

SERVIÇO SUBSTITUTIVO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Rosemara Amâncio Damásio da Rosa*

Elisabeth Baretta**

Resumo

As ações dos CAPS são voltadas às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, bem como informar à comunidade sobre a importância do seu serviço, o que realizam e os ganhos desse serviço para a população. Este artigo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos usuários dos CAPS nas cidades de Joaçaba e Herval d'Oeste, SC. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foram avaliados os prontuários de 290 usuários, sendo 101 de Herval d'Oeste e 189 de Joaçaba, cadastrados até o mês de junho de 2015. Foram pesquisados sexo, idade, diagnóstico principal, diagnóstico de causas associadas, origem da procura pelo serviço, ações realizadas e cobertura das ESFs. Constatou-se que a maioria dos usuários chega aos serviços por encaminhamento da Atenção Básica, sendo na maioria homens (50,3%) com idade entre 18 e 82 anos, com média de idade de 42,7 anos. Os transtornos de maior procura pelos serviços foram os transtornos de humor ou afetivos (43,8%) e os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool ou drogas (37,5%). Em relação à origem da procura pelo serviço, os usuários são encaminhados aos CAPS pelas ESFs, uma vez que nos dois municípios há 100% de cobertura dos territórios das Unidades Básicas de Saúde. Nos dois CAPS encontramos como as principais ações realizadas os atendimentos médicos e psicológicos, seguidos pelos atendimentos de grupos e oficinas. Os serviços avaliados necessitam fortalecer a prática da clínica ampliada, intensificando as ações coletivas, efetivando a integração dos usuários com suas redes de apoio.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Usuários.

* Acadêmica do Curso de pós-graduação, especialização em Saúde Coletiva: Estratégia da Saúde da Família da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) *Campus* de Joaçaba/SC; rrosa199@yahoo.com.br

** Orientadora, Mestre em Saúde Coletiva. Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) - *Campus* de Joaçaba/SC; elisabeth.baretta@unoesc.com.br

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde mental brasileira originou-se da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1970, com o objetivo de mudar a realidade dos hospitais psiquiátricos (BRITTO, 2004, p. 18). Em virtude do histórico de abuso e maus tratos aos doentes mentais, alguns municípios iniciaram a retirada de moradores dos manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção desses usuários em seus territórios de origem. Os hospitais psiquiátricos foram fechados à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado ao doente mental (BRASIL, 2005, p. 7).

Segundo Amarante (2007, p. 15), a

[...] saúde mental é um campo ou uma área de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que do mesmo modo, são altamente complexas.

Entendemos que saúde mental é a capacidade que tem algumas pessoas, de tomarem decisões em relação à própria vida, de se organizar interiormente e organizar o que está em volta.

A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de seus sintomas. Estão entre os serviços substitutivos ao modelo manicomial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência (CECOs) e as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais (BRASIL, 2005, p. 25).

Segundo o dicionário da língua portuguesa, “usuário” é aquele que, por direito de uso, serve-se de algo ou desfruta de suas utilidades (HOUAISS, 2009, p. 1913). Os usuários de saúde mental das cidades de Joaçaba e Herval d’Oeste (SC) tem na rede de serviços de saúde o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e as Estratégias de Saúde da Família, que permitem ao paciente ser tratado em sua cidade pelas equipes de profissionais da saúde. Ao se conhecer o perfil desses usuários podemos compreender se estamos no caminho certo enquanto serviço substitutivo, para ofertar de fato o que o usuário precisa em relação à sua saúde mental, e não o que os profissionais imaginam ser necessidade desse público.

Conhecendo o perfil epidemiológico desses usuários, os profissionais poderão saber se estão de fato oferecendo os serviços de acordo com a necessidade dessas famílias, se esses serviços estão sendo ofertados conforme a legislação vigente, e se são serviços suficientes para as necessidades de saúde mental dessas pessoas.

Os CAPS devem prestar atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, visitas domiciliares e atendimento à família, enfocando a integração do paciente ao seu meio social (BRASIL, 2004, p. 17).

As ações dos CAPS em relação aos pacientes e suas famílias devem ser em conjunto com a atenção básica e vice-versa, buscando evitar o isolamento social tanto da família quanto do paciente (BRASIL, 2013, p. 19).

As Estratégias de Saúde da Família (ESF) têm um papel muito importante nos cuidados de saúde mental, já que se caracterizam por ser a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF pode contribuir de forma eficaz no acompanhamento de usuários com transtornos leves e moderados, dentro de sua área de abrangência, facilitando a ressocialização desse paciente e mantendo-o próximo de seu convívio familiar (BRASIL, 2010, p. 2).

O Ministério da Saúde possibilita a implantação de seis modalidades de CAPS, sendo elas: CAPS I atende pessoas de todas as idades que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico, é recomendado para municípios acima de quinze mil habitantes; o CAPS II, que atende pessoas em intenso sofrimento psíquico inclusive usuários de álcool ou drogas, sendo recomendado para municípios ou regiões acima de setenta mil habitantes; e o CAPS III, que é recomendado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes e funciona vinte e quatro horas por dia. Ainda, no CAPSad são atendidas pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo recomendado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. No CAPSad III atende-se adultos, crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico e com necessidades de cuidados clínicos contínuos, funciona vinte e quatro horas por dia e é recomendado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; no CAPSi são atendidas crianças com sofrimento psíquico intenso, inclusive aqueles provocados por uso de álcool ou outras drogas, sendo indicado para municípios ou regiões acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 18).

Na região do Meio Oeste catarinense, estão implantados os CAPS I, indicado para municípios com população de quinze mil a setenta mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 17).

Diante dessas considerações, este estudo visa descrever o perfil epidemiológico dos usuários dos CAPS nas cidades de Joaçaba e Herval d'Oeste, SC.

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, pois segundo Strieder (2009, p. 45), a pesquisa quantitativa é utilizada em estudos que pretendem avaliar resultados que podem ser mensurados e expressos em números, taxas, proporções, e também para conhecer a eficiência de uma ação, programa ou serviço. Ainda, para Strieder (2009, p. 47), um estudo descritivo tem como propósito descrever características de determinada população ou determinado fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. Ela envolve o uso de técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionário e observação sistemática.

A pesquisa foi realizada nos municípios de Joaçaba e Herval d'Oeste, SC, localizados na região do Meio Oeste catarinense, com população estimada de 48.259 habitantes. Cada cidade tem em funcionamento um posto de CAPS I.

Foram incluídos no estudo os pacientes cadastrados nos CAPS até o mês de junho de 2015. Foi utilizada uma amostra de conveniência, que contou com 189 prontuários do CAPS I de Joaçaba e 101 do CAPS I de Herval d'Oeste, totalizando 290 prontuários.

Os dados foram obtidos nos prontuários dos pacientes para preenchimento de banco de dados elaborado para esta pesquisa. A coleta dos dados ocorreu entre outubro e novembro de 2015. Os prontuários foram utilizados como instrumento para o levantamento das seguintes variáveis de análise: sexo, idade, diagnóstico principal, diagnóstico de causas associadas, origem da procura pelo serviço, ações realizadas, cobertura das ESFs.

Dentre os transtornos mentais, os mesmos são categorizados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), conforme detalhado no Quadro 1:

Quadro 1 – Descrição das CID principal e causas associadas dos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10

CID Principal	Descrição
F00 - F09	Transtornos mentais orgânicos (Demência, Delirium)
F10 - F19	Transtornos mentais decorrentes do uso de álcool ou drogas
F20 - F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes
F30 - F39	Transtornos do humor, afetivos (depressão, transtorno bipolar)
F40 - F48	Transtornos neuróticos (transtorno de pânico, TOC)
F50 - F59	Síndromes comportamentais (anorexia nervosa, disfunção sexual)
F60 - F69	Transtornos de personalidade em adultos (paranoide, histriônica)
F70 - F79	Retardo mental
F80 - F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico (Autismo)
F90 - F98	Transtornos emocionais, e de comportamento com início na infância e adolescência (hiperatividade, enurese)
CID Causas Associadas	Descrição
F00 - F09	Transtornos mentais orgânicos (Demência, Delirium)
F10 - F19	Transtornos mentais decorrentes do uso de álcool ou drogas
F20 - F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes

F30 - F39	Transtornos do humor, afetivos (depressão, transtorno bipolar)
F40 - F48	Transtornos neuróticos (transtorno de pânico, TOC)
F50 - F59	Síndromes comportamentais (anorexia nervosa, disfunção sexual)
F60 - F69	Transtornos de personalidade em adultos (paranoide, histriônica)
F70 - F79	Retardo mental
F80 - F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico (autismo)
F90 - F98	Transtornos emocionais, e de comportamento com início na infância e adolescência (hiperatividade, enurese)

Fonte: CID – 10 – Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano (1993).

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística do tipo descritiva. As variáveis de diagnóstico principal e diagnóstico de causas associadas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. As demais variáveis (origem da procura, usuário ou não de álcool, ações realizadas e cobertura da ESF) foram apresentadas com sua distribuição por município.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos CAPS de Joaçaba e Herval d'Oeste foram investigados 290 prontuários de usuários que apresentavam faixa etária de 18 a 82 anos, com média de idade de 42,2 anos, sendo que 49,6% eram do sexo feminino e 50,3% do sexo masculino.

Tabela 1 – Distribuição (%) do CID de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento e de causas associadas dos pacientes cadastrados no CAPS de Joaçaba e Herval d'Oeste, 2015

Dados Clínicos	CAPS Joaçaba		CAPS HO		Total	
	n	%	n	%	n	%
CID Principal						
F00 - F09	01	0,5	01	0,9	02	0,6
F10 - F19	66	34,9	43	42,5	109	37,5
F20 - F29	14	7,4	15	14,8	29	10,0
F30 - F39	97	51,3	30	29,7	127	43,8
F40 - F48	08	4,2	05	4,9	13	4,4
F50 - F59	00	0,0	00	0,0	00	0,0
F60 - F69	02	1,0	03	2,9	05	1,7
F70 - F79	00	0,0	04	3,9	04	1,3
F80 - F89	01	0,5	00	0,0	01	0,3
F90 - F98	00	0,0	00	0,0	00	0,0
CID Causas Associadas						
F00 - F09	00	0,0	00	0,0	00	0,0
F10 - F19	30	15,8	02	1,9	32	11,0
F20 - F29	04	2,1	09	8,9	13	4,4
F30 - F39	12	6,3	25	24,7	37	12,7
F40 - F48	24	12,7	05	4,9	29	10,0
F50 - F59	00	0,0	00	0,0	00	0,0
F60 - F69	01	0,5	03	2,9	04	1,3
F70 - F79	02	1,0	02	1,9	04	1,3
F80 - F89	00	0,0	00	0,0	00	0,0
F90 - F98	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Sem CID associado	116	61,3	55	54,4	171	58,9

Fonte: CID –10 – Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano (1993).

Ao observar as informações da Tabela 1, verifica-se que em relação ao CID principal, os transtornos de humor ou afetivos (F30-F39) correspondem a 43,8% dos prontuários pesquisados e os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool ou drogas (F10-F19) foram as causas de maior busca pelo serviço nas duas cidades.

Em relação às causas associadas, verifica-se que as CID de transtornos mentais decorrentes do uso de álcool ou drogas (F10-F19) apresentam um total de 11% dos prontuários e os transtornos do humor ou afetivos (F30-F39) apresentam dados de 12,7% dos prontuários pesquisados.

Observa-se ainda que 58,9% dos prontuários nos dois municípios não apresentavam diagnóstico de causas associadas.

Em estudo realizado na cidade de Orleans, SC, as principais causas de busca pelo serviço são em relação aos transtornos do humor ou afetivos (42%). Por outro lado, os transtornos relacionados ao abuso de álcool e drogas apresentam índices menores (5%) do total de 208 prontuários estudados (GOMES, 2013, p. 161-175).

Esses dados nos chamam a atenção, pois evidenciam que na região de Joaçaba e Herval d'Oeste os índices de uso de álcool e outras drogas são elevados. Esses índices podem ter relação com a falta de estrutura de lazer nas cidades estudadas, como a falta de parques, cinema e outros, para que esses jovens adultos possam frequentar. Sendo assim, essas pessoas adquirem por hábito se encontrar em locais inadequados, propícios para o consumo de álcool e drogas, e o que começa com grupos de amigos acaba por se transformar em transtornos sérios, acarretando prejuízos para essas pessoas e seus familiares.

Quanto às causas associadas, chama-nos a atenção que grande parte dos prontuários não apresenta informações sobre as CID associadas, o que pode significar dificuldade dos técnicos em preencherem esses prontuários, ou considerarem irrelevantes essas informações, e, ainda, o paciente não apresentar causas associadas ao diagnóstico principal. A definição do diagnóstico nos CAPS e preenchimento completo dos dados dos usuários é de fundamental importância para a definição de um plano terapêutico e do acompanhamento que será oferecido ao usuário e sua família, além de ser importante para posteriores pesquisas na avaliação da prevalência dos transtornos mentais na população e eficácia dos serviços oferecidos (CARVALHO et al., 2010, p. 347).

É preciso considerar a importância da educação permanente para os profissionais que atuam nos CAPS, garantindo o aperfeiçoamento constante deles, a fim de contribuir com a qualidade na atuação diária nos CAPS.

Conforme Silva et al. (2014, p. 414), a capacitação dos funcionários objetivando mudanças de atitudes deve necessariamente incluir a realidade diária do paciente. A necessidade de capacitar as pessoas que trabalham com saúde mental é reconhecida nos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, SUS. A adequada formação técnica e teórica desses trabalhadores ainda é um grande desafio.

Tabela 2 – Distribuição (%) das ações realizadas com os usuários, a origem da procura do atendimento, informações sobre o uso de álcool e outras drogas e a cobertura da ESF nos Municípios de Joaçaba e Herval D'Oeste, 2015

Dados	CAPS Joaçaba		CAPS Herval d'Oeste	
	n	%	n	%
Origem da Procura				
Demanda espontânea	09	4,7	44	43,5
Outro CAPS	03	1,6	01	1,0
Atenção Básica	173	91,5	52	51,4
Hospital Geral	04	2,1	00	0,0
Serviço de Urgência	00	0,0	02	1,9
Hospital Psiquiátrico	00	0,0	02	1,9
Usuário de Álcool ou Outras Drogas				
Sim	82	43,3	47	46,5
Não	107	56,6	54	53,4
Ações Realizadas				
Acolhimento	05	2,6	00	0,0
Atendimento médico e psicológico	122	64,5	31	30,7
Oficinas e grupos	57	30,1	68	67,3
Atendimento e visita domiciliar	03	1,6	02	1,9
Manejo em situação de crise	02	1,0	00	0,0
Cobertura da ESF				
Sim	189	100%	101	100%
Não	00	0,0	00	0,0

Fonte: Ministério da Saúde, RAAS-Registro das ações ambulatoriais de saúde- formulário da atenção psicossocial no CAPS, Ministério da Saúde (2009).

Na Tabela 2 observamos que nas duas cidades as ESF têm 100% de cobertura, sendo que todos os pacientes têm a possibilidade de serem acompanhados pela atenção básica e, se necessário, encaminhados aos serviços dos CAPS. As ESF são as principais responsáveis pelos encaminhamentos (77,5%) dos usuários ao CAPS.

Quanto às ações realizadas, prevalecem o atendimento médico e psicológico (52,7%) e 43,1% dos pacientes participaram de oficinas e grupos. Em relação ao uso de álcool e outras drogas constatamos que 55,5% declararam não fazer uso dessas substâncias psicoativas.

No estudo realizado na cidade de Recife, PE, 30% da demanda no CAPS pesquisado é de busca espontânea e 20% foram encaminhados pelas ESFs. Nas cidades de Joaçaba e Herval d'Oeste a atenção básica é responsável por encaminhar grande parte (77,5%) dos usuários aos CAPS; 18,2%, porém, desses pacientes, chegam ao serviço por meio de busca espontânea.

Esses dados nos confirmam a eficiência e a importância da cobertura da atenção básica no território, confirmando o serviço de porta de entrada das ESFs.

Um estudo realizado com os profissionais do CAPS II, na cidade de Pelotas, RS, nos mostra que o trabalho no CAPS somente se concretiza pela parceria e participação familiar, sendo necessário que a equipe conheça práticas assistenciais que envolvam tanto os usuários quanto os familiares para, desse modo, buscar a participação de ambos nas atividades do serviço desempenhados por uma equipe multiprofissional comprometida em ajudar, dividindo com as famílias o tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 127).

A busca ativa e as visitas domiciliares são estratégias realizadas na efetivação do vínculo da família com os usuários e com os trabalhos realizados no CAPS (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 131). Sendo assim, surpreende-nos o índice relativamente baixo (1,7%) das visitas domiciliares encontradas nos CAPS de Joaçaba e Herval d'Oeste. Esse índice pode estar relacionado à falta de registro nos prontuários, já que infelizmente muitos profissionais realizam as ações e não registram a atividade realizada.

4 CONCLUSÕES

A criação e o funcionamento dos CAPS trouxeram nova perspectiva para os usuários dos serviços de saúde mental em Joaçaba e Herval d'Oeste, SC, aproximando o atendimento e proporcionando assistência especializada e humanizada aos mesmos.

Nesse contexto, é necessário intensificar ações na família e na comunidade que envolvam as redes de apoio e que estimulem a inclusão social. A maioria dos usuários do CAPS dos municípios de Joaçaba e Herval d'Oeste é homem com idade entre 18 e 82 anos e os diagnósticos principais são em relação aos transtornos de humor ou afetivos, seguidos pelos transtornos decorrentes do uso de álcool ou drogas.

Em relação à origem da procura pelo serviço, os usuários são encaminhados aos CAPS pelas ESFs, uma vez que nos dois municípios há 100% de cobertura dos territórios das Unidades Básicas de Saúde.

Nos dois CAPS foram encontrados como principais ações realizadas os atendimentos médicos e psicológicos, seguidos pelos atendimentos de grupos e oficinas.

Ao realizarmos o levantamento de dados, observamos que a maioria dos prontuários estava preenchido, o que facilitou a coleta das informações. Contudo, torna-se salutar padronizar um modelo de registro que contenha o maior número de informações possível dos

usuários. Acreditamos que os profissionais devem ser capacitados e sensibilizados sobre a importância de manter os registros atualizados e devidamente preenchidos.

Entendemos que para que a reforma psiquiátrica ocorra de maneira efetiva, torna-se fundamental que profissionais, gestores e comunidade estejam atentos aos direitos do doente mental, cooperando efetivamente para a inclusão social, em busca de melhor qualidade de vida para todos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 46 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 02 nov. 2015.

BRASIL. Portaria MS n. 251, de 23 dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dezembro 2011. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_detalhes2.cfm?id=4298>. Acesso em: 31 out. 2015.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

BRASIL. **RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde**: Manual de Operação do Sistema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_operacional_ras_v1.4.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Básica o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 210p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, Marcos Danúbio Alves et al. Perfil Epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200007>. Acesso em: 13 mar. 2016.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. **O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental**. Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822009000300005>. Acesso em: 03 jan. 2016.

GOMES, Karin Martins. **Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans-SC**. Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1694/3192>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2009.

IBGE. **Contagem Populacional**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420900&search=santacatarina|jo acaba>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID-10**. Porto Alegre, 1993.

PAULA, Casiana Tertuliano Chalegre. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

PELISOLI, Cátula da Luz; MOREIRA, Ângela Kunzler. **Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta**. Porto Alegre. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082005000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jan. 2016.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; TÓFILO, Luís Fernando. **Análise do Perfil Epidemiológico dos clientes do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE**. Sobral, 2013. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/155>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69671>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SILVA, Solimar Pinheiro et al. Capacitação em Saúde Mental: Entre a Realidade e as Ofertas do Ministério da Saúde. **Rev. Eletrônica Sistemas e Gestão**, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/V9N3A16>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

STRIEDER, Roque. **Diretrizes para Elaboração de Projetos de Pesquisa**. Joaçaba: Ed. Unoesc, 2009.