

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**Portadores de transtorno psicótico e a utilização  
dos serviços de saúde  
no contexto da Estratégia de Saúde da Família**

**CLÁUDIA VIVIANE DE CASTRO**

**Santos**

**2013**

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**Portadores de transtorno psicótico e a utilização  
dos serviços de saúde  
no contexto da Estratégia de Saúde da Família**

**CLÁUDIA VIVIANE DE CASTRO**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade  
Católica de Santos como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.  
Área de Concentração: Políticas e Práticas de  
Saúde.

Orientador: Sérgio Baxter Andreoli

**Santos**

**2013**

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
SibiU

---

C355p CASTRO, Cláudia Viviane de.

Portadores de transtorno psicótico e a utilização dos serviços de saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família. / Cláudia Viviane de Castro; orientador Sérgio Baxter Andreoli - Santos: [s.n.], 2013. 51f. ; 30 cm. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva)

I. Castro, Cláudia Viviane de. II . Título

CDU 614(043.3)

---

**UNISANTOS – Universidade Católica de Santos**

**Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**Coordenador Geral de Pós-Graduação e Pesquisa**

Prof. Dr. Fernando Fernandes da Silva

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Profa. Dra. Denise Martin Coviello

**PORTADORES DE TRANSTORNO PSICÓTICO E A  
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO  
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Aylene Emília Bousquat

---

Profa. Dra. Maria Inês Quintana

---

Profa. Dra. Denise Martin Coviello (suplente)

---

Prof. Sérgio Baxter Andreoli (orientador)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a meus pais, Djalma e Terezinha, que me acompanharam em todos os momentos, o alicerce para tudo o que pude construir.

Ao meu filho Vitor e minha irmã Fernanda que me apoiaram durante essa trajetória sendo força e coragem para que eu pudesse superar todos os obstáculos.

A todos que colaboraram de alguma forma na conquista de meu objetivo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me fortalecer e iluminar meus caminhos durante esta trajetória.

A toda minha família pelo amor, confiança e todo apoio que recebi e que me possibilitou realizar este trabalho.

A equipe da USAFA Perequê, em especial aos agentes de saúde, que generosamente me ajudaram na construção deste trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli pelos ensinamentos e dedicação, acompanhando-me para que eu pudesse alcançar meu objetivo.

## RESUMO

Apesar da baixa prevalência na população geral (de 0,5% a 1,0%), os transtornos psicóticos representam elevada sobrecarga para a sociedade. Estes indivíduos necessitam de cuidados contínuos em função da gravidade e persistência dos sintomas, e estes nem sempre estão disponíveis nas comunidades. **Objetivo:** Identificar sujeitos portadores de sintomas para transtorno psicótico dentro da população cadastrada na Unidade de Saúde da Família do Bairro Perequê, cidade de Guarujá/SP e avaliar o uso que fazem do serviço público de saúde disponível. **Método:** É um estudo de corte transversal em duas etapas subsequentes. Na primeira etapa, foi aplicado um questionário (SRQ-30) a 527 sujeitos entre homens e mulheres maiores de 15 anos, cadastrados na equipe 12 da Unidade de Saúde da Família do bairro Perequê. Os sujeitos que apresentaram 03 ou 04 respostas positivas para sintomas de transtorno psicótico (questões 21, 22, 23, 24) nesta primeira etapa, responderam a entrevista clínica (LCRF) com informações sobre o uso que estes fazem do serviço público de saúde. **Resultado:** Na primeira etapa, 51,4% apresentaram ao menos uma das respostas positivas para transtorno psicótico e 8,5% (n=45) apresentaram 03 ou mais respostas positivas. Destes, 34 participaram da segunda etapa, em sua maioria mulheres, em união estável, com características de baixo grau de escolaridade, com índice de desemprego de 38,2% e 85% deles com renda per capita até um salário mínimo. Nota-se utilização atual baixa dos serviços especializados em saúde mental (5,9%), sendo a maior frequência em consultas com o clínico geral, seja em PS ou UBS. Cinquenta e nove por cento dos sujeitos não têm ou não conhece sua hipótese diagnóstica, 50% fazem tratamento medicamentoso, a maioria iniciado por psiquiatra. Houve 11,8% de casos de internações em hospital psiquiátrico e 11,8% de casos de tentativas de suicídio. **Conclusão:** A população estudada apresenta elevada prevalência de sujeitos com sintomas para transtorno psicóticos e buscaram preferencialmente atendimento médico em pronto socorro ou em atenção básica não especializada. Este resultado reflete uma dificuldade na continuidade do acompanhamento a esses pacientes por parte dos serviços especializados em saúde mental e reforça a importância do preparo do clínico geral e de toda a equipe de saúde da família para suprir essa necessidade, auxiliando na identificação de caso, acompanhamento, suporte familiar e como facilitadora da inserção social.

**Palavras-chave:** transtorno mental; serviços de saúde; saúde da família; transtorno psicótico.

## ABSTRACT

Despite the low prevalence in the general population ( 0,5% to 1,0% ), psychotic disorders represent high burden on society. These individuals require continuous depending on the severity and persistence of symptoms care, and these are not always available in the communities. **Objective:** To identify subjects with psychotic disorder within the population registered in the Health Unit Family Neighborhood Perequê city of Guarujá /SP and evaluate their use of the public health service available. **Method:** It is a cross-sectional study in two subsequent steps. In the first step, a questionnaire (SRQ - 30) was applied to 527 subjects between men and women older than 15 years, enrolled in the 12 team of the Family Health Unit Perequê neighborhood. Subjects with 03 or 04 positive responses to symptoms of psychosis (questions 21, 22, 23, 24) in this first stage, answered the clinical interview (LCRF) with information on the use they make of the public health service. **Results:** In the first stage, 51.4 % had at least one of the positive responses to psychotic disorder and 8.5 % (n = 45) had 03 or more positive responses. Of these, 34 participated in the second stage, mostly women, in a stable relationship with characteristics of low educational level, with an unemployment rate of 38,2 % and 85 % with per capita income up to minimum wage. Note - if current low use of specialized mental health services (5.9%), with an increased frequency of consultations with the general practitioner, either in PS or UBS. Fifty -nine percent of the subjects do not have or do not know their diagnosis, 50 % are drug treatment, most initiated by psychiatrist. There were 11,8% of cases of admissions to psychiatric hospital and 11,8 % of cases of suicide attempts. **Conclusion:** The study population has a high prevalence of subjects with psychotic symptoms of mental disorder and preferably seeking care in emergency rooms or primary care unskilled. This result reflects the lack of specialized mental health services and reinforces the importance of the preparation of the general practitioner and the whole team of family health for case identification, monitoring, family support and as a facilitator of social inclusion. **Keywords:** mental disorder, health services, family health; psychotic disorder.

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Tabela 1</b> - Prevalência de respostas positivas para questões referentes aos sintomas psicóticos por sexo na população da cidade de Guarujá, SP.....	21
<b>Tabela 2</b> – Distribuição por sexo da população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	22
<b>Tabela 3</b> - Número de respostas positivas para o escore dos sintomas psicóticos em comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	22
<b>Gráfico 1</b> – Estado civil da população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	23
<b>Tabela 4</b> - Grau de escolaridade da população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	24
<b>Tabela 5</b> - Tipo de moradia da população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	24
<b>Tabela 6</b> - Situação de emprego ou ocupação atual em população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	25
<b>Tabela 7</b> – Variação de renda per capita de uma população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	26
<b>Tabela 8</b> - Utilização do CAPS no último mês por indivíduos de uma população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	26
<b>Gráfico 2</b> – Uso de serviços públicos de saúde em população com sintoma psicótico de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	27
<b>Gráfico 3</b> – Diagnóstico referido na população com sintoma psicótico de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP.....	28

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS = Agente Comunitário de Saúde

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CAPSi = Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LCRF = Life Chart Rating Form

MS = Ministério da Saúde

OMS = Organização Mundial da Saúde

PS = Pronto Socorro

PSF = Programa de Saúde da Família

SRQ-30 = Self Report Questionnaire 30

SUS = Sistema Único de Saúde

TECLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC = Transtorno Mental Comum

UBS = Unidade Básica de Saúde

USAFA = Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

Resumo.....	08
Abstract.....	09
Lista de Tabelas e Gráficos.....	10
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	11
1. Introdução.....	13
2. Objetivo.....	16
2. 1. Objetivo Geral.....	16
2. 2. Objetivo Específico.....	16
3. Metodologia.....	17
3. 1. Desenho.....	17
3. 2. Amostra.....	17
3. 3. Instrumentos.....	18
3. 3. 1. Self Report Questionnaire (SRQ).....	18
3. 3. 2. Entrevista Clínica (LCRF).....	19
3.4. Procedimento.....	19
3.5. Análise dos dados.....	20
3.6. Aspectos Legais.....	20
4. Resultados.....	21
5. Discussão.....	30
6. Conclusão.....	34
7. Referência Bibliográfica.....	35
Anexo I - Tecele (termo de consentimento livre e esclarecido).....	39
Anexo II – Self Report Questionnaire.....	41
Anexo III – Entrevista Clínica.....	43

## 1. INTRODUÇÃO

A prevalência dos transtornos mentais sejam transtornos mentais comuns ou transtornos psicóticos, configura-se como objeto de muitos estudos epidemiológicos. Em uma revisão de literatura dirigida, Eaton *et al*, 2008 encontraram prevalências que variaram de 9,1% para transtornos de personalidade, 5,9% para abuso de álcool, 4,8% para fobias simples a 0,5% para esquizofrenia e 0,6% para transtorno bipolar.

No geral, transtornos mentais acometem mais mulheres. Transtornos de ansiedade e fobias têm uma prevalência de 21,5% nas mulheres e 9,0% em homens, os transtornos depressivos 11,8% e 3,4%, respectivamente e os transtornos de estresse pós-traumático 6,5% e 1,7%. As exceções são os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, com prevalências de 5,0% para homens e 2,2% para mulheres (Andreoli *et al* in Cohn *et al*, 2012).

Uma porcentagem da população necessita, ainda, de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos graves e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). Os transtornos psicóticos apresentam baixa prevalência na população geral (de 0,5% a 1,0%), os transtornos esquizofrênicos e afetivos bipolar, que estão nesse grupo, apresentam no Brasil prevalências na ordem de 0,6% e 0,2%, respectivamente (Almeida Filho *et al*, 1997).

Apesar da baixa prevalência, os transtornos psicóticos representam elevada sobrecarga para a sociedade, sendo exemplo mais importante o transtorno esquizofrênico. A sobrecarga é devida à gravidade do quadro clínico, pela evolução crônica e a necessidade de um tratamento por um longo período de tempo. O quadro é caracterizado por alteração psicopatológica no pensamento, linguagem, percepção, auto percepção e experiências psicóticas, tais como delírios e alucinações (Martin *et al*, 2011).

No âmbito da reforma da assistência psiquiátrica que tem como um de seus pilares a territorialização do cuidado aparece a necessidade da construção de uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, favorecendo as ações de cunho preventivo e de promoção

de saúde mental, tendo a estratégia de saúde da família o local ideal para seu desenvolvimento (Nunes *et al*, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 e desde o final da década de 1990 vem sendo assumido pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país. (Elias *et al*, 2006).

A busca por reorientar as práticas e ações e fortalecer a Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS, visando resolver, na atenção primária, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes, é um desafio e para que esse nível de resolutividade aconteça é necessária a existência do vínculo e do diálogo entre as equipes de Saúde da Família e as de Saúde Mental (Botti e Andrade, 2008).

As equipes de saúde da família, cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental, devido sua proximidade com as famílias e comunidade, tornando-se, assim, recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados as diversas formas de sofrimento psíquico, com o compromisso de atuar com responsabilidade sanitária em seu território (Brasil, 2003).

Estas equipes, entretanto, estão aquém das necessidades de assistência à saúde mental no nível primário, pois não vem conseguindo atender a demanda (Lancetti, 2001), respondem, em geral, por um percentual mínimo da demanda em saúde mental, quando poderiam ser as primeiras opções de acolhida e atenção (Dimenstein *et al*, 2005).

Em um estudo realizado em Natal/RN, observou-se uma demanda reprimida em saúde mental, pois havia um elevado percentual de usuários sem acompanhamento de profissionais entre a população atendida pela estratégia de saúde da família. Além disso, observou-se também o uso elevado e crônico de benzodiazepínicos, sem acompanhamento sistemático e pouca procura dos serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Dimesntein *et al*, 2005).

No sistema de saúde do município do Guarujá – SP, a principal porta de entrada do sujeito portador de transtorno mental para o serviço público de saúde é a estratégia de saúde da família. O município conta com 26 equipes de saúde da família e 6 prontos

socorros municipais, que prestam o primeiro atendimento e encaminham dos pacientes para os serviços especializados.

O município de Guarujá está localizado na Região Metropolitana de Santos, litoral sul do Estado de São Paulo e possui cerca de 290 mil habitantes (IBGE, 2010). A assistência em saúde mental, conta com um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e um Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), todos com horário de funcionamento das 8hs às 17hs e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) com funcionamento 24hs.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) oferecem os seguintes serviços: hospitalidade integral, hospitalidade diurna e hospitalidade noturna, atendimentos individuais aos pacientes e família, atendimentos em grupo, reabilitação psicossocial, atividades extra institucionais, medicação assistida, triagem dos atendimentos.

O município, portanto, dispõe de uma rede de assistência especializada em saúde mental e também equipes de saúde da família, sendo assim o portador de transtorno mental pode se beneficiar de ações conjuntas, articuladas de acordo com o grau de complexidade do atendimento e de suas necessidades. Nosso propósito é, por meio da identificação de casos de transtornos mental grave e a sua utilização de serviço de saúde, verificar se existe uma ação articulada de assistência à saúde mental de uma população adstrita a uma equipe de saúde da família do município de Guarujá, garantindo não só o início do tratamento, mas a continuidade e resultado do mesmo.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1. Objetivo Geral**

Identificar sujeitos portadores de sintomas para transtorno psicótico e observar utilização dos serviços de saúde, tratando-se de uma população atendida por equipe de profissionais de uma Unidade de Saúde da Família.

### **2.2. Objetivo Específico**

Estimar as prevalências de sintomas de transtorno psicótico em população atendida por equipe de profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família.

Estudar a associação entre supostos casos de transtorno psicótico e perfil demográfico da população, histórico clínico e uso de serviço.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Desenho**

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado em duas etapas subsequentes. A primeira etapa de rastreamento de sintomas psicóticos e na segunda etapa uma entrevista clínica.

#### **3.2. Amostra**

A Unidade de Saúde da Família Perequê atende a população moradora no Bairro Perequê, cidade de Guarujá/SP, em toda sua extensão, sendo uma média de 11900 habitantes.

Esta população está dividida e cadastrada em quatro equipes de saúde da família (04, 05, 12 e 13), de acordo com uma divisão territorial que permite um número de habitantes bem próximo do igual para cada uma das equipes.

O estudo foi conduzido na comunidade da área 12 que possui 879 famílias cadastradas, totalizando 3027 pessoas. É uma comunidade carente que reside, em sua maioria, sobre palafitas e vive basicamente da pesca e artesanato.

Na primeira etapa, uma amostra de conveniência representada por 527 pessoas cadastradas na área 12, maiores de 15 anos, aceitou participar da pesquisa. Durante as visitas domiciliares os agentes comunitários de saúde apresentaram o estudo e após aceitarem participar responderam ao questionário SRQ-30.

Para a segunda etapa foram identificados 45 sujeitos, destes, 75,6% aceitaram participar de uma entrevista clínica (n=34). Houve uma perda de 11 sujeitos cujos motivos foram: 04 por mudança da comunidade, 04 não foram encontrados em sua residência na ocasião após 4 visitas domiciliares e 03 por recusa sem justificativa.

### 3.3. Instrumentos

#### 3.3.1. Self Report Questionnaire (SRQ-30)

O Self Report Questionnaire-30 (SRQ-30) (Anexo IV) é uma escala de rastreamento composta de 30 questões de resposta positiva ou negativa para alterações somáticas, comportamentais, cognitivas e de humor e foi o instrumento usado na primeira fase do estudo no intuito de selecionar sujeitos que demonstram sintomas para transtorno psicótico.

As escalas de rastreamento foram os primeiros instrumentos utilizados nos levantamentos epidemiológicos. Taxas de prevalência de doença mental eram calculadas tomando como base o escore do instrumento que melhor discriminava casos de não-casos (Andreoli *et al*, 2000).

Com o desenvolvimento de sistemas classificatórios multiaxiais, as escalas de rastreamento passaram a ser desenvolvidas e utilizadas como indicadoras de casos potenciais e não como instrumento diagnóstico individual, usado, sobretudo, por ser um instrumento de custo relativamente baixo, podendo ser aplicado por entrevistadores leigos, direcionando apenas uma pequena porção dos casos a entrevista clínica (Andreoli *et al*, 2000).

Originalmente, o SRQ é composto por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool (Mari e Willians, 1986; Gonçalves *et al*, 2008).

A versão brasileira do SRQ-20 (versão com as 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos) foi validada, apresentando indicadores para os pontos de corte 7/8 para mulheres e 5/6 para homens a sensibilidade de 83%, especificidade de 80% (Mari e Willians, 1986).

### **3.3.2. Entrevista clínica - Life Chart Rating Form (LCRF)**

Para a entrevista clínica foi utilizado o “Life Chart Rating Form” (LCRF) que além da história clínica do indivíduo, forneceu informações sobre a caracterização da população e o percurso dos pacientes pelo serviço público de saúde (Anexo V). O LCRF é um instrumento desenvolvido pela OMS para se obter informações longitudinais sobre o curso e evolução da esquizofrenia (WHO, 1992).

É um questionário composto por questões abertas e questões fechadas cujo roteiro inicia com a identificação do paciente: característica sócio-demográfica, vínculo empregatício e financeiro, além de informações sobre o uso de serviço da saúde mental desde o aparecimento dos primeiros sintomas da doença e a investiga a participação da família nesse percurso.

Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado para a língua portuguesa, pelo Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de São Paulo (WHO, 1992).

### **3.4. Procedimento**

Este trabalho aconteceu em duas etapas.

No primeiro momento, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalhadores da equipe 12 da Unidade de Saúde da Família Perequê foram treinados para aplicação do SRQ-30, a fim de promover sensibilização na realização do trabalho, além de esclarecer dúvidas em torno da aplicação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE - Anexo I) e oferecer suporte técnico com encontros semanais para acompanhamento.

O questionário (SRQ-30) foi aplicado pelos cinco agentes de saúde em suas visitas domiciliares a todos os sujeitos maiores de 15 anos encontrados em casa naquele momento. O agente de saúde explicou o objetivo do estudo e aquele que aceitou participar assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os questionários foram aplicados durante o primeiro semestre do ano de 2010 a 527 pessoas, conforme critérios descritos no ítem 3.2. Dentre estes, foram selecionados aqueles

que apresentaram três ou quatro respostas positivas para as questões referentes a sintomas de transtorno psicótico (questões 21, 22, 23 e 24). Com este escore, os pacientes selecionados para a segunda etapa estariam mais próximo possível de um quadro psicótico.

Participaram da segunda etapa 34 sujeitos que responderam a entrevista clínica, o Life Chart Rating Form (LCRF) que por sua vez foi aplicada individualmente em visitas domiciliares realizadas pessoalmente pela pesquisadora.

### **3.5. Análise de Dados**

A análise descritiva dos dados foi utilizada para o cálculo da prevalência de sintomas psicóticos. Neste estudo foi considerado como suposto caso de transtorno psicótico os indivíduos que apresentaram 3 ou 4 sintomas psicóticos investigados por meio SRQ-30. O estudo da associação entre o grupo de indivíduos identificados como supostos casos de transtorno psicótico e as variáveis demográficas, o uso do serviço público de saúde mental e o histórico da doença, foi analisada por meio de tabelas de contingência e teste qui-quadrado.

### **3.6. Aspectos éticos**

O protocolo do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – COMET da Universidade Católica de Santos (processo nº 1034-8-2010) e à análise da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarujá/SP. Todos os participantes preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 4. RESULTADOS

### Primeira Etapa

Primeira etapa do estudo compreendeu uma amostra de 527 sujeitos (n=527), maiores de 15 anos, moradoras do Bairro Perequê, cidade de Guarujá/SP, cadastradas na área 12 da Unidade de Saúde da Família (USAFA) Perequê e que responderam ao SRQ-30. Destes 65,1% (n=344) eram do sexo feminino, apresentaram idade média de 44 anos para homens (dp= 15,3) e de 40 anos para as mulheres (dp=16,2), ambos com variação de idade entre 15 e 80 anos.

Entre os indivíduos entrevistado na primeira etapa, 51,4% (n=271) apresentaram ao menos 1 sintoma para transtorno psicótico e 8,5% (n=45) apresentaram 3 ou mais respostas positivas para este sintomas. (Tabela 1).

**Tabela 1 - Prevalência de respostas positivas para questões referentes aos sintomas psicóticos por sexo de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=527**

Sintomas psicóticos no SRQ (Questões 21 a 24)	Feminino	Masculino	Total
O Sr(a) acha que alguém tem tentado prejudicá-la de alguma forma?	82 (64,1%)	46 (35,9%)	128
O Sr/Sra é uma pessoa muito mais importante do que a maioria das pessoas acha? **	89 (56,7%)	68 (43,3%)	157
O Sr(a) notou qualquer interferência ou qualquer coisa diferente com o seu pensamento? **	71 (76,3%)	22 (23,7%)	93
Já ouviu vozes sem saber de onde vêm ou que outras pessoas não ouvem? **	91 (78,4%)	25 (21,6%)	116
Total	343 (65,1%)	184 (34,9%)	527

\*\* p < 0,01

## Segunda Etapa

Dos 34 sujeitos selecionados para a segunda etapa do estudo, 25 são do sexo feminino (73,5%) e 09 são do sexo masculino (26,5%) (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição por sexo em população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

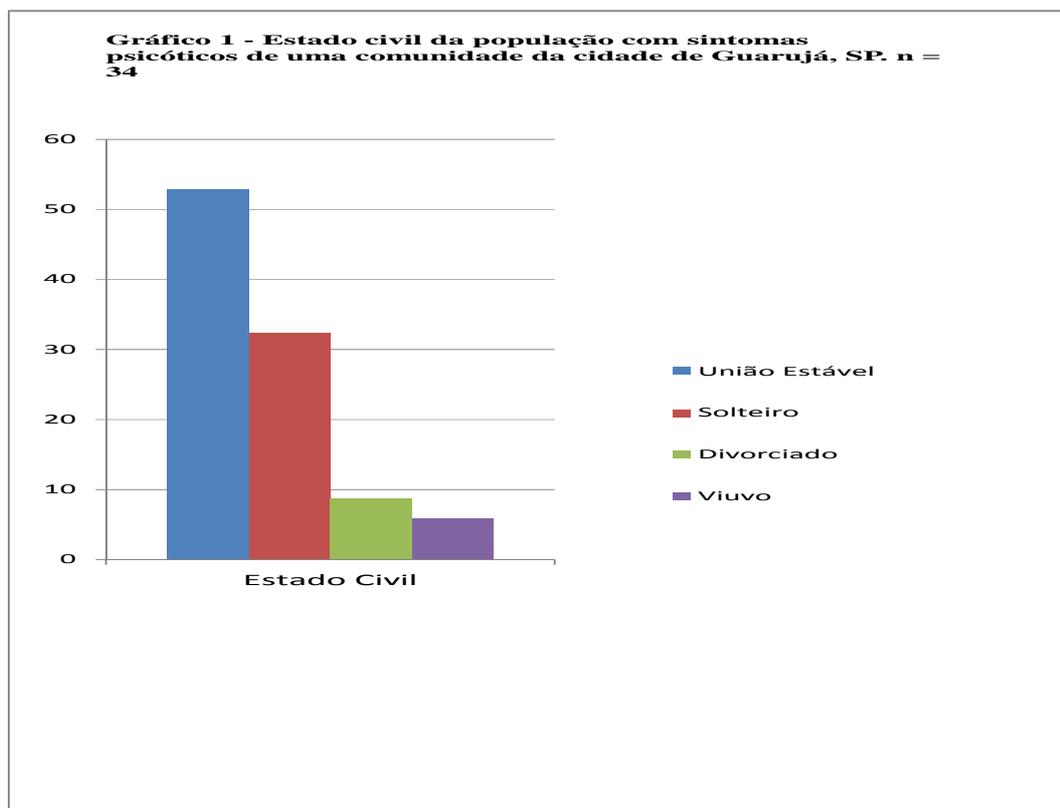
<b>Gênero</b>	<b>Frequência(n)</b>	<b>n(%)</b>
Feminino	25	73,5%
Masculino	09	26,5%
Total	34	100,0%

Vinte e cinco sujeitos também responderam positivamente a 03 das questões (73,5%) e 09 responderam positivamente a 04 questões (26,5%) (Tabela 3).

**Tabela 3 – Número de respostas positivas para o escore dos sintomas psicóticos em comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

<b>Nº respostas positivas para sintomas psicóticos</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>(n%)</b>
03	25	73,5%
04	09	26,5%
Total	34	100,0%

O estado civil dos entrevistados está representado por 18 pessoas em união estável (52,9%), 11 pessoas solteiras (32,4%), 02 pessoas viúvas (5,9%) e outras 03 divorciadas (8,8%) (Gráfico 1).



Quanto ao nível de escolaridade, 17 sujeitos (50%) referiram possuir até o 5º ano do Ensino Fundamental, 12 sujeitos (35%) com nível de estudo entre o 6º e 8º ano do Ensino Fundamental e 03 sujeitos (8,8%) com Ensino Fundamental completo.

Dois sujeitos referiram analfabetismo (5,8%), nenhum referiu Ensino Médio ou Superior (Tabela 4).

**Tabela 4 – Grau de escolaridade da população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>(n%)</b>
<b>Sem estudos oficialmente</b>	02	5,9%
<b>1° ao 5° ano Ensino Fundamental</b>	17	50,0%
<b>6° ao 8° ano Ensino Fundamental</b>	12	35,0%
<b>Ensino Fundamental Completo</b>	03	8,8%
<b>Total</b>	34	100,0%

Moram em casa de alvenaria 22 entrevistados (64,7%), os outros 12 indivíduos moram em casa de madeira (35,3%) (Tabela 5) e 26,5% das residências abrigam 4 ou mais moradores. Apenas 4 entrevistados moram sozinhos (11,8%), todos homens.

**Tabela 5 – Tipo de moradia da população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

<b>Tipo de moradia</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>(n%)</b>
<b>alvenaria</b>	22	64,7%
<b>madeira</b>	12	35,3%
<b>total</b>	34	100,0%

O desemprego acomete 38,2% dessa amostra (n=13), sendo que para os outros 21 indivíduos é levado em consideração tanto emprego formal quanto informal (Tabela 6).

Dos desempregados, 29,4% (n=10) estão sem ocupação há mais de 6 meses e são predominantemente mulheres, com apenas um representante do sexo masculino. Estão aposentados, 03 sujeitos (8,8%), 01 (2,9%) recebe auxílio doença e 01 (2,9%) recebe seguro desemprego.

**Tabela 6 – Situação de emprego ou ocupação atual em população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

<b>Situação de emprego</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>(n%)</b>
<b>Desempregado (a)</b>	13	38,2%
<b>Trabalho formal ou informal</b>	21	61,8%
<b>Total</b>	34	100,0%

A média de renda mensal familiar variou entre R\$ 360,00 e R\$ 7000,00 e calculada a renda per capita, observamos uma variação entre R\$ 120,00 e R\$ 2300,00, sendo que a maioria das famílias tem sua renda per capita próxima a um salário mínimo (Tabela 7).

Dentre as famílias estudadas, 02 (5,9%) apresentaram renda per capita abaixo de R\$ 140,00 e apenas uma família (2,9%) tinha renda per capita acima da média nacional, que segundo o IBGE era de R\$ 1.211,33, em 2012. (Tabela 7).

**Tabela 7 – Variação de renda per capita de uma população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

<b>Renda per capita</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>(n%)</b>
<b>Até R\$ 140,00</b>	02	5,9%
<b>De R\$ 141,00 a R\$ 600,00</b>	29	85,3%
<b>De R\$ 601,00 a R\$ 1211,33</b>	02	5,9%
<b>Acima de R\$ 1211,33</b>	01	2,9%
<b>Total</b>	34	100,0%

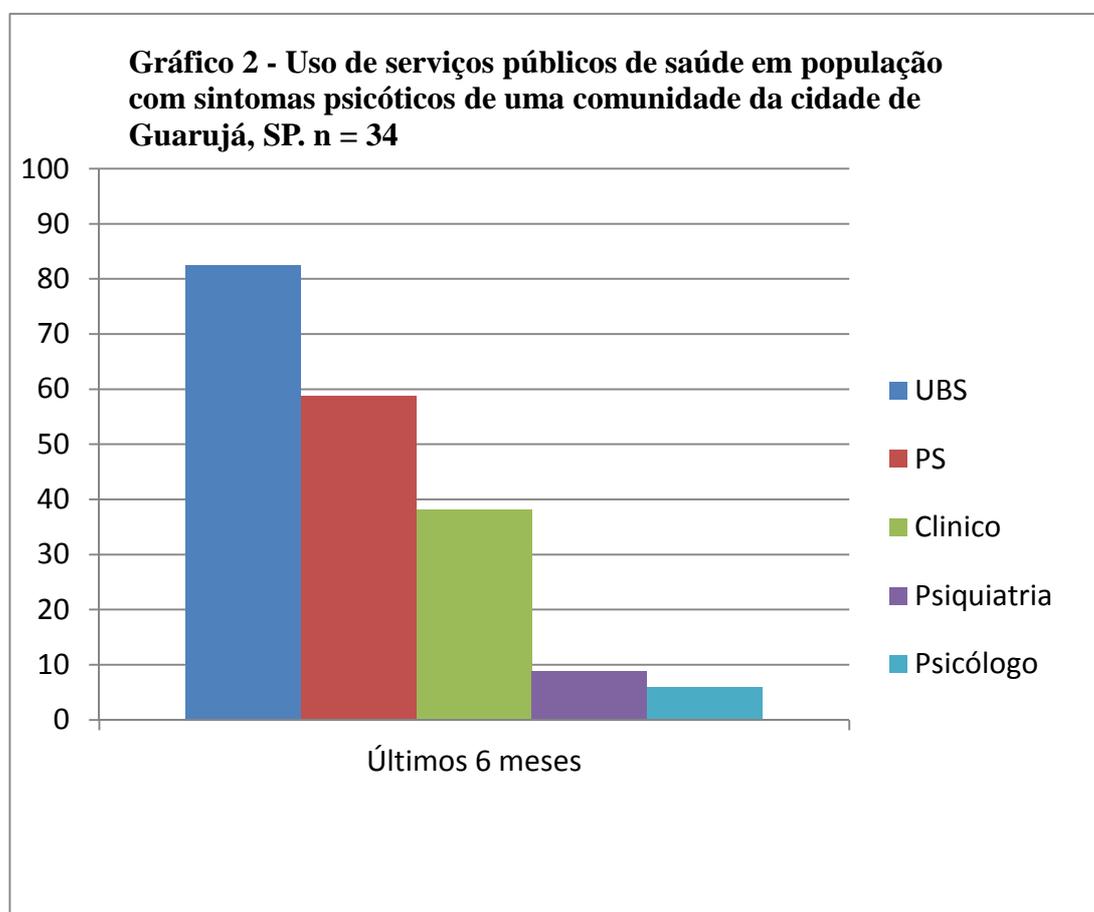
Com relação a utilização os serviços de saúde, observamos que fizeram uso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nos últimos 30 dias, apenas 2 pessoas (5,9%), ambas do sexo feminino (Tabela 8).

**Tabela 8 – Utilização do CAPS nos últimos 30 dias por indivíduos de uma população com sintomas psicóticos de uma comunidade da cidade de Guarujá, SP. n=34**

<b>Utilizaram o CAPS</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>(n%)</b>
<b>Sim</b>	02	5,9%
<b>Não</b>	32	94,1%
<b>Total</b>	34	100,0%

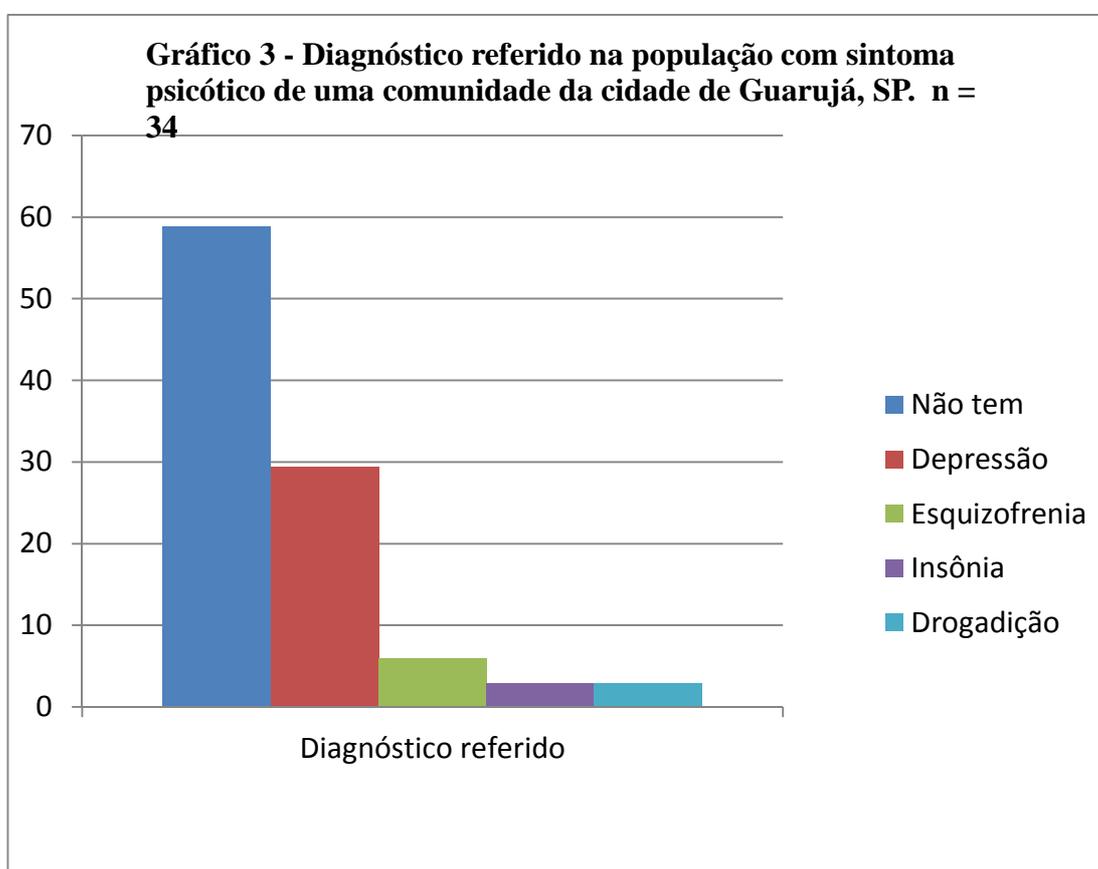
Já para os demais serviços públicos de saúde, considerando o uso nos últimos 6 meses, observamos que 58,8% dos sujeitos (n=20) fizeram uso do pronto socorro clínico ou hospital geral neste período. Vinte e oito sujeitos (82,4) foram atendidos na atenção básica, representada na comunidade pela Unidade de Saúde da Família.

Passaram por consulta com o clínico geral, 38,2% deles (n=13), em consulta com o psiquiatra foram três pessoas (8,8%) e em atendimento com psicólogo, foram duas pessoas (5,9%) (Gráfico 2).



Apenas um paciente esteve internado em hospital geral nos últimos 6 meses (2,9%) e também apenas um deles esteve em consulta com o dentista no mesmo período (2,9%).

Dos pacientes entrevistados, 20 sujeitos não sabem referir hipótese diagnóstica (58,8%) e dos 14 restantes que possuem diagnóstico atual referido (41,2%), 29,4% referem ter depressão (n=10), 5,9% esquizofrenia (n=2), 2,9% insônia (n=1) e 2,9% dependência química (n=1) (Gráfico 3).



Indivíduos que fazem uso de medicação psiquiátrica totalizam 17 (50%), sendo que 05 deles (14,7%) estão entre aqueles que não sabem referir sua hipótese diagnóstica. Destes 17 sujeitos que fazem uso de medicação, 05 usam por indicação do clínico geral (29,4%) e os outros 12 por indicação do psiquiatra (70,6%). Noventa e quatro por cento dos pacientes estão satisfeitos com a medicação que usam (n=16).

Com relação aos casos de internação psiquiátrica na vida, apenas 04 indivíduos já estiveram internados (11,8%); um deles passou por três internações na vida e nos últimos 12 meses houve apenas um caso de internação em hospital psiquiátrico.

Dentre os 34 indivíduos entrevistados, 12 referiram ter tido pensamento suicida alguma vez na vida (35,2%), sendo que 03 deles tiveram esse pensamento nos últimos 12 meses (8,8%). Apenas 04 indivíduos realmente tentaram contra a própria vida (11,8%), todos ocorridos há mais de um ano, em 02 casos houve reincidência.

## 5. DISCUSSÃO

Os principais achados deste trabalho foram a prevalência alta de sujeitos com sintoma para transtorno psicótico e o fato de que maioria destes sujeitos procuraram atendimento de saúde em pronto socorro ou atenção básica não especializada.

A prevalência encontrada na primeira fase deste estudo foi de 8,5%, lembrando que se trata de um rastreamento para sintomas psicóticos, cujo diagnóstico médico poderá confirmar ou não a existência da patologia. Sobre pacientes com diagnósticos já confirmados, um estudo realizado em três cidades brasileiras por Almeida Filho *et al* (1997) encontrou uma prevalência de 0,5% a 1,0% para transtorno psicótico, prevalência que é confirmada em outros estudos epidemiológicos pelo mundo (Murray e Lopez, 1996).

A principal limitação deste estudo foi a utilização instrumentos de rastreamento para identificação de caso, isso pode aumentar a proporção de possíveis casos. Outra limitação foi que os indivíduos na segunda etapa não foram entrevistados com um instrumento diagnóstico padronizado.

A prevalência alta de sintomas psicóticos encontrada no nosso estudo pode estar relacionada à situação socioeconômica desfavorável da população. A situação socioeconômica desfavorável desta população pode ser confirmada por trata-ser de uma população de baixa renda, com condições precárias de moradia e baixo nível de escolaridade, condições que podem aumentar a vulnerabilidade desta população para transtornos mentais (Silva e Santana, 2012).

A situação de vulnerabilidade social tem sido relacionada à prevalência alta de transtornos mentais, sobretudo nos transtornos de humor, tais como a depressão (Ludermir, 2008; Martin, 2007). Fator individual e comunitário de nível econômico ao nascer tem sido associado com o aumento do risco para esquizofrenia, porém ainda necessitando de maiores investigações (Werner et al, 2007).

Dos indivíduos identificados no estudo como tendo 3 ou mais sintomas, apenas 41% referiram ter algum diagnóstico psiquiátrico. Esta baixa percepção da saúde pode

estar relacionada ao grau de instrução dos sujeitos, o qual no nosso estudo foi baixo entre os indivíduos. A escolaridade tem sido relacionada à percepção dos problemas de saúde, mas também às dificuldades de acesso ao serviço e compreensão das orientações sobre saúde, dificultando o seguimento das orientações e os procedimentos médico-terapêuticos indicados (Alves *et al* in Silva, 2008).

A elevada prevalência de sujeitos com sintomas para transtorno psicótico e o impacto negativo que estes transtornos causam na qualidade de vida dos seus portadores e familiares, somado a ser morador de uma comunidade vulnerável, nos remete à necessidade de se investir em programas de saúde mental preparados para esta situação. Neste contexto a estratégia de saúde da família tem lugar de relevância, pois suas ações podem representar um avanço o sentido de facilitar e auxiliar no acesso ao serviço de saúde (Gonçalves *et al* , 2008), no acompanhamento do tratamento, suporte familiar e também auxiliando na inserção social do portador de transtorno mental.

A incorporação de ações em saúde mental no cotidiano dos profissionais da atenção básica corresponde ao compartilhamento das práticas de atenção em saúde. Esta aproximação não pretende delegar ou transferir aos técnicos da atenção básica a realização de ações que estejam além das suas competências profissionais, mas trata-se de descobrir as potencialidades de cada profissional, construindo um trabalho de ações compartilhadas e corresponsáveis (Junior *et al*, 2010). Não se trata, portanto, apenas de desenvolver as habilidades para o diagnóstico e terapia medicamentosa em psiquiatria, mas principalmente o desenvolvimento de habilidades para utilizar o vínculo e a confiança para estimular a adesão de pacientes e familiares nesse tratamento complexo (Ballester *et al*, 2005).

Observamos que os sujeitos procuram por consultas médicas com o clínico geral, profissional disponível no bairro, o que facilita o acesso, mas temos uma porcentagem que ainda necessita de um diagnóstico esclarecido, ainda que diferente de transtorno psicótico.

Médicos clínicos referem, em estudos, que percebem problemas de saúde mental em alguns de seus pacientes no seu dia a dia de trabalho e fazem o melhor para atendê-los, até em situação de crise, porém o diagnóstico e tratamento de problemas mentais ainda são vistos como uma tarefa para especialistas, uma vez que este pode exigir longo tempo e sofisticação no atendimento (Ballester *et al*, 2005).

Além da questão clínica, observamos que a maioria também não passou por acompanhamento psicoterápico, seja pelo difícil acesso ao serviço especializado, ou por não haver um profissional especializado na unidade, ou ainda pela falta de preparo da equipe em oferecer este suporte.

O município oferece duas modalidades de atendimento especializado a pacientes com transtorno mental: o ambulatório de especialidades e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ambos estão localizados na região central da cidade, cuja distância pode dificultar o acesso mais frequente dos pacientes a eles, já que tivemos duas pessoas usando este serviço em 30 dias.

Mesmo com a existência dos CAPS como referência especializada em saúde mental no território, eles têm uma função específica, mas é no dia-a-dia do trabalho das equipes de saúde da família que os problemas de saúde mental afloram; por isso, essa dimensão assistencial precisa ser estimulada e apoiada (Junior *et al*, 2010), sobretudo na comunidade estudada que dispõe deste serviço.

No ano de 2001, a proposta de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica foi discutida, em âmbito nacional, na Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (MS, 2001). Nesta ocasião o Ministério da Saúde incorporou o conceito de apoio matricial, que foi desenvolvido na perspectiva da mudança de modelos assistenciais em saúde e é entendido como um arranjo organizacional para desenvolver o trabalho conjunto em saúde (Campos, 1999).

Campos e Domitti (2007) traz que o Matriciamento ou Apoio Matricial constitui-se ainda como uma metodologia de trabalho complementar ao sistema de referência e contra-referência oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de saúde da família, sendo parceiro significativo no reconhecimento e atendimento às necessidades da população.

Na unidade de saúde da família estudada, houve um projeto para início dos trabalhos de matriciamento que não progrediu. Os pacientes dão continuidade ao uso de medicamentos psicotrópicos com suas receitas renovadas pelo clínico geral que, quando vê

a necessidade de alteração da medicação, o encaminha para o psiquiatra no serviço de referência. Isso acontece tanto para os portadores de transtornos leves como para os graves, não havendo um projeto terapêutico adequado desenhado para esses pacientes.

Para os casos que necessitam ser acompanhados por especialistas (psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas) talvez seja necessário buscar apoio do serviço de assistência social no sentido de garantir transporte para que este aconteça de forma assídua, integral e sempre que possível com a participação de familiares.

Assim, observamos que os modos de cuidado baseados nos princípios da integralidade ainda são muito incipientes, mesmo com todas as experiências bem sucedidas realizadas pelo país, as iniciativas de alguns gestores locais e a existência de um campo de discussão consolidado em torno da articulação entre saúde mental e atenção básica. As equipes não estão capacitadas para atender essa demanda e, na maioria das vezes, atribuem esse papel a profissionais como psiquiatras e psicólogos, delimitando o campo de atenção aos especialistas (Dimenstein *et al*, 2005).

## 6. CONCLUSÃO

A população estudada apresentou elevada prevalência de sujeitos portadores de sintomas para transtorno mental em sua forma mais grave (transtorno psicótico). Estes pacientes, em sua grande maioria, buscou atendimento médico em pronto socorro e em atenção básica não especializada (Unidade de Saúde da Família).

A ausência de um projeto terapêutico para acompanhamento, sobretudo para aqueles pacientes que tem um diagnóstico ou que fazem uso de medicamento psiquiátrico, mostra a importância do investimento na parceria saúde mental/ atenção básica, seja no intuito de garantir o acesso ao serviço especializado ou no trabalho de capacitação do clínico geral para o diagnóstico e prescrição de medicamentos, e capacitação da equipe da Saúde da Família no acompanhamento, suporte familiar e como facilitador da inserção social.

## 7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, v. 171, p. 524-9, Dec 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9519090>>.

ALVES, M. C. G. P.; ALVES, O. S. F.; BOUSQUAT, A. E. M.; ESCUDER, M. M. L.; SEGRI, N. J. Uso de serviços de saúde. In: SILVA, A. M. S. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista / Organizado por Maria Mercedes Loureiro Escuder, Paulo Henrique Nico Monteiro e Lígia Rivero Pupo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Pág 65-85.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA FILHO, N; COUTINHO, E.S.F.; MARI, J.J. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Rev. Saúde Pública* vol.34 n.5 São Paulo, 2000.

ANDREOLI, S. B. *et al.* Saúde Coletiva como campo de produção de conhecimento na promoção de saúde mental. In: COHN, A.; MARTIN, D., *et al* (Ed.). Pesquisa em Saúde Coletiva: Diálogos e Experiências. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, v.I, 2012. cap. 5, p.171. ISBN 978-85-60360-34-5.

BALLESTER, D. A. *et al.* The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J*, v. 123, n. 2, p. 72-6, Mar 2 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15947834> >.

BOTTI, N.C.; ANDRADE, W.V. A saúde mental na atenção básica – articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. *Cogitare enfermagem*:13(3):387-394, jul-set, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003 em [WWW.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes](http://WWW.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes).

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 393-403.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y.F.; BRITTO, M.; SEVERO, A.K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental v.3 n.5 Barbacena nov. 2005.*

EATON, W. W.; MARTINS, S.S.; NESTADT, G.; BIENVENU, J.O.; CLARKE, D.; ALEXANDRE, P. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, v. 30, n. 1, p. 1-14, Nov 1 2008. ISSN 0193-936X. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806255>.

ELIAS, P.; FERREIRA, C.S.W.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA, V.S.C.; ESCRIVÃO JUNIOR, A.; GOMES, A.P.A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 633-641, 2006.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A.T.;KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self Report Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública vol.24 n° 2 R.J., fev,2008.*

IBGE Cidades. Censo 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=370>.

IBGE Perfil dos Municípios Brasileiros. Censo 2012. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/>

JUNIOR, J.M.L.; MELO, S.C.F.; BRAGA, L.A.V.; DIAS, M.D. Saúde Mental e Saúde da Família: implicações, limites e possibilidades. *Cad. Saúde Colet.*, 2010, Rio de Janeiro, 18 (2): 229-33.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. Saúde e Loucura 7. São Paulo: Hucitec. p.11-52, 2001.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. Physis [online]. 2008; 18(3):451-67.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J. Psychiatry 1986; 148:23-6.

MARI, J.J.; ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, E.S.; ANDREOLI, S.B.; MIRANDA, C.T., et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. Psychol Med 23: 467–474, 1993. [PubMed]

MARTIN, D.; QUIRINO J.; MARI J. J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007; 41(4):591-97.

MARTIN, D.; ANDREOLI, S.B.; PINTO, R.M.F.; BARREIRA, T.M.H.M. Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. Revista de Saúde Pública (USP. Impresso), v. 45, p. 693-699, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. The global burden of disease. Harvard School of Public Health; 1996. Acesso em 20 de outubro de 2013. [ Links ]

NUNES, M; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública vol.23 no.10 Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, D. F.; SANTANA, P.R. Transtornos Mentais e Pobreza no Brasil: Uma Revisão Sistemática. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva (ISSN 1982-8829). v. 6, n. 4 (2012) <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/1099>

WERNER, S.; MALASPINA, D.; RABINOWITZ, J. Socioeconomic Status at Birth Is Associated With Risk of Schizophrenia: Population-Based Multilevel Study. *Schizophr Bull.* 2007; 33:1373-78.

WHO. Chart Rating Form. Geneva: World Health Organization, 1992.

**ANEXO I - Tecla (termo de consentimento livre e esclarecido)**

Eu,..... fui informado sobre o estudo sobre o mapeamento de sujeitos portadores de transtornos mentais dentro da equipe 12 do programa de saúde da família do Bairro Perequê.

O objetivo deste estudo é, identificar os sujeitos portadores de transtorno mental dentro da população cadastrada na área 12, da Unidade de Saúde da Família do Bairro Perequê (USAFÁ Perequê), cidade de Guarujá/SP e avaliar o uso que os pacientes portadores de transtorno mental grave fazem do serviço público de saúde. Trata-se de uma pesquisa realizada pela mestrandia Cláudia Viviane de Castro e coordenada pelo Professor Doutor Sérgio Baxter Andreoli no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos.

1. Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar respondendo a um questionário durante uma visita domiciliar de um pesquisador a respeito de sinais e sintomas de possível transtorno psiquiátrico.
2. Não há nenhum risco neste estudo, no entanto se alguma questão me trazer desconforto, estarei livre para não respondê-la e sei que posso interromper minha entrevista a qualquer momento.
3. O acesso as minhas respostas será reservado ao pesquisador responsável e sua equipe. Nenhuma identificação será usada em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados do estudo. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
4. A vantagem que estarei tendo ao participar deste estudo é a de contribuir para melhor compreensão das necessidades dos pacientes com transtorno mental grave, assim como do sistema de saúde do qual é usuário.
5. Tenho direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase deste estudo. No caso de haver perguntas, dúvidas ou comentários quanto a minha participação neste estudo poderei entrar em contato com o coordenador do estudo, o psiquiatra Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos na Rua Carvalho de Mendonça, 144 ou pelo telefone (13) 3205-5555.
6. No caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos em pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, na Avenida Conselheiro Nébias, 300 ou pelo telefone (13) 3205-5555.

7. Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.
8. Minha participação neste estudo é voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
9. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito deste termo que li ou que leram para mim, descrevendo o estudo sobre o mapeamento de sujeitos portadores de transtorno mental dentro da equipe 12 da Unidade de Saúde da Família Perequê. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos e os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nos serviços de saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Data: \_\_\_\_\_

(Somente para o responsável pelo projeto) Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

Cláudia Viviane de Castro

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO II – Self Report Questionnaire

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Endereço ou telefone para contato: \_\_\_\_\_

- 1-Tem dores de cabeça frequente? ( )sim ( )não
- 2-Tem falta de apetite? ( )sim ( )não
- 3-Dorme mal? ( )sim ( )não
- 4-Fica com medo com facilidade? ( )sim ( )não
- 5-Suas mãos tremem? ( )sim ( )não
- 6-Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? ( )sim ( )não
- 7-Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva? ( )sim ( )não
- 8-Não consegue pensar com clareza? ( )sim ( )não
- 9-Sente-se infeliz? ( )sim ( )não
- 10-Chora mais que o comum? ( )sim ( )não
- 11-Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias? ( )sim ( )não
- 12-Acha difícil tomar decisões? ( )sim ( )não
- 13-Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho? ( )sim ( )não
- 14-Não é capaz de ter um papel útil na vida? ( )sim ( )não
- 15-Perdeu interesse nas coisas? ( )sim ( )não
- 16-Acha que é uma pessoa que não vale nada? ( )sim ( )não
- 17-O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça? ( )sim ( )não
- 18-Sente-se cansado todo o tempo? ( )sim ( )não
- 19-Tem sensações desagradáveis no estômago? ( )sim ( )não
- 20-Fica cansado com facilidade? ( )sim ( )não
- 21-Acha que alguém tem tentado prejudicá-lo de alguma forma? ( )sim ( )não
- 22-É uma pessoa muito mais importante do que a maioria das pessoas acham? ( )sim ( )não
- 23-Notou qualquer interferência ou qualquer coisa diferente com seu pensamento? ( )sim ( )não

24- Já ouviu vozes sem saber de onde vêm ou que outras pessoas não ouvem?

( )sim ( )não

25-Já teve convulsões, ataques ou quedas ao solo, com movimentos de braços e pernas, com mordidas de língua ou perda do conhecimento?

( )sim ( )não

26-Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que você estava bebendo demasiadamente?

( )sim ( )não

27-Alguma vez você tentou deixar de beber, mas não conseguiu?

( )sim ( )não

28-Teve problemas no trabalho ou estudo por causa da bebida, tais como beber no trabalho ou no colégio, ou faltar a ambos?

( )sim ( )não

29-Tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?

( )sim ( )não

30-Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo demasiadamente?

( )sim ( )não

## **ANEXO V – Entrevista Clínica**

1-Entrevistado:

1.1-Prontuário:

1.2-Entrevistador:

1.3-Data da entrevista:

1.4-Sexo:

1.5-Data de nascimento:

1.6-Naturalidade:

1.6.1-Cidade:

1.6.2-Há quanto tempo em Guarujá?

1.7-Estado civil:

1.7.1-Número de filhos:

1.8-Escolaridade:

1.9-Exerceu alguma ocupação nos últimos 6 meses?

1.10-Se não, há quantos anos parou de trabalhar:

2- Endereço:

2.1-Rua:

2.2-Número:

2.3-CEP:

2.4-Tipo de moradia:

2.5-Tempo de moradia:

2.6-Número de cômodos:

2.7-Números de outros residentes:

2.8-Total de despesas da família como moradia:

2.9-Contribuição do paciente nas despesas como moradia:

2.10-Fonte de contribuição do paciente:

2.11-Moradores em residências especiais:

2.11.1-Número total de profissionais do dia:

2.11.2-Número total de profissionais da noite:

2.12-Se o paciente vive com outras pessoas, complete a tabela abaixo:

	Sexo		Faixa etária				Emprego			
Relacionamento	masc	fem	0 -4	5-15	16-49	50-60	Ocupação	Tempo todo	parte	não

2.13-Esteve em delegacia, prisão ou hospital (geral ou psiquiátrico) nos últimos 6 meses?

3-Emprego atual/ocupação atual:

3.1-História de trabalho:

Situação nos últimos 6 meses		Número médio de horas trabalhadas por semana		Renda mensal	Trocou de emprego por causa do transtorno	
De mês/ano	Para mês/ano	Menor que 30	Maior que 30		Sim	Não

3.2-Quando trabalhando, quantos dias o paciente teve de licença médica do trabalho nos últimos 6 meses?

3.3-Quantos destes dias de licença foram por causa dos problemas mentais?

4-Paciente recebe atualmente algum benefício securitário social?

4.1- Se sim, liste detalhes abaixo

Benefício	Quantia por mês	Período de recebimento	Total que recebe por mês

4.2-Paciente recebeu outros benefícios nestes seis meses?

4.3- Se sim, liste detalhes abaixo

Benefício	Quantia por mês	Período de recebimento	Total que recebe por mês

4.4-O paciente tem outras fontes de renda?

4.5- Se sim, aproximadamente qual o total que recebe por mês?

4.6- Qual a fonte de renda?

4.7-O paciente tem alguma das seguintes despesas:

IPTU	
Multas	
Manutenção	
Dívidas	
Drogas/álcool/tabaco	
Medicação psiquiátrica	
Outras medicações	
Despesas com saúde	
Outras despesas	

4.8-Qual é a renda total mensal da família?

5-Utilização de CAPS no último mês

Nome	Data do início do tratamento	Tratamento anterior	Número de contatos diretos	Duração dos contatos diretos	Tempo de transporte

## 5.1-Modalidades de atendimento no último mês

Hospit a- lidade integral	Hospita -lidade diurna	Hospita li-dade noturna	Atendi- mentos individua is	Atend i- mento s grupai s	Atendi- mentos médico- psiquiátric o	Abordage ns extra- institucio- nais	Reabilita- ção psicossoci al

## 6-Serviços utilizados nos últimos 6 meses

Serviço	Nome do serviço	Agência provedora	Número de contatos diretos	Duração dos contatos diretos	Tempo médio de transporte	Número de visitas domiciliares
Pronto socorro/psiquiatria						
Pronto socorro/hospital geral						
Internação hospital psiquiátrico						
Internação hospital geral						

Centro de convivência						
Hospital dia						
Consultório psiquiatra						
Consultório psicologia						
Terapia ocupacional						
Fisioterapia						
Serviços de álcool e drogas						
Posto de saúde						
Clínico geral						
Dentista						
Oculista						
Assistência social						
Serviços de						

aconselhamento						
Agência de empregos						
Polícia						
Justiça						
Estágios						
Outros						

6.1-Algum parente ou amigo teve que faltar ao trabalho/escola para ficar com o paciente em casa?

6.1.1-Quem?

6.1.2-Quanto tempo ele/ela perdeu de trabalho/escola nos últimos 6 meses?

6.2-O paciente tem visto amigos e parentes mais vezes, por causa dos seus problemas com a sua saúde mental?

## HISTÓRIA DO TRANSTORNO

7-Transtorno atual

7.1-Diagnóstico atual:

7.2-Diagnóstico secundário:

7.3-Idade de início do transtorno:

8-Hospitalizações

8.1-Número de internações por problemas psiquiátricos na vida:

8.1.1-Número de internações por problemas psiquiátricos nos últimos 12 meses:

8.2-Número de meses internado por problemas psiquiátricos na última internação:

8.3-Quanto durou, em meses, o período mais longo em que esteve internado por problemas psiquiátricos:

### 9-Medicções nos últimos 12 meses

9.1-Utilizou alguma medicação por problema psiquiátrico?

9.2-Quantos medicamentos por problemas psiquiátricos você tomou?

9.3-Quais são os medicamentos utilizados nesse tratamento?

Nome	Apresentação	Posologia

### 9.4-Neuroléptico

9.4.1-Registre o neuroléptico que está utilizando atualmente

Nome	Apresentação	Posologia

9.4.2-Registre o tempo total de tratamento com esta medicação:

9.4.3-Quem prescreveu?

9.4.4-Qual o grau de satisfação com esta medicação?

9.4.5-Registre o neuroléptico que utilizou anteriormente

Nome	Apresentação	Posologia	Tempo de tratamento	Quem escreveu	Satisfação

10-Tratamentos nos últimos 12 meses

10.1-E.C.T.:

10.2-Reabilitação:

10.3-Aconselhamento/psicoterapia:

10.4-Terapia familiar:

10.5-Medicina popular:

10.6-Tratamentos alternativos, incomuns à cultura do paciente:

10.7-Outros tratamentos para problemas psiquiátricos:

10.8-Tratamentos para problemas como drogas:

10.9-Tratamentos para problemas como álcool:

11-Envolvimento da família no tratamento do paciente nos últimos 12 meses

11.1-A família acompanhou o paciente nos tratamentos que ele recebeu?

11.2-A família monitorou as medicações?

11.3-A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis?

12-Tentativa de suicídio e heteroagressão

12.1-Pensou em suicídio alguma vez na vida?

12.2-Pensou em suicídio alguma vez no último ano?

12.3-Tentou suicídio alguma vez na vida?

12.4-Tentou suicídio alguma vez no último ano?

12.4.1-Número de tentativas de suicídio na vida:

12.4.2-Número de tentativas de suicídio no último ano:

12.5-Quais os métodos utilizados na tentativa mais grave de suicídio:

12.6-Gravidade da tentativa de suicídio na vida:

12.7-Gravidade da tentativa de suicídio no último ano:

12.8-Intencionalidade da tentativa de suicídio na vida?

12.9-Intencionalidade da tentativa de suicídio no último ano:

12.10-Estava sob o efeito de álcool ou drogas?

12.11-Agrediu alguém nos últimos 12 meses?

12.12-Se houve, qual a gravidade da agressão.

