram encontrados nos estudos de Sousa (2007). Quando foi constatado que (41,3%) referiram insônia.

Percebeu-se, também, uma menor frequência em relação à tentativa de suicídio (1,8%). O Ministério da Saúde (2006) afirma que o Brasil tem baixa taxa de suicídio e os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Os indivíduos que tem transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia possuem maior risco para o suicídio. Com isso, a equipe do CAPS deve estar preparada para lidar com esses indivíduos quando se encontram nessa situação e poderá busca apoio da comunidade e familiares.

Quadro 9 – Distribuição numérica dos 62 usuários do CAPS Bacelar Viana de acordo com o diagnóstico. São Luís – MA. Agosto, 2009.

[F00 – F09] – Perturbações mentais, orgânicas, inclusive as sintomáticas	06
[F10 – F19] – Perturbações mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas	34
[F20 – F29] – Esquizofrenias, perturbações esquizotípicas e delirante	12
[F30 – F39]– Perturbações do humor	13
[F70 – F79] Deficiência mental	04
G25/G40 – Doença do sistema nervoso/epilepsia	02

O quadro 9, revela que o diagnóstico prevalente entre os usuários é [F10-F19] perturbações mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas 34 (47,9%), seguida de [F30 – F39] perturbações do humor 13 (18,3%) e em terceiro lugar [F20 – F29] – esquizofrenias, perturbações esquizotípicas e delirante 12 (17,0%).

Morgado e Coutinho (1985) encontraram resultados semelhantes quando realizaram estudo sobre transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. Verificaram que a taxa de prevalência total foi de 34,2% para transtorno associado ao álcool e outras drogas e seguida de psicoses 4,8%. Para o Ministério da Saúde

(2003) o uso de álcool tem uma prevalência importante por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita, com importantes conseqüências para a saúde.



## CONCLUSÃO

A presente pesquisa suscitou interesse em contextualizar conhecimento sobre o perfil clínico-epidemiológico dos usuários do CAPS Bacelar Viana, como elemento facilitador aos profissionais da instituição, a fim de direcionar as atividades terapêuticas oferecidas pelo serviço, otimizando os recursos disponíveis, assim enriquecendo a qualidade do atendimento oferecido.

Realizou-se uma revisão de literatura contendo o Histórico do tratamento aos portadores de transtorno mentais; Política nacional de saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil e por último capítulo Os Estudos clínico-epidemiológicos sobre os transtornos mentais.

O estudo descritivo foi realizado a partir de uma abordagem quantitativa, onde a coleta de dados foi obtida através da aplicação de um questionário referente às variáveis: sexo, idade, ocupação, estado civil, religião, escolaridade, dados demográficos, clínico, socioeconômico, história pessoal e familiar, e habilidades laborativas.

Participaram da pesquisa todos os usuários orientados inclusos nos procedimentos intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, totalizando 62 usuários, no período de 15 a 26 de agosto de 2009.

Os resultados apontaram que 75,81% eram do sexo masculino; 24,19% do sexo feminino; 48,40% tinham filhos e entre os que possuíam filhos 93,55% tinham 4 ou mais filhos; 43,55% tinham 1 a 3 pessoas que moram no domicílio; 11 responderam culinária como atividades que gostariam de realizar e 14,8% responderam insônia como principal sintoma para buscar tratamento. Pode-se concluir que a maioria era do sexo masculino com idade entre 46 a 59 anos e não possuíam ocupação, possuem baixa renda e tem como transtorno mental decorrente de álcool e outras drogas prevalentes entre os usuários.

Com isso, realizações de atividades voltadas para redução de danos para esses usuários e atividades de inclusão social são de extrema importância para melhoria das condições clínica e socioeconômica desses usuários, respectivamente.

## REFERÊNCIAS

MORGADO, Anastácio Ferreira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil / Descriptive epidemiological data of mental disorders in populational groups in Brazil. *Cad. saúde pública*;1(3):327-47, jul.-set. 1985.Tab.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil 2006**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_assit\\_integral\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Legislação em saúde mental: 2004 – 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral 72 a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Disponível em:

[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0277\\_%20M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf) Acesso em: 27 mar. 2009.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice, et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GONÇALVES, R. Competitividade internacional e integração regional: hipótese da inserção regressiva. **Revista de economia contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 5. n.1. p.71-94, 2001.

HOSPITAL NINA RODRIGUES. **Histórico**. Disponível em:

<<http://www.hnr.ma.gov.br/pagina.php?IdPagina=63>>. Acesso em: 27 mar. 2009.

KILSZTAJN, Samuel et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.24, nº.10, p.2354-2362. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000016&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000016&script=sci_arttext&tIng=pt)>. Acesso em: 05 maio. 2009.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de set. 2009.

LOPES, Claudia S.; Faerstein, Eduardo; Chor, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Dez 2003, vol.19, nº.6, p.1713-1720. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a15v19n6.pdf>>. Acesso em: 05 de 2009.

MACIEL, Marcelo de Abreu. Textos de apoio em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Out. 2005 . disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500042&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500042&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Nov. 2009.

MACEDO, P.R. A. Programa de saúde mental do maranhão. In: \_\_\_\_\_. **Saúde mental e qualidade de vida**. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA. 1. 2002, Rio de Janeiro, 2002.

MEDEIROS, T.A. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro, 1977. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro]

NAHUZ, Cecília dos Santos; FERREIRA, Luzimar Silva. **Manual para normalização de monografias**. 3. ed. rev. atual. ampl. São Luís: UFMA, 2002.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PITTA, Ana. **Os centros de reabilitação social: espaços de reabilitação?** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro: ECN. v.43, n.12, p. 647 – 654, 1994.

POLIT, Denis F. ; HUNGER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROSA, Lúcia. C.S. **O Nordeste na Reforma Psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.

\_\_\_\_\_. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**QUESTIONÁRIO**

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade: ( ) 16 a 25 anos ( ) 26 a 35 anos ( ) 26 a 45 anos ( ) 46 a 55 anos ( )  
acima de 55 anos
3. Possui ocupação: ( ) SIM ( ) NÃO
4. Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Convive maritalmente ( ) Viúvo(a)  
( ) Separado (a)
5. Religião: ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) outros \_\_\_\_\_
6. Escolaridade: ( ) Não alfabetizado ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo  
( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior  
incompleto ( ) Ensino superior completo

II. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

7. Cor da pele: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra
8. Tem filhos: ( ) Sim ( ) Não, pule a próxima questão.
9. Quantos ao nº de filhos: ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ( ) Quatro ou mais
10. Total de moradores no domicílio: ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 ou mais
11. Possui alguma fonte de renda: ( ) Sim ( ) Não, pule a próxima questão.
12. Qual: ( ) trabalho ( ) Aposentadoria/ benefício ( ) Terceiros ( ) Outros \_\_\_\_\_
13. Valor da renda familiar: ( ) < de 1 SM ( ) 1 SM ( ) > 1 SM ( ) > 2 SM
14. Naturalidade: ( ) São Luís ( ) Interior do Maranhão ( ) Outras localidade

III. HABILIDADES LABORATIVAS

15. Já realizou alguma atividade remunerada? Se, sim, qual?
16. Realiza alguma atividade remunerada? Se, sim, qual?
17. Que tipo de atividade gosta de realizar?
18. Que tipo de atividade gostaria de realizar?
19. Que tipo de atividade não gosta de realizar?

20. Que tipo de atividade tem dificuldade em realizar?
21. Que tipo de atividade você considera ter facilidade?

#### IV. HISTÓRIA CLÍNICA

22. Início dos primeiros sintomas:  
 15 a 25 anos  26 a 35anos  >35anos
23. Teve alguma internação psiquiátrica:  
 Sim  Não, pule as questões 17º e 18º
24. Número de internações:  
 Uma  Duas  Três  Mais de três  Não sabe
25. Idade da primeira internação:  
 15 a 25 anos  26 a 35 anos  > 35 anos
26. Quem é seu cuidador:  
 mãe  irmãos  tios  avó (ô)  vizinho  outros \_\_\_\_\_
27. Casos de transtorno mental na família:  
 Sim  Não
28. Quem:  
 Avós  Tios  Pais  Primos  Irmãos  outros \_\_\_\_\_
29. Faz uso diário da medicação:  
 Sim  Não
30. Sintomas e/ou condutas que fizeram buscar tratamento:  
 Agitação psicomotora  Heteroagressividade  Pensamento delirante  
 Insônia  Alucinações auditivas/visuais  Dor de cabeça  
 Solilóquios  Choros e risos imotivados  Deambulismo  
 Logorréia  Fugas domiciliares  Atos depredatórios  Condutas bizarras  
 Tentativa de homicídio  Tentativa suicida  Medo  Inquietação  
 Síndrome de abstinência  Crise epilética  ideação homicida  
 Ideação suicida  Ansiedade  Conversa desconexa
31. Diagnóstico:  
 [F00 – F09] – Perturbações mentais, orgânicas, inclusive as sintomáticas.  
 [F10 – F19] – Perturbações mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas.  
 [F20 – F29] – Esquizofrenias, perturbações esquizotípicas e delirante  
 [F30 – F39]– Perturbações do humor.  
 [F40 – F49] – Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com estresse e perturbações somáticas.  
 F50 – Perturbações da alimentação.  
 F60 – Perturbações específicas da personalidade  
 [F70 – F79] deficiência mental  
 G25/G40 – Doença do sistema nervoso/epilepsia

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Janete Valois Ferreira Serra

End: Rua V9 Bloco 2 Apto 203 Condomínio Água Branca II Parque Shalon. São Luís-MA  
CEP; 65.073-111. E-mail: [janete\\_valois@yahoo.com.br](mailto:janete_valois@yahoo.com.br)

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Dr. Helder Machado Passos.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho,  
Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadora: Flávia da Silva Costa; Maria Luiza Soares; Vanessa Arouche Gama.

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BACELAR VIANA**

Prezado Sr. (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre o perfil clínico epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana. Para isso, precisaremos fazer algumas perguntas que ajudarão a conhecer as características socioeconômicas e clínica dos usuários atendidos neste serviço. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o (a) Sr. (a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O (A) Sr. (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos o (a) Sr. (a) a participar da pesquisa mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil clínico-epidemiológico. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal do Sr. (a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

\_\_\_\_\_  
Pesquisadoras responsáveis

\_\_\_\_\_  
Sujeito e/ou Responsável da pesquisa