

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

**IVONICE SIQUEIRA DE SÁ
JOCENILDE OLIVEIRA AMARAL
KATIÚSCIA MARQUES DE PAULO MARANHÃO
RAFYSA MARIA SILVA CORRÊA**

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL – CAPS DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS/MA**

São Luís
2008

**IVONICE SIQUEIRA DE SÁ
JOCENILDE OLIVEIRA AMARAL
KATIÚSCIA MARQUES DE PAULO MARANHO
RAFYSA MARIA SILVA CORRÊA**

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL - CAPS DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental do Laboro – Excelência em Pós-graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profª Doutora Sueli Rosina Tonial

São Luís

2008

Sá, Ivonice Siqueira de.

Perfil biopsicossocial dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do município de Pedreiras/MA. Ivonice Siqueira de Sá; Jocenilde Oliveira Amaral; Katiúscia Marques de Paulo Maranhão; Rafysa Maria Silva Corrêa. - São Luís, 2008.

34f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Saúde mental. 2. CAPS. 3. Pedreiras/MA. I. Título.

CDU 613.86

**IVONICE SIQUEIRA DE SÁ
JOCENILDE OLIVEIRA AMARAL
KATIÚSCIA MARQUES DE PAULO MARANHO
RAFYSA MARIA SILVA CORRÊA**

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL - CAPS DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental do Laboro – Excelência em Pós-graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Sueli Rosina Tonial (Orientadora)
Doutora em Saúde da Mulher e da Criança
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Profa. Janete Valois Ferreira Serra
Mestre em Psicologia Social
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Aos nossos pais e companheiros pelo incentivo e dedicação que nos vem prestando no decorrer da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas conquistas alcançadas ao longo da vida.

A Prof^a Doutora Sueli Rosina Tonial, pelo apoio e orientação.

Aos representantes da Instituição pesquisada pela aceitação e apoio na realização da pesquisa.

Aos usuários do CAPS de Pedreiras/MA que aceitaram participar da pesquisa.

Aos funcionários da Laboro pelo apoio e paciência.

A todas as pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste estudo.

“ Ser sadio significa não somente ser normal em uma situação determinada, mas também ser normativo nessa situação e em outras situações possíveis. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de exceder a norma que define o normal momentâneo; a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situação novas”

G. Canguilhem

RESUMO

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, com objetivo, descrever o perfil biopsicossocial dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial CAPS da Cidade de Pedreiras/MA Para coleta de dados, utilizamos questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas e colhidos dados dos prontuários. A amostra foi composta de 172 usuários cadastrados no serviço, os quais foram escolhidos através do sorteio aleatório simples, teve a participação de somente 164. Os resultados mostram que 56% dos usuários é do sexo feminino, 45% encontrava-se na faixa etária de 21 a 35 anos, 53% é solteiro, 66% é católico, 94% residem com a família, 85% tem casa própria, 82% possui renda (aposentadoria/pensão/benefício), 70% possui Ensino Fundamental incompleto. No aspecto clínico verificou-se predominância de Esquizofrenia com 53%. Esses resultados são importantes para a organização dos serviços bem como para os profissionais que neles atuam, tendo em vista o compromisso de todos em oferecer assistência de qualidade.

Palavras chaves: Saúde mental; CAPS; Pedreiras/MA

ABSTRACT

Descriptive study of quantitative approach, with purpose, biopsychosocial describe the profile of users attending the Center for Psychosocial Care of the City of CAPS Pedreiras / MA To gather data, used structured questionnaire with questions open and closed and collected data from medical records. The sample consisted of 172 users registered in the service, which were chosen by random draw simple,. Was attended by only 164. The results show that 56% of users are women, 45% was in age from 21 to 35 years, 53% is unmarried, 66% is Catholic, 94% live with the family, 85% have their own, 82% have income (retirement / pension / benefit), 70% have incomplete elementary school. In the clinical side of it was found prevalence of schizophrenia with 53%. These results are important for the organization of services and for the professionals who work in view of all the commitment to provide quality care.

Key words: Mental Health; CAPS; Pedreiras / MA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com o sexo. Pedreiras/MA, 2008.....	19
Gráfico 2 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto ao estado civil. Pedreiras/MA, 2008.....	20
Gráfico 3 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com a idade. Pedreiras/MA, 2008.....	20
Gráfico 4 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto à religião. Pedreiras/MA, 2008.....	21
Gráfico 5 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto a cor da pele. Pedreiras/MA, 2008.....	22
Gráfico 6 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto ao número de moradores e com quem reside. Pedreiras/MA, 2008.....	23
Tabela 1 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto à casa própria. Pedreiras/MA, 2008.....	23
Tabela 2 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto ao tipo de moradia. Pedreiras/MA, 2008.....	24
Tabela 3 -	Distribuição numérica dos usuários do CAPS de acordo com a renda e fonte de renda. Pedreiras/MA, 2008.....	24
Gráfico 7 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com o valor da renda própria. Pedreiras/MA, 2008.....	25
Gráfico 8 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com a renda mensal do domicílio onde mora. Pedreiras/MA, 2008.....	26
Gráfico 9 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS de quanto ao nível de escolaridade Pedreiras/MA, 2008.....	27
Gráfico 10 -	Distribuição percentual dos usuários do CAPS.de acordo com quem pode contar para ajuda. Pedreiras/MA, 2008.....	28
Tabela 4 -	Distribuição percentual e numérica dos usuários do CAPS.de acordo com os tipos de diagnósticos. Pedreiras/MA, 2008.	30

SUMÁRIO

	LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	METODOLOGIA	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICES	35

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, as pessoas com transtornos mentais eram vistas como indivíduos que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos, a loucura era experimentada em estado livre, sendo considerada uma forma de erro ou ilusão. Os doentes não eram excluídos do convívio social por meio das internações. A exclusão em prisões comuns, instituição para pobres ou hospitais gerais se impunha quando estes eram violentos ou demasiadamente inconvenientes. (FOUCAULT, 1967)

Até a idade média, os doentes mentais perambulavam pelas ruas sem paradeiro fixo. As cidades eram pequenas e a “loucura” não era vista como um problema social. (RESENDE, 1987)

A hospitalização na Idade Média tinha um sentido diferente do atual, constituía-se em espaço de exclusão transformação e assistência espiritual. Portanto não era concebida para fins de tratamento e cura. Apenas na metade do século XVIII passa a assumir a função médica.

Lentamente entre os séculos XVI e XVIII desenvolve-se na Europa um processo de exclusão e institucionalização dos doentes mentais. Estes juntamente com desocupados, crianças abandonadas, prostitutas e outros “desadaptados sociais” são levados para instituições de isolamento, as chamadas “casas de força”, instituições que ainda não discriminavam a doença mental da criminalidade e de outras formas de desvio social. (MORA, 1985).

As instituições psiquiátricas, propriamente ditas surgem no final do século XVIII e início do século XIX, produzindo separação dos doentes mentais dos prisioneiros comuns, inspiradas pelas transformações sociais relacionadas a revolução francesa e pelo desenvolvimento das ciências médicas (CASTEL, 1978)

O crescimento em número dessas instituições bem como o superpovoamento faz com que a psiquiatria adentre o século XX marcada pelo modelo assistencial asilar e segregador.

O processo de transformação das instituições psiquiátricas começa a ser fomentado após as duas Grandes Guerras Mundiais quando a sociedade passa a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens. Após a Segunda Guerra, a sociedade

dirigiu olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas eram semelhantes as dos campos de concentração, constatou-se a ausência de dignidade humana, assim nasceram as primeiras experiências de reforma psiquiátrica. (AMARANTE, 2007)

As experiências reformistas aconteceram em vários países. Algumas foram muito marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas e influenciarem as experiências contemporâneas.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a fundar um grande hospital psiquiátrico baseado no modelo asilar, o Hospício Pedro II criado em 1852, mantinha-se a mesma tradição asilar de abrigar desviantes. Em 1887 tal instituição deixa de ser regida por religiosas e passa a ser regida por auspícios e tutela médica. (STOCKINGER, 2007)

A exemplo de alguns países surgiu entre 1910 – 1920 as colônias agrícolas que seguiram a filosofia de estimular o doente mental a trabalhar. Tal modelo fracassou por se mostrarem ineficientes por não apresentarem projeto terapêutico de inclusão. (IBIDE)

Em 1948, baseado nas experiências transculturais, inicia-se as primeiras experiências de Terapia Ocupacional. A partir daí várias outras experiências foram sendo desenvolvidas.

Somente a partir de 1980 inicia-se o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que se baseou no modelo de saúde mental multidimensionado nos três níveis de atenção.

Ainda há uma luta constante para que os usuários de serviços de Saúde Mental possam ter uma assistência humanizada e diferenciada para que a sociedade os respeite como seres humanos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Atualmente, o Brasil se encontra em pleno desafio de implementar um processo de desospitalização no tratamento de pessoas com sofrimento psíquico. O objetivo dos partidários da Reforma Psiquiátrica é transformar o quadro da Saúde Mental em uma nova realidade, que tenha como lema "Cuidar, sim, excluir, não". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O mesmo refere que a cidade de Santos, no litoral de São Paulo, foi a pioneira na transformação da Saúde Mental no Brasil, pois foi a primeira cidade brasileira e a quarta do mundo a construir uma rede de serviços que substituíra inteiramente o asilo e o manicômio.

Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental existentes atualmente, os CAPS têm valor estratégico para a contribuição no processo de implementação e consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Estes foram implementados com a Lei n.º36.570, de 1989, que consolida a substituição dos serviços de natureza manicomial para serviços abertos na comunidade, e foi regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, integrando à rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários com transtornos mentais. (BRASIL, 2004)

O Maranhão também participa desse processo de implementação da Reforma Psiquiátrica. Este iniciou no final do ano de 1999, contribuindo para mudança do Hospital Nina Rodrigues para Centro Integrado de Saúde Mental, dando início ao processo de modernização da assistência e à revitalização da Pensão Protegida Olímpia Mochel, que constituiu a primeira experiência de assistência aberta do estado. (ROSA, 2000)

No ano de 2001 foi realizado no estado o *I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida*, oferecido pelo Programa Viva a Vida, o qual referenciou a implementação do projeto de Residências Terapêuticas e a qualificação e formação de pessoas especializadas em Saúde Mental, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Neste mesmo ano também foi realizada a *III Conferência Estadual de Saúde Mental* que sensibilizou os gestores municipais de saúde para reestruturação da saúde dos municípios através do incentivo do Ministério da Saúde para a criação de CAPS em todo município com mais de 20.000 habitantes. (CUTRIM, 2006)

Os CAPS são instituições de saúde abertas, comunitárias ou municipais, destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, prestando acompanhamento clínico, psicológico e social, estimulando sua reinserção familiar e social através de ações intersetoriais, apoiando-os em suas iniciativas de busca da

autonomia, oferecendo o acesso destas pessoas ao trabalho, lazer, educação e cidadania, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS é uma forma de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS para problemas de saúde mental individual ou coletiva, assistência que se distingue especialmente pelo acesso local. É um exercício de democracia, pois atua com uma sensível redução da hierarquia assistente/assistido, é um trabalho assistido somente durante o dia. O CAPS atua através de oficinas onde se realizam trabalhos manuais e artísticos as quais se proporcionam ao usuário uma via de acesso a expressão de seus sentimentos, de suas emoções, de suas criatividade.

De acordo com a Portaria n.º 336/GM/19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II e CAPS i II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Atende 20 (vinte) pacientes por turno, e tem como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo.

CAPS II tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. Atende 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo.

CAPS III tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Atende 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo.

CAPS i II para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às

21:00 horas. Atende 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia.

CAPS ad II para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. Atende 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia.

Em 2003, o estado do Maranhão possuía apenas 6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), saltando hoje para 47 unidades, sendo 1 CAPS III, 2 Caps i, 2 Caps ad, 12 Caps II e 30 Caps I. Hoje, já existem 3 Residências Terapêuticas instaladas e em pleno funcionamento.

No município de Pedreiras foi implantado em 2001 o primeiro CAPS I como proposta para atendimento aberto as pessoas com transtorno mental, com área de abrangência aos municípios da micro-região, este foi idealizado por uma equipe que passou a funcionar sob administração privada com recursos do Sistema Único de Saúde. Em 2006 foi municipalizado e transformado em CAPS II, contando atualmente com uma equipe multiprofissional atendendo os critérios do ministério da saúde. Tem atualmente 220 usuários.

Este serviço funciona em uma casa alugada, localizada no centro da cidade com ambiente físico adequado para atender a demanda de pacientes, possui sala de recepção, sala de atividades grupais, consultório para atendimento individual, sala de estar, sala de exposição dos materiais confeccionados pelos usuários, posto de enfermagem, farmácia, salão de beleza, cozinha, banheiros e área externa para oficinas, recreação e esporte.

O interesse surgiu a partir da observação de alguns estudos do perfil dos usuários do serviço de Saúde Mental no estado do Maranhão. Foi observado a inexistência de um trabalho prévio nesta área no município de Pedreiras - MA, faz-se então necessário conhecer o perfil sócio-econômico e clínico dos usuários para melhor compreensão. O estudo tem como relevância oferecer subsídios que possam ser utilizados para melhoria na assistência prestada aos usuários e seus familiares.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o perfil sócio-econômico e clínico dos usuários do CAPS de Pedreiras

2.2 Específicos

- ✓ Identificar a faixa etária e gênero dos usuários;
- ✓ Verificar as condições sócio-econômicas dos usuários;
- ✓ Levantar a situação de trabalho dos usuários;
- ✓ Identificar o diagnóstico clínico dos usuários;

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

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

- **Local do estudo**

Pedreiras tem uma população estimada de 43 519 habitantes (IBGE 2006). Possui uma área de 288,507 Km. ² é interligada a Trizidela do Vale, um antigo bairro seu que agora virou cidade, pela Ponte Francisco Sá. Esta localizada

na região do Médio Mearim a 273Km de São Luis. A atividade econômica predominante no setor primário os principais destaques são: a pesca, a agropecuária e o extrativismo vegetal cujas atividades centram-se na extração das amêndoas do côco babaçu, além da agricultura que ainda é exercida de forma manual e são poucos os produtores que dispõem dos processos de mecanização da mesma.

A situação acima descrita incentiva o êxodo rural e faz crescer as periferias da sede municipal. Esse crescimento ocorre de forma desordenada ocasionando riscos para a saúde das populações residentes nos locais em função da falta de saneamento básico e de outras medidas preventivas.

O setor terciário é responsável pela absorção de cerca de 47% da população economicamente ativa onde se destacam o comércio e a prestação de serviços compostos pelas pequenas indústrias, bancos, educação e saúde, dentre outros.

O sistema de saúde conta com um hospital geral, um hospital materno infantil, 10 unidades básica de saúde que servem de referencia para 14 equipes de Saúde da Família e 7 equipes de Saúde Bucal, um CAPS do tipo II, recentemente foi implantado um CAPS ad e ambulatório de saúde mental.

- **População**

É constituída pelos usuários que fazem tratamento no CAPS em regime de assistência intensiva, semi-intensiva e não intensiva, totalizando 220 pessoas.

- **Cálculo amostral**

Em estudos semelhantes realizado no CAPS da cidade de Santos, São Paulo, foi encontrado como perfil clínico: transtornos psicóticos (esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes) correspondendo a 38%, de humor a 32% e neuróticos a 17% dos atendimentos. Em outro estudo realizado no CAPS do estado do Ceará, foi

encontrado como hipóteses diagnósticas mais freqüentes foram depressão mais ou menos 28%, ansiedade mais ou menos 18% e esquizofrenia mais ou menos 18%.

Portanto observa-se, uma proporção de pacientes cadastrados nos CAPS de 18% a 38% de esquizofrenia, optamos por considerar uma proporção de 20%. O cálculo foi realizado através do site <http://www.lee.dante.br>, para isso foi considerada a precisão da estimativa absoluta a 5% e nível de significância a 10%, tendo como tamanho da amostra 172 usuários, os quais foram escolhidos através do sorteio (LWANGA; LEMESHOW, 1991).

- **Instrumento de coleta de dados**

Foi utilizado um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, elaborado pelas pesquisadoras (Apêndice A), contemplando as variáveis: características de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, religião, fatores sócio-econômicos, diagnósticos e terapêuticas utilizadas. Também foram colhidos dados de diagnósticos e tratamentos dos prontuários dos usuários.

- **Coleta de dados**

Para a realização da pesquisa foram realizadas as etapas seguintes: levantamento da população, cálculo amostral, sorteio aleatório simples, entrevista com os usuários e/ou familiares e colhidos dados dos prontuários dos usuários sorteados.

- **Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, uma vez que envolverá seres humanos. 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 deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B).

- **Análise dos dados**

Os dados dos questionários foram digitados, processados e analisados através do programa EPI-INFO e representados em forma de gráficos e tabelas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 172 usuários cadastrados no CAPS, do município de Pedreiras-MA, e sorteados para entrevista, somente 164 aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Devido a não aceitação dos usuários a participarem da pesquisa, houve uma perda de 8 usuários (4,6%).

De acordo com os objetivos propostos, observa-se no gráfico 1 uma variação pequena entre os sexos, com predomínio do sexo feminino com 56%, já o sexo masculino com 44%.

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 vulnerabilização; cultural, matrimonial, e familiar. Mas especificamente, quando submetidas a processos migratórios, de ruptura do vínculo conjugal, em que frequentemente necessitam assumir a chefia do grupo doméstico.

Foi encontrado resultados equivalentes em outra instituição extra-hospitalar de saúde mental, no CAPS I de Tamboril – CE, com 63,5% da clientela atendida do sexo feminino e 36,4% do sexo masculino. (Sampaio, 2006)

A OMS (2001) 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).

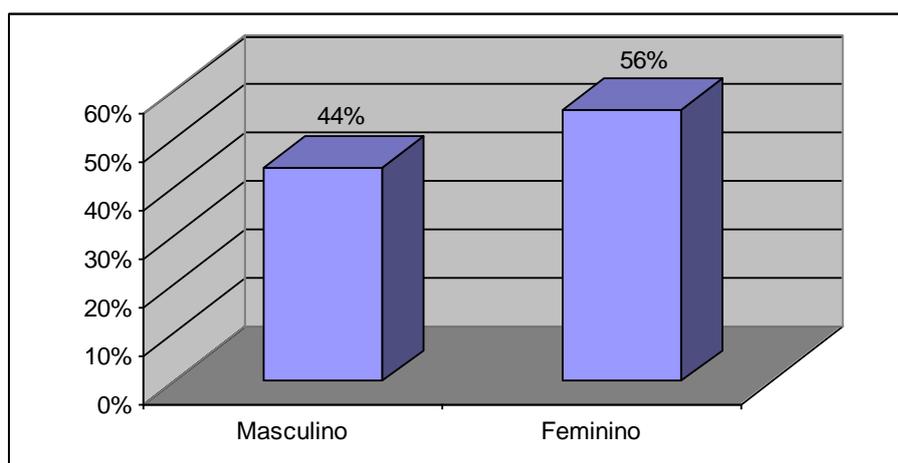


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com o sexo. Pedreiras/MA, 2008.

No que se refere ao estado civil dos usuários do CAPS de Pedreiras – Ma, destaca-se que 53% da população estudada é solteira, 40% é casada ou mantém uma união estável e 7% compõem os viúvos e separados.

Silva, Coutinho e Amarante (1999) observaram que dois terços dos pacientes internos em hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro eram solteiros, isto é, não tinham e nunca tiveram uma relação conjugal estável.

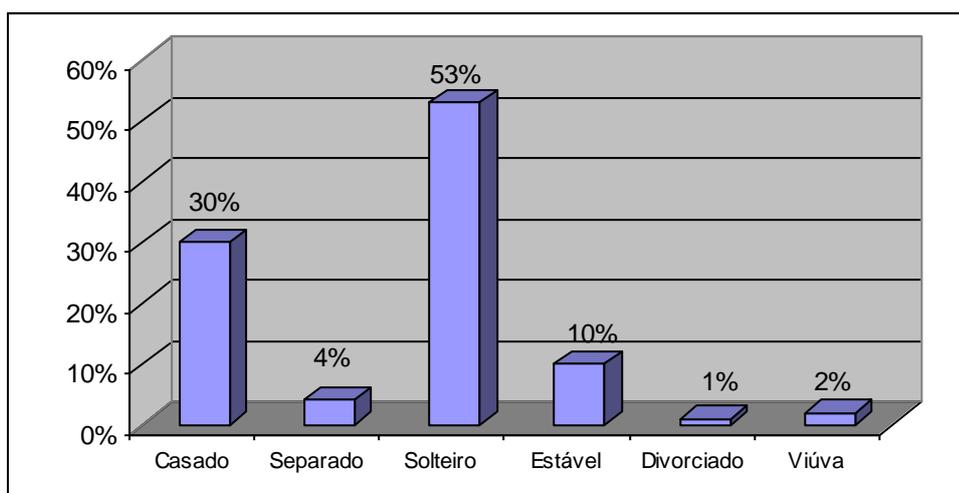


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto ao estado civil.
Pedreiras/MA, 2008.

A idade dos usuários entrevistados varia de 12 a 70 anos. De acordo com os dados obtidos nesta pesquisa verificou-se que a maior parte possui entre 21 a 35 anos, ou seja, 45%, seguido de usuários entre 36 a 55 anos com 43%, e usuários entre 11 a 20 anos e acima de 55 anos com 6% cada.

A clientela menor de 18 anos assistida nesta instituição justifica-se em virtude da inexistência de um CAPS infanto - juvenil nesta região.

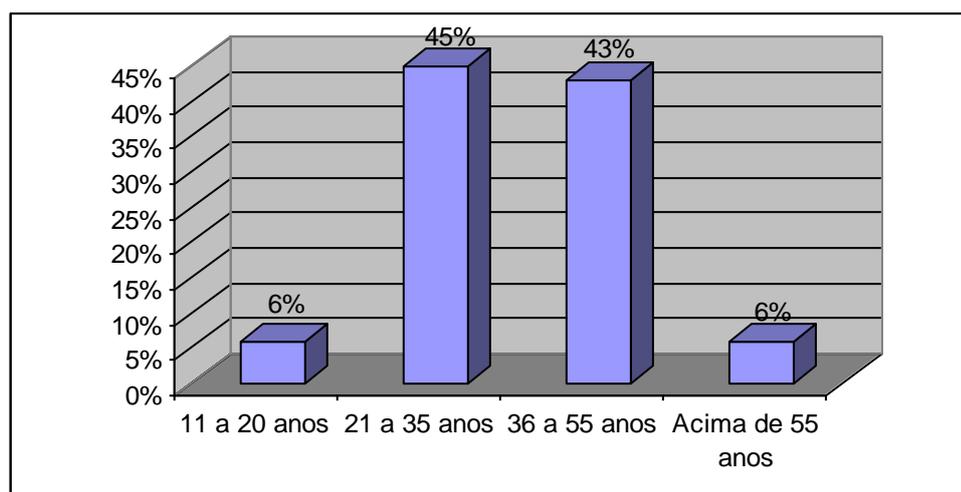


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com a idade.
Pedreiras/MA, 2008.

Em relação a religião 66% dos usuários são católicos, 31% são evangélicos, 1% espírita e 2% não tem religião. O Maranhão é um estado predominantemente católico o que justifica predomínio da religião católica nesta pesquisa.

A religiosidade continua muita alta entre os brasileiros, sendo a porcentagem dos católicos mais alta no Nordeste, tendo o Piauí, 91,3%; Ceará, 84,9%; Paraíba, 94,2%; Maranhão, 83% e mais baixa no estado do Rio de Janeiro (57,2%), Rondônia (57,5%) e Espírito Santo (60,9%). (Antoniuzzi, 2003)

De acordo com o IBGE (2000), no Brasil, houve uma diminuição da porcentagem dos católicos, de 83,8% em 1991 para 73,8% em 2000. E um aumento da porcentagem dos evangélicos, de 9,05% em 1991 para 15,45% em 2000. (Antoniuzzi, 2003).

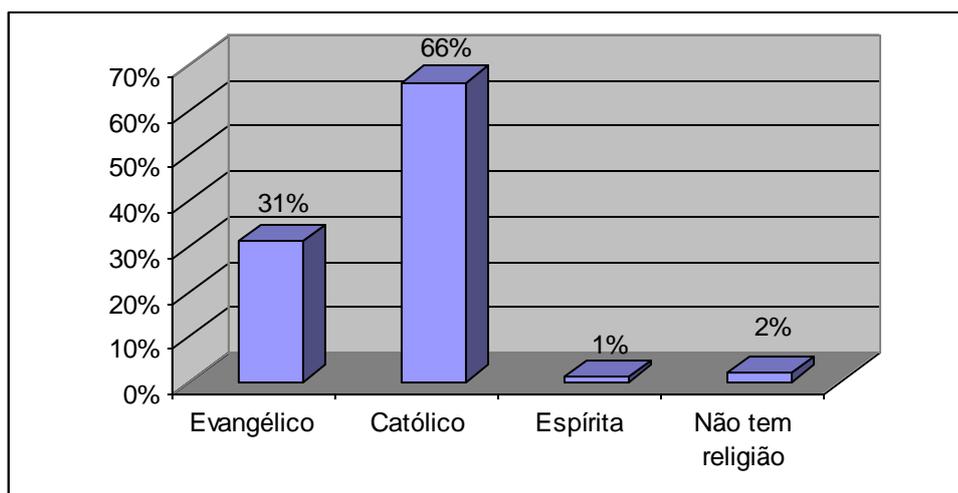


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto à religião.
Pedreiras/MA, 2008.

Em relação à cor da pele, a maioria dos usuários foi descrita com a cor parda sendo destes 67%, 24% de cor branca, e 9% de cor preta.

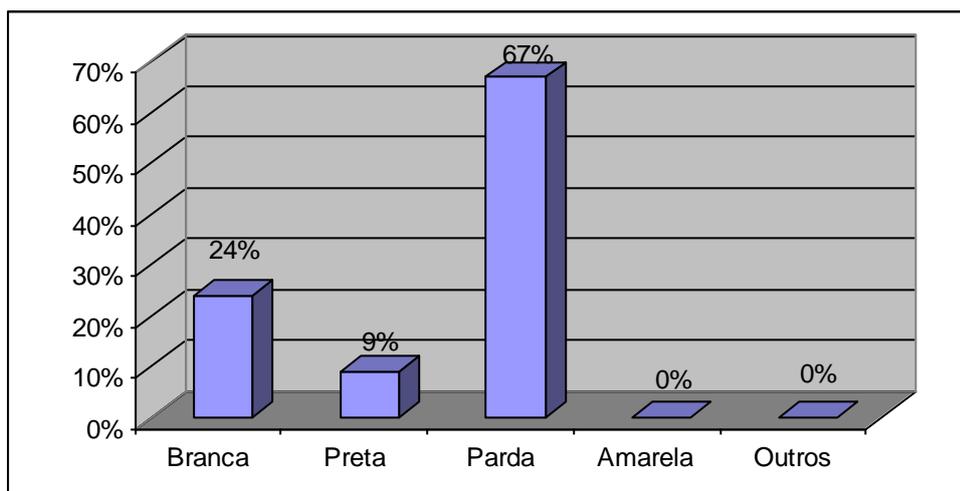


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto a cor da pele.
Pedreiras/MA, 2008.

O gráfico a baixo nos mostra que 94% dos usuários residem com seus familiares e somente 6% residem sozinhos, demonstrando a realidade do paciente psiquiátrico que necessita de assistência familiar e ajuda de algum dos membros de sua família.

Verificou-se também que dos 154 usuários (94%), 42% residem com 2 a 3 pessoas em seu domicílio, 29% residem com 5 ou mais pessoas e 23% moram com 4 pessoas em sua residência.

Há consideráveis indícios que demonstram os benefícios da participação da família no tratamento e controle de 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).

No contexto do novo paradigma psiquiátrico, que transcende a idéia de simplesmente realizar a desospitalização, as primeiras ações concretas se deram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela busca de criar recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar. Em consequência, há uma intensificação das exigências de comprometimento da família, que tem um de seus membros adoecidos, o que modifica significativamente sua trajetória de participação neste processo assistencial. (SILVANA, 2006)

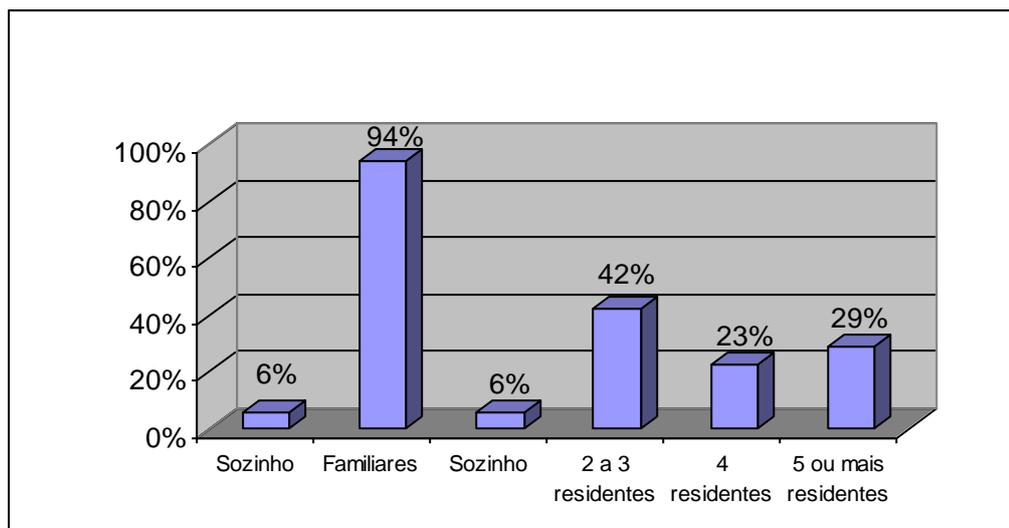


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto ao número de moradores e com quem reside. Pedreiras/MA, 2008.

No que se refere à casa própria e tipo de moradia, 85% dos usuários, possuem casa própria e 15% não possuem.

O fato de residirem em casa própria é benéfico para o tratamento visto que não usam o pouco dinheiro da renda para pagamento de aluguéis. Já em relação ao vínculo social favorece a criação de rede social com vizinhos pela permanência na mesma comunidade.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto à casa própria. Pedreiras/MA, 2008.

CASA PRÓPRIA	Nº	%
Sim	139	85%
Não	25	15%
TOTAL	164	100

Quanto ao tipo de moradia, 79% residem em casa de tijolo, 20% em casa de taipa e 1% em casa de madeira.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS quanto ao tipo de moradia. Pedreiras/MA, 2008.

TIPO DE MORADIA	N°	%
Tijolo	130	79%
Taipa	33	20%
Madeira	1	1%
Palha	0	0%
TOTAL	164	100

Quanto à renda e fonte de renda, a pesquisa nos mostra que 134 usuários possuem renda e 30 não possui renda. Dos que possuem renda, 131 a renda advém da aposentadoria ou pensão ou benefício e apenas 3 a fonte de renda é própria do trabalho.

A família tende a impedir o portador de transtorno mental de trabalhar, sobretudo em atividades que impliquem carregar peso e tomar sol na cabeça. Quando envolve dinheiro, quando a prodigalidade constitui uma possibilidade, a tutela tende a se impor explicitamente. 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 portador de transtorno mental. (Rosa,2003).

Tabela 3 - Distribuição numérica dos usuários do CAPS de acordo com a renda e fonte de renda. Pedreiras/MA, 2008.

POSSUI RENDA	PRÓPRIA DO TRABALHO	APOSENTADORIA/PENSÃO/BENEFÍCIO	AJUDA DE FAMILIARES	TOTAL
SIM	3	131		134
NÃO			30	30
TOTAL	3	131	30	164

Em relação à renda própria, 98% recebem apenas um salário mínimo e 2% menos que um salário mínimo.

Segundo o 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).

A sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo empregatício ou mesmo ingressar no mercado de trabalho após

manifestação da doença. Além disso, há despesas com a compra de medicamentos e, muitas vezes, comprometimento do trabalho de outro familiar se este necessitar acompanhante. (KOGA, 1998)

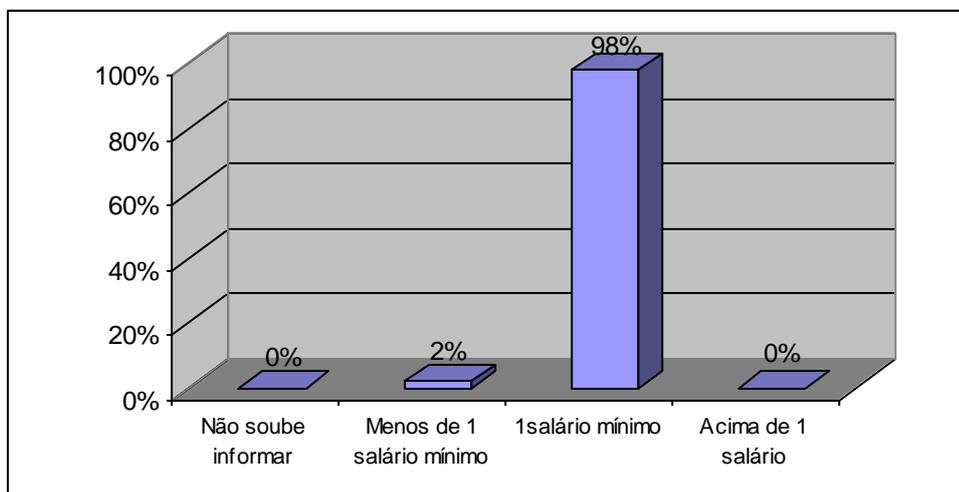


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com o valor da renda própria. Pedreiras/MA, 2008.

No que diz respeito à renda mensal domiciliar, 76% dos usuários possuem renda familiar de um a dois salários mínimo, 17% recebem mensalmente três a cinco salários mínimo, 5% tem renda familiar menor que um salário mínimo e somente 1% possui renda familiar mensal acima de cinco salários mínimo.

De acordo com os gráficos 9 e 10, observa-se que mais da metade dos usuários entrevistados contribuem com a renda mensal familiar.

A delegação do cuidado do enfermo mental à família, que não tem, em grande parte, condições para compreender e lidar com as condutas de seu parente, o que é agravado pela escassez de recursos financeiros que possibilitem esta manutenção.

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 freqüentes entre os pobres do que entre os ricos.

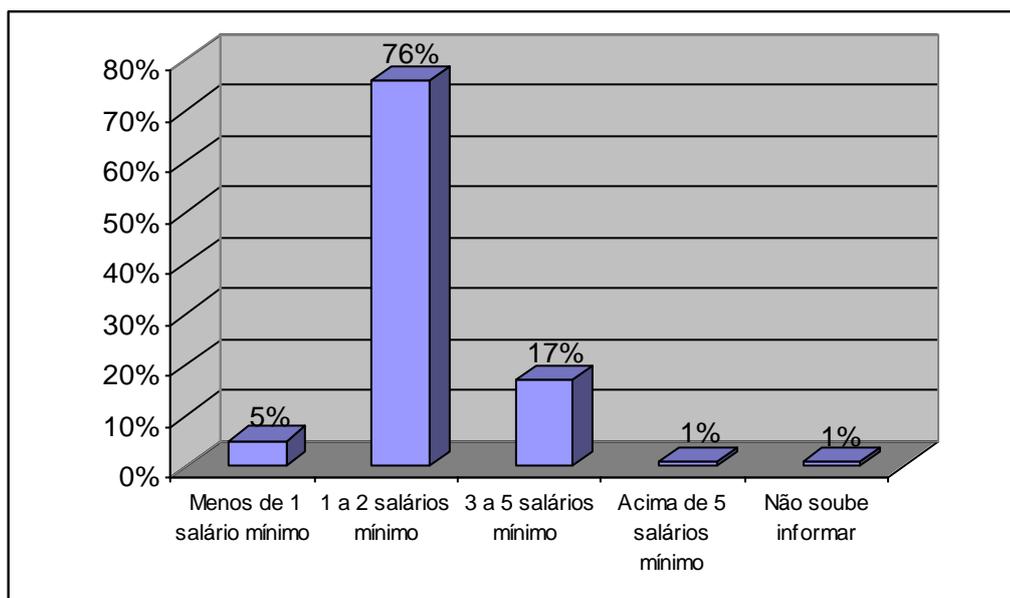


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com a renda mensal do domicílio onde mora. Pedreiras/MA, 2008.

Em relação à escolaridade, 61% dos usuários sabem ler e escrever e 39% assinam só o seu nome. Destes, 70% possuem o Ensino Fundamental incompleto, 16% não-alfabetizados, enquanto que 10% possuem o Ensino Médio incompleto e somente 4% possuem Ensino Médio completo.

Acreditamos que a presença de transtorno mental influencia na formação cultural e escolar das pessoas, incapacitando-as de freqüentar a escola, ocasionando um baixo nível sociocultural e impedindo que conclua os estudos a nível fundamental e médio.

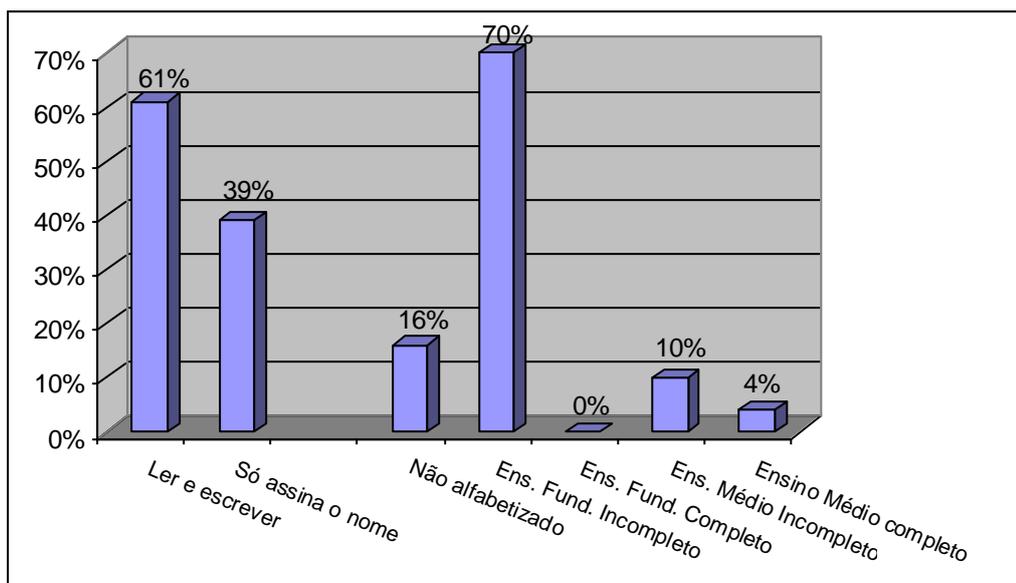


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS de quanto ao nível de escolaridade. Pedreiras/MA, 2008.

Em relação com quem os usuários podem contar, 90% contam com ajuda da família, 6% contam com vizinhos e amigos e 4% não possuem ajuda.

Baseado na concepção de Neto (1982) apud Vasconcelos (2002), "a família é uma unidade de relações sociais, 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".

Autoras como Silva et al. (1998); Koga; Furegato (1998); Oliveira; Jorge (1998); Hirdes (2001) sustentam que desde a década de 1980, quando houve início das manifestações que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica, aconteceu uma ampliação significativa da função da família no que tange ao papel de co-participante 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 da vida de ambos: usuários e familiares. Sob essa óptica, a família deixa de ser culpabilizada pela doença do seu familiar e passa a atuar como coadjuvante em seu tratamento e reabilitação.

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 subsídio 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, 2006) .

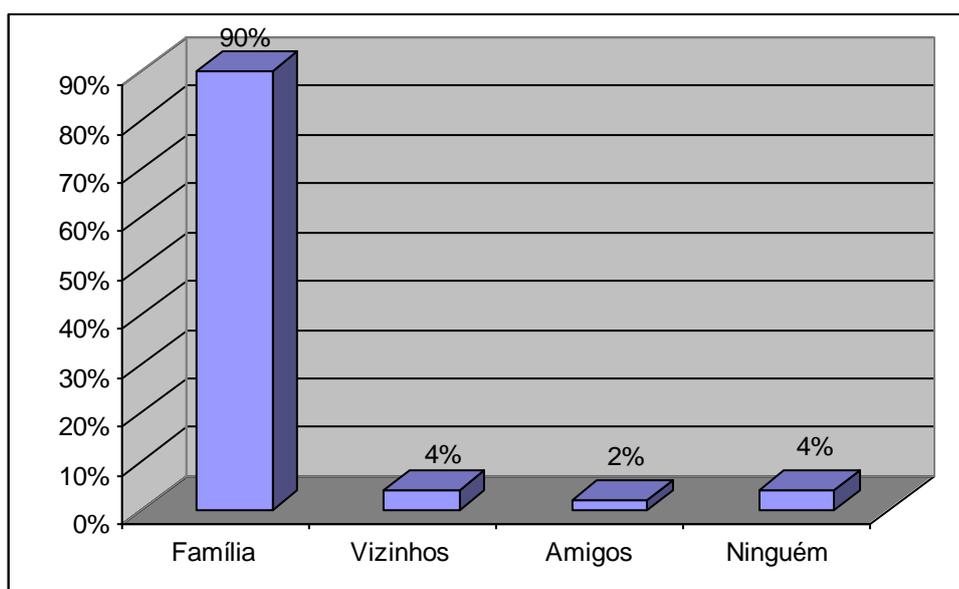


Gráfico 10 - Distribuição percentual dos usuários do CAPS de acordo com quem pode contar para ajuda. Pedreiras/MA, 2008.

De acordo com os diagnósticos dos entrevistados, 53% dos usuários do CAPS de Pedreiras, ou seja, mais da metade dos entrevistados possui diagnóstico de: Esquizofrenia, Transtorno Esquizotípico e Delirante; 23% possuem Transtornos do Humor; 9% possuem Transtornos episódicos e paroxísticos; 7% apresentam Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos, seguido da mesma porcentagem de Retardo Mental e 1% possuem Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Os critérios diagnósticos das perturbações mentais utilizados na nossa pesquisa foram baseados pelo CID10/. Os tipos de doenças foram diagnosticadas por médicos psiquiatras e retirados dos prontuários dos usuários, devido a dificuldade dos mesmos e de seus familiares em verbalizarem os seus diagnósticos.

De acordo com OMS (2001), os distúrbios mentais mais comuns que causam incapacitação grave, compreendem transtornos depressivos, transtornos

decorrentes do uso de álcool e drogas, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, retardo mental e transtornos da infância e da adolescência. (Sampaio, 2006)

Verifica-se que no CAPS de Pedreiras prevaleceu os transtornos esquizofrênicos diferentemente do encontrado por Cutrim (2006) em estudo semelhante no CAPS de Raposa/MA onde o percentual de esquizofrenias foi de apenas 23,8%. Diferente também do encontrado por Sampaio (2006) em estudo sobre o perfil epidemiológico do CAPS de Tamboril/CE que teve como percentual de esquizofrenias de 13,6%.

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, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta.

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.

Os transtornos do Humor como visto no gráfico foram menos prevalente em relação às esquizofrenias neste estudo, no CAPS de Raposa/MA encontrou-se a mesma proporção para esquizofrenias e transtornos do humor.

Os dois principais transtornos do humor são o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar, constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do controle de uma experiência subjetiva de grande sofrimento. Os pacientes com humor elevado apresentam (isto é, mania) mostram expansividade, fuga de idéias, sono diminuído, auto-estima elevada e idéias 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. (KAPLAN, 1997).

Os transtornos episódicos e paroxísticos bem como os casos de retardo mental e transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos são menos prevalentes em Pedreiras em relação aos encontrados por Cutrim (2006).

Em relação aos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, vale ressaltar que, em Pedreiras há CAPS ad, o que justifica o pequeno percentual encontrado no CAPS II. Portanto, este percentual não pode ser comparado ao encontrado no CAPS de Raposa/MA (22,2%). Visto que nesta cidade funciona apenas o CAPS I, ficando assim ao seu encargo todos os clientes com este diagnóstico.

Tabela 4 – Distribuição percentual e numérica dos usuários do CAPS.de acordo com os tipos de diagnósticos. Pedreiras/MA, 2008.

TIPO DE DOENÇAS	N°	%
Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante (F20 - F29)	87	53
Transtorno do humor (afetivos) (F30 - F39)	38	23
Transtornos episódicos e paroxísticos (G40 - G47)	14	9
Retardo Mental (F70 - F79)	12	7
Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos (F00 - F09)	11	7
Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substância psicoativa (F10 - F19)	2	1
TOTAL	164	100

5 CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível colher dados referentes ao perfil social, econômico e clínico dos usuários atendidos no CAPS de Pedreiras/MA. Assim com relação a população estudada, observamos algumas particularidades: 56% dos usuários é do sexo feminino, encontrava-se na faixa etária predominante de 21 a 35 anos, 53% é solteiro, 66% é católico, são em sua maioria de cor parda (67%), 94% residem com a família, 85% residem em casa própria, em sua maioria sendo de tijolo, 82% possui algum tipo de renda, própria do trabalho (2%) ou advém de aposentadoria, pensão ou benefício assistencial, sendo 98% com renda até 1 salário mínimo, 70% possui Ensino Fundamental incompleto e 90% podem contar com ajuda da família. No aspecto clínico verificou-se predominância de Esquizofrenia com 53%.

Nos dados observados não de difere muito da situação global do nosso Maranhão, usuários de baixo poder aquisitivo e que vivem situação de extrema pobreza, na maioria mulheres em idade adulta e solteiras, que somente contam com ajuda de seus familiares, sofrem um estigma conjugado, pois acumulam o peso de sua condição e posição de classe desvalorizada socialmente.

O crescente número de pessoas que apresentam transtorno mental vem demonstrar que se faz necessário termos um conhecimento direcionado a respeito desta problemática. Os CAPS surgem como alternativas de tratamento ao portador de transtorno mental, com o objetivo de promover sua reabilitação psicossocial, colocando o mesmo em contato com a sociedade.

A organização dos serviços têm que se adequar as necessidades dos usuários e de seus familiares em termos de qualidade e diversidade haja vista que qualidade das relações afetivas entre o portador de transtorno mental e sua família é influenciada pela qualidade e o suporte que encontra na sociedade.

Esperamos que a partir do conhecimento de seus usuários, este estudo possa possibilitar um aprimoramento e qualificação na assistência prestada pelo CAPS em Estudo.

REFERÊNCIAS

ANTONIAZZI, Alberto. **As Religiões no Brasil Segundo o Censo de 2000**. Revista de Estudos da Religião Nº 2 / 2003 / pp. 75-80.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007

ANDREOLI, Sérgio Baxter, et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, V. 20, nº 3. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/21.pdf>. Acesso em: 22, janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

_____. **MEMÓRIA DA LOUCURA**. Brasília, 2003.

_____. **Manual de prevenção de suicídio**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 5, novembro, 2007.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Graal. rio de Janeiro, 1978.

COSTA, Albanita Gomes da. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zonada Mata de Pernambuco. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 73-79, jan-fev, 2005.

COSTA, Nilson do Rosário. TUNDIS, Silvério Almeida (Orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

CUTRIM, Arlete Penha, et al. **Perfil dos Usuários do CAPS da Raposa – MA**. São Luís, 2006.

Dante amostra. Disponível em: <http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem>. Acesso em: 15, dezembro, 2007.

FOUCAULT, M. **Hiatoria de la loucura em la época clasica**. Fondo de cultura Económica, México, 1967

FREITAS, Rivelilson Mendes, et al. **Atenção Farmacêutica aos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS VI**. Revista Infarma Nº 9/10, 2006.

HIRDES, A. **Reabilitação Psicossocial - dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001. Disponível em: <http://www.cff.org.br/revistas/55/inf12a16.pdf>. Acesso em: 20, janeiro, 2008.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em: 10, fevereiro, 2008.

JODELET, Denise. **Psicologia Social: Loucuras e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

KAPLAN, I. H et all. **Compêndio de Psiquiatria: ciencias do Comportamento e Psiquiatria Clinica. 7ª. Edição**. Porto Alegre; artes médicas, 1997.

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.

OLIVEIRA, M. M. B.; JORGE, M. S. B. **Doente mental e sua relação com a família**. 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.

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.

PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2001, 2ª edição.

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

_____. **Transtorno Mental e Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **O Nordeste na Reforma Psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.

RESENDE, H. **Política de saúde emntal no Brasil; Uma visão histórica.** In ***cidadania e loucura***. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Vozes, Petrópolis , 1987.

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

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

SILVA et al. **A prática de enfermagem com a família dos usuários de saúde - visão do acadêmico de enfermagem.** 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.

SILVA, J. P. L. da et al. Perfil Demográfico e socioeconômico da População de Internos dos Hospitais Psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 15, julset, 1999.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica Brasileira: Prespectivas humanistas e existenciais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário de coleta de dados

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

QUESTIONÁRIO

Identificação do paciente

1. Sexo

 masculino Feminino

2. Idade : _____

3. Estado Civil:

 Solteiro Casados (ou algum tipo de união) Separados Viúvos

4. Religião: _____

5. Cor da Pele:

 Branca Preta Parda Amarela Outros

6. Com quem reside

 Sozinho Filhos Companheiro Outros _____

7. Tipo de moradia?

 palha taipa tijolo madeira

8. Casa própria:

 Sim Não

9. Número de moradores em domicílio?

10. Possui Renda?

 Sim Não

11. Qual a fonte de renda:

 própria do trabalho ajuda de familiares aposentadoria/ pensão/
benefício outros _____

12. Qual o valor?

13. Renda mensal do domicílio onde mora?

 menos de um salário mínimo de um a dois salários mínimo de três a cinco salários mínimo acima de cinco salários mínimo

14. Sabe ler e escrever:

() ler e escreve () só assina o nome () outros _____

15. Nível de Escolaridade?

16. Com quem você pode contar para ajuda:

() família () vizinhos () amigos () ninguém

Coleta de dados do Prontuário

18. Qual o diagnóstico?

APÊNDICE 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 MENTAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Tonial E-mail: laboro@elo.com.br
End: Av. Castelo Branco, nº 605 -Cobertura, CEP: 65076-090, São Luís-MA.
Fone: 3227-7460 / 3227-6709 / 3227-7453 ou 3235-5628
Pesquisadores:

Ivonce Siqueira de Sá
Jocenilde Oliveira Amaral
Katiúscia Marques de Paulo Maranhão
Rafysa Maria Silva Corrêa

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 07 CEP: 65080-040.

**PERFIL BIOPSIKOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSIKOSSOCIAL – CAPS- DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA**

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre as características dos usuários que são atendidos pelo CAPS do Município de Pedreiras. 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 condições de vida, moradia e de saúde. 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.

São Luís, de 2008

Assinatura do pesquisador responsável

Ass. do participante ou responsável

CAPS II Nossa Senhora de Guadalupe.
Avenida Rio Branco, S/N – Centro Pedreiras/Ma 65.725-000