

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ALINE ALVES COSTA
KAMILA MOURA ARRUDA
DALCE MARIA CARNEIRO NUNES

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE MIRANDA DO NORTE – MA**

São Luís – MA

2012

**ALINE ALVES COSTA
KAMILA MOURA ARRUDA
DALCE MARIA CARNEIRO NUNES**

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL DE MIRANDA DO NORTE – MA**

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

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois.

São Luís – MA

2012

“Feliz é aquele que vê a felicidade dos outros sem ter inveja. O sol para todos e a sombra pra quem merece.”

(Bíblia Sagrada)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo o que nos concedeu até aqui, em especial por esta oportunidade de aprender e conviver com pessoas maravilhosas durante o período da Pós-Graduação.

À professora mestre Janete Valois, de quem o olhar, a escuta, a paciência e a disponibilidade permitiu o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao professor doutor Marcelo, por compartilhar ideias que auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa e ampliaram nossa prática de trabalho.

Às nossas mães, por terem dedicado suas vidas a construir nossas maravilhosas famílias e por suas orações, luz nos momentos em que as palavras pareciam desaparecer na escuridão.

Aos nossos irmãos, por constantes incentivos, nos dando fôlego para executar tal tarefa.

Aos profissionais do CAPS I de Miranda do Norte, em especial ao nosso parceiro, amigo e Psicólogo Bruno Ricardo, a quem temos muita admiração, pela dedicação com que executa seu trabalho, pelo apoio e pela prontidão em ajudar nas diversas etapas da pesquisa.

Aos colegas da especialização, pelos bons momentos que passamos juntos e pela contribuição na elaboração da pesquisa.

Aos usuários do CAPS I, pelo convívio, que se transforma em aprendizado a cada dia, e pela contribuição na realização desta pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na execução deste trabalho.

RESUMO

Tratou-se de um estudo descritivo e com abordagem quantitativa, tendo como objetivo geral estudar as características biopsicossociais dos usuários do CAPS do município de Miranda do Norte. Os participantes da pesquisa foram todos os usuários orientados, que compareceram para as atividades terapêuticas ou consultas no período de janeiro a março de 2012, totalizando 137 usuários. A coleta de dados foi realizada através de um questionário contendo perguntas semiabertas e fechadas. Os resultados apontam que 56% das frequências no CAPS I são mulheres, 45% com faixa etária entre 21 a 35 anos, 61% dos usuários possuem o ensino fundamental incompleto, 65% com renda média de 1 a 2 salários mínimos, 55% advém da aposentadoria ou pensão, 59% moram com os pais e irmãos, 52%, relataram que seu lazer preferido é as festas de reggae e forró, 41% sendo a maioria diagnosticados com Esquizofrenia, 47% utiliza com frequência as unidades básicas de saúde, 38% utilizam outros serviços como CRAS/CREAS. Espera-se que esse estudo contribua para uma reflexão produtiva sobre os aspectos biopsicossociais dos usuários, e como este pode contribuir na reconstrução dos laços sociais e afetivos dos mesmos.

Palavras chave: Usuários, Biopsicossocial, CAPS

ABSTRACT

This was a descriptive study and a quantitative approach, having as main objective to study the biopsychosocial characteristics of users of CAPS in the municipality of Miranda North. Survey participants were all oriented users who came to the therapeutic activities or views in the period from January to March 2012, totaling 137 users. Data collection was conducted through a questionnaire with semi-open and closed questions. The results show that 56% of the frequencies in CAPS I are women, 45% aged between 21-35 years, 61% of users have incomplete primary education, 65% middle-income wages 1-2, 55% comes from retirement pension, 59% live with their parents and siblings, 52% reported that their favorite recreation is the festival of reggae and furor, 41% with the majority diagnosed with schizophrenia, 47% frequently use the basic health units, 38 % use other services such as CRAS / CREAS. It is hoped that this study contributes to a productive discussion about the biopsychosocial aspects of users, and how this can contribute to the reconstruction of social and emotional ties of the same.

Keywords: Users, Biopsychosocial, CAPS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com o sexo. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	22
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a idade. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	23
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a escolaridade. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	24
Gráfico 4 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a renda familiar. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	25
Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo a origem familiar. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	26
Gráfico 6 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quem residem. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	27
Gráfico 7 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo quantos residem com você. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	28
Gráfico 8 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quem é a pessoa que mais gosta. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	29
Gráfico 9 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quem é a pessoa que você tem mais problema. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	30
Gráfico 10 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com seu lazer preferido. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	31

Gráfico 11 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com diagnóstico médico atual. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	32
Gráfico 12 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo idade de início da crise. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	33
Gráfico 13 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com internações psiquiátricas anteriores. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	34
Gráfico 14 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com o tempo médio da última internação. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	35
Gráfico 15 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com tem parentes com algum transtorno mental/ qual grau de parentesco. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	36
Gráfico 16 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com qual serviço da rede de saúde que mais utiliza. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA.2012.....	37
Gráfico 17 – Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com o outros serviços que utiliza. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda no Norte- MA. 2012.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSM – IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4o
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora Domicílio

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	167
2.1. Objetivo Geral	167
2.2. Objetivos Específicos	17
3. METODOLOGIA	178
3.1. Tipo de estudo	178
3.2. Local do estudo	18
3.3. Amostra	189
3.4. Instrumento de coleta de dados	199
3.5. Análise do resultado	20
3.6. Aspectos éticos	20
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	21
5. CONCLUSÃO	368
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICES	41
APÊNDICE A – Questionário de coleta de dados	412
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Sec. de Saúde do Município de Miranda do Norte/Ma	45
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários e ou responsáveis do CAPS do Município de Miranda do Norte/Ma	47

1. INTRODUÇÃO

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 ramo da medicina e as pessoas com transtornos mentais eram considerados pacientes. Por 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 África, as Américas e a Ásia (OMS, 2001).

O Movimento da Luta Antimanicomial surge com importante ênfase no âmbito cultural, convidando a sociedade a discutir e reconstruir sua relação com a loucura, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. Institui-se o dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, procurando sensibilizar, mobilizar e articular a sociedade na questão desta nova visão em saúde mental, que procura criar dispositivos alternativos de cuidado, abertos e de natureza comunitária (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2001; GUIMARÃES et al., 2001; TENÓRIO, 2002).

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 hospitalocêntrico, que se tornou dominante e difundiu-se para outras regiões do país.

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.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sua origem próxima à década de 80 e se caracteriza por um enfoque principal: a reivindicação dos direitos do portador de transtorno psíquico, bem como de sua cidadania. Sua principal relevância está na crítica à institucionalização, e na ideia de seu aperfeiçoamento ou humanização.

Assim, busca perceber o indivíduo em seu aspecto integral, contemplando sua globalidade e seu contexto biopsicossocial (BRASIL, 2004).

Segundo Pereira (1997), o processo de reforma psiquiátrica como um de seus eixos principais a reestruturação da assistência, superando o modelo asilar e construindo novas possibilidades de assistência inteiramente substitutivas a ele. A Reforma Psiquiátrica pode ser definida como “processo histórico de reformulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamentos e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica vem a se consolidar nas críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde. Enfatiza-se o direito ao exercício da cidadania como importante fator nesse processo e a participação de diferentes atores sociais: além do portador de transtorno psíquico, encontra-se também sua família. O crucial era a construção do processo de cidadania (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

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

Os transtornos mentais e comportamentais causam um grande sofrimento individual e social, atingindo 450 milhões de pessoas no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), aproximadamente 25% das pessoas desenvolvem uma ou mais desordem mental em algum momento da vida. Nesta condição os indivíduos são vítimas de violação dos direitos humanos, isolamento social, baixa qualidade de vida e aumento de mortalidade, além do custo econômico e social.

A carga de incapacitação provocada por transtornos mentais, como depressão, dependência ao álcool e esquizofrenia foi subestimada ao longo dos anos devido ao fato de que as abordagens tradicionais apenas levavam em conta os índices de mortalidade, e não o número de anos vividos com o transtorno e a morte prematura. Das 10 principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações,

alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (Murray, Lopez, 1996).

Segundo Pitta (1996) e a OMS (2001), a reabilitação psicossocial é um dos ingredientes da proposta de atenção à saúde mental baseada na comunidade, que oferece uma variedade de serviços em nível local e reflete a mudança do paradigma da atenção que antes era somente hospitalocêntrico, asilar – que gerava ainda mais incapacidades, isolamento e estigma social. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial é um processo (e não uma técnica) que oferece aos sujeitos que apresentam algum tipo de debilidade, incapacidade ou deficiência causada pelo transtorno mental a possibilidade de atingirem melhor autonomia e independência na comunidade. Desta forma, a reabilitação psicossocial também contribui para a diminuição da estigmatização e para a produção de competências sociais e individuais.

Segundo Sampaio (2006) as doenças mentais sempre existiram acompanhando o homem, mas a sua identificação e o seu tratamento vêm se modificando através dos tempos, seguindo os padrões culturais e socioeconômicos das gerações.

Segundo Rosa (2000) o tratamento atribuído aos seus internos tinha como objetivo suprimir a loucura. Para isso, alguns princípios deveriam organizar o espaço e a vida asilar.

A atenção em saúde mental se constitui em uma necessidade crescente, devido à complexidade das necessidades e da população envolvida. Em um diagnóstico realizado pela Organização Mundial de Saúde identifica-se deficiência nas políticas e nos serviços de saúde mental, seja através da insuficiência de pessoal especializado ou de distribuição não uniforme (OMS, 2001).

No Brasil, mesmo frente a uma tradição institucionalizante que contribui para o estigma e isolamento sociais do portador de transtorno mental, a partir da década de 70 o movimento da reforma psiquiátrica, resultado do acúmulo de vários movimentos e correntes teóricas, se institui na defesa de uma atenção em saúde articulada à perspectiva de integralidade e cidadania.

Saraceno (1999) ressalta que um bom serviço deve estar organizado de forma integrada e se ocupar de todos os pacientes que o têm como referência e que dele possam se beneficiar com o tratamento que recebem. Dessa forma, as atividades que o serviço realiza devem priorizar as necessidades e os interesses do

usuário, de modo que não se tornem rotineiras, e sim, que tenham um sentido para o usuário. É importante ressaltar que isso requer a atenção da equipe na busca de novas alternativas, para que não haja o abandono do tratamento pelo usuário.

A responsabilidade pela demanda do território não depende apenas do próprio serviço, mas de toda a rede de serviço, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se, assim, como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. Apesar dos obstáculos existentes, o processo de tomada de responsabilidade pode ser construído no cotidiano dos serviços; essa concepção de trabalho implica, portanto, na mudança de relação entre os serviços, as equipes, os usuários, suas famílias e a comunidade.

Barros (2003) expõe que a construção da assistência no CAPS, bem como da rede de serviços substitutivos, deve possibilitar a construção de projetos de vida, que deve ir “além dos muros” desses serviços, e para isso, faz-se necessária a formação de uma rede social à fim de evitar novas cronificações de usuários atendidos neste serviço. Esses equipamentos devem promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte e atenção à saúde mental na rede básica. Nesse contexto da atenção básica, destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que nasceu da necessidade de romper com o modelo assistencial em saúde hegemônico no Brasil então caracterizado por uma atenção curativa, medicalizante, verticalizada, centrada no médico e de pouca resolutividade no que se refere aos problemas da população usuária dos serviços. A estratégia saúde da família tem sido componente importante na reorganização da atenção básica.

Contudo, verifica-se que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica apresenta-se como imprescindível e inadiável, implicando em transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. Constitui-se, ainda, em uma importante estratégia de reorganização da atenção à saúde. Atualmente está em

processo de implementação à proposta de Apoio Matricial na rede de Serviços Substitutivos e Unidades de Saúde da Família. O Apoio Matricial se constitui em uma proposta de articular a rede de Saúde Mental junto às Unidades Básicas de Saúde, facilitando assim o direcionamento dos fluxos da rede.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (COSTA ET AL., 2004).

Além disso, os CAPS, no recorte feito, atendem aos princípios de integralidade da assistência colocados pelo SUS. Integralidade que pode ser traduzida pela concepção de reabilitação psicossocial subjacente ao modo de tratar destes serviços. Isto é, nos planos terapêuticos de cada caso, devem ser considerados os indicadores e as variáveis que favorecem ou desfavorecem a evolução de uma doença. A esse respeito, Saraceno (1994) considera que existem variáveis tradicionalmente consideradas “fortes” e que são fundamentais para determinar a evolução e informar sobre a estratégia das intervenções terapêuticas: diagnóstico, idade, agudez ou cronicidade do quadro e história da enfermidade.

A Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, vem a regulamentar os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, crucial para a sua implantação. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm o objetivo de oferecer atendimento diuturno às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, num dado território, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um regime de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício de sua cidadania e inclusão social, bem como promover o fortalecimento de seu vínculo familiar (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Os CAPS são serviços de atenção diária, inseridos na comunidade, onde são oferecidos desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do usuário. Nesses centros, promove-se o acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. São serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos (KIRSCHBAUM E ROSA, 2003).

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi o Professor Luiz da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva, inaugurado em São Paulo em março de 1986 fazendo assim parte do intenso movimento social de trabalhadores de Saúde Mental que buscava melhorias da Assistência no Brasil e denunciava a situação precária dos Hospitais Psiquiátricos. Hoje somam-se 516 Centros funcionando ativamente com o compromisso de retirar a loucura do enclausuramento e isolamento em que vive há tantos anos.

O CAPS de Miranda do Norte possui 10(dez) meses de existência. Neste período, iniciou-se junto à comunidade um trabalho de conscientização, visando combater o isolamento e o preconceito. A comunidade está começando a perceber que a loucura não está só no outro e que na medida em que a negamos e a afastamos, excluimos do convívio social aquelas pessoas que delas sofrem, deixando assim de perceber suas particularidades, belezas e de tratá-las como cidadãos.

O presente estudo tem como objetivo conhecer as características biopsicossociais dos usuários do CAPS de Miranda do Norte, pois, devido a sua recente instalação, há a necessidade de inserir o CAPS no território, tecer a rede de atenção básica em saúde mental do município, levantar as principais demandas em relação à saúde mental dos usuários, permitindo assim que a equipe multidisciplinar consiga a partir destes dados, desenvolver projetos terapêuticos, estruturar intervenções juntos aos usuários, comunidade e parceiros da rede de atenção básica.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Estudar as características biopsicossociais dos usuários do CAPS de Miranda do Norte.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar as características sócio-demográficas, dos participantes da pesquisa;
- Averiguar o perfil clínico e familiar dos usuários entrevistados da pesquisa;
- Identificar a procura de serviços em saúde mental nos territórios em que estão inseridos os participantes da pesquisa.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo e com uma abordagem quantitativa. Segundo Rampazzo (2005) a pesquisa descritiva busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas.

3.2 Local do estudo

Miranda do Norte é um município do estado do Maranhão, pertencente à mesorregião do norte maranhense, limitando-se com os municípios de Itapecuru-Mirim, Matões do Norte, Anajatuba e Arari. Seu território compreende 358 Km² e sua população o total de 18.494 habitantes (IBGE, 2009), apresenta baixo índice de desenvolvimento humano (IDH: 0,625), sendo as principais atividades econômicas do município a agricultura, a pecuária e comércio.

A rede de assistência em saúde do município compreende 8 unidades básicas de saúde, 1 hospital geral com capacidade de 61 leitos, 1 laboratório de

análises clínicas e 1 núcleo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e uma unidade de Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, um Núcleo de atenção a Saúde da Família (NASF).

A constatação da necessidade de se implantar o CAPS no município de Miranda do Norte vem sendo avaliada desde 2007, devido a crescente demanda relatada pelas equipes de saúde da família, prevalecendo às queixas relacionadas a psicoses, neuroses, abuso de álcool, maconha, crack e outras drogas. Durante este período, os pacientes eram atendidos no CAPS da cidade de Arari ou encaminhados ao Hospital Nina Rodrigues em São Luis.

O CAPS é a única instituição de referência em Saúde Mental no município, desta maneira, o mesmo recebe demanda de saúde mental, assim como de álcool e outras drogas. No que se refere à dinâmica de atendimento, os procedimentos adotados seguem da seguinte rotina: o usuário e familiares chegam ao serviço é acolhido na recepção e encaminhado ao técnico para fazer uma entrevista de triagem, caso o usuário apresente necessidade de tratamento em saúde mental, é agendado um atendimento com a psiquiatra para fazer uma avaliação do usuário e posteriormente o mesmo será inserido em um grupo (não intensivo, sem-intensivo ou intensivo), onde participará das atividades do CAPS, ou ainda a modalidade ambulatorial.

A rede em saúde mental do município começou a ser constituída há 8 meses, com a abertura do serviço de atenção psicossocial, CAPS I.

Atualmente, o CAPS vem realizando parcerias com os órgãos do município para articular a rede de atenção em saúde mental, através de atividades conjuntas com o CRAS, CREAS, APAE, NASF e equipes de agentes comunitários de saúde.

3.3 Amostra

Foram entrevistados todos os pacientes que compareceram espontaneamente ao serviço para as atividades terapêuticas ou consultas no período de janeiro a março de 2012.

3.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a março do ano de 2012, através de um questionário (Apêndice A) com perguntas semiabertas e fechadas, contendo as variáveis pertinentes ao alcance dos objetivos propostos, sendo preenchido pelas autoras da pesquisa.

3.5 Análise do resultado

Os dados obtidos foram organizados e apresentados em planilha do programa Excel sob a forma de gráficos, e analisados de acordo com a literatura referente ao tema.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (APÊNDICE B).

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados coletados a partir da aplicação da entrevista a 137 usuários que compareceram espontaneamente para as atividades terapêuticas e consultas.

A partir da análise de conteúdo dos pacientes entrevistados, foi possível identificar que 56% das frequências no CAPS I são mulheres, sendo a maioria. Em algumas pesquisas relacionadas ao sexo vem apresentando a predominância de homens acometidos por transtornos mentais em varias regiões. De acordo com a Organização mundial de saúde enfatiza que os transtornos mentais têm claros determinantes sexuais que precisam ser mais bem compreendidos e pesquisados no contexto da avaliação da carga geral de doenças (SAMPAIO, 2006). Porém, de acordo com os dados da pesquisa de (VASCONCELOS, 2003), as mulheres tornar-se-iam propensas ao transtorno mental quando exposta a três situações de vulnerabilidade; cultural, matrimonial e familiar. Mais especificamente, quando submetidas a processos migratórios, de ruptura de vínculo conjugal, em que frequentemente necessitam assumir a chefia do grupo doméstico.

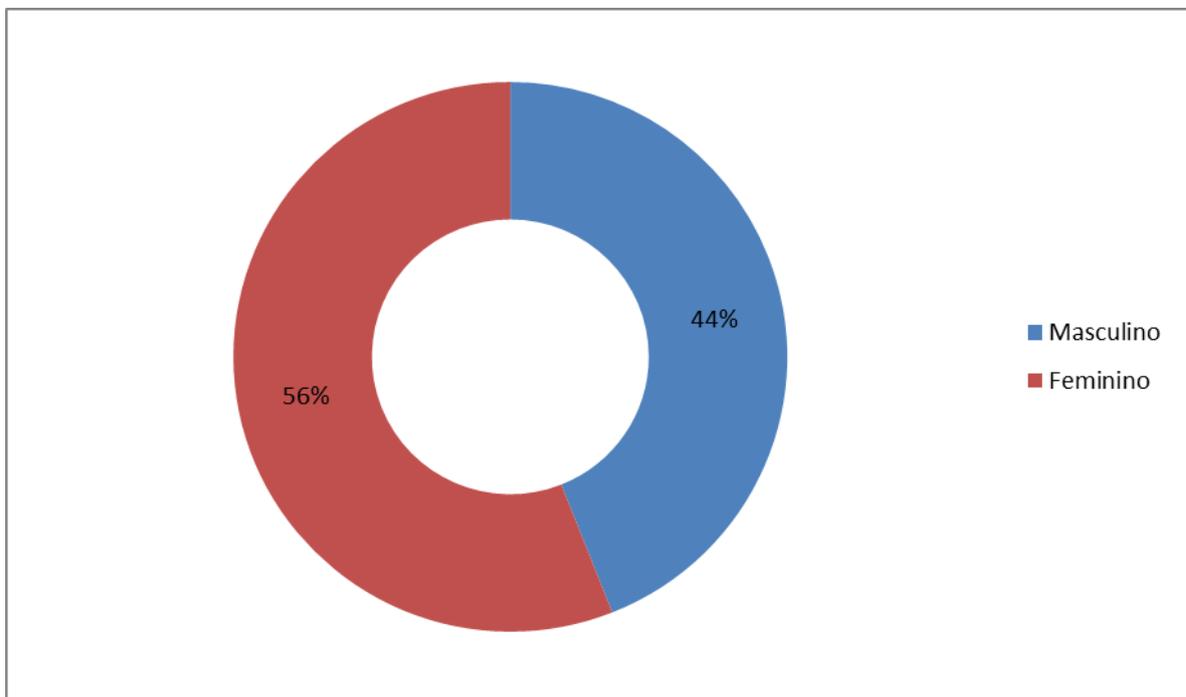


Gráfico 1: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com o sexo. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Em relação à idade dos usuários entrevistados, variam de 17 a 60 anos, os dados revelam a predominância de 48% de 17 a 30 anos. A clientela menor de 18 anos assistida nesta instituição justifica-se em virtude da inexistência de um CAPSi nesta região.

A faixa etária de 21 a 30 anos, “é caracterizada por uma série de mudanças significativas na vida do ser humano, bem como uma série de ajustamentos pessoais e sociais” (ROSA, 1991, p. 10).

De acordo com os dados da pesquisa do CAPS de Pedreiras Maranhão verificou-se que entre 21 a 35 anos, ou seja, 45% seguidos de usuários entre 36 a 55 anos com 43%, e usuários entre 11 a 20 anos e acima de 55 anos com 6 % cada. Demonstrando parâmetros semelhantes ao CAPS de Miranda no Norte. (CAPS, PEDREIRAS, 2008).

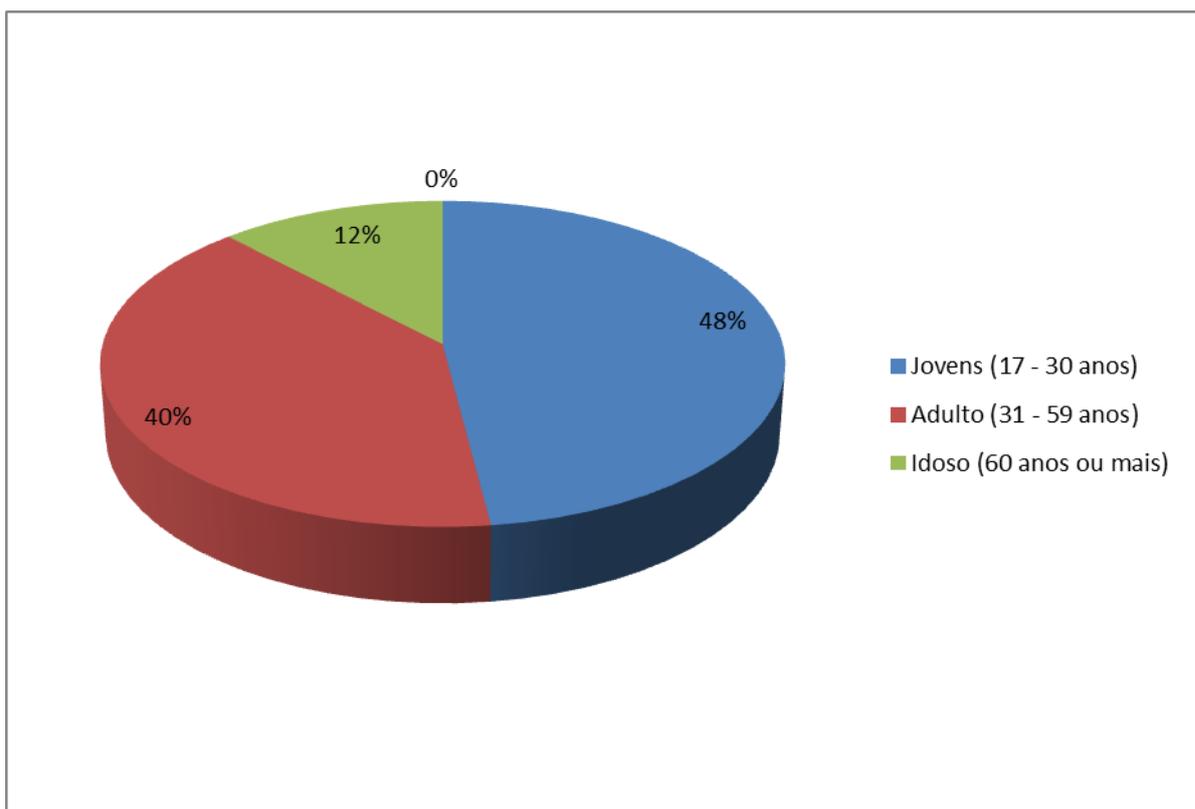


Gráfico 2: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a idade. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Em relação à escolaridade, 61% dos usuários possuem o ensino fundamental incompleto, houve relato espontâneo de alguns entrevistados não terem condições mínimas para dar continuidade aos estudos.

Percebeu-se pelos dados coletados a predominância da baixa escolaridade das pessoas com transtornos mentais, o que reflete a realidade do nosso país onde o nível de analfabetismo ainda é elevado. Além disso, os indivíduos com transtornos mentais sofrem discriminação na sociedade o que muitas vezes os impedem de frequentar uma escola regular (SOUZA, 2007).

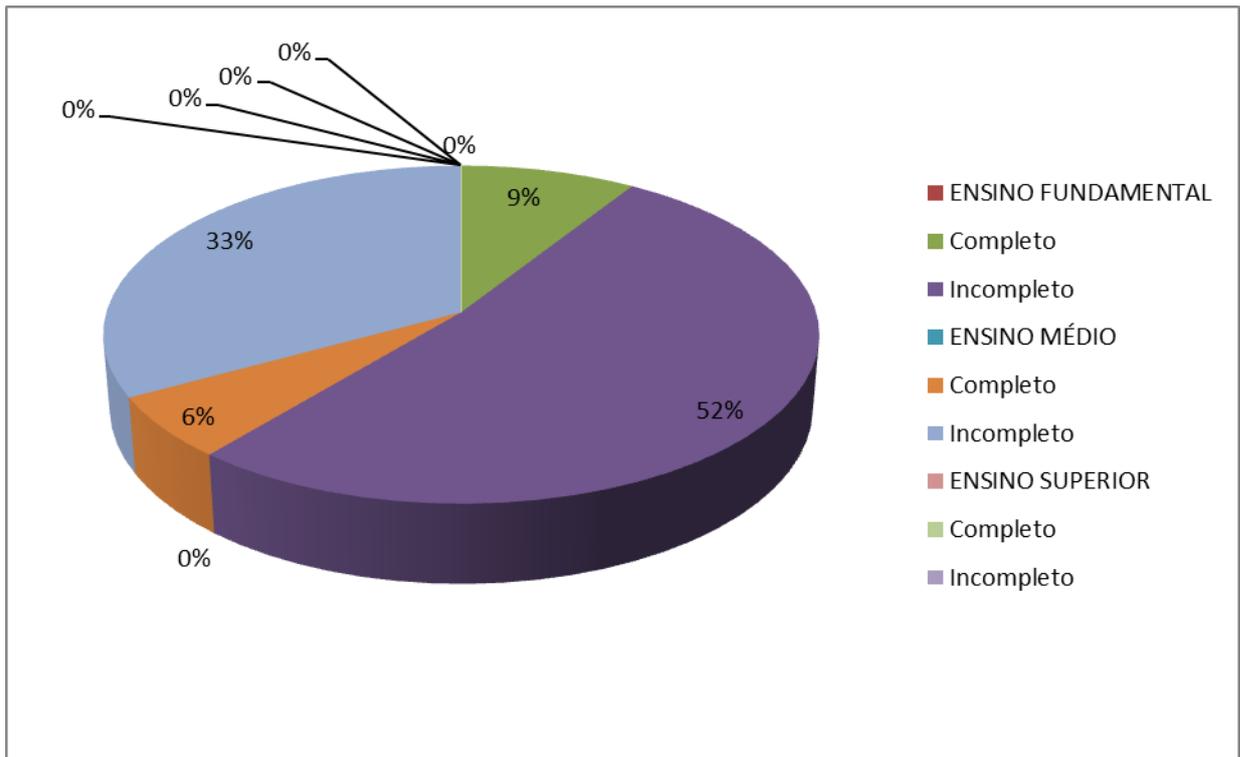


Gráfico 3: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a escolaridade. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Observou-se diante das respostas que somente 3% dos usuários entrevistados conseguem viver com renda familiar acima de 3 a 4 salários mínimos, demonstrando que os usuários dos centros especializados em saúde mental basicamente sobrevivem com baixa renda familiar.

O Relatório Mundial de Saúde (2002) cita, segundo Patel e col. (1999), que a pobreza e as condições a ela associadas – desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de habitação – não só são generalizadas em países pobres como também afetam uma minoria considerável em países ricos. Dados de pesquisas transculturais feitas no Brasil, Chile, Índia e Zimbábue mostram que as

perturbações mentais mais comuns são cerca de duas vezes mais frequentes entre os pobres do que entre os ricos.

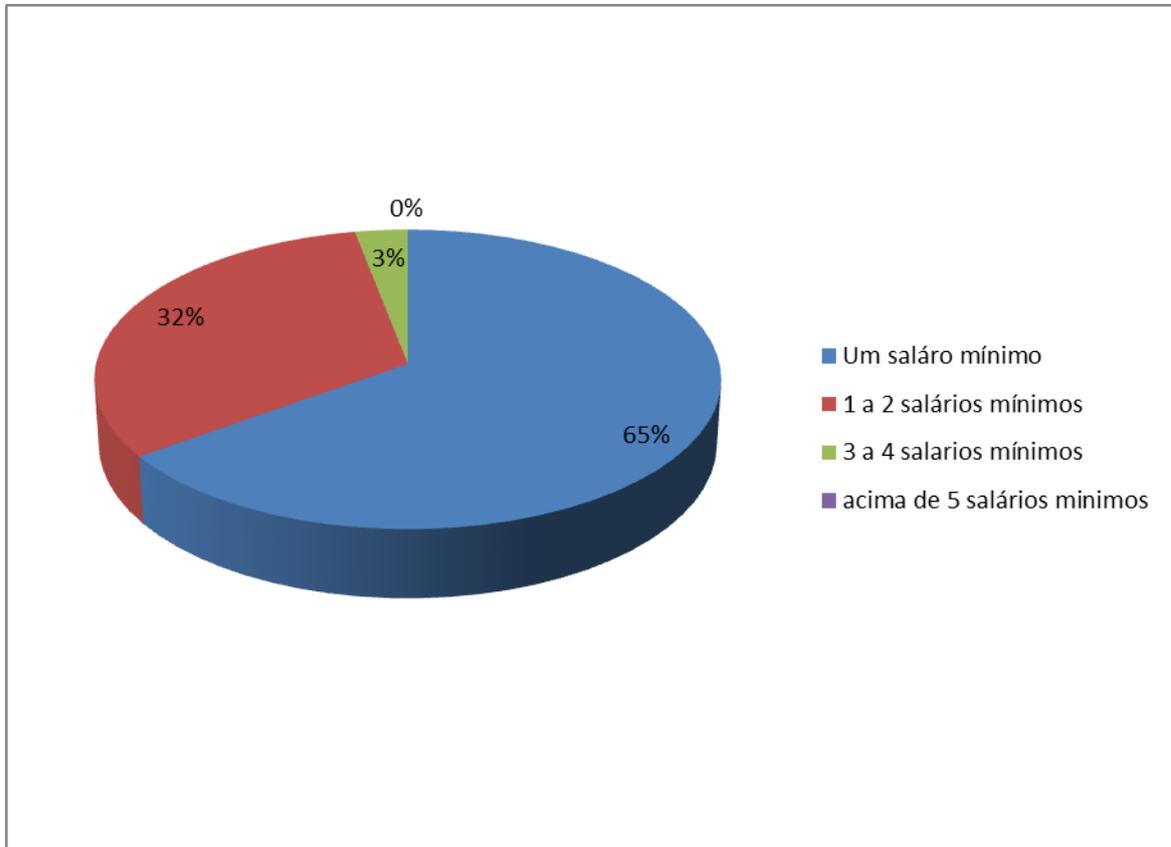


Gráfico 4: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a renda familiar. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Quanto à origem da renda, a pesquisa nos mostra que dos usuários entrevistados, 55% advém da aposentadoria ou pensão.

A família tende a impedir que o paciente trabalhe, sobretudo, em atividades que impliquem carregar peso e tomar sol na cabeça. Em algumas situações, a família recebe o dinheiro do portador de saúde mental e o administra em prol do grupo doméstico, sem qualquer consulta ou interferência do mesmo (ROSA, 2003).

Segundo Relatório Mundial de Saúde (2002), as pessoas com perturbações mentais graves acusam taxas de desemprego mais altas do que as com deficiências físicas (SAMPAIO, 2006).

De acordo com Koga (1998), a sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo ou mesmo ingressar no mercado de trabalho após manifestações da doença. Além disso, há despesas com a compra de

medicamentos e, muitas vezes, comprometimento do trabalho de outro familiar se este necessitar acompanhante.

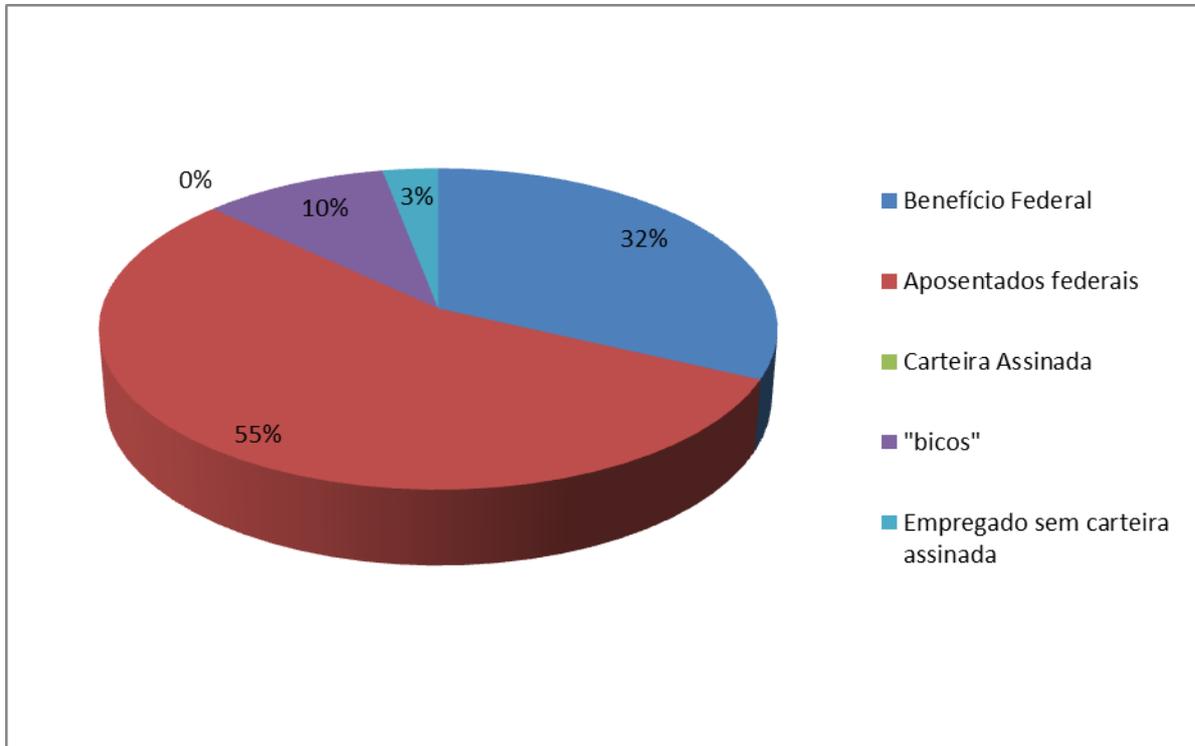


Gráfico 5: : Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com a origem da renda. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

De acordo com os resultados foi observado que a maioria dos usuários relatados na pesquisa moram com os pais, sendo 43%. Autoras como Silva et al. (1998), sustentam que desde à década de 1980, quando houve início das manifestações que impulsionam a Reforma Psiquiátrica, aconteceu uma ampliação significativa da função da família no que tange ao papel do coparticipante do processo de tratar e reabilitar as pessoas mentalmente enfermas. Porém, olham de um lugar do qual percebem a ocorrência de uma mudança radical, “da exclusão inicial da família no setting tradicional” às propostas de inclusão e participação ativas reivindicadas pelos profissionais no modelo da reforma como um processo a ser construído no cotidiano com vistas a melhorar a qualidade de vida de ambos: usuários e familiares.

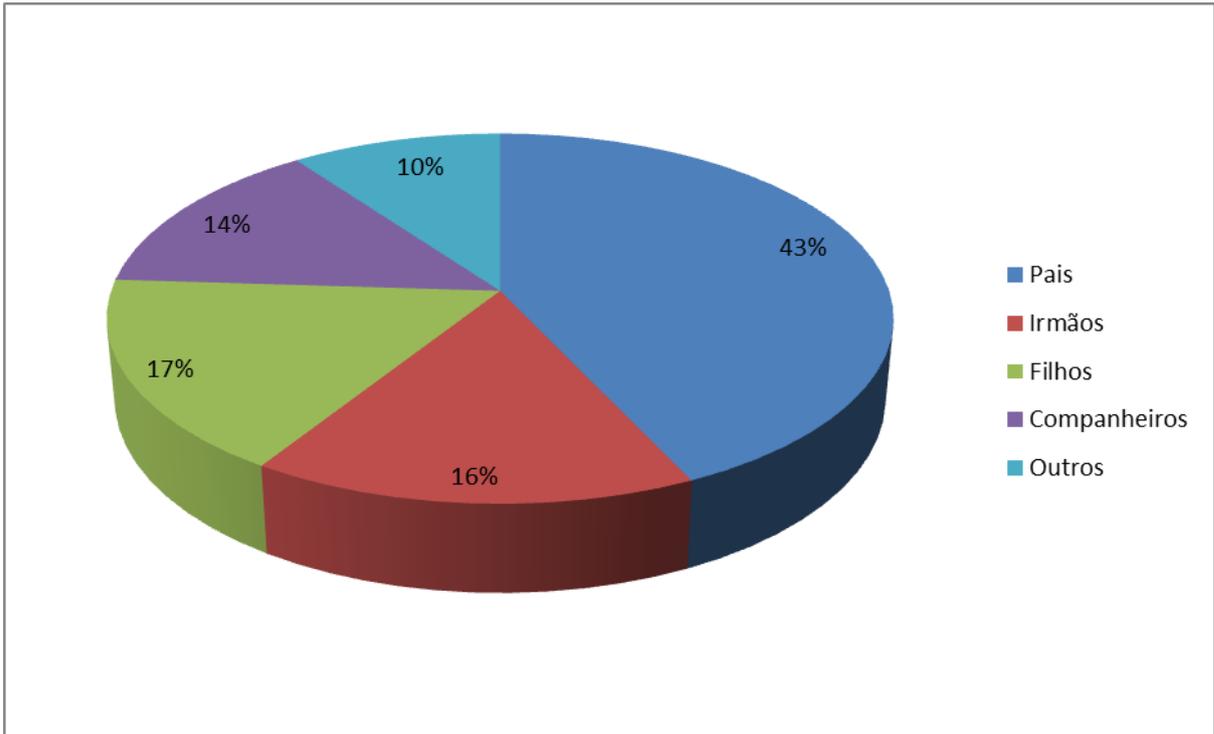


Gráfico 6: : Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quem reside. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Constatou-se, a partir das respostas dos usuários que, 31% residem em média com 6 pessoas. Houve relatos espontaneamente de alguns membros da pesquisa, que entre os que residem são pais, irmãos, cunhados e sobrinhos.

Há consideráveis indícios que demonstram os benefícios da participação da família no tratamento e controle da esquizofrenia, atraso mental, depressão, entre outros. Há indícios também que o resultado para doentes que vivem com as suas famílias é melhor do que o observado naqueles que vivem em instituições (RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Souza (2006) sobre a “Doença Mental sob o olhar de pacientes e familiares” identificou-se que a figura feminina é quem assume o cuidado ao doente, “explanando o pensamento de que a mulher tem em si o instinto materno desenvolvido e que, ainda hoje em nossa cultura, o homem delega para as mulheres esse tipo de atividade”.

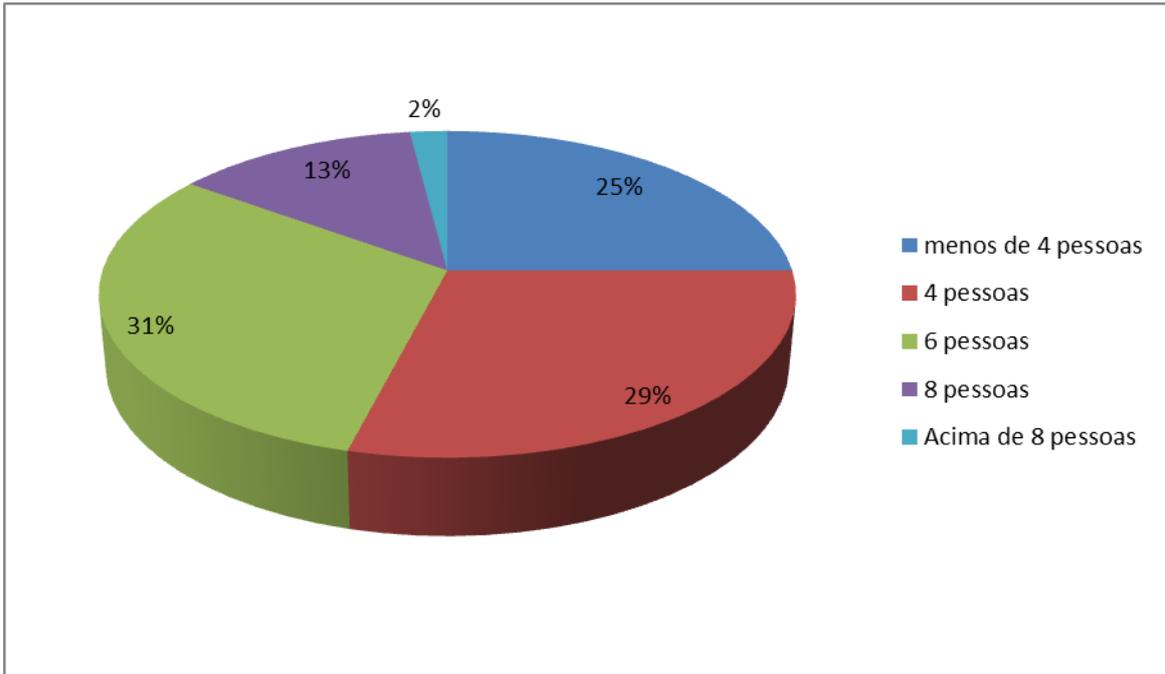


Gráfico 7: : Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quantos residem. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Com relação ao questionamento sobre quem são as pessoas que os usuários mais gostam, 41% relatam espontaneamente gostarem dos pais, pois estão sempre presentes em suas vidas. Houve relatos espontaneamente que mantém um laço afetivo maior com o companheiro (a), pois lhe assistem em todos os momentos de dificuldades.

Baseada na concepção de Neto (1982 apud VASCONCELOS, 2002), “a família é uma unidade de relações, de vivências sócio afetivas que se estrutura em torno a um sistema de códigos e categorias que estabelecem uma rede de reciprocidade, de trocas de direitos e deveres entre seus membros”.

Atualmente, há uma leitura consensual sobre a importância e o significado que a família passa a assumir neste processo de reabilitação psicossocial, no entanto faz-se premente que medidas de subsídios e de amparo sejam organizadas para que os familiares possam concretamente assumir papel ativo neste percurso, sem que se sintam desamparados e desassistidos, o que refletiria negativamente nas possibilidades de melhoria dos pacientes (SILVANA, 2003).

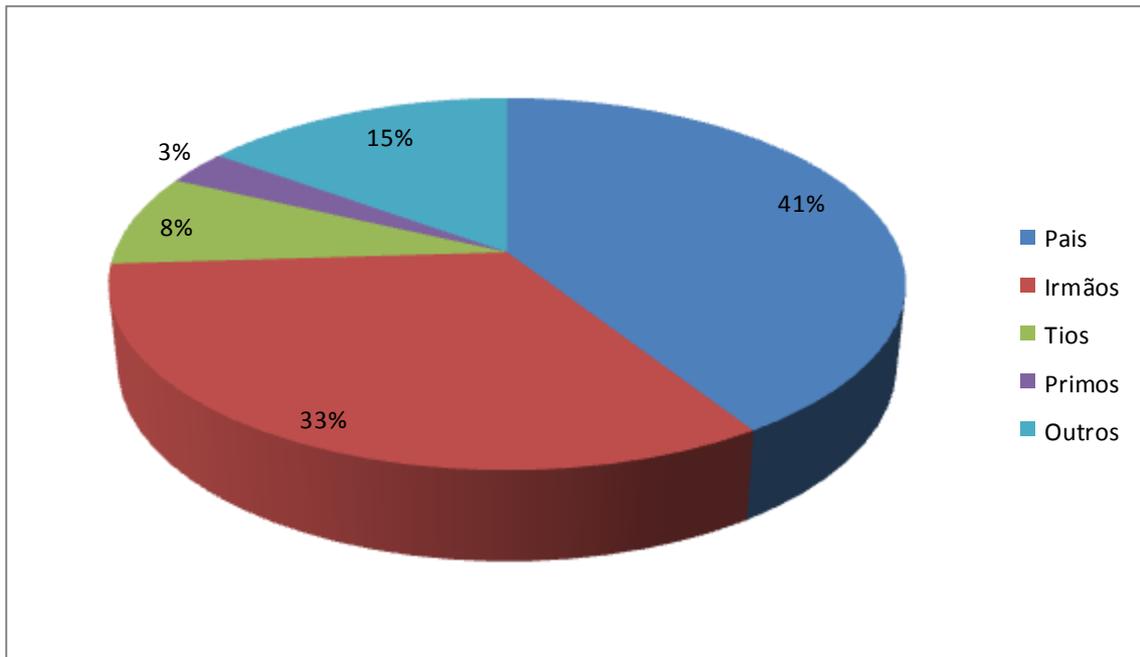


Gráfico 8: : Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quem é a pessoa que mais gosta. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Quando questionados sobre quem é a pessoa que os usuários têm mais problemas, 33% relatam que a convivência mais difícil é com os pais, declarando espontaneamente ser figuras autoritárias e bastante complexas devido querer impor suas vontades. Houve relatos voluntariamente que a convivência matrimonial é bastante complicada principalmente com o companheiro (a) devido não dividir das mesmas opiniões.

A esse respeito, Villares (2009) comenta que nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente os aspectos à convivência com a doença.

Colvero (2002) afirma que é possível identificar que os familiares possuem um saber constituído da relação com o doente mental e com os profissionais que atravessam todas as suas queixas e pedidos de ajuda. Este saber constituído do senso comum consiste em uma operação que dar um sentido às metáforas e imagens que lhe são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo saúde doença mental e convívio família.

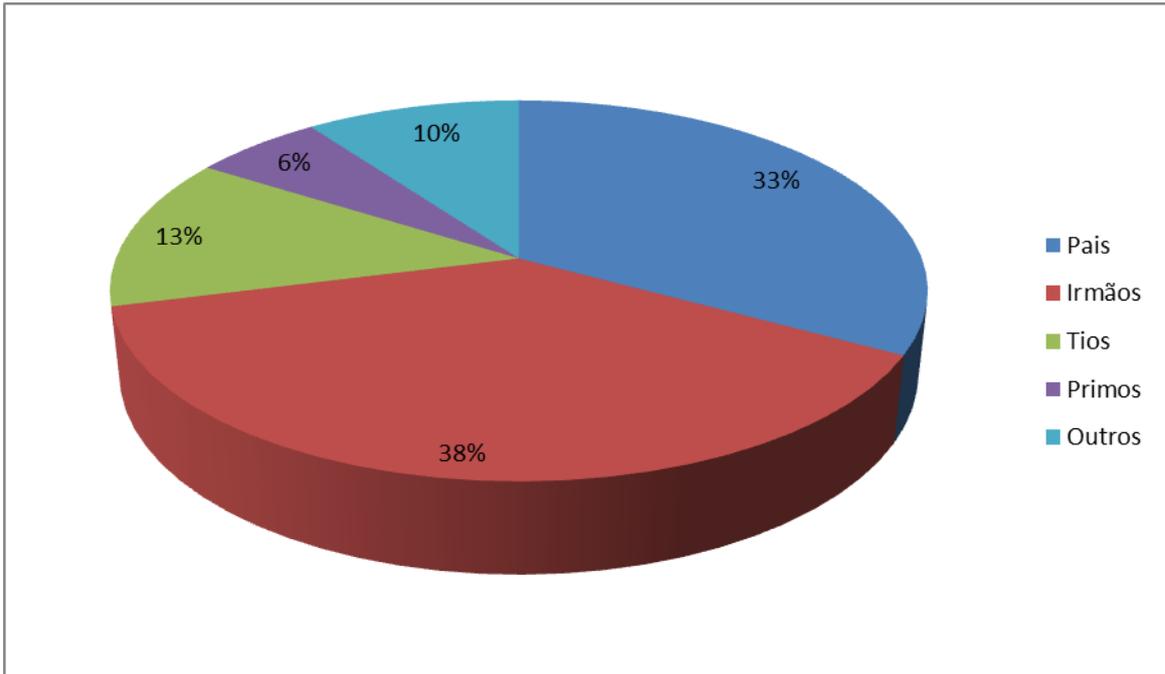


Gráfico 9: : Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quem é a pessoa que mais tem problema. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Os pacientes, em um percentual de 52%, relataram que seu lazer preferido são as festas. Em relato espontâneo, sendo estas, reggae e forró que acontece às vezes no município e para os protestantes, festas realizadas na igreja.

Os recursos informais “igrejas, agremiações religiosas” estabelecem uma relação de complementaridade a partir da insuficiência do serviço público em saúde mental de resolver as necessidades de saúde dos usuários de forma integral, exigindo o suporte de redes sociais secundárias que cumprem, ainda que fortuitamente, um papel que é estabelecido pelo sistema único de saúde (SUS), a rede de atenção em saúde mental (VECCHIA; MARTINS, 2006).

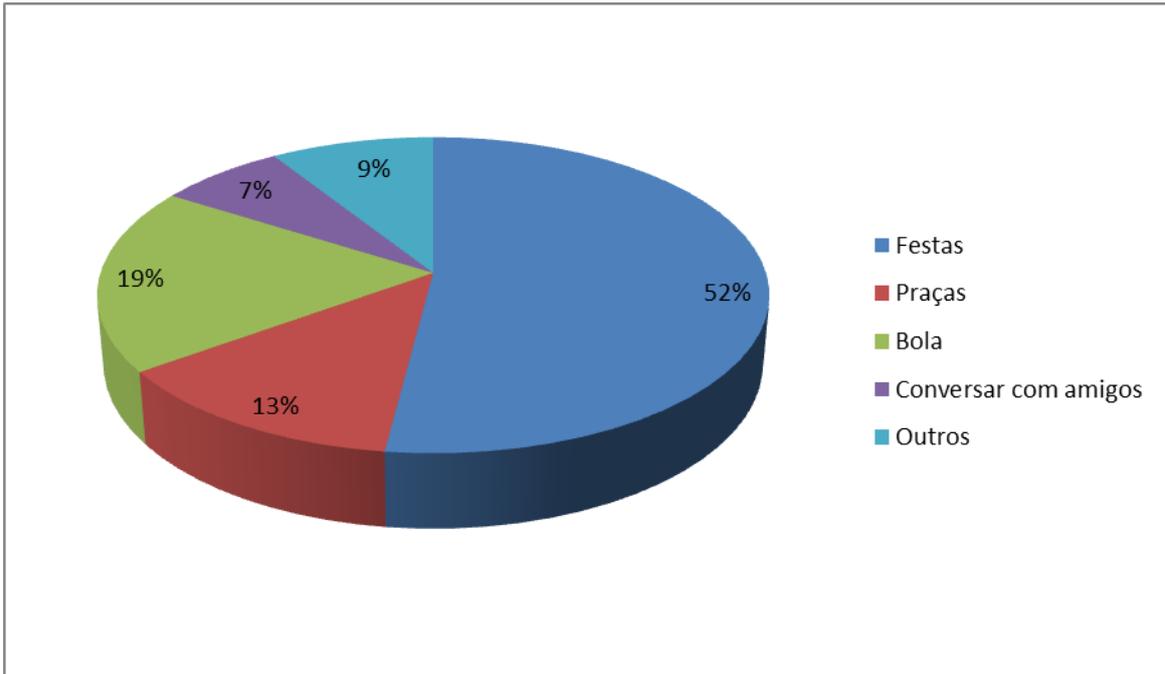


Gráfico 10: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com qual seu lazer preferido. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

De acordo com os dados levantados, 41% dos usuários do CAPS do município de Miranda do Norte são diagnosticados com Esquizofrenia, seguidos por uso abusivo de substâncias psicoativas que correspondem a 15%, sendo que as principais substâncias utilizadas são o álcool, maconha e crack.

Os critérios diagnósticos das perturbações mentais utilizados na nossa pesquisa foram baseados pelo CID 10. Ressaltamos ainda que maior parte dos pacientes que envolvem a amostra já chegou ao CAPS com o diagnóstico estabelecido em atendimentos anteriores, realizados em diversas instituições da capital e cidades próximas. Após o início das atividades do CAPS de Miranda do Norte, foi realizada uma nova avaliação diagnóstica para estabelecer condutas clínicas e possibilidades prognósticas.

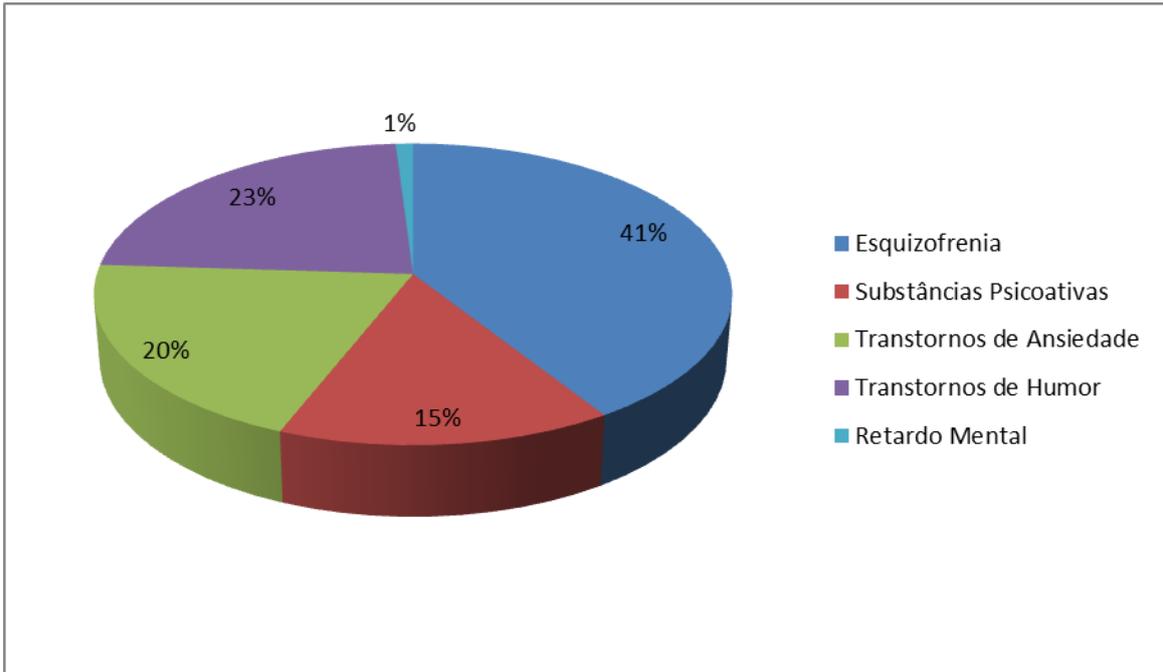


Gráfico 11: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com diagnóstico médico atual. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que acometem ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta (KAPLAN, 1997).

De acordo com o autor acima citado, os pacientes com humor elevado apresentam (mania) mostram expansividade, fuga de ideias, sono diminuído, autoestima elevada e ideias grandiosas. Os pacientes deprimidos têm perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade para concentrar-se, perda do apetite e pensamentos de morte e suicídio. Esses sintomas quase sempre comprometem o funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

Quanto à idade do início da crise, 36% relatam que teve a primeira crise entre os 15 a 18 anos de idade, vários entrevistados relatam espontaneamente que foi devido a conflitos familiares (brigas de pai e mãe, pai alcoolista, separação dos pais, relações interpessoais não resolvidas).

Os achados deste estudo estão de acordo com o DSM- IV (1995), quando diz que o início do transtorno ocorre entre o final da adolescência e meados dos 30 anos de idade, sendo raro o início antes da adolescência, embora haja relatos de casos com inícios com 5 ou 6 anos de idade.

Townsend (2000) relata que enquanto risco de apresentar esquizofrenia em pessoas comuns durante toda a vida é de 1%, os irmãos e filhos de esquizofrênicos tem de 5 a 10% de risco de desenvolver a doenças.

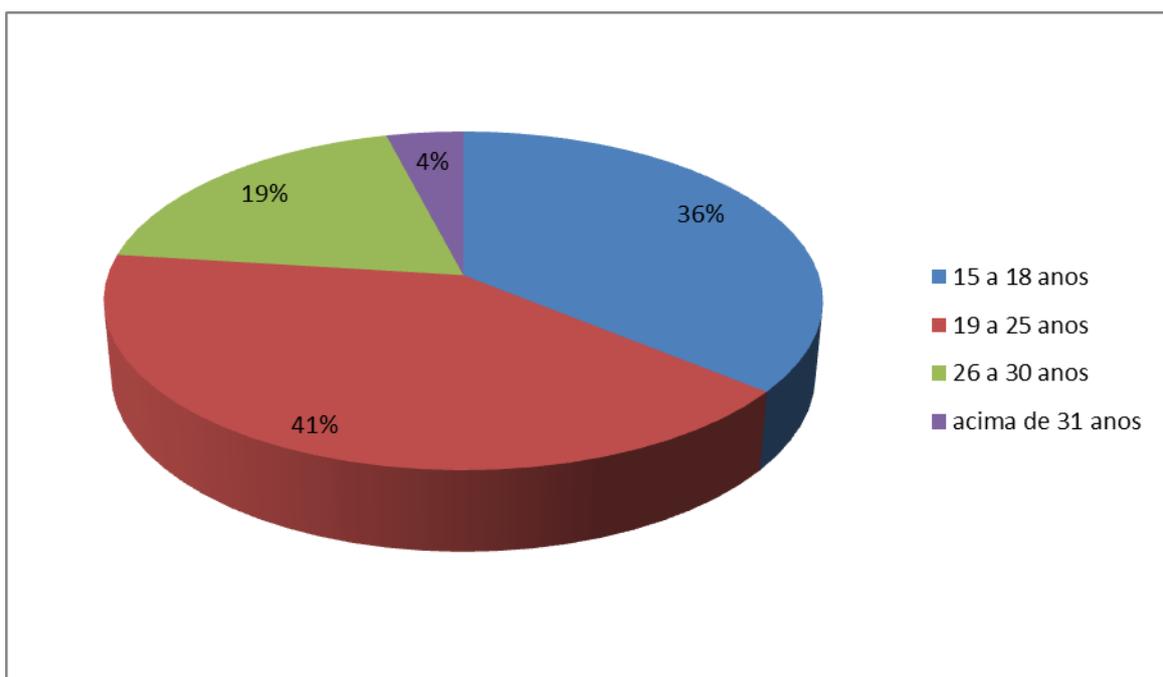


Gráfico 12: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com idade do início da crise. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Foi observado que 39% relatam que já foram internados mais de 5 (cinco) vezes em várias instituições, parte significativa dos pacientes que passaram por internações basicamente em São Luís, revelaram voluntariamente que depois da

implantação do CAPS no município não voltaram a se internar em clínicas psiquiátricas, sendo assim há 1 ano de Serviço.

Conforme a American psychiatric (2000), a hospitalização é geralmente indicada para pacientes que são uma ameaça a terceiros e a si mesmo, ou ainda para aqueles que estão seriamente desorganizados ou sob a influência de delírios e alucinações, a ponto de serem incapazes de cuidar de si mesmo e necessitarem de supervisão constante.

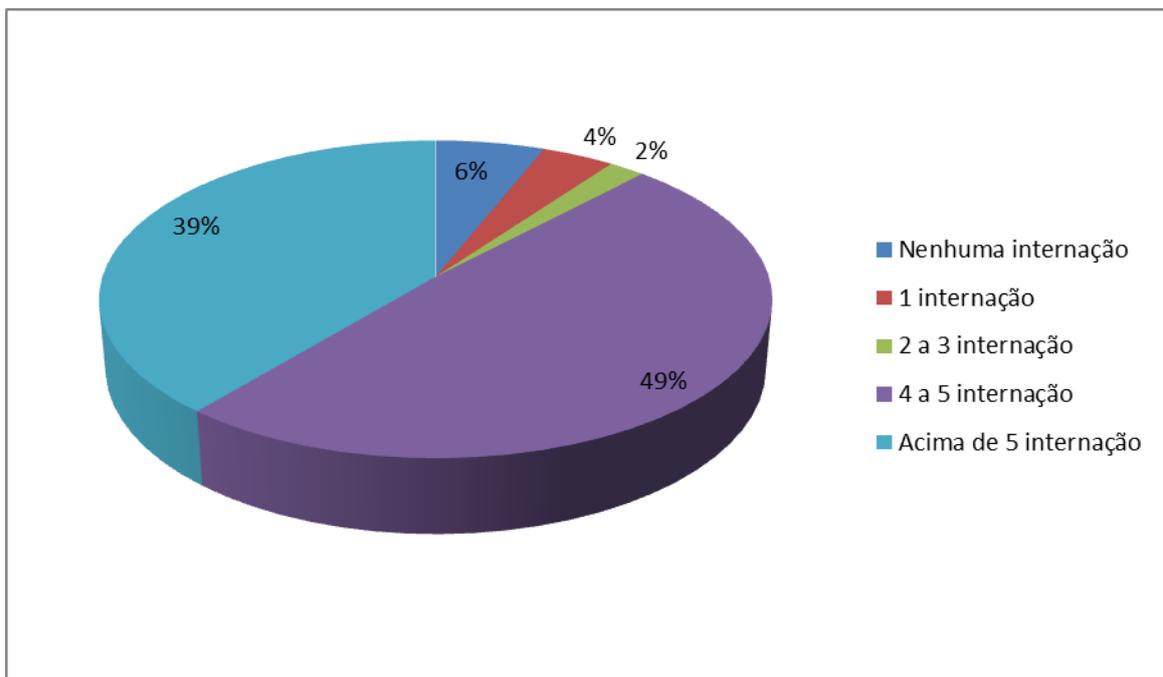


Gráfico 13: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com internações psiquiátricas anteriores. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Em relação ao tempo médio da última internação, percebeu-se que alguns pacientes necessitaram de internação por 90 dias, ou seja, 20%, pois, apresentavam crises constantes e persistentes.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm 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, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (MANUAL DO CAPS, 2004).

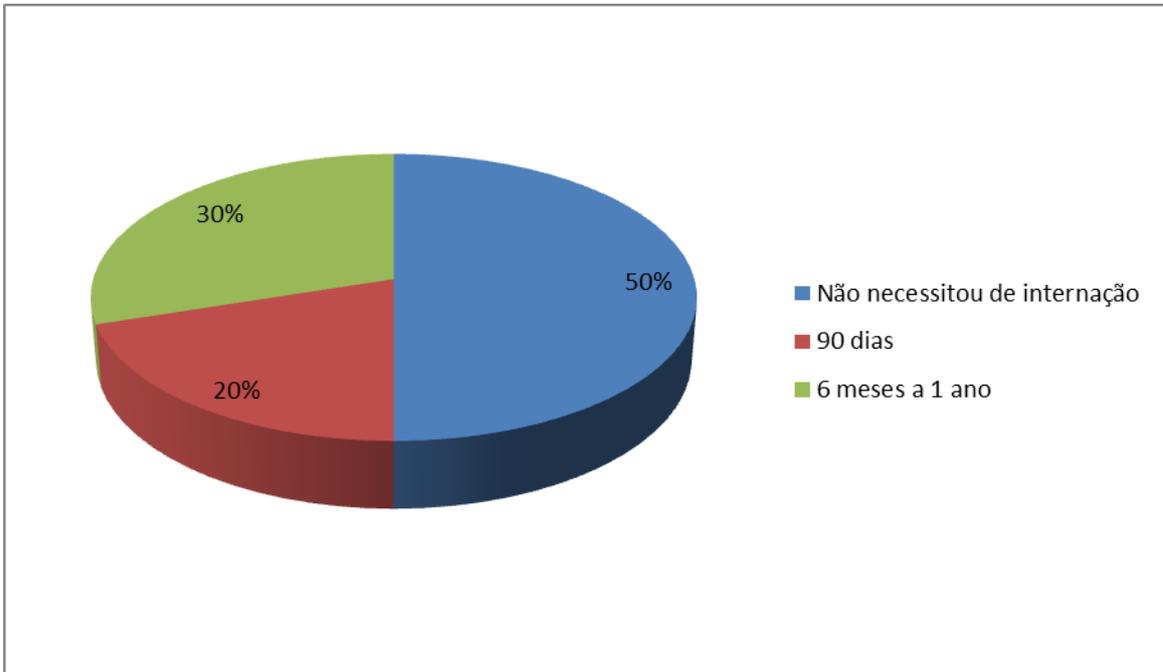


Gráfico 14: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com tempo médio da última internação. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Em relação se tem parentes com algum transtorno mental e qual o grau de parentesco, os resultados demonstram que 37% relatam possuírem de 1 a 2 pessoas na família com algum tipo de transtorno mental, sendo estes irmãos ou pais.

Townsend (2000) a agregação familiar significa que um parente próximo de uma pessoa com transtorno estar em risco aumentado para este transtorno, comparado com uma pessoa combinada, selecionada ao acaso, da população geral. Estudos dos familiares da esquizofrenia tem examinado primariamente parentes em primeiro grau (pais, irmãos de pai e mãe e filhos).

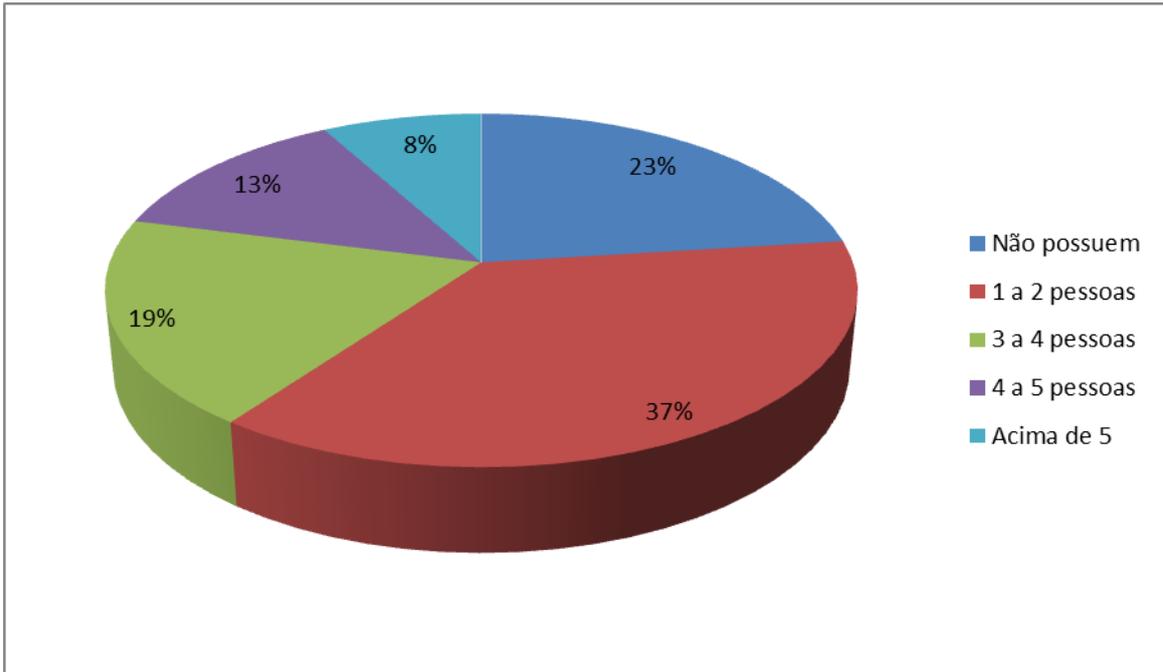


Gráfico 15: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com tem parentes com algum transtorno mental/Qual o grau de parentesco. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Dos entrevistados foi possível observar que, 33% relatam utilizar mais os serviços dos agentes comunitárias de saúde, por ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, no caso os postos de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (2001) reconhece que a atenção básica em saúde desempenha papel crucial na organização da atenção em saúde mental, funcionando como um filtro entre a população geral e a atenção de saúde especializada. Sendo necessário o treinamento do pessoal de atenção básica e atenção de saúde geral na detecção de transtornos mentais e comportamentais.

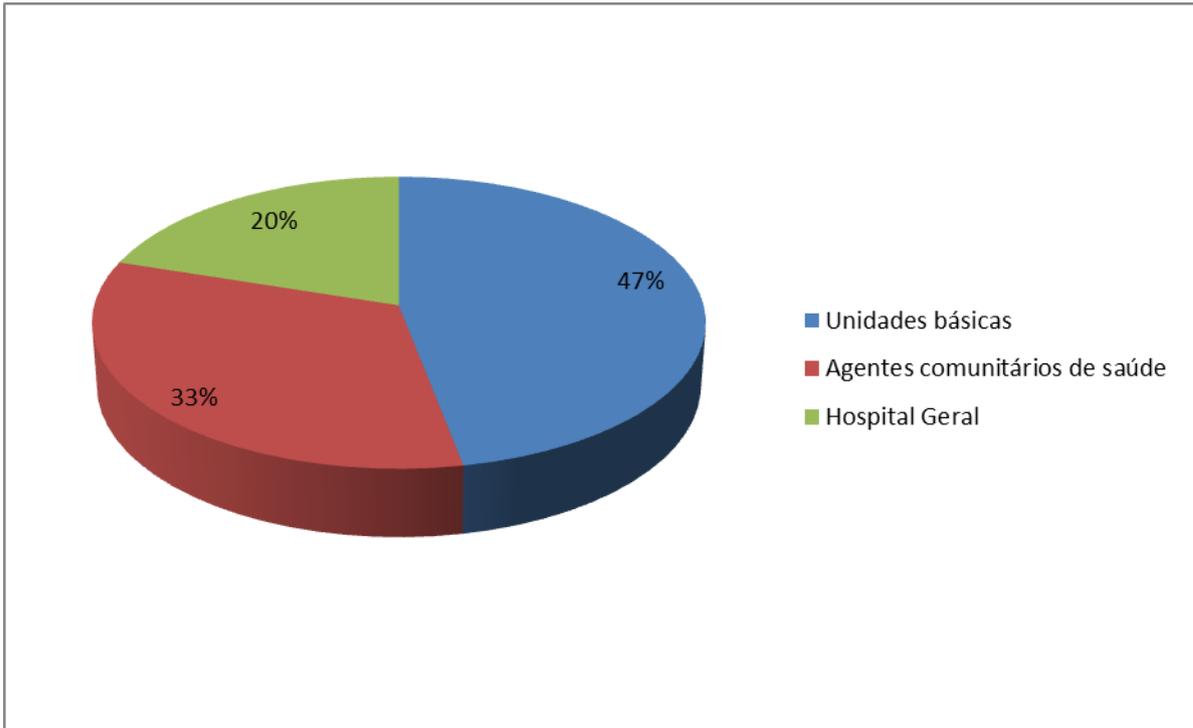


Gráfico 16: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com quais os serviços da rede que utiliza. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

Dentre os diversos serviços oferecidos na rede do município, 38% dos usuários afirmam que são atendidos pelo CRAS/CREAS, principalmente os usuários de álcool e outras drogas, pois utilizam TFD (tratamento fora domicílio).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nesta publicação estaremos apresentando e situando os CAPS como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

As redes possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes setores biopsicossociais. Entre eles, enfocamos o eixo da saúde, em específico a atenção básica, efetuada pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo

Programa de Agentes Comunitários de Saúde e pelo Programa de Saúde da Família deste município. (MANUAL DO CAPS - 2004).

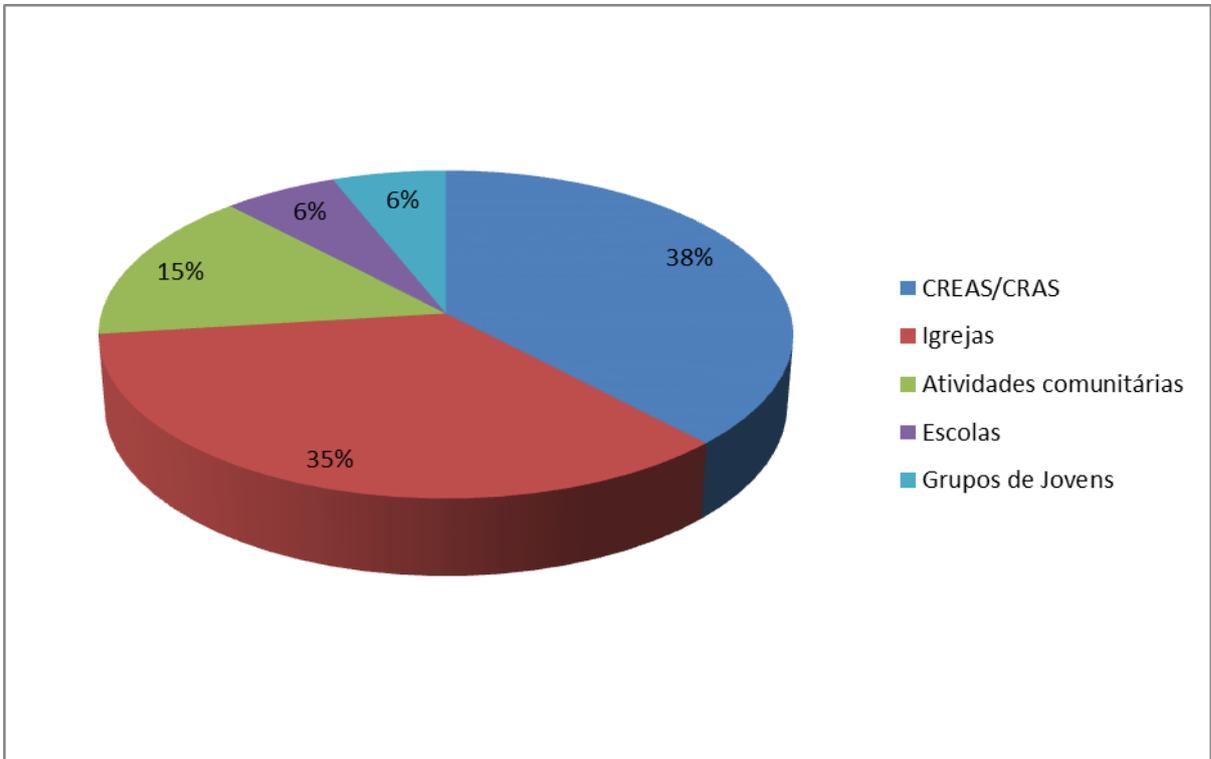


Gráfico 17: Distribuição percentual dos 137 usuários de acordo com outros serviços da rede utilizados. Centro de Atenção Psicossocial. Miranda do Norte, 2012.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir com o presente estudo que: a predominância maior entre os pacientes acometidos por transtornos mentais do CAPS de Miranda do Norte; são do sexo feminino, com idade entre 21 a 35 anos, escolaridade ensino fundamental incompleto, renda de 1 a 2 salários mínimos, sendo a maioria oriundos de aposentadoria, residem com familiares principalmente com os pais, tendo em media 4 pessoas na mesma residência, lazer preferido são as festividades, diagnostico predominante esquizofrenia, possui históricos familiares, os serviços com mais frequência o utilizados na comunidade é atenção básica, CRAS/CREAS e igrejas

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui – se que os centros de atenção psicossocial – CAPS, configuram-se como estrutura de atenção a pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental, reconhecido pela própria equipe de saúde. Considera-se este serviço como um dos principais dispositivos da rede de saúde mental. Os CAPS têm como objetivo ser um dispositivo estratégico no estabelecimento da rede comunitária de cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários voltados para atenção integral aos usuários e familiares, propiciando integração entre os serviços de saúde, usuários, comunidade e rede social de apoio.

A reabilitação psicossocial apresenta-se como um processo complexo que precisa ser pensado em cada contexto da vida de cada indivíduo e levar em conta seus aspectos biopsicossociais, em sua relação com os serviços da rede de saúde mental e seu potencial de aposta na autonomia dos sujeitos portadores de transtorno psíquico.

Desse modo espera-se que esse estudo contribua para uma reflexão produtiva sobre os aspectos biopsicossociais dos usuários, e como este pode contribuir na reconstrução dos laços sociais e afetivos dos mesmos. E que com isso possam aprimorar suas práticas, favorecendo aos usuários um atendimento mais qualificado e comprometido com a sua liberdade e com o resgate da sua autonomia, sendo peça prioritária para estar se fazendo boas intervenções dentro dos centros de atenção psicossocial e em toda a rede de atenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes no tratamento da Esquizofrenia**. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política da saúde mental de Brasil. In: Conferência Nacional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. **Documento apresentado a...** Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <HTTP: //WWW.saude.gov.br> Acesso em: 29 out. 2011.

BRASIL Guia de Saúde Mental. Governo do estado do Rio Grande do Sul, 2001. p.146.

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

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. As conferências de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, 2001.

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

Guia de Saúde Mental. Porto Alegre; Ministério da Saúde; 2001.

KAPLAN, I. H et al. **Compêndio de psiquiatria: ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7ª Edição. Porto Alegre: artes médicas, 1997.

KIRSCHBAUM, DIR; ROSA, TM. Os trabalhadores de enfermagem como acompanhantes terapêuticos de um centro de atenção psicossocial. **Ver. Esc. Enferm. USP**, 2003.

KOGA, M; FUREGATO, A. R. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. In LABATE, R. C. (org). Caminhando para a assistência integral. Trabalhos apresentados no V Encontro de pesquisadores em Saúde Mental e no IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

MARANHÃO, **Secretaria de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**, 2008. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/2008/4/15/pagina558.htm> Acesso em: 29 out. 2011.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.11 n.6 Ribeirão Preto Nov./dez. 2003.

MURRAY, C.L. & LOPEZ, A. D. World Health Organization. The Global Burden Of Disease. Ed. Geneva: WHO, 1996.

OLIVEIRA, A.; ALESSI, N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **Ano mundial da saúde mental: cuidar sim, discriminar não**, 2001. Disponível em: www.opas.org.br. Acesso em 09 abril 2012.

PEREIRA, R.C. Lugar de louco é No Hospício? Um estudo sobre as representações Sociais em torno da Loucura no contexto da reforma Psiquiátrica. In: VENANCIO, AT., LEAL, E.M., DELGADO, P.G. O Campo da atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto franco Basaglia, 1997.

PITTA, A. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. São Paulo: Hucitec, 1996.

ROSA, Merval. **Psicologia evolutiva**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991. v. 4.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos et al. **Transtorno Mental e Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2000.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PIITA, A.M.F. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996, P.13-18.

SAMPAIO, Antônia Cleyciana C. Martins. **Perfil Epidemiológico da Clientela Atendida no Caps I em seu primeiro Semestre de Funcionamento**, Tamboril – CE, julho a outubro de 2005. Sobral, 2006.

SARACENO, B. Libertando Identidades: Da Reabilitação psicossocial à Cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te corá, Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVANA, Chorratt Cavalheri. **Acolhimento e Orientação à Família. Mesa Redonda: Importância da Família na Saúde Mental: 15/06/2002**. Sociedade Brasileira de Psiquiatria. Captado em 25/05/2003.

SOUZA, Nilton Elias de. **Enfermagem na Saúde Mental**. Goiânia: AB, 2006.

SOUZA, Adriano Rodrigues de. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. Fortaleza, 2007.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais; história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9, p. 25-29, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de coleta de dados

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

QUESTIONÁRIO

1- Sexo

Masculino () Feminino

2- Idade

Jovens (17 – 30 anos)

Adulto (31 – 59 anos)

Idoso (60 anos ou mais)

3- Escolaridade

Ensino fundamental

Completo

Incompleto

Ensino médio

Completo

Incompleto

Ensino superior

Completo

Incompleto

4- Renda familiar

1 salário mínimo

1 a 2 salário mínimo

3 a 4 salário mínimo

acima de 5 salários mínimo.

5- Qual a origem da renda?

benefício federal

aposentada

carteira assinada

bicos

empregado sem carteira assinada

6- Com quem reside?

pais irmãos tios primos

outros _____

7- Quantos residem com você?

menos que 4 pessoas 4 pessoas 6 pessoas 8 pessoas

acima de 8 pessoas

8- Quem é a pessoa que mais gosta?

pais irmãos tios primos

outros _____

9- Quem é a pessoa que você tem mais problema?

pais irmãos tios primos outros _____

10- Qual seu lazer preferido?

festas praças bola conversar com amigos

outros _____

11- Diagnóstico médico atual

esquizofrenia

substancias psicoativas

toc

transtorno do humor

transtorno de ansiedade

retardo mental

12- Idade de inicio da crise

entre 15 - 18 anos

entre 19 - 25 anos

entre 26 - 30 anos

entre 31- 60 em diante

13- Internações psiquiátricas anteriores

nenhuma internação

1 internação

2 a 3 internações

4 a 5 internações

acima de 5.

14-Tempo médio da ultima internação

- 30 dias
- 45 dias
- 90 dias
- 6 meses – 1 ano
- mais de um ano

15-Tem parentes com algum transtorno mental? qual grau de parentesco?

- não
- 1 a 2 quais _____
- 3 a 4 quais _____
- 4 a 5 quais _____
- acima de 5 quais _____

16-Quais serviços da rede de saude que mais utiliza?

- ambulatorio de especialidades
- hospital geral
- ubs
- nasf
- acs

17- Outros serviços que utiliza.

- cras
- creas
- igrejas
- associação de moradores
- grupo de jovens
- escola

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Sec. de Saúde do Município de Miranda do Norte/MA

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra

End: R.V9 Bl.2 Apt.203 Cond. Agua Branca 2 Parque Shalom CEP: 65.073-110 São Luís-MA Fone: (98) 8876-8292

e-mail: janete_valois@yahoo.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

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

Pesquisadoras: Alinne Alves Costa. Kamila Moura Arruda, Dalce Maria Carneiro Nunes.

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL DE MIRANDA DO NORTE - MA**

Eu..... autorizo a realização da pesquisa que irá analisar o perfil dos usuários do CAPS do Município de Miranda do Norte/MA, onde será coletado informações em questionários específicos (anexo) e/ou prontuários dos usuários. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Esta pesquisa servirá para melhoria na assistência prestada aos usuários de CAPS e seus familiares, além de futuras pesquisas.

Miranda do Norte, 15 de novembro de 2011.

Ass, da Secretária de Saúde do Município de Miranda do Norte

CAPS I de Miranda do Norte

AV. do Comercio S/N CEP: 65.495-000

Miranda do Norte-MA.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Usuarios 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

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra

End: Rua V9 Bl.2 Apt.203 Condominio Agua Branca 2 Parque Shalom CEP:65.073-110 São Luis-MA Fone:(98) 8876-8292

e-mail: janete_valois@yahoo.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

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

Pesquisadoras: Aline Alves Costa, Kamila Moura Arruda, Dalce Maria Carneiro Nunes.

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUARIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL DE MIRANDA DO NORTE – MA**

Prezado (a) Sr (a), estamos realizando uma pesquisa sobre as características dos usuários que são atendidos pelo CAPS do Município de Miranda do Norte. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o(a) Sr(a) usuário(a) ou responsável, que ajudarão a conhecer melhor a população atendida nessa Unidade e permitirão que se possa planejar ações específicas, voltadas para a realidade desse centro de atenção. A sua participação não terá nenhum custo e não

haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a sr(a) quiser se retirar da pesquisa, não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O(a) senhor(a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos muito a sua colaboração.

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

Miranda do Norte, 15 / 11 /2011

Ass.do pesquisador responsável

Ass.do participante ou responsável

CAPS I de Miranda do Norte

Av. do Comercio S/N Miranda do Norte CEP: 65.495-000. Miranda do Norte-MA.