

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

ARLETE PENHA CUTRIM
SIMONE CUNHA E SOUZA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA
RAPOSA/MA**

São Luís
2006

ARLETE PENHA CUTRIM
SIMONE CUNHA E SOUZA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA
RAPOSA/MA**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde da Família da Laboro
Excelência em Pós-Graduação para a obtenção
do título de Especialista em Saúde da Família

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Rosina Tonial

São Luís
2006

ARLETE PENHA CUTRIM
SIMONE CUNHA E SOUZA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA
RAPOSA/MA**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde da Família da
LABORO Excelência em Pós-Graduação para a
obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família

Aprovada em / / .

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sueli Rosina Tonial (Orientadora)
Doutora em Saúde da Criança

Profa. MsC. Maria Tereza Martins Viveiros
Mestre Ciências da Saúde - UFMA

Aos usuários, nossa gratidão, cujos infortúnios permitiram a base de nosso aprendizado e a abertura de novo caminho de conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Aos familiares e usuários do CAPS da Raposa, com os quais aprendemos todos os dias que o cuidado pode ser um olhar cheio de emoção e respeito.

Á Arlete Pontes, secretaria de saúde da Raposa, pela compreensão dessa causa.

À Nancy Paraíba, por acreditar na reforma psiquiátrica como instrumento de mudança nesse município.

Á profa. Dra. Sueli Tonial, pela gentileza e orientação.

À Profa. MsC. Tereza Viveiros, pelo incentivo e dedicação em todos os momentos.

Aos amigos da vida, em especial Adailton Roland e Aline Sharlon, pela disponibilidade e partilha dos seus saberes.

Aos nossos pais e familiares pelo apoio e afeto incondicional de cada dia.

A Deus porque sem Ele nada disso seria possível.

“ Cuidar sim, excluir não!”

III Conferência Nacional de Saúde Mental

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Faixa etária e sexo dos 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.....	24
Gráfico 2 – Cor de pele e religião de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.....	25
Gráfico 3 – Renda e fonte de renda de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006..	26
Gráfico 4 – Distribuição da renda individual e familiar em 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.....	26
Gráfico 5 – Situação de moradia e apoio de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.....	27
Tabela 1 – Tipo de casa e número de residentes no domicílio dos usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.....	28
Gráfico 6 – Grau de escolaridade dos 63 usuários do CAPS, Raposa, MA, 2006...	28
Gráfico 7 – Tipo de ocupação de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.....	29
Tabela 2 – Tipos de doenças dos 63 usuários do CAPS, Raposa, MA, 2006.....	30
Tabela 3 – Usuários do CAPS, segundo sintomatologia. Raposa, MA, 2006.....	31
Tabela 4 – Usuários do CAPS, segundo tratamentos anteriores, início do tratamento e o tipo de tratamento. Raposa, MA, 2006.....	32
Gráfico 8 – Opinião dos 63 usuários sobre o CAPS. Raposa, MA, 2006.....	33

RESUMO

Estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Raposa-MA, com o objetivo de estudar o perfil clínico e sócio-econômico dos seus usuários. Fizeram parte dessa pesquisa 63 pacientes admitidos para tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo no período de setembro a dezembro de 2005 e que continuaram vinculados ao serviço até julho de 2006. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado individual aplicado pelas pesquisadoras no CAPS e na residência dos pacientes/familiares quando necessário, além de pesquisa em prontuário. Os resultados demonstraram que sua maioria é do sexo masculino (50,8%), na faixa de 36 a 55 anos (43%), com predominância de cor parda (69,8%) e religião católica (61,9%). No aspecto sócio-econômico revelou-se que: a maioria possui renda (54%), decorrente de ajuda familiar (48,4%), com renda individual de um salário mínimo (38,2%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (65,7%). A maioria reside em casa própria (92,1%), de tijolo (79,4%), com 5 ou mais residentes (38,1%), com familiares (90,4%), podendo contar em situação de risco com os familiares (87,3%). A escolaridade mais freqüente foi ensino fundamental incompleto (44,5%), em sua maioria autônomos (pescador, doméstica, carroceiro, lavrador)(33,3%). No aspecto clínico verificou-se predominância nas perturbações neuróticas relacionadas com estresse (25,4%), seguidos de perturbações do humor (23,8%), esquizofrenias (23,8%) e perturbações devido ao uso de substâncias psicoativas (22,2%). Os sintomas mais referidos foram: ansiedade, alucinações, delírios, agitação, confusão mental, insônia, medo (69,8%). Quanto ao tratamento: 85,7% já se submeteram a tratamentos anteriores, com início de 1 a 5 anos (40,7%), do tipo ambulatorial e hospitalar (59,3%). A opinião dos usuários sobre o CAPS foi em sua maioria boa (65,1%). Diante desses resultados conclui-se que foi relevante o estudo do perfil desses usuários para planejamento e elaboração de projeto terapêutico adequado para essa comunidade, de acordo com a política nacional de saúde mental, que visa à inclusão social para o fortalecimento da rede comunitária e especializada para essa população economicamente menos favorecida e geograficamente distante dos centros urbanos.

Palavras-chave: Perfil. Saúde Mental. Inclusão Social.

ABSTRACT

A description study with in quantity approach, realized in Attention Psychotherapy Center (CAPS) in Raposa- MA, with the objective in study the clinic profile and economical-social yours usuary. Approximate did this search, these project 63 patients, that admitidies of way intensive, intensive-half, and not- intensive in September to December on 2005 and this patients used this service of the CAPS until July 2006. The facts gone collected through by questionnaire structure-half individual with application of the examinees in the CAPS and yours residence, homes and united with yours family, when necessary and search yours dossiers. The results prove by reasoning that the greater number to be a masculine (50,8 %), the age is 36 until55 years old (43%), with the majority is a mulatto race (69,8%) and the religion is the Roman Catholic (61,9%). The aspect social-economical the majority has amount of a rent (54%), the one group have family help (48,4%), with individual a rent of the minimum salary (38,2%). The majority live in private home (92,1%), with five or more peoples, with family (90,4%), the majority did a basic school (44,5%) and the occupations more frequents is a domestics, fisherman, and agricultural worker(33,3%). The aspect clinics observed that neurotics perturbation to related the stress (25,4%), the humor perturbations (23,8%), schizophrenia (23,8%) and the use abusive of psychoactive substances (22,2%). The symptoms more above are: anxiety, anguish, hallucinations,agitations, delirium, a mental confused, insomnia and fear (69,8%).Treatment theirs patients the majority did the treatment when one tofive years (40,7%), the ambulatory and hospitable treatment (59,5%).The patients opinions about the CAPS, was great, all the patients likedthis services officered (65,1%). In front of the results it follouls that was profile study about thepatients, for the make this therapeutic project.This project aim at social inclusion this peoples of economical poor andthat live out the urban centers.

Key Words: Configuration. Mental Hhealth. Encapsulation Social.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS.....	15
3.1	Geral.....	15
3.2	Específicos.....	15
4	ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL E NO MARANHÃO.....	16
5	METODOLOGIA.....	21
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
7	CONCLUSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35
	APÊNDICE.....	36
	ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A atenção a pessoas com transtornos mentais e comportamentais sempre refletiu os valores sociais predominantes com relação à percepção social dessas doenças.

Ao longo dos séculos, os portadores de transtornos mentais e comportamentais foram tratados de diferentes maneiras. Foi-lhes atribuído um status elevado em sociedades que acreditavam serem eles intermediários junto aos deuses e aos mortos. Na Europa Medieval, eles eram surrados e queimados na fogueira, trancados em grandes instituições ou explorados como objetos científicos (DESVIAT, 1999).

Já no século XIX, a Europa foi testemunha de várias influências divergentes. Por um lado consideravam-se as doenças mentais como tema legítimo para investigação científica: a psiquiatria prosperou como um ramo da medicina e as pessoas com transtornos mentais eram considerados pacientes. Por outro lado os portadores de transtornos mentais, como o de muitas outras doenças e formas indesejáveis de comportamento social, eram isolados da sociedade em grandes instituições: manicômios, tipo carcerários, hospitais públicos para doentes mentais. Essas formas de tratamento asilar foram exportadas para a África, as Américas e a Ásia (OMS, 2001).

Após muitos anos de discussão e de práticas humanizadoras, experimentadas por muitos países, essas influências chegaram ao Brasil, principalmente após a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas em novembro de 1990, onde políticos sanitaristas, legisladores e técnicos responsáveis pela saúde mental na região, com o apoio de técnicos da Espanha, Itália e Suécia, aprovaram um projeto de Reforma para a América Latina e o Caribe, estabelecendo os princípios, os objetivos prioritários e as linhas estratégicas necessárias (DESVIAT, 1999).

Segundo Desviat 1999, a Declaração de Caracas, momento inaugural da Reforma Psiquiátrica nos países ibero-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garantisse o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais, a necessidade, portanto de superar os hospitais psiquiátricos, estabelecendo modalidades de atenção alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais.

Essas mudanças ocorreram principalmente durante a segunda metade do séc. XX, devido a três grandes fatores: a psicofarmacologia, descoberta de novas classes de drogas, particularmente neurolépticos e antidepressivos além de novas modalidades de intervenção psicossocial; o movimento em favor dos direitos humanos transformando-se num fenômeno internacional, conduzido pela recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU); incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde “um estado de bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doenças ou enfermidade” (OMS 2001).

Para compreender a saúde mental os estudiosos de várias culturas dão diferentes conceitos. Mas todos devem conter entre outras coisas, o bem estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Novas informações dos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram avanços a nossa maneira de ver o funcionamento mental, ou seja, há um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado com o funcionamento físico e social, com resultados da saúde.

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de

todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitem; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Em dezembro de 1993 o Ministério da Saúde (MS) cria um grupo de trabalho com o objetivo de discutir a proposta de implantação de um modelo de saúde mais adequado às necessidades do país. Como o resultado o grupo aponta para a criação de um programa que elege o núcleo familiar como foco de suas ações, ou seja, o Programa Saúde da Família (PSF), lançado no início de 1994 pelo MS. Ao eleger a família como um sub-sistema decisório, consumidor e parceiro, verifica-se a incorporação dos princípios básicos do SUS, inserindo a unidade de saúde da família no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominada atenção básica (SCOZ, 2003).

Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na atenção básica, o MS já promoveu vários eventos: março 2001- Oficina de trabalho para a discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; abril 2002- Seminário internacional sobre saúde mental na atenção básica; julho 2003- Oficina de Saúde mental no 7º Congresso brasileiro de saúde coletiva intitulada “Desafios da integração com a rede básica”. A partir de discussões nessas oficinas, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propôs as seguintes diretrizes:

- a) Apoio matricial da Saúde Mental às Equipes de Atenção Básica;
- b) Formação como

estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica (capacitação dos profissionais do PSF) e c) Inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

2. JUSTIFICATIVA

De acordo com a nova abordagem de tratamento aos portadores de transtorno mental, que prioriza o atendimento fora dos limites dos manicômios, começaram a ser implementados no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), locais onde se procura recolocar o sujeito na sociedade, por meio de uma ação interdisciplinar, em que diversos saberes se colocam à disposição dele para reintegrá-lo ao mundo, com seus deveres e direitos.

O tema Saúde Mental no contexto do PSF esta sendo muito discutido, por conta de iniciativas: na esfera Federal, com a portaria nº 1065/GM de 04/07/2005 que criou os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família para assim ampliar a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde; na esfera Estadual e Municipal com a perspectiva de implantação de serviços de saúde mental nos 217 municípios até o final do ano.

O município da Raposa implantou o Centro de Atenção Psicossocial em dezembro de 2005. Como é um serviço recente, verificou-se a necessidade de estudar o perfil clínico e sócio-econômico dos usuários do CAPS e desta forma oferecer subsídios que possam contribuir com o processo de implantação da Atenção em Saúde Mental no município.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o perfil clínico e sócio-econômico dos usuários do CAPS da Raposa.

3.2 Específicos

- ✓ Identificar a faixa etária e gênero dos usuários;
- ✓ Estudar as condições sócio-econômicas dos usuários;
- ✓ Identificar o diagnóstico clínico dos usuários;
- ✓ Verificar as relações familiares ou extrafamiliares de ajuda dos portadores de transtorno mental;
- ✓ Levantar a situação de trabalho dos portadores de transtorno mental;
- ✓ Verificar o tipo de tratamento a que foram submetidos anteriormente.

4. A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO MARANHÃO

A implantação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil iniciou-se no Rio de Janeiro, com a criação do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, marco institucional da atenção centrada no padrão hospiciocêntrico/hospitalocêntrico, que se tornou dominante e difundiu-se para outras regiões do país.

O principal cenário de avanços na assistência psiquiátrica do país ocorreu nos estados do sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais), onde ocorriam as principais mudanças políticas também. Em 1978 se assistiu a reemergência dos principais movimentos sociais no país, após um longo período de repressão aberta pelo regime militar, que até então impossibilitava a expressão política da sociedade civil no país. Dentro desse conjunto de movimentos sociais, se destacou o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que iniciou um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época (ROSA, 2000).

Os principais objetivos dos movimentos sociais da época foram: denúncia e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados, pois eram verdadeiros campos de concentração; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados com o então INAMPS; denúncia e reivindicações por melhores condições e trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental.

Na tentativa de mudar o sistema global da saúde no país surgiu à reforma sanitária, uma tentativa de integrar e hierarquizar a saúde. A abertura do espaço político para lideranças do MTSM implementou o processo de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos preparando terreno para o lançamento do Plano CONASP, expansão da rede ambulatorial em saúde e saúde mental, que possibilitou a implementação gradativa em todo o

país do modelo sanitarista das chamadas “Ações Integradas de Saúde”, culminando com a I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida (1986) e a Constituição Federal de 1988 (VENANCIO, 2002).

Na Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica que ocorreu em 1990 elaborou-se a Declaração de Caracas, sob o patrocínio da Organização Pan-americana de Saúde e do Instituto Mario Negri de Milão, apontando para o redirecionamento das políticas nacionais de saúde mental, com forte ênfase na reorientação da assistência para a América Latina (DESVIAT, 1999).

Em 1991, a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde iniciou um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, implementando o financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar, ainda embrionária apoiando a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e, paralelamente, instituindo regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos (DELGADO 2002).

A apresentação de um projeto de lei propondo a extinção progressiva dos manicômios e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial (Lei Paulo Delgado, 1989), a elaboração da Declaração de Caracas e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país culminaram com a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, considerada um marco na história da psiquiatria brasileira, abrindo um novo período da consolidação da reforma psiquiátrica no país (DELGADO 2002).

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre o indivíduo, a família e a comunidade. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietadores de seu distúrbio como sofrem também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude da discriminação.

Por conta desses fatores foram renovados os três princípios proclamados pela ONU há dez anos atrás, que são: não devesa existir discriminação em virtude das doenças mentais; ao

paciente deve ser concedido o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade, além de ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo possível.

O primeiro CAPS no Brasil foi inaugurado em março de 1986 em São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros fez parte de um movimento social intenso, inicialmente de trabalhadores da saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A idéia de atenção em saúde mental baseada na comunidade e não no hospital trouxe uma mudança de paradigma e se traduziu num processo de desinstitucionalização, apoiado pelos trabalhadores em saúde, usuários, familiares e outros grupos progressistas da comunidade.

Os serviços de saúde mental surgiram em vários municípios do país, principalmente nas regiões sudeste e sul, se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial.

Os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial)/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “Unidades de saúde local/regionalizada, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local, que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Atualmente quem regulamenta os CAPS, NAPS, CERSAMS (Centro de Referência em Saúde Mental) e demais serviços substitutivos é a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, num atendimento diuturno, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, como o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando

internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Maranhão a reforma psiquiátrica andou a passos lentos, apesar disso, em 1993, logo após a publicação da Portaria 224/GM, foi criado o primeiro serviço alternativo do Estado, o Hospital Dia Lar Caminhando para a Vida, que prestava atendimento em regime de atenção diária. Em 1996 a clínica Santa Marta também se transformou em serviço alternativo para os portadores de transtornos mentais, semelhantes ao CAPS (CUTRIM, 2002).

Ao mesmo tempo o Hospital Nina Rodrigues, único hospital psiquiátrico público do Estado se mobilizou para acompanhar a assistência aos portadores de transtornos mentais, construindo o primeiro CAPS público estadual, “CAPS Bacelar Viana”, dando importante passo para a redução das internações psiquiátricas que no Maranhão continuavam alarmantes (MACEDO, 2002).

A permanência hospitalar média que era de 75,5 dias (média para o período de 1995 a 2000, com variações insignificantes) apresentada pelos pacientes, saltou em 2001 para 82,8 dias (de janeiro a abril), o que não refletiu o esforço dos gestores locais para a reversão deste panorama (MACEDO, 2002).

A III Conferência Estadual de Saúde Mental em 2001 sensibilizou os gestores e gerentes de saúde em todos os municípios para construírem propostas de reestruturação da saúde no município. Além dos recentes incentivos do Ministério da Saúde para a criação de CAPSs em todos os municípios acima de 20.000 habitantes.

A Raposa, município com menos de 20.000 habitantes, só em 2005 ousou criar o CAPS I Dr^a Maria Helena Dualibe para atender sua demanda. Foi contratada uma equipe de especialistas em Saúde Mental para implantar as atividades do CAPS, estas atividades estão sendo realizadas, com apoio do PSF e do PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde).

As pessoas atendidas no CAPS da Raposa são adultas, apresentam um intenso sofrimento psíquico, transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo transtornos relacionados a substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

O serviço funciona das 7:30 às 17:00hs, de segunda a sexta-feira, com uma equipe de: um médico psiquiatra, duas enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, um administrador, dois artesãos, duas auxiliares de enfermagem, três auxiliares de serviços de apoio e direção técnica.

Atualmente a principal meta desse CAPS é conhecer sua clientela para traçar o projeto terapêutico e promover a interação das ações de saúde mental na atenção básica.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

A pesquisa é um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa.

Os estudos deste tipo têm por finalidade pesquisar as características de um grupo, sua distribuição por idade e sexo, nível de escolaridade, religião, fatores sócio-econômicos, estado de saúde física e mental.

5.2 Local do Estudo

O município da Raposa tem uma população de aproximadamente de 20.044 habitantes, distribuídos em uma área de sessenta e quatro quilômetros quadrados (IBGE-2004). Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico e ao leste, oeste e sul com o município de Paço do Lumiar. Sua população vive principalmente do artesanato (renda de bilro) e de atividades ligada à pesca.

O Sistema de Saúde Municipal conta com uma Unidade Mista (Dra. Nemércia Dias Pinheiro) que presta serviços de urgência e emergência, assistência à gestante, parturiente e puérpera durante vinte e quatro horas. Existem ainda quatro Centros de Saúde (Vila Boa Esperança, Vila Bom Viver, Cumbique e Inhaúma) prestando serviços de imunização, planejamento familiar, consultas a gestantes e crianças, curativos, pequenos procedimentos cirúrgicos, servindo também de referência para as oito equipes de PSF e sete equipes de saúde bucal, que regularmente realizam visitas domiciliares.

O quadro técnico profissional conta com: vinte médicos, dez enfermeiros, vinte e um técnicos de enfermagem, quarenta e três agentes comunitários de saúde, oito agentes da vigilância sanitária, um médico veterinário e quarenta agentes do Ministério da Saúde entre outros.

A pesquisa foi realizada nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Maria Helena Dualibe, situado à rua da Paz, nº 294, Bairro Centro, também chamado Cacarape – Raposa/MA e nas residências com os familiares ou pessoas que cuidam dos portadores de transtorno mental.

O CAPS foi implantado em dezembro de 2005 com a autorização do Ministério da Saúde para funcionar como CAPS 1, atendendo a população adulta de portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. Tem suporte para acolher 25 pacientes intensivos, 50 semi-intensivos e 90 não-intensivos.

Este serviço possui um espaço próprio, adequadamente preparado para atender sua demanda específica, contando com os seguintes ambientes: sala de recepção, sala de atividades grupais, consultório para atendimentos individuais (consultas, entrevistas e terapias), refeitório, posto de enfermagem, cozinha, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes.

5.3 População

A população desta pesquisa é formada pelos pacientes admitidos para tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo no CAPS da Raposa/MA.

Inicialmente foi realizado um treinamento com os agentes comunitários de saúde (ACS) de todas as equipes de PSF da Raposa/MA, com o objetivo de orientá-los para localizar os possíveis portadores de transtorno mental, além dos já cadastrados na ficha A do PSF.

Montou-se uma equipe multiprofissional com: médico psiquiatra, assistente social e enfermeiros especializados, para cadastramento da clientela do CAPS no período de setembro a novembro de 2005, resultando em aproximadamente 80 pacientes.

5.3.1 Universo do Estudo e Período de coleta de dados

O universo desse estudo é a população, ou seja, os 80 usuários do CAPS da Raposa que permaneceram vinculados ao serviço até junho de 2006. O período de coleta de dados compreendeu os meses de maio, junho e início de julho de 2006.

5.4 Comitê de Ética em Pesquisa

Esta pesquisa obteve a autorização da Secretária Municipal de Saúde Arlete Pontes (Anexo A), atendendo todas as exigências da legislação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, tendo sua aprovação com registro do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (CEP-HUUFMA) n°046/06, processo n°33140-180/2006, em reunião de 28/04/2006 (Anexo B).

5.5 Instrumento de Pesquisa

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário (apêndice), semi-estruturado aplicado aos pacientes e familiares, contendo perguntas abertas e fechadas, com prévia autorização. Inicialmente explicou-se para cada usuário e/ou familiar à finalidade da pesquisa, a importância de sua participação e a relevância à comunidade, esclarecendo-as do direito que tinham de recusar-se ou colaborar com a pesquisa (Anexo C).

Quando necessário, os dados foram complementados com dados dos prontuários.

5.6 Análise dos Dados

Os dados dos questionários foram digitados, processados e analisados através do programa EPI-INFO. Os dados foram distribuídos com ajuda de gráficos e tabelas.

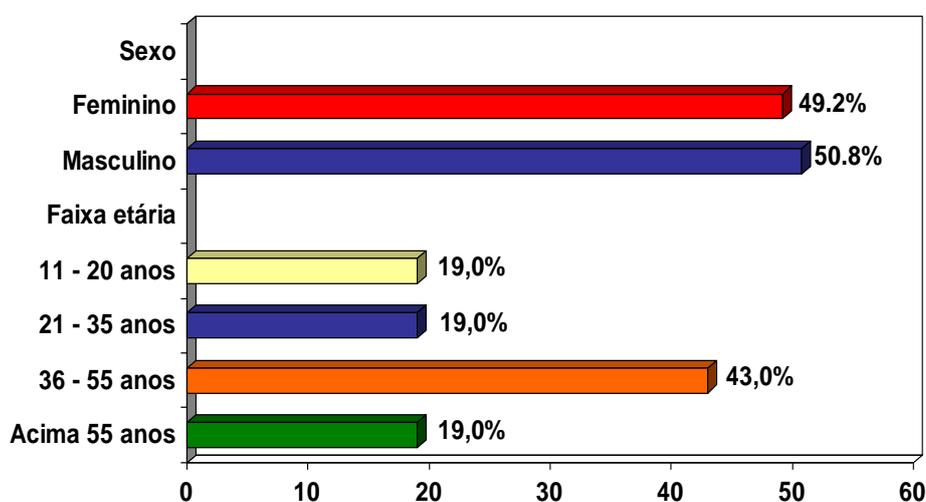
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 80 usuários cadastrados foram entrevistados 63 (78,8%) que estavam frequentando o serviço regularmente. Os demais não foram entrevistados devido à: Alta para tratamento hospitalar em clínica de assistência integral (2); Não aceitação do tratamento em semi-internação no CAPS da Raposa e estão em outro tipo de tratamento (10); Não consentimento de participação na pesquisa devido apresentarem quadro grave de desorientação psíquica e/ou ausência de responsáveis (5), correspondendo a 17 (11,2%) usuários.

7.1 Faixa Etária e Sexo dos Entrevistados

Foram entrevistados usuários com idade que variam entre 11 a 70 anos. O gráfico 1, demonstra que a variação entre os sexos foi pequena, 50,8% do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino. Quanto à faixa etária, houve maior frequência (27) de 36 a 55 anos (43%). Os resultados são similares ao estudo de Montanari (2005) sobre a Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial em Cataguases.

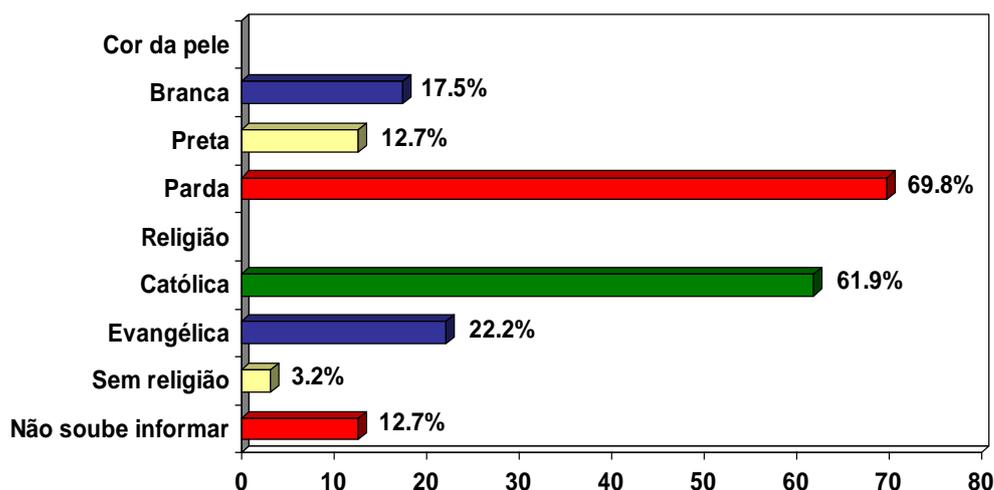
Gráfico 1 – Faixa etária e sexo dos 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.



7.2 Cor de Pele e Religião dos Entrevistados

A maioria dos usuários foi descrita com a cor parda (69,8%). Essa caracterização foi observada pelas pesquisadoras devido ao desconhecimento do usuário quanto a sua cor em registro de nascimento e indefinição da própria população quanto a real cor. Em relação à religião, 61,9% são católicos 22,2% são evangélicos, 12,7% não souberam informar e 3,2% não tem religião. Percebe-se que há grande atuação da igreja católica com criação de grupos de jovens e de vigílias nessa comunidade, mas também vem crescendo o número de evangélicos com a implantação de uma rádio para esse seguimento (Gráfico 2).

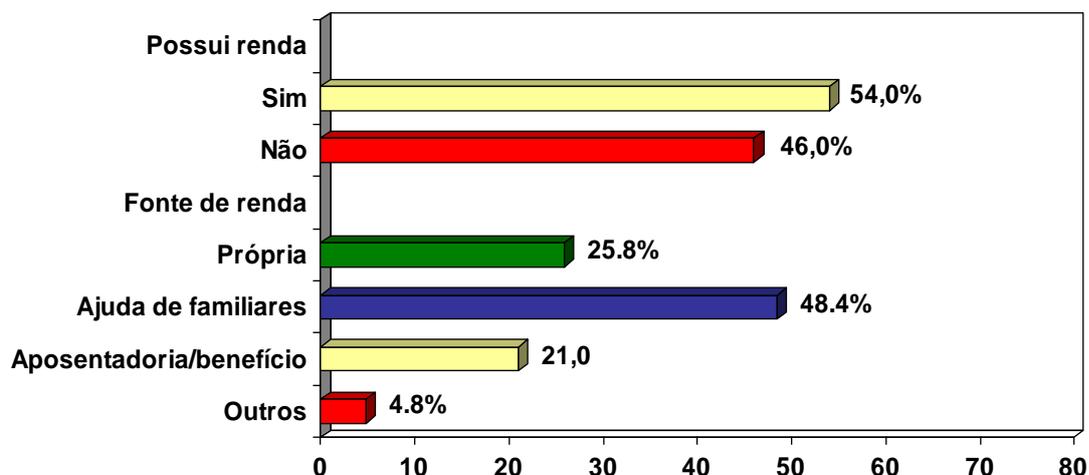
Gráfico 2 – Cor de pele e religião de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.



7.3 Renda e Fonte de Renda dos Entrevistados

No gráfico sobre renda se verifica que; 54% dos usuários possuem renda e 46% não possuem renda própria. Quanto à fonte de renda: 48,4% recebem ajuda de familiares, 25,8% possuem renda própria, 21% são aposentados ou recebem algum benefício e 4,8% possuem outro tipo de renda (ajuda de vizinho, instituição religiosa).

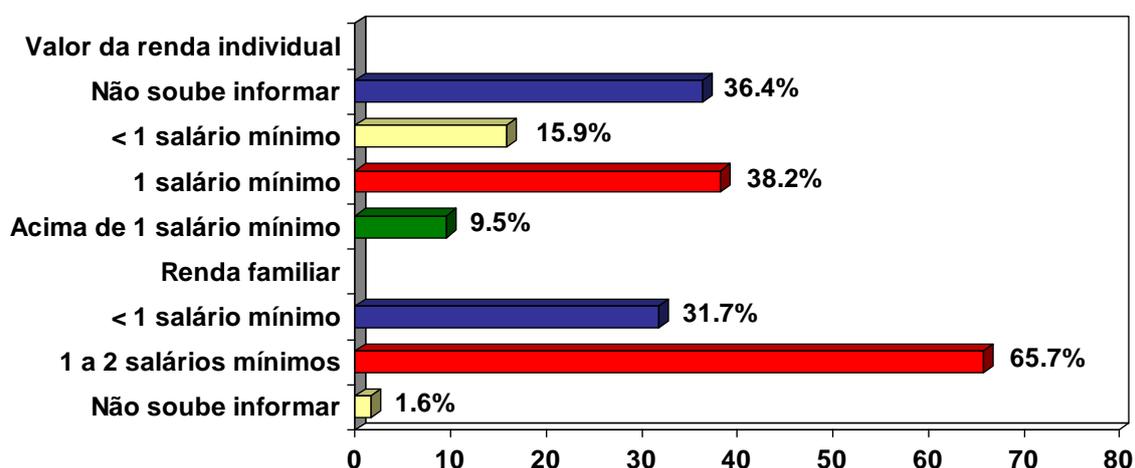
Gráfico 3 – Renda e fonte de renda de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.



7.4 Valor da Renda Individual e Renda Familiar dos Entrevistados

Com relação à percentagem da renda individual, percebe-se que; 38,2% recebem um salário mínimo, 36,4% não souberam informar o valor de sua renda individual; 15,9% recebem menos de um salário mínimo e 9,5% recebem acima de um salário mínimo. Observou-se que a maioria que recebe um salário mínimo tem renda decorrente de trabalho como pescador, lavrador, doméstica e carroceiro. Quanto à renda mensal observou-se que, (65,7%) recebem de 1 a 2 salários mínimos; 31,7% recebem menos de um salário mínimo e 1,6% não soube informar a renda do seu domicílio.

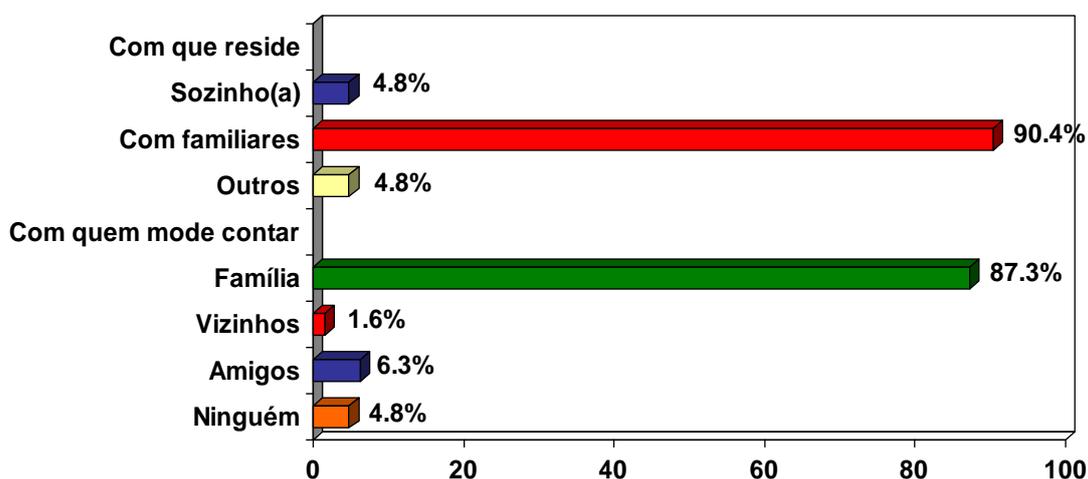
Gráfico 4 – Distribuição da renda individual e familiar em 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.



7.5 Situação de Moradia e Apoio dos Entrevistados

O Gráfico demonstra que; 90,4% dos usuários do CAPS moram com a família (companheiro; companheiro e filho; filhos), 4,8% moram sozinho e 4,8% dividem a casa com amigo ou amigos (outros). Com relação a pessoas que podem contar em situação de risco, 87,3% responderam que podem contar com a família, 6,3% podem contar com amigos, 4,8% responderam que não podem contar com ninguém, 1,6% contam com vizinhos em situação de risco.

Gráfico 5 – Situação de moradia e apoio de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.



7.6 Tipo de Casa e Número de Residentes no Domicílio

A Tabela 1 demonstra que; 92,1% dos usuários possuem casa própria, enquanto que 7,9% não possuem casa própria. Quanto ao tipo de casa; 79,4% moram em casa de tijolo, 15,9% moram em casa de taipa, 3,8% moram em casa de madeira e 1,6% moram em casa de palha. Na questão de número de residentes: 38,1% dos domicílios possuem 5 ou mais residentes, 31,8% dos domicílios acomodam de 2 a 3 pessoas, 25,4% dos domicílios tem 4 residentes e 4,8% moram sozinhos.

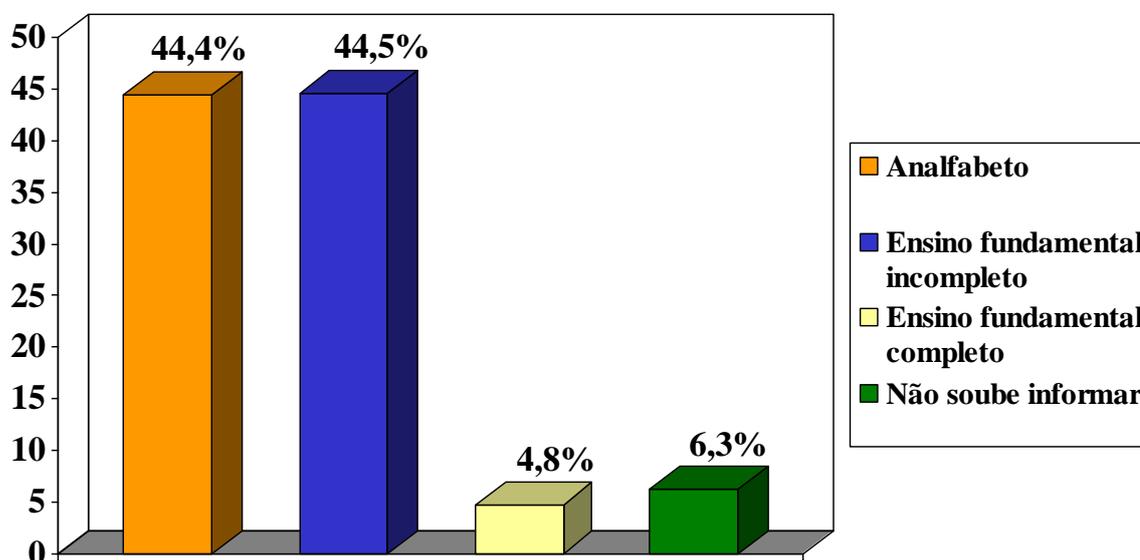
**Tabela 1 – Tipo de casa e número de residentes no domicílio dos usuários do CAPS.
Raposa, MA, 2006.**

VARIÁVEIS	f	%
Casa própria		
Sim	58	92,1
Não	5	7,9
Tipo de casa		
Palha	1	1,6
Taipa	10	15,9
Tijolo	50	79,4
Madeira	2	3,8
Número de residentes no domicílio		
Sozinho(a)	3	4,8
2 a 3 residentes	20	31,8
4 residentes	16	25,4
5 ou mais residentes	24	38,1
TOTAL	63	100,0

7.7 Escolaridade dos Entrevistados

Com relação a grau de escolaridade observou-se que, 44,5% possuem ensino fundamental incompleto, 44,4% são analfabetos, 6,3% não souberam informar o grau de instrução, 4,8% possuem o ensino fundamental completo.

Gráfico 6 – Grau de escolaridade dos 63 usuários do CAPS, Raposa, MA, 2006.

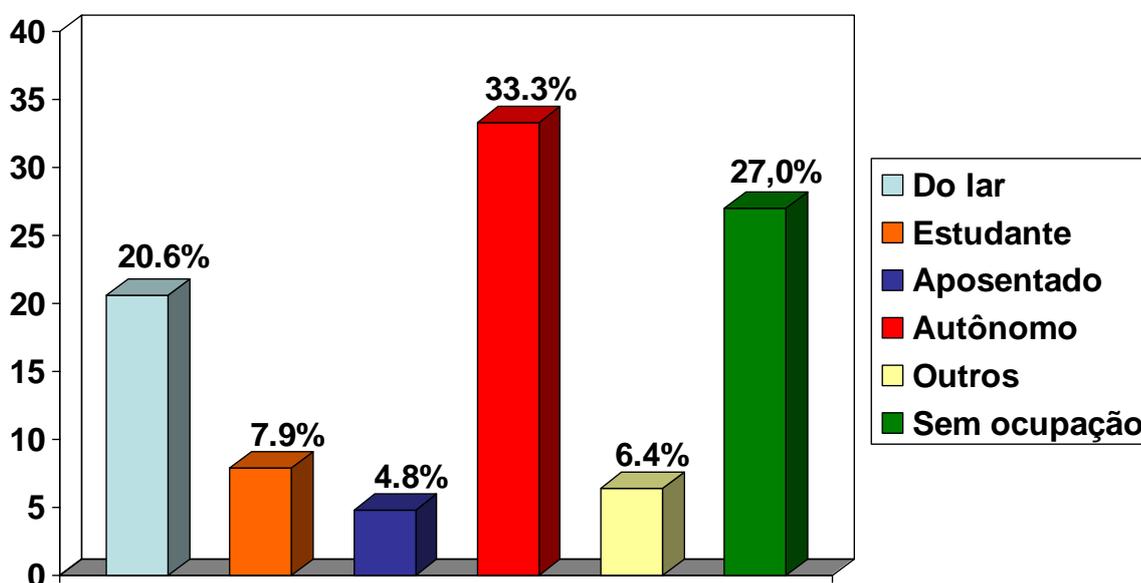


7.8 Ocupação dos Entrevistados

No Gráfico observa-se que; 33% dos usuários são autônomos (pescador, doméstica, carroceiro, lavrador), 27% não tem ocupação, 20,6% dedicam-se lar, 7,9% são estudantes, 4,8% são aposentados, 6,4% desempenham outras profissões (professor, técnico, funcionário público).

A grande quantidade de usuários do CAPS que possuem renda decorrente de ajuda de familiares, decorrente do sub-emprego (pescador, doméstica, carroceiro, lavrador) ou sem ocupação condiz com a teoria da exclusão social que afirma que, ter um transtorno mental leva a pessoa a tornar-se membro de um grupo sócio-econômico mais baixo (KAPLAN, 1997).

Gráfico 7 – Tipo de ocupação de 63 usuários do CAPS. Raposa, MA, 2006.



7.9 Tipo de Doenças dos Entrevistados

A Tabela classifica as perturbações mentais segundo o CID10/2001. Os tipos de doenças foram diagnosticados por médico psiquiatra e retirados dos prontuários dos usuários, devido o

desconhecimento dos familiares e usuários sobre esse assunto. Em alguns casos há mais de um diagnóstico para cada usuário.

A Tabela acima revela que: 25,4% dos usuários apresentam perturbações neuróticas relacionadas com o estresse ou somatização; 23,8% apresentam esquizofrenias, seguido da mesma percentagem de perturbações do humor; 22,2% apresentam perturbações mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas; 19% apresentam perturbações mentais, orgânicas, inclusive as sintomáticas; 17,5% apresentam deficiência mental; 15,9% apresentam doença do sistema nervoso/epilepsia; 6,3% apresentam perturbações específicas da personalidade e 1,6% apresentam perturbações da alimentação.

Tabela 2 – Tipos de doenças dos 63 usuários do CAPS, Raposa, MA, 2006.

TIPO DE DOENÇAS	f	%
Perturbações mentais, orgânicas, inclusive as sintomáticas (F00 – F09)	12/63	19,0
Perturbações mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas (F10 – F19)	14/63	22,2
Esquizofrenias, perturbações esquizotípicas e delirantes (F20 – F29)	15/63	23,8
Perturbações do humor (F30 – F39)	15/63	23,8
Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com estresse e perturbações somáticas (F40 – F49)	16/63	25,4
Perturbações da alimentação (F50)	1/63	1,6
Perturbações específicas da personalidade (F60)	4/63	6,3
Deficiência mental (F70 – F79)	11/63	17,5
Doença do sistema nervoso/epilepsia (G25/G40)	10/63	15,9

Segundo estudos de Pelisoli e Moreira (2005) sobre a caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta, as categorias diagnósticas mais prevalentes são transtornos de humor e transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes, assemelhando-se aos resultados dessa pesquisa.

7.10 Sintomas dos Entrevistado

Durante as entrevistas os sintomas foram verbalizados de forma leiga e posteriormente agrupados de acordo com o diagnóstico do prontuário, devido às dificuldades e desconhecimento desse assunto.

A Tabela 3 demonstra que: 69,8% queixam-se de alucinações, delírios, agitação, confusão, etc; 17,5% queixam-se de crises de ausência, desmaios, distorções de percepção e movimento descontrolado do corpo, etc; 3,2% apresentam atraso do desenvolvimento psicomotor, dificuldade de aprendizagem e compreensão de normas e ordens, dificuldades na fala e marcha, etc; 6,3% apresentam sintomas dos grupos I e II, 3,2% apresentam sintomas dos grupos II e III.

Os resultados encontrados com relação aos sintomas refletem as perturbações mais freqüentes observados na tabela 2, ansiedade, alucinação, delírios, agitação, medos, reforçando a literatura médica (KAPLAN, 1997).

Tabela 3 - Usuários do CAPS, segundo sintomatologia. Raposa, MA, 2006.

SINTOMAS	f	%
Grupo I: ansiedade, alucinações, delírios, agitação, confusão, agressividade, insônia, inapetência, pensamento bloqueado, medos, desleixo com a aparência e a higiene, etc.	44	69,8
Grupo II: atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, a criança não senta, na firma a cabeça, não anda, não fala, dificuldade de aprendizado e de compreensão de normas e ordens.	2	3,2
Grupo III: crise de ausências, desmaios, distorções de percepção e movimento descontrolado do corpo, perda de consciência, rigidez e contrações do corpo.	11	17,5
Grupos I e II	2	3,2
Grupos II e III	4	6,3
TOTAL	63	100,0

7.11 Período e Tipo de Tratamento dos Entrevistados

A Tabela 4 demonstra que: 85,7% dos usuários já se submeteram a tratamentos psiquiátricos anteriores e 14,3% não fizeram nenhum tratamento. Desses usuários que fizeram tratamento: 40,7% iniciaram tratamento de 1 a 5 anos, 24,1% iniciaram tratamento de 6 a 10 anos, 22,2% iniciaram tratamento a mais de 10 anos e 13% iniciaram tratamento a menos de 1 ano. Dos usuários que fizeram tratamento: 59,3% foram submetidos a tratamento ambulatorial e hospitalar, 37% só se trataram em ambulatório e 3,7% dos usuários tiveram tratamento em hospital.

Os dados encontrados demonstram que a maioria dos usuários do CAPS da Raposa teve tratamento anterior, embora não especializado. Esse resultado confirma a necessidade da implantação do serviço para fortalecimento da rede comunitária e especializada para essa população economicamente menos favorecida e geograficamente distante dos centros urbanos (Brasil. Ministério da Saúde, 2004).

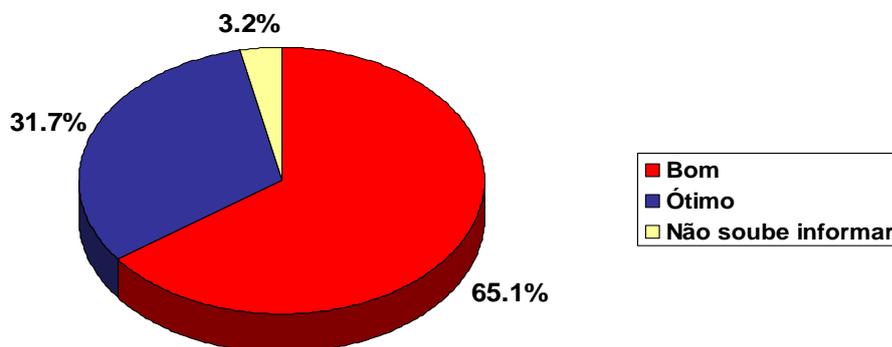
Tabela 4 – Usuários do CAPS, segundo tratamentos anteriores, início do tratamento e o tipo de tratamento. Raposa, MA, 2006.

VARIÁVEIS	f	%
Tratamentos anteriores		
Sim	54	85,7
Não	9	14,3
Total	63	100,0
Início do tratamento		
< 1 ano	7	13,0
1 a 5 anos	22	40,7
6 a 10 anos	13	24,1
Acima de 10 anos	12	22,2
Tipo de tratamento		
Ambulatorial	20	37,0
Hospitalar	2	3,7
Ambulatorial e hospitalar	32	59,3
TOTAL	54	100,0

7.12 Opinião dos Entrevistados sobre o CAPS

O Gráfico mostra que; 65,1% dos usuários classificam como bom os serviços do CAPS, 31,7% classificam como ótimo e 3,2% não souberam informar. Isso demonstra que apesar de pouco tempo desse serviço implantado, há uma boa aceitação e adesão por parte da comunidade, justificando assim a preocupação do Ministério da Saúde em regulamentar a Portaria 336 GM, de 19/02/2002, que reconhece e amplia o funcionamento dos CAPS e tem a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Gráfico 8 – Opinião dos 63 usuários sobre o CAPS. Raposa, MA, 2006.



7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram que praticamente não houve diferença entre sexo feminino e masculino na prevalência da doença mental; a idade predominante dos pacientes do CAPS da Raposa está entre 36 a 55 anos; os usuários são em maioria de cor parda, católicos, com renda inferior a um salário mínimo.

A renda é predominantemente proveniente de trabalho autônomo e/ou ajuda de familiares, com quem vivem e podem contar; a maioria mora em casa própria e de tijolo com 5 ou mais residentes; quanto à escolaridade a grande maioria não conseguiu completar o ensino fundamental (44,5%) e destaca-se ainda o alto número de analfabetos (44,4%).

As doenças mais frequentes são perturbações neuróticas relacionadas com estresse (25,4%), perturbações do humor (23,8%), esquizofrenias (23,8%) e perturbações mentais decorrentes de substâncias psicoativas (22,2%); com sintomas de ansiedade, alucinações, delírio, agitação, confusão mental, insônia, medos e agressividade.

A maior parte desses usuários já se submeteu a tratamento psiquiátrico anterior por períodos de 1 a 5 anos e receberam tratamento ambulatorial e hospitalar.

Os dados observados demonstram que a população atendida pelo CAPS é uma população de baixa renda e com as carências comuns a esta classe social. Esta realidade é condizente com a maioria dos moradores do município da Raposa. Espera-se que os dados deste trabalho possam servir de subsídios para a elaboração de um projeto terapêutico e de planejamento estratégico das ações de saúde mental.

Alerta-se para a necessidade de que o CAPS consiga se estruturar no município de forma a consolidar uma rede articulada com os outros serviços, especialmente com a atenção básica em geral e com o PSF na regulação dos serviços de saúde com fins de promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários e famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CUTRIM, Arlete Penha. A experiência de hospital – dia em São Luis do Maranhão In Macedo, P.R. A e Loyola, C. (org.) **Saúde mental e qualidade de vida: I Simpósio internacional de saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro. Cuca/Ipub, 2002. p.97-103.

DELGADO, P. G. O SUS e a lei nº 10/216: Reforma psiquiátrica e inclusão social. In Macedo, P.R. A e Loyola, C. (org.) **Saúde mental e qualidade de vida: I Simpósio internacional de saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro. Cuca/Ipub, 2002. 31p.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166p.

KAPLAN, H. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. São Paulo: Artes Médicas Sul LTDA, 1997.

MACEDO, P.R.A. Programa de saúde mental do Maranhão In _____ **Saúde mental e qualidade de vida: I Simpósio internacional de saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro. Cuca/Ipub, 2002.

MONTANARI, Atílio José. Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial em Cataguases – MG. **Mental**, June 2005, v.3, n.4, p. 83-114. ISSN 1679-4427

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

PELISOLI, Cátula da Luz; MOREIRA, Ângela Kunzler. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.27 n.3, Porto Alegre set./dez. 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos et al. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000, 328p.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2 p.61-67, 2003.Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 11. out. 2005.

VENANCIO, Ana Tereza. Saúde mental: constituição de um campo e seus desafios. In Macedo, P.R.A e Loyola, C. (org.) **Saúde mental e qualidade de vida: I Simpósio internacional de saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro. Cuca/Ipub, 2002. p.46-51.

APÊNDICE

Apêndice - Questionário para coleta de dados
Questionário

Identificação do Paciente:

1. Sexo:
 feminino
 masculino

2. Qual sua idade? _____

3. Qual sua religião?

4. Cor da pele:
 branca
 preta
 parda
 amarela
 outros:

5. Com quem reside?
 sozinho
 filhos
 família
 companheiro (a)
 outros : _____

6. Possui renda?
 sim
 não

6. Qual a fonte de renda?
 própria, decorrente de seu trabalho
 ajuda de familiares
 aposentadoria / benefício/ pensão
 outros: _____

7. Qual o valor?

8. Renda mensal do domicílio onde mora:
 menos de 1 salário mínimo
 d 1 a 2 salários mínimos
 de 3 a 5 salários mínimos
 acima de 5 salários mínimos

9. Sabe ler e escrever?
 lê e escreve
 só assina o nome
 ignorado

10. Estudou até que série?

11. Com quem você pode contar para ajuda:

- família
- vizinhos
- amigos
- ninguém

12. Casa própria:

- sim
- não

13. Tipo de casa:

- palha
- taipa
- tijolo
- madeira

14. Quantas pessoas moram na casa?

15. Qual sua ocupação ou profissão?

16. Você tem alguma doença? Qual?

17. Já foi submetido a algum tratamento?

18. O que você sente (sintomas)?

19. Quando iniciou o tratamento anterior?

20. O que você acha do CAPS?

ANEXOS

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A
SEC. DE SAÚDE DA RAPOSA/MA**

**LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenação do Comitê de Ética do HUUFMA
Dr. Wildelberto Batista Gurgel
Rua Barão do Itapary, 227 – 4º andar- Centro. CEP: 65020070
Fone: 32191223

Orientadora: Sueli Tonial
End: Av. Castelo Branco, nº 605 – Cobertura, CEP: 65076-090, São Luis-MA.
Fone: (98) 3227-7460 / 3227-6709 / 3227-7453 ou 3235-5628
E-mail: laboro@elo.com.br
Pesquisadoras: Arlete Penha Cutrim E-mail: arlete_cutrim@ig.com.br
Simone Cunha e Souza E-mail: simonesouza3@hotmail.com

PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS DA RAPOSA/MA

Eu,.....
..., autorizo a realização da pesquisa que irá analisar o perfil dos usuários do CAPS da Raposa/ MA, onde será coletado informações em questionário específico (anexo). Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Esta pesquisa servirá de base para a construção da Rede Assistencial em Saúde Mental do município da Raposa, além de futuras pesquisas.

Raposa, de de 2006.

Ass, da Secretaria de Saúde da Raposa

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
USUÁRIOS E/OU RESPONSÁVEIS**

**LABORO: Excelência em Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenação do Comitê de Ética do HUUFMA
Dr. Wildelberto Batista Gurgel
Rua Barão do Itapary, 227 – 4º andar- Centro. CEP: 65020070
Fone: 32191223

Orientadora: Sueli Tonial
End: Av. Castelo Branco, nº 605 – Cobertura, CEP: 65076-090, São Luis-MA.
Fone: (98) 3227-7460 / 3227-6709 / 3227-7453 ou 3235-5628
E-mail: laboro@elo.com.br

Pesquisadoras: Arlete Penha Cutrim
Simone Cunha e Souza

PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS DA RAPOSA/MA

Eu,.....
declaro que entendi as explicações dadas pelas pesquisadoras e concordo participar da
pesquisa que estudará o perfil dos pacientes do CAPS da Raposa/MA (ou autorizo que
..... participe
da pesquisa). Explicaram que não terei riscos e que minhas dúvidas serão respondidas.

Explicaram também que se eu não quiser participar da pesquisa não irão me obrigar, e se
eu participar ninguém irá saber meu nome. Também explicaram que eu não preciso pagar
para participar.

Raposa, de de 2006.

Assinatura e carimbo do pesquisador

Ass. do participante ou responsável

CAPS – Rua da Paz, 294. Centro. Raposa.