

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

DEINA DE AGUIAR AGUIAR
MICHELLE CRISTINE PEREIRA DE CARVALHO

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II NO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA**

São Luís
2012

**DEINA DE AGUIAR AGUIAR
MICHELLE CRISTINE PEREIRA DE CARVALHO**

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II NO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA**

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.

São Luís
2012

DEINA DE AGUIAR AGUIAR
MICHELLE CRISTINE PEREIRA DE CARVALHO

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II NO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA**

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

Prof^a. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)
Mestre em Psicologia Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Prof^a. Arlete Penha Cutrim
Especialista em Saúde Mental
Instituto de Psiquiatria-UFRJ

Ao nosso onipotente, onisciente e onipresente Deus, pela permissão de concluir este trabalho. Às nossas famílias, pelo apoio que sempre nos deram.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas conquistas e vitórias alcançadas, pois nenhuma folha cai de uma árvore sem a permissão dele.

A Prof^a Mestre Janete Valois Ferreira Serra, nossa orientadora, pela contribuição profissional e paciência.

Aos dirigentes do CAPS II de Chapadinha, pelo incentivo, apoio e colaboração.

RESUMO

Os transtornos mentais constituem grave problema clínico e de saúde pública, carecendo de estudos científicos. Método: Trata-se de uma pesquisa de campo retrospectiva, do tipo descritiva, com abordagem quantitativa, cujo objetivo é estudar o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) no município de Chapadinha-MA no período de fevereiro a abril de 2012. Resultados e discussão: A maior parte dos pacientes atendidos (1ª consulta) em relação ao sexo teve um destaque significativo para o sexo feminino (81%) e, em relação à idade a faixa etária, 50% dos pacientes tinham idade de 20 a 29anos. Os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48), apresentaram 47, 6% dos casos, incluindo nesses dados a predominância do sexo feminino com 55,9%. Os pacientes do sexo masculino tiveram destaque no Retardo mental (F70-F79) com 50% e verificou-se também que há um número considerável de solteiros (as) nos prontuários analisados, com 21 pacientes. Considerações: Este trabalho possibilita uma compreensão acerca da população atendida em serviço especializado de saúde mental no município de Chapadinha, durante um determinado período. O mesmo fornece dados que podem orientar a gestão e o atendimento, de forma a melhorar a qualidade das ações de saúde mental desenvolvida nesse município.

Palavras-chave: Transtorno mental, epidemiologia, CAPS.

ABSTRACT

Mental disorders are serious clinical problem and public health, lacking scientific studies. Method: This is a field research retrospective, descriptive, using a quantitative approach, whose goal is to study the profile of patients treated in Psychosocial Care Center II in the city of Chapadinha-MA in the period February to April 2012. Results and Discussion: The majority of patients seen (1st consultation) regarding gender had a significant emphasis for females (81%) and, in relation to age to age, 50% of patients were aged 20 to 29anos . The neurotic disorders, stress related disorders, and somatoform disorders (F40-F48), had 47, 6% of the cases, these data including the predominance of females with 55.9%. The male patients were highlighted in mental retardation (F70-F79) with 50% and there was also a considerable number of singles (as) in the records analyzed 21 patients. Considerations: This study provides an understanding of the population served by a specialized mental health in the municipality of Chapadinha during a given period. The same provides data that can guide the management and care in order to improve the quality of mental health activities developed in this city.

KEYWORDS: Mental disorder, epidemiology, CAPS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO
2	JUSTIFICATIVA
3	OBJETIVOS
3.1	Geral
3.2	Específicos
4	METODOLOGIA
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS
	REFERÊNCIAS.....
	APÊNDICE.....

1 INTRODUÇÃO

Antigamente não se pensava em transtorno mental e a psiquiatria não existia, mas isso não quer dizer que não houvesse perturbações, ou que as pessoas não sofressem com elas, ou ainda que não recebessem alguma forma de alívio. Contudo, eram dadas outras explicações para essas perturbações. Isso denota a influência da cultura sobre as formas de sentir, pensar, explicar e tratar o sofrimento. (ROCHA, 2005).

Tradicionalmente, o doente mental era visto como um sujeito que possuía uma patologia natural, manifestada por meio de sintomas, em analogia às doenças orgânicas. Na contemporaneidade, se destacaram duas perspectivas diferentes da tradicional: uma fundada pelo pai da moderna medicina mental, E. Kraepelin, que via a loucura como resultado de um distúrbio originado no interior do indivíduo. “A doença mental” pode também refletir uma desorganização “personalidade individual”. Outra perspectiva, formulada por Carl Wernicke postula que “as doenças mentais são doenças cerebrais”. (MINAS GERAIS, 2006).

Analisando esses fatos, surgem duas grandes categorias, as psicoses e as neuroses. E para classificar um indivíduo como psicótico ou neurótico, deve-se presumir, logicamente, uma norma que é dada em uma determinada sociedade e que esses indivíduos infringem. A doença mental passou a não ter uma postura orgânica, como era definida, e sim relacional. O sujeito agora é considerado louco em relação a outro, tido como normal pela sociedade, ou seja, a definição de loucura está relacionada à de “normalidade”, “racionalidade” ou “saúde” (MINAS GERAIS, 2006).

Foucault, em *Historia da Loucura*, demonstra que o surgimento da Psiquiatria está entrelaçado à grande internação ocorrida na Europa, a partir do século XVII, ato que vai corresponder à exclusão social dos loucos, delinquentes, ociosos e desempregados em casas de internação. Segundo Foucault, a loucura passa a ser considerada uma questão de ordem médica a partir desse ato de exclusão. (SILVA, 2001).

O Início da reforma psiquiátrica no Brasil deu-se na década de 1970, devido o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. A Política Nacional de Saúde Mental teve a contribuição de diversos fatores sociais e econômicos para se

desencadear em todo Brasil, e incluiu, em sua política, oferecer ao indivíduo, portador de transtorno mental, uma humanização no atendimento que deveria ser efetivo, dando-lhe alternativas de tratamento extra-hospitalar. Este movimento permitiu que incluíssem outros profissionais na equipe de saúde, retirando, do médico, a exclusividade das decisões com relação à atenção aos pacientes (OGATA; FERUGATO, 2000).

O SUS, instituído no país desde 1990, busca, segundo Levcovitz e Garrido (1996), a renovação através de uma mudança mais ampla no que diz respeito a saúde e a sociedade brasileira, motivando a interação da população na construção de um modelo de atenção à saúde coletiva. Em 1994 surge o Programa Saúde da Família – PSF, que deixou de ser programa para ser política de estado e hoje se chama Estratégia de Saúde da Família, que está servindo como uma estratégia de consolidação de tal modelo, pois visa à garantia dos direitos dos usuários através dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, através de diretrizes como descentralização de poder e de serviços, construção de uma rede de serviços que atenda às necessidades de saúde da população, além do controle social. Enfatiza-se, também, a necessidade de a população avançar na conquista de outros direitos sociais e reconhecer a saúde como um direito de cidadania.

Os serviços substitutivos em saúde mental, especialmente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são um dos grandes avanços na política do SUS nos últimos anos. Estes serviços substitutivos têm amparo legal na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental e que tem como base, prioritariamente, a desinstitucionalização com desospitalização e a expansão da rede de serviço não hospitalar com ações voltadas para reabilitação psicossocial dos pacientes, especialmente com a implementação do CAPS e outros serviços similares. (ROSA et al,2009).

De acordo com ROSA et al,2009, os CAPS são instituições que se destinam a acolher os pacientes com transtornos mentais, e busca estimular sua integração familiar e social, apoiando suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo atendimento multiprofissional, mas os cuidados dispensados aos indivíduos com transtornos mentais têm sido marcados, historicamente, por processos de segregação, exclusão e isolamento. Nos dias atuais, no entanto, o sofrimento

psíquico ficou mais em evidência, pois adquiriu proporções alarmantes na sociedade contemporânea.

Entende-se que os transtornos mentais e os comportamentais são cada vez mais comuns e afetam mais de 25% da população em alguma fase de sua vida, afetando pessoas de todos os lugares e de todas as classes sociais, independente de sexo, idade ou qualquer outra característica, ou seja, todos estão suscetíveis. Os estudos realizados pela OPAS/OMS (2001) mostram que, no ano 2000, cerca de 12% da população apresentava algum tipo de transtorno mental e comportamental, e que, em 2020, haverá um aumento desses transtornos para 15%.

Frequentemente o transtorno mental surge como um evento imprevisto, que impacta e produz uma alteração na organização do grupo doméstico (Cohen, 1993). Essa alteração abrange um amplo espectro, e seus desdobramentos variam de um grupo familiar a outro, em virtude de sua localização na estrutura social, de sua singularidade, de sua biografia particular (ROSA, 2003).

Dados do IBGE (Datusus, 2010) revelam que cerca de 70% dos brasileiros, em relação à atual conjuntura política, econômica, social e cultural que o Brasil está passando, não têm um padrão de vida satisfatório, sendo as condições ainda precárias. E essas condições originam-se de vários fatores externos que influenciam diretamente na qualidade de vida dos brasileiros, que sofre constantemente com o desemprego devido à falta de oportunidade de trabalho, marginalização e violência, o abandono das crianças e idosos, a falta de respeito às diferenças e a ausência do reconhecimento da cidadania. Todos esses questionamentos são causa de frequentes preocupações da sociedade que defende o estado democrático de direitos e deveres.

Nas famílias que estão em situação de pobreza, sendo assalariadas e com insuficientes recursos econômicos, são mais suscetíveis em suas condições de vida em geral, compreender as várias questões que envolvem o transtorno mental. Para elas isso é uma tarefa complexa, já que não se pode isolar esse fenômeno, pois engloba dimensões biológica, psicológica, social e econômica, mas por outro lado, os problemas sociais nas famílias pobres tendem a ter uma complexidade peculiar (Oliveira, 1995). As privações econômicas, em geral, antecedem as enfermidades, associando-se cotidianamente o analfabetismo, a violência doméstica, o alcoolismo,

a família monoparental, o subemprego, o desemprego, a submoradia e a privação de direitos conjugados ao estigma da pobreza (ROSA, 2003).

Além da escassez de empregos, e tendo com resultado insatisfação por parte da população devido à perda de estabilidade, pelo amplo número de trabalhadores informais que não têm direito aos benefícios da Previdência Social, tem-se também um vasto contingente de excluídos dos benefícios da cultura e do lazer, tornando-se sujeitos à marginalidade social, à mendicância, às drogas, aumentando ainda mais seu sofrimento mental (FERREIRA FILHA et al., 2003).

Essa precariedade das condições de vida é compreendida através de estudos populacionais. E em um deles, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH informa através dos seus dados que o Brasil encontra-se na 65ª posição, atrás de outros países latino-americanos como Uruguai, Costa Rica, Chile, Cuba e México. A expectativa de vida chega a atingir 67,8 anos e a renda *per capita* passou de R\$7.349 para R\$ 7.360 (SESPA, 2005).

A política diante da magnitude da problemática e dos princípios da reforma psiquiátrica elege os CAPS como os espaços substitutivos e responsáveis por esse cuidado, uma vez que possibilitar a integração do modelo assistencial para a saúde mental em curso no Brasil, prevê um tratamento aos portadores de transtorno mental (PTM), com ênfase nos CAPS, cuja função é admitir os PTM e ajudá-los na sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas na busca de autonomia além de incentivarem o tratamento com equipe interdisciplinar (ROSA, 2003).

Vendo quão grande é esse desafio, os municípios brasileiros têm um papel significativo a executar. No momento atual, na maioria desses municípios, o que realmente acontece é que oferta de serviços de saúde mental ainda está focalizada na consulta médica, individualizada, onde a prescrição de medicamentos é o instrumento básico do atendimento. E por causa da carência de serviços especializados como os CAPS para prestar atendimento aos indivíduos que deles necessitam há prática de encaminhamento para as internações hospitalares ainda é comum. Apesar de já existir, em alguns municípios brasileiros, equipes de PSF que desenvolvem ações básicas de saúde mental e isso está sendo uma estratégia indispensável para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, mas na maior parte delas, o que sobressai é a precariedade da atenção à saúde mental, permanecendo

a manutenção da “indústria da loucura” e, conseqüentemente, a mercantilização do adoecimento e a medicalização do sofrimento (FRAGA, 2003).

No ano de 1990, estimou-se que no total de anos de vida ajustados por incapacidade – AVAI, os transtornos mentais eram responsáveis por 10% dos perdidos em virtude de todas as doenças e lesões. Essa estimativa chegou, em 2000, a 12%. Calcula-se, através destes dados, que até 2020, haverá um crescimento desses transtornos para 15% do total. E dentre os transtornos mais comuns, causadores de incapacidades graves, estão os depressivos, associados ao uso de substâncias, esquizofrenias, transtornos da infância e adolescência, retardo mental e doença de Alzheimer. (MENDES, 2008).

Estudos epidemiológicos feitos pelo Ministério da Saúde em 2008 indicam para uma prevalência anual de 20% em relação aos transtornos mentais na população geral; sendo que 3% sofre com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves em decorrência do uso de álcool e outras drogas e 12% precisa de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual.

Mas de acordo com Medeiros (2006), os estudos epidemiológicos realizados na área de saúde mental ainda são pouco aproveitados na construção de políticas e ações de saúde, planejamento dos investimentos e programas de promoção e reabilitação social para os doentes mentais, considerando o momento brasileiro de reestruturação da atenção pública em Saúde Mental, e a escassez de informação epidemiológica em nosso meio, pois eles são vistos como incipientes.

A Organização Mundial de Saúde – OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2001) têm alertado para o aumento da prevalência de transtornos mentais na população. E de acordo com essas duas organizações, estima-se que no momento atual aproximadamente 450 milhões de pessoas padecem com os transtornos mentais ou neurobiológicos. Destaca-se, também, que os sofrimentos psíquicos são responsáveis por quatro, dos dez principais motivos de incapacitação, em todo o mundo, ainda que a maioria seja de caráter prevenível. Por causa dessa questão a OMS e a OPAS pedem aos governos que invistam em políticas de saúde para encararem essa situação, priorizando medidas de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais, além do tratamento e da reabilitação psicossocial, daqueles que padecem com transtornos mentais severos.

2 JUSTIFICATIVA

No início do século XXI, estamos vivendo um dos momentos mais significativos na história da humanidade no que se refere à Saúde Mental. Com o advento de novas pesquisas constatou-se que os chamados Transtornos Mentais tornaram-se uma realidade comum a todos os povos, que precisa ser conhecida pela sociedade em geral e enfrentada pelos psicanalistas, médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

De acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde - OMS de 2001 sobre a Saúde no Mundo mostra com clareza o impacto dos transtornos mentais sobre a sociedade. Estes são universais afligindo pessoas de todos os países, sociedades, classes sociais e em todas as idades.

No Brasil, ainda não se tem um estudo representativo dos índices de prevalência de indivíduos afetados pelos TM, mas uma estimativa da extensão do problema encontrada em alguns estudos. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo muito úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento (Moher *et al*, 2009).

A partir dos dados acima, vê-se claramente a necessidade de uma busca aprofundada sobre vários aspectos da saúde mental. Mas para trabalharmos nesse sentido, é necessário dispor de informação adequada para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar. Para entendermos essa realidade precisamos incentivar e aprimorar estudos epidemiológicos na área, cujos resultados servem para orientar no direcionamento e extensão do uso adequado dos recursos. Entretanto tais estudos no Brasil ainda são escassos, muito aquém das necessidades de um país de dimensões continentais e de tantas diversidades como o nosso.

Em virtude da necessidade de conhecer o doente mental em algumas de suas especificidades é que nos voltamos, através deste, para elaborarmos um estudo para verificarmos o perfil dos Transtornos Mentais e realizar um mapeamento do perfil dos pacientes admitidos no Centro Atenção Psicossocial-CAPS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial II no município de Chapadinha-MA.

3.2 Específicos

Traçar o perfil demográfico dos usuários desse serviço;

Identificar a prevalência dos transtornos mentais na população atendida nesse serviço.

4 METODOLOGIA

- **Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo retrospectiva, do tipo descritiva, com abordagem quantitativa, para traduzir em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas.

- **Local de estudo**

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II no Município de Chapadinha-MA que possui 73.281 habitantes e está localizado há 250 km da capital. Esta cidade, pelo fato de ser regional de saúde e ter o único serviço destinado a esta especialidade nessa região, possui uma grande demanda de pacientes na área da saúde mental. O município possui 2 hospitais públicos em funcionamento 24 horas e 13 equipes de PSF.

- **Instrumento de coleta de dados**

A pesquisa teve como instrumento de coleta de dados um questionário aberto e fechado que foi preenchido através de informações contidas no prontuário dos pacientes.

- **Coleta dos dados**

O processo de coleta de dados foi realizado através de um questionário. que pode ser coletado com a autorização da diretora da unidade. Foi necessário apenas um dia para coleta dessas informações devido à colaboração dos demais funcionários do CAPS II, mas em alguns prontuários não havia todas as informações que buscamos.

- **Considerações éticas**

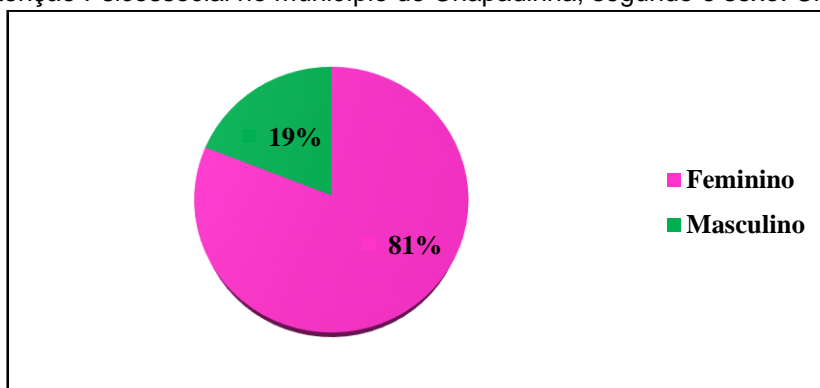
A pesquisa foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional.

• Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram tabulados e submetidos a análise estatística através do programa software Microsoft Excel e representados em forma de Gráficos e Tabelas para melhor visualização e análise dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

GRÁFICO 1-Distribuição da frequência do número de casos atendidos como 1ª consulta, realizados no Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo o sexo. Chapadinha, 2012.



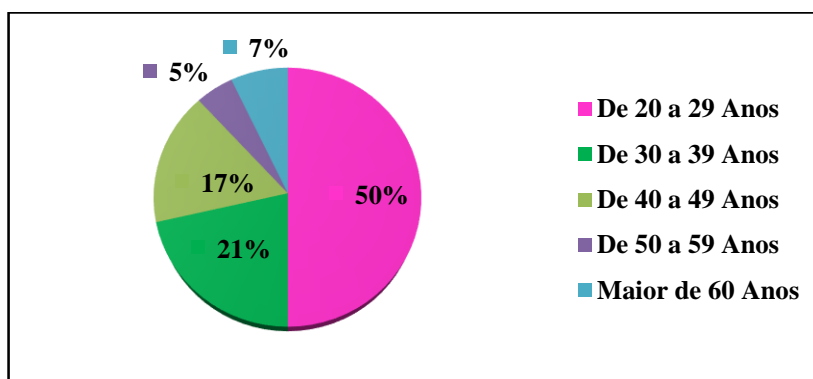
Dos 42 prontuários avaliados ficou evidenciado que 81% dos atendimentos de 1ª consulta eram de pessoas do sexo feminino e 19% do sexo masculino.

Diferindo dos dados acima, Gama, et al (2009) em sua pesquisa no CAPS Bacelar Viana em São Luís-MA constatou que entre os usuários, a maioria dos entrevistados é do sexo masculino com 75,81% e a minoria do sexo feminino 24,19%.

Entretanto Andrade (2004), em sua pesquisa, aponta não haver diferenças significativas entre os sexos quando analisou o perfil sócio demográfico da população que o mesmo estudou.

Por sua vez, E. Rouquayrol (1993) assinala, em seus estudos, que há predominância do sexo feminino nos serviços de saúde, justificada pelo fato de a mulher adoecer mais e se declarar enferma com mais facilidade do que os homens.

GRÁFICO 2– Distribuição da frequência do número de casos atendidos como 1ª consulta, realizados no Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo a faixa etária. Chapadinha, 2012.

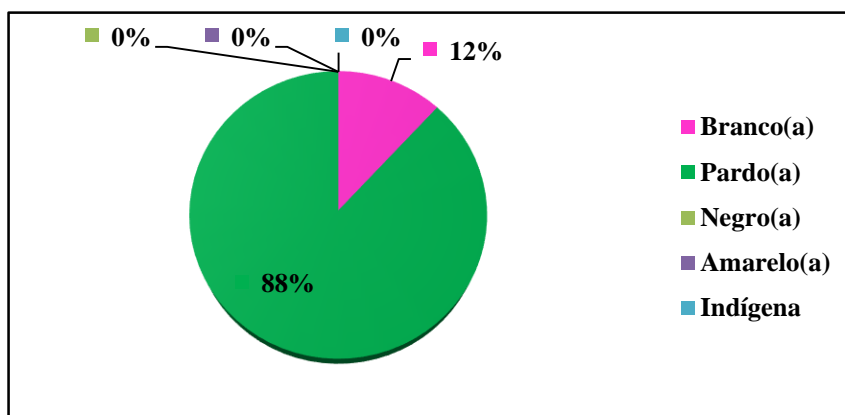


Analisando o gráfico 2, evidencia-se que a faixa etária que foram atendidas com maior frequência foi a de 20 a 29 anos, com 50% dos usuários e a de 30 a 39 anos, com 21%, seguidas, em terceiro lugar, pela faixa etária de 40 a 49 anos, com 17% de usuários.

Em uma pesquisa realizada por Albuquerque, et al (2009) no município de Pedreiras – MA, observou-se que a faixa etária predominante no CAPS analisado foi de 21 a 30 anos com 39%, seguido da faixa de 31 a 40 anos com 33%.

E, de acordo com OPAS/OMS (2001), 10% dos transtornos mentais e comportamentais estão presentes na fase adulta. Entretanto, há uma considerada população na faixa etária de 10 a 19 anos que apresenta transtornos mentais. Esse último dado confirma os estudos da OPAS/OMS (2001), que alerta para a tendência de aumento da ocorrência de transtornos mentais na infância e na adolescência, e também, para a alta prevalência de distúrbios na velhice.

GRÁFICO 3 - Distribuição da frequência do número de casos atendidos como 1ª consulta, realizados no Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo a cor/etnia. Chapadinha, 2012.

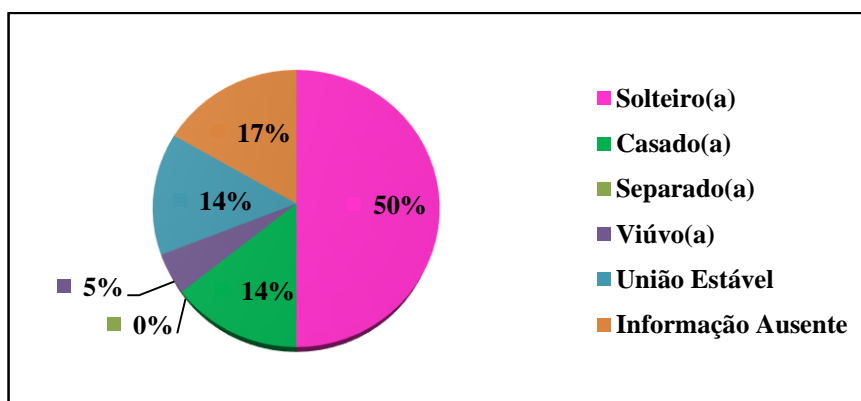


O gráfico 3 refere-se a cor/etnia dos pacientes. Ao analisarmos, verificamos uma predominância de 88% com cor/etnia parda, seguido de 12% branca.

Esses dados se assemelham aos dados encontrados na pesquisa de Gama, et al (2009) que identificou uma frequência de 45,16% de pardos e 27,42% de brancos.

O estudo de Porcu (2007) contraria estes estudos, obtendo um índice de 70,87% de transtornos mentais em indivíduos de cor branca. Devemos levar em consideração que, o estudo de Porcu (2007) foi realizado em Maringá, Paraná, que faz parte da região sul do Brasil que tem um índice de 71,3% de brancos, contra 21,9% de brancos no Estado do Pará (IBGE, 2010).

GRÁFICO 4 - Distribuição da frequência do número de casos atendidos como 1ª consulta, realizados no Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo o estado civil. Chapadinha, 2012.



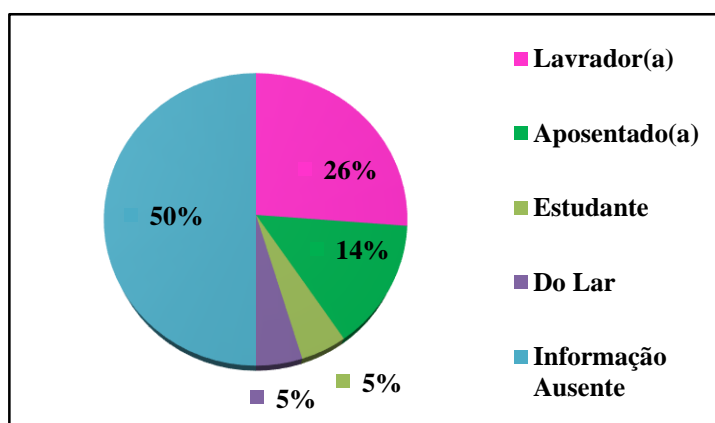
No gráfico 4, a distribuição por estado civil da população estudada, evidencia-se um maior percentual de solteiros (as), com 50% dos casos, seguidos dos casados(as) e com união estável, ambos com 14% e 5,0% de pacientes viúvos(as). Sendo que em 17% dos prontuários a informação estava ausente.

Concordando com os dados citados acima, a pesquisa realizada por Albuquerque, et al (2009) em Pedreiras-MA, relatou que 79% dos usuários pesquisados eram solteiros (as) e 21% casados (as).

Divergindo destes resultados, o estudo de Porcu (2007) totaliza 52% de casados. Já no estudo de Lima (1999), verificou-se maior presença de mulheres casadas (44,9%).

Dados referentes à faixa etária e ao estado civil também foram encontrados nos estudos de Medeiros (2004) e Torres, Pompei; Kerr-Corrêa (1989), enfocando a não existência significativa da diferença entre o estado civil, pois em tais estudos encontrou-se uma população, na sua maioria, de solteiros.

GRÁFICO 5 - Distribuição da frequência do número de casos atendidos como 1ª consulta, realizados no Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo ocupação. Chapadinha, 2012.



No que diz respeito à ocupação, a maior frequência foi entre os lavradores, com 26% de pacientes, e 14% de aposentados. Verificou-se também a ausência dessa informação em 50% dos prontuários analisados.

Albuquerque, et al(2009) observam que 98,19% dos usuários não realizam atividades remuneradas e entre os que realizam 4,83% como pedreiro e 1,61% como vendedor.

A OPAS/OMS (2001) relata que há uma incapacitação entre os pacientes com transtornos mental e ela ocorre tanto na participação de atividades de trabalho como de lazer e são muitas vezes decorrentes da discriminação familiar e social. Viu-se também que o impacto dos transtornos mentais e comportamentais estende-se para além da esfera econômica e social, mas também sobre o padrão de vida dos indivíduos e de seus familiares.

Diagnóstico CID-10	N° de casos	%
F00-F09 <u>Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos</u>	01	2,4
F20-F29 <u>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</u>	15	35,7
F40-F48 <u>Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes</u>	20	47,6
F70-F79 <u>Retardo mental</u>	06	14,3
TOTAL	42	100,0

TABELA 1 - Distribuição do número de casos do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo o diagnóstico médico. Chapadinha, 2012.

Na Tabela 1, a variável diagnóstico médico, predominam os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48), com 47,6%, em seguida a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 35,7%.

A pesquisa de Gama, et al (2009) revela que o diagnóstico prevalente entre os usuários é perturbações mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19) com 47,9%, seguida de perturbações do humor (F30 – F39) com 18,3%. Diagnósticos esses, não mencionados em nossa pesquisa por não haver pacientes com tais características.

Estudos de Gomes et al. (2002), realizados com internos de hospitais psiquiátricos e de uma instituição asilar no Rio de Janeiro, e o estudo de Cavalcante, Nóbrega e Diniz (2003), realizado em Recife/PE, têm como predomínio de casos de Esquizofrenia.

Para Mello (2007) os transtornos de ansiedade são, como grupo, os mais prevalentes, não se incluindo os transtornos por uso de substância. E, durante toda a vida, entre 6.282.569 e 21.564.495 brasileiros tiveram transtorno de ansiedade generalizada, o que corresponde de 3,7 a 12,7% da população adulta.

Diagnóstico CID-10	Nº de casos femininos	%
<u>F00-F09</u> Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	00	0,0
<u>F20-F29</u> Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	13	38,2
<u>F40-F48</u> Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes	19	55,9
<u>F70-F79</u> Retardo mental	02	5,9
TOTAL	34	100,0

TABELA 2 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo o sexo feminino. Chapadinha, 2012.

Do cruzamento dos diagnósticos médicos com o sexo feminino descrito na Tabela 2, resultou como predominância o número de casos de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48), com 55,9%, e 38,2% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29).

Consoante com estudos prévios, COSTA (2002), ressalta que a prevalência estimada de Transtorno Mental Comuns foi mais alta entre as mulheres.

Estudos de Andrade, 2006, e Kessler, 1994, mostram que nas mulheres há uma prevalência dos Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) e em homens os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e tentam explicar essa diferença, associando a ocorrência desses transtornos específicos nas mulheres a fatores hormonais e psicológicos. Outra explicação é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e buscar ajuda.

Diagnóstico CID-10	Nº de casos masculinos	%
<u>F00-F09</u> Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	01	12,5
<u>F20-F29</u> Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	02	25,0
<u>F40-F48</u> Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes	01	12,5
<u>F70-F79</u> Retardo mental	04	50,0
TOTAL	08	100,0

TABELA 3 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo o sexo masculino. Chapadinha, 2012.

Com relação ao sexo masculino, o retardo mental (F70-F79) apresenta-se com o maior número de casos, 50%, seguidos por 25% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29).

Para Andrade (2006), a maior frequência de Transtornos Mentais no sexo masculino se enquadra nos Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-F19) para o alívio do seu sofrimento ou angústia. No serviço estudado esta comparação não pode ser feita, uma que o referido caps não atende pessoas com problemas decorrentes de uso de drogas.

Diagnóstico CID-10	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	Maior de 60 anos
F00-F09 <u>Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos</u>	01	00	00	00	00
F20-F29 <u>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</u>	10	02	00	01	02
F40-F48 <u>Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes</u>	08	07	03	01	01
F70-F79 <u>Retardo mental</u>	02	00	02	00	02
TOTAL	21	09	07	02	03

TABELA 4 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo a faixa etária. Chapadinha, 2012.

Na Tabela 4, o diagnóstico médico de maior frequência em relação à **faixa etária de 20 a 29 anos** foi Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), com 10 pacientes. Para a **faixa etária de 30 a 39 anos** a predominância foi dos Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48), com 07 atendimentos. Já na faixa **etária de 50 a 59 anos** houve um equilíbrio entre a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) e os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) com 01 atendimento em cada.

Em relação à Transtorno Mental Comum houve um número maior em indivíduos de faixa etária mais elevada, algumas das justificativas seriam maior vulnerabilidade deste grupo etário no que se refere a distúrbios psiquiátricos, acúmulo de doenças crônicas preexistentes, dificuldades econômicas, isolamento

social, desmerecimento social e a maior ocorrência de eventos de vida produtores de estresse (COUTINHO, 1999).

Diagnóstico CID-10	Branco(a)	Pardo(a)	Negro(a)	Amarelo(a)	Indígena
<u>F00-F09</u> <u>Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos</u>	00	01	00	00	00
<u>F20-F29</u> <u>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</u>	03	12	00	00	00
<u>F40-F48</u> <u>Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes</u>	02	18	00	00	00
<u>F70-F79</u> <u>Retardo mental</u>	00	06	00	00	00
TOTAL	05	37	00	00	00

TABELA 5 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo a cor/etnia. Chapadinha, 2012.

Na Tabela 5, a variável cor/etnia, quando cruzada com o diagnóstico médico, mostra em relação à cor/etnia **branco (a)** uma frequência maior em Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), com 03 atendimentos e 02 pacientes para Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48). Em relação a **pardo (a)** houve uma predominância dos Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) com um total de 18 pacientes, e Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) com 12. O Retardo mental (F70-F79) apresentou 06 atendimentos, seguidos dos Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09) com 01 paciente atendido.

Diagnóstico CID-10	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)	Viúvo(a)	União estável	Informação ausente
F00-F09 <u>Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos</u>	00	01	00	00	00	00
F20-F29 <u>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</u>	12	00	00	01	01	01
F40-F48 <u>Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes</u>	03	05	00	01	05	06
F70-F79 <u>Retardo mental</u>	06	00	00	00	00	00
TOTAL	21	06	00	02	06	07

TABELA 6 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo o estado civil. Chapadinha, 2012.

De acordo com a tabela 6, observa-se que os dados obtidos com o cruzamento do estado civil e o diagnóstico médico evidenciam que há, nos **solteiros (as)**, uma predominância de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), com 12 casos. Em relação aos **casados (as)**, verifica-se que 05 pacientes atendidos foram de Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48). Dos pacientes **viúvos (as)** atendidos apresentaram diagnóstico de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) e Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48), com 01 atendimento em cada. Nos pacientes com **União estável**, os diagnósticos médicos prevalentes são os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) com 05 e Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), com 01. Também foi verificada a ausência dessa informação em 07 prontuários.

Segundo Hales ; Yudofsky (2006) os esquizofrênicos têm maior probabilidade de continuarem solteiros do que os pacientes em outros grupos de diagnósticos.

Diagnóstico CID-10	Lavrador (a)	Aposentado (a)	Estudante	Do lar	Informação ausente
F00-F09 <u>Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos</u>	00	01	00	00	00
F20-F29 <u>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</u>	05	01	01	00	08
F40-F48 <u>Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes</u>	06	02	01	02	09
F70-F79 <u>Retardo mental</u>	00	02	00	00	04
TOTAL	11	06	02	02	21

TABELA 7 - Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial no município de Chapadinha, segundo ocupação. Chapadinha, 2012.

Quanto à variável ocupação, a tabela 7 descreve a distribuição dos diagnósticos médicos entre esses pacientes atendidos. Nessa correlação, observou-se a predominância, em **lavradores (as)**, de Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48), com 06 pacientes e Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), com 05. Nos **aposentados (as)** verificou-se que os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) e o Retardo mental (F70-F79) apresentaram 02 atendimentos em cada. Em **estudantes** os transtornos apresentados foram Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) e Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), ambos com 01 atendimento. Em relação aos pacientes cuja ocupação era **do lar**, apenas o Transtorno neurótico, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) foi identificado, com 02 pacientes. E em 21 prontuários tinham esta **informação ausente**.

A esquizofrenia é uma das principais causas de incapacitação entre jovens e adultos, pois a idade média no início da doença é de 21,4 anos para os homens e de 26,8 anos para as mulheres (Akiskal, 2000). Uma vez que a esquizofrenia, geralmente, aparece precocemente na vida e pode, com frequência, ser crônica, os custos do transtorno são substanciais. As taxas de desemprego podem chegar a 70-80% em casos severos, e estima-se que os pacientes esquizofrênicos constituem 10% das pessoas total e permanentemente incapacitadas (APA, 2000).

Araújo et al, publicaram, em 2006, outro estudo com mulheres que estimou a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) entre donas de casa e

trabalhadoras, utilizando o SRQ-20. A população do estudo constitui-se de 1.235 mulheres com 15 anos ou mais. A prevalência de TMC entre as donas de casa foi de 43,5% e entre as trabalhadoras, de 36,8%. Houve predominância dos sintomas psiquiátricos relacionados com o humor depressivo/ansioso (74,1% das donas de casa e 66,6% das trabalhadoras), seguidos dos sintomas somáticos (49,3% das donas de casa e 46,9% das trabalhadoras). Mulheres acima de 40 anos, viúvas/separadas e analfabetas nos dois grupos apresentaram maiores prevalências de TMC.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na pesquisa realizada, podemos perceber que há uma demanda maior de pessoas do sexo feminino do que masculino, mas esses dados não se limitam somente a área da saúde mental, estendendo a diversas especialidades da saúde.

Verificou-se a diversidade dos transtornos mentais encontrados nesse serviço de saúde, onde podemos destacar entre eles, os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (**F40-F48**) encontrados em 47,6% dos casos. Havendo também um número considerável de solteiros. Pode-se inferir que o predomínio deste diagnóstico pode ter uma relação direta com a população atendida ser em sua maioria mulheres e a própria literatura apontar ser este o diagnóstico mais frequente nessa população.

Observamos a diversidade de pacientes atendidos e que cada um tem suas características próprias e, por isso, é importante construir um novo olhar para o cuidado baseado no acolhimento, diálogo e na criatividade que possibilite a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática. É sobre esse novo olhar para o cuidar que queremos nos deter e incentivar a melhoria dos serviços de saúde mental.

O estudo cumpriu parcialmente objetivo a que se propôs, devido à ausência de determinadas informações importantes nos prontuários dos pacientes. Apesar disto considera-se que a pesquisa permitiu conhecer o perfil dos pacientes portadores de transtornos mentais do município de Chapadinha-MA.

REFERÊNCIAS

AKISKAL, H.S. et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J. Affect. Disord.*, Amsterdam, v. 59, (Supl.1), p. S5-S30, 2000.

Albuquerque, Claudiane Lopes et al. **Perfil Clínico-epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de Pedreiras/MA.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental). LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, São Luís, 2009.

Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev Psiq Clín.** 2006; 33(2):43-54.

ANDRADE, R. L. M. V. **Dependência de benzodiazepínicos na unidade de saúde da família** Concórdia, Pedras de Fogo - Paraíba. 2004. 58f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, UFPB, João Pessoa, 2004.

APA-American Psychiatric Association. **Diretrizes no tratamento da esquizofrenia.** Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Araújo TM, Almeida MMG, Santana CC, Araújo EM, Pinho PS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas de casa e trabalhadoras. *Rev Enferm UERJ.* 2006;14(2):260-9.

CAVALCANTE, A. M. T. S.; NÓBREGA, M. M. L.; DINIZ, A. S. Epidemiological aspects of schizophrenia in adults in the Ulysses Pernambucano Hospital in Recife – PE. **Neurobiologia.** Recife, v.66, n. 3/4, p.134-143, 2003.

COHEN, E. & ROLANDO, F. **Avaliação de projetos sociais.** Petrópolis, Vozes, 1993.

Costa JSDd, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAPd, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol.** 2002;5(2):164-73.

Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clín** 1999; 26(5). [http:// www.hcnet.usp.br/ipq/revista](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista) (acessado em 05/ Maio/2012).

FRAGA, M. N. O. **Inserção de ações de saúde mental na atenção básica de saúde.** Texto elaborado como subsídio a módulo de acompanhamento a profissionais vinculados ao Programa de Interiorização do trabalho em Saúde – PITS e atuantes em municípios do Ceará. Fev 2003. Departamento de Enfermagem da UFC.

FERREIRA FILHA, M. O. et al.. Identificação de população de risco para adoecimento mental no Estado da Paraíba. **Projeto de Pesquisa** vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade – Linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. DESPP/CSS/UFPB, 2003.

FIGUEIREDO W. **Assistência à saúde dos homens:** um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:105-9.

Gama, Vanessa Couto et al. **Perfil Clínico-epidemiológico dos usuários do Centro do Atenção Psicossocial Bacelar Viana.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental). LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, São Luís, 2009.

GOMES, M. P. C. et al. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, nov/dez, 2002. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/pes.html>> Acesso em: 05/ Maio/2012.

HALES, R.E.; YUDOFKY, S.C. **Tratado de psiquiatria clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

IBGE/DATASUS. **Indicadores de Saúde.** Disponível em <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 02 Mar12.

Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States: results from the national Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:8-19.

LEVCOVITZ, E; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, v.1, n.1, p.3-8, 1996.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Rev Bras Psiquiatria**, 1999.

MEDEIROS, E. N. . **Prevalência e o perfil dos transtornos mentais em um município paraibano**. 2004. 51f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba.

MELLO, M.F. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.198-2001.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde**. Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas, 2001. Disponível <http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news_id=3634&mode=browse> Acesso em: 05/ Mai.2012.

OGATA. M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. **Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências**. Nursing, São Paulo, v.3, 2000.

OLIVEIRA; M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.198-2001.

PINHEIRO RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-707.

PORCU, M. **Prevalência dos transtornos mentais em pacientes atendidos no ambulatório da residência médica de psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá**. *Acta Sci. Health Sci*. Maringá, v. 29, n. 2, p. 145-149, 2007.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2ed., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família / Lúcia Rosa**- São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L. C. S.et al. **União em saúde mental:** experiências relacionadas a saúde mental no município de União- PI- Teresina; EDUFPI, 2007.

ROSA, L. C. S.et al. **Cenários de prática em saúde mental:** a atenção psicossocial no Piauí- PI- Teresina; EDUFPI, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993
SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, SESP/PA Disponível em:
<http://www.sespa.pa.gov.br/informa%C3%A7%C3%A3o/IDHcalculado.htm>Acesso em 12/ Janeiro/12.

TORRES, A. R.; POMPEI, M. S.; KERR-CORRÊIA, F. Avaliação da implantação de um serviço de saúde mental em centro de saúde I. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 114-120, 1989.

APÊNDICE

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

QUESTIONÁRIO

1.Nome:_____

2. Sexo:

Feminino () Masculino ()

3. **Data de nascimento:**___/___/___

4. **Cor/etnia:**

() Branco(a) () Pardo(a) () Negro(a) () Amarelo(a) () Indígena

5.Escolaridade:

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Médio Incompleto

()Ensino Superior

6.Estado Civil:

() Solteiro(a)

()Casado(a)

()Separado(a)

()Viúvo(a).

() União estável

7.Ocupação:_____

8.Renda Mensal:

() Nenhuma

() Até 01 salário mínimo

()Até 02 salários mínimos

() Acima de 02 salários mínimos

6. Diagnóstico do Transtorno Mental:_____