



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

RODRIGO DOURADO DE ALMEIDA

**PERFIL E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM
TRANSTORNO MENTAL COMUM E TRANSTORNO MENTAL GRAVE
E PERSISTENTE NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE SAÚDE
MENTAL DO ACRE**

RIO BRANCO

2020

RODRIGO DOURADO DE ALMEIDA

**PERFIL E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM
TRANSTORNO MENTAL COMUM E TRANSTORNO MENTAL GRAVE
E PERSISTENTE NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE SAÚDE
MENTAL DO ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Promoção da saúde, prevenção e controle de doenças nos ciclos da vida

Orientador: Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira

RIO BRANCO

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

A447p Almeida, Rodrigo Dourado de, 1989-

Perfil e acompanhamento dos usuários com transtorno mental comum e transtorno mental grave e persistente no ambulatório do hospital de saúde mental do Acre / Rodrigo Dourado de Almeida; Orientador: Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira. -2020.

81 f. : il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, 2020.

Inclui referências bibliográficas e anexos.

1. Transtornos mentais. 2. Saúde mental. 3. Psiquiatria. I. Silveira, Rodrigo Pinheiro. (Orientador). II.Título.

CDD: 362

Rodrigo Dourado de Almeida

**PERFIL E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS COM
TRANSTORNO MENTAL COMUM E TRANSTORNO MENTAL GRAVE
E PERSISTENTE NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE SAÚDE
MENTAL DO ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 23/07/2020

Banca examinadora

Profa. Dra. Suleima Pedroza Vasconcelos
Universidade Federal do Acre - Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva

Profa. Dr. Marcelus Antonio Motta Prado de Negreiros
Universidade Federal do Acre – Centro do de Ciências da Saúde e Desporto

Profa. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira (Orientador)
Universidade Federal do Acre - Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva

Rio Branco

2020

ALMEIDA, R. D. Perfil e acompanhamento dos usuários com transtorno mental comum e transtorno mental grave e persistente no ambulatório do hospital de saúde mental do Acre [Dissertação]. Rio Branco: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2020.

RESUMO

Introdução: A cada ano aumenta o número de pessoas que sofre de transtornos mentais. Atualmente milhões de indivíduos sofrem com algum tipo de perturbação mental, neurológica ou psicológica, tendo que lidar ainda com o estigma e exclusão social que giram em torno de tais patologias. Inúmeras mudanças vêm acontecendo para que a assistência ao paciente em sofrimento mental seja adequada. **Objetivo:** Analisar o perfil e o acompanhamento dos usuários do ambulatório do Hospital de Saúde Mental do estado do Acre. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo observacional descritivo, do tipo transversal, que buscou determinar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, de março a maio de 2018. Foram analisadas as variáveis socioeconômicas e de acompanhamento no serviço de saúde de acordo com o transtorno mental comum e transtornos mentais graves e persistentes. As análises estatísticas das variáveis contínuas foram realizadas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão). As diferenças entre as proporções nas variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste qui-quadrado. Toda a análise estatística foi realizada por meio do software SPSS 20, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram analisados 358 pacientes. Referente a Transtornos Mentais Comuns (TMC), na primeira consulta, 46,4% foram diagnosticados com TMC e 34,6% na última consulta. Para aqueles com Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP), 34,6% foram diagnosticados com esse tipo de transtorno na primeira consulta e 65,4% na última consulta. O transtorno mental mais frequente no sexo feminino foram os episódios depressivos (20,9%) na primeira consulta e transtorno bipolar afetivo na última consulta (24,9%). A maioria dos pacientes eram do sexo feminino (65,6%), com 40 a 59 anos (44,4%), solteiro (58,8%), com atividade laboral (55,5%). Em relação ao tratamento, a maior parte buscou atendimento no serviço entre aos anos de 2010 a 2019 (41,9%), o tempo da doença era de 16 anos ou mais (39,9%), a idade de início da doença foi entre 18 a 40 anos (54,2%), tomavam de 1 a 3 medicamentos (82,1%), sendo os ansiolíticos e hipnóticos os mais utilizados na primeira e última consulta. Referente à internação, 26,3% dos pacientes foram internados e tiveram de 1 a 10 internações (23,5%). Considerando ainda que 41,9% tiveram atendimento de emergência. **Conclusão:** Esse estudo permitiu identificar o perfil dos usuários com transtorno mental comum e transtornos mental grave e persistente atendidos no Hospital de Saúde Mental do Acre. Foram evidenciadas falhas no seguimento clínico desses pacientes, assim como déficits estruturais na RAPS local.

Palavras-Chave: Transtornos mentais; Saúde Mental; Psiquiatria; Epidemiologia.

ALMEIDA, R. D. Profile and monitoring of users with common mental disorder and severe and persistent mental disorder in the outpatient clinic of the mental health hospital in Acre [Dissertation]. Rio Branco: Graduate Program in Public Health, Federal University of Acre; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Each year the number of people suffering from mental disorders increases. Currently millions of individuals suffer from some type of mental, neurological or psychological disorder, and they still have to deal with the stigma and social exclusion that revolve around such pathologies. Numerous changes have been happening so that the assistance to patients in mental suffering is adequate.

Objective: To analyse the profile and follow-up of users of the ambulatory of the Mental Health Hospital in the state of Acre. **Material and Methods:** A descriptive observational, cross-sectional study was carried out, which sought to determine the profile of patients seen at the outpatient clinic of the Mental Health Hospital of the State of Acre, from March to May 2018. Socioeconomic and follow-up variables were analyzed in the health service according to the common mental disorder and serious and persistent mental disorders. The analyse of continuous variables were performed using measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation). The differences between the proportions in the categorical variables were assessed using the chi-square test. All statistical analysis was performed using the SPSS 20 software, considering the significance level of 5%. **Results:** 358 patients were analyzed. Regarding the Common Mental Disorders (CMD), in the first consultation, 46.4% were diagnosed with CMD and 34.6% in the last consultation. For those with Serious and Persistent Mental Disorders (SPMD), 34.6% were diagnosed with this type of disorder at the first visit and 65.4% at the last visit. The most frequent mental disorder in women was the depressive episodes (20.9%) in the first consultation and affective bipolar disorder in the last consultation (24.9%). Most patients were women (65.6%), 40 to 59 years old (44.4%), single (58.8%), with work activity (55.5%). Regarding treatment, most sought care at the service between the years 2010 to 2019 (41.9%), the time of the disease was 16 years or more (39.9%), the age of onset of the disease was between 18 and 40 years old (54.2%), they took 1 to 3 medications (82.1%), with anxiolytics and hypnotics being the most used in the first and last consultation. Regarding hospitalization, 26.3% of patients were hospitalized and had 1 to 10 hospitalizations (23.5%). Also considering that 41.9% had emergency care. **Conclusion:** This study allowed us to identify the profile of users with common mental disorders and severe and persistent mental disorders treated at the Hospital de Saúde Mental do Acre. Failures in the clinical follow-up of these patients were evidenced, as well as structural deficits in the local RAPS.

Keywords: Mental disorders; Mental Health; Psychiatry; Epidemiology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1	O ESTIGMA DA “DOENÇA” MENTAL	10
2.2	HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO E NO BRASIL	18
2.2.1	Movimentos que influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira	19
2.2.2	História da psiquiatria no Brasil	23
2.3	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	25
2.3.1	Rede de Atenção Psicossocial no Acre	30
2.4	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES.....	32
3	JUSTIFICATIVA.....	366
4	OBJETIVOS.....	377
4.1	GERAL	377
4.2	ESPECÍFICOS	377
5	MATERIAL E MÉTODOS	388
5.1	TIPO DO ESTUDO.....	388
5.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	388
5.3	COLETA DE DADOS	388
5.3.1	Cálculo amostral.....	399
5.3.2	Variáveis de estudo e definições utilizadas	399
5.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	400
5.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
6	RESULTADOS	42
7	DISCUSSÃO.....	566
	CONCLUSÃO.....	666
	REFERÊNCIAS.....	688
	ANEXO - FORMULÁRIO PRONTUÁRIOS HOSMAC	799

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a cada ano aumenta o número de pessoas que sofre de transtornos mentais. Atualmente milhões de indivíduos sofrem com algum tipo de perturbação mental, neurológica ou psicológica, tendo que lidar ainda com o estigma e exclusão social que giram em torno de tais patologias.

A psiquiatria traz ao longo da sua história alguns marcos que tentam ajudar na desconstrução dessa visão e nortear o atendimento ao doente mental, como por exemplo, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros até chegarmos aos dias de hoje com a perspectiva de que a humanização da saúde mental é indispensável para o bom prognóstico do tratamento (ESPERIDIÃO, 2001).

As causas da manifestação de um transtorno mental são multivariadas, podendo ser expressas por um comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ainda ser classificadas, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. A cronicidade de um transtorno mental além de prejuízo notório a vida do doente e as pessoas que a cercam, também apresenta um alto custo social e econômico ao sistema de saúde (SANTOS; SIQUEIRA, 2009).

A reforma psiquiátrica embasada pela Lei 10.216/2001 tem privilegiado a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por novos serviços de atuação territorial: os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), Unidade de Acolhimento (UA). Com o desenvolvimento do novo modelo organizacional objetiva-se a reversão do modelo assistencial de cuidados de transtornos mentais, centrado no hospital. Reduzindo os leitos em hospitais psiquiátricos e trazendo desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias (COSTA, 2011).

Os CAPS sendo um ponto especializado da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) têm várias atribuições e competências dentro de seu âmbito territorial, dentre elas: organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental; regular a

porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais na área de saúde mental (COSTA, 2011).

Dado essa potencialidade multifacetária do CAPS é possível visualizá-lo como substituto aos hospitais psiquiátricos (manicômios), tendo em vista sua capacidade de articulação com a rede, o mesmo proporciona uma assistência ao paciente em sofrimento mental um atendimento mais integral e contínuo. Para que tal suporte seja feito de uma maneira adequada é necessária uma reorganização dos serviços integrantes do SUS, a atenção primária em saúde, por exemplo, torna-se a porta de entrada para os pacientes usuários da RAPS assim como a via de comunicação que permitirá a reinserção social desses pacientes.

Atualmente o Acre encontra-se no processo de descentralização do atendimento, os pacientes outrora atendidos no HOSMAC (Hospital de Saúde Mental do Acre) estão sendo devidamente direcionados para seu local de seguimento, e segundo a portaria N°336/2002, cabe ao CAPS, atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Estes transtornos são classificados de tal maneira pela sua cronicidade e pelo impacto social que muitas vezes causam no indivíduo, dentre eles as psicoses, esquizofrenias, uso abusivo de substâncias, e os transtornos de humor graves, como o transtorno bipolar e a depressão com sintomas psicóticos e ideação suicida (ANS, 2008).

Os transtornos mentais comuns devem ser atendidos na APS (Atenção Primária em Saúde) seriam aqueles que englobam queixas somáticas inespecíficas como irritabilidade e insônia, assim como os transtornos mentais que em não levam a um prejuízo social tão intenso e são de origem mais aguda, como os transtornos de humor leve e moderado, assim como a maioria dos transtornos de ansiedade (FONSECA, 2008).

O Presente trabalho visa analisar o perfil sociodemográfico e de acompanhamento dos usuários do ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, permitindo uma avaliação da integralidade do atendimento desses usuários, assim como o estado que se encontra a RAPS local.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ESTIGMA DA “DOENÇA” MENTAL

A história da loucura perpassa por várias situações e influências sociais, ou seja, a relação da loucura se modifica de acordo com o estilo de vida estabelecido ao longo do tempo. Na idade média a loucura assume um papel importante na literatura, onde o personagem do louco, do simplório, passa a ter importância, não mais como à silhueta ridícula e familiar, mas sim, como o detentor da verdade (FOUCAULT, 2019).

De um modo geral, a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, suas fraquezas, sonhos e ilusões. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. Portanto o apego a si próprio é o primeiro sinal da loucura, mas é porque o homem se apega a si próprio que ele aceita o erro como verdade e a mentira como sendo a realidade (FOUCAULT, 2019).

A loucura é capaz de provocar nos indivíduos o desenvolvimento de falsas percepções dos sentidos. Portanto, a necessidade de ter discernimento sobre a definição de loucura. No século XVII os loucos foram colocados sob regime de internação, independia se seu caso era curável ou não. Nas casas de internação, eles tinham péssimas condições de vida, viviam em condições subumanas, em locais frios, sem alimentos e sem água. (FOUCAULT, 2019).

Estes hospitais não prestavam apenas atendimentos médicos aos loucos, mas também exerciam o direito de decidir, julgá-los, quando houvesse necessidade. Assim, de início, em seu funcionamento o hospital não se assemelhava nenhuma ideia médica, era uma instância da ordem ligada ao poder real (FOUCAULT, 2019). Pode-se então afirmar que, para o louco há somente a política de exclusão, um indivíduo, sem teto, sem razão e, conseqüentemente, sem o direito de exercer sua cidadania.

As ideias entre o bem e o mal, colocadas pela religião levará a uma divisão da loucura. A internação se justifica de duas formas: a título de benefício e a título de punição. Assim, todo interno é colocado no campo dessa valoração ética — e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como sujeito moral, porém deve ser representante de Deus (FOUCAULT, 2019).

A internação servia para controlar e dar ordem às estruturas da sociedade. Outro motivo que acarretou os internamentos foram a blasfêmia e a profanação. Penas religiosas eram aplicadas, dentre elas: golilha, pelourinho, incisão nos lábios com ferro em brasa, seguida pela ablação da língua e fogueira (FOUCAULT, 2019).

Com o passar do tempo a evolução em relação a blasfêmia e a profanação, trouxe também novas concepções relacionadas à tentativa de suicídio, que durante muito pertenceu à esfera do crime e do sacrilégio, onde pessoas que tentavam suicídios e sobreviviam eram punidos com a morte. Passando a ser considerada uma desordem da alma, que é preciso reduzir através da coação, internando-os para impedi-los qualquer outra tentativa (FOUCAULT, 2019).

Os insanos passam a receber o estatuto de doentes, e em seu favor se teria instituído um tratamento hospitalar que já parece prefigurar aqueles que o século XIX deveria conceder de pleno direito a todos os doentes mentais (FOUCAULT, 2019). Diante disso, o internamento dos loucos, passou a configurar-se em um aprisionamento, não sendo mais como um hospital, no máximo como uma casa de correção:

Os irmãos serventes, ou anjos da guarda dos alienados, levam-nos a passear no pátio da casa após o jantar nos dias de trabalho e conduzem-nos todos juntos, de vara na mão, como se faz com um rebanho de carneiros, e se alguém se afastar por pouco que seja dos outros, ou se não pode andar tão rápido quanto eles, castigam-nos com golpes da vara, de modo tão grosseiro que vimos alguns estropiados, e outros que tiveram a cabeça quebrada e outros que morreram dos golpes que receberam (FOUCAULT, 2019, p.137).

Assim, o que se passou entre o fim da Renascença e o apogeu da era clássica não são, portanto, apenas uma evolução nas instituições, mas sim uma alteração na consciência sobre a loucura. Essa forma de analisar o aprisionamento do louco é uma maneira de prever os hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 2019).

Na história do internamento, não é possível dividir sobre uma superfície nosográfica coerente, as fórmulas em nome das quais os insanos foram presos. As fórmulas do internamento designam uma experiência da loucura que nossas análises patológicas podem atravessar sem nunca a levar em conta na sua totalidade. (FOUCAULT, 2019).

Na revolução psiquiátrica, surgiu uma variedade de diagnósticos para definir a loucura, percebidas como o extremo de defeitos, onde aparece apenas como

perturbação (FOUCAULT, 2019). Desse modo, a loucura não será mais que um “avatar” involuntário sucedido, do exterior. A razão se descobrirá com horror a situação dos loucos nas celas dos hospícios, vem então a indignação de terem sido tratados como “culpados”, modificando seu relacionamento originário com a loucura (FOUCAULT, 2019).

Não obstante, o fato é que os loucos ainda continuavam internados em condições subumanas, como uma forma de segurança para a sociedade. Assim, fica claro, que o internamento surgiu não como um tratamento médico, mas sim para excluí-los do meio social (FOUCAULT, 2019).

Por conseguinte, na era clássica, se lutou para constituir uma zoologia positiva, a animalidade percebida como o espaço natural da loucura não deixou de existir. É nela que surgiram as práticas do internamento e os aspectos mais estranhos de sua selvageria (FOUCAULT, 2019).

A psiquiatria positiva do século XIX, e também a nossa, se renunciaram às práticas, se deixaram de lado os conhecimentos do século XVIII, herdaram em segredo todas essas relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino; modificaram essas relações, deslocaram-nas; acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica, mas, contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade. (FOUCAULT, 2019).

É perceptível a dificuldade de se distinguir o louco. Por um lado, o anatomista define a loucura devido à perturbação dos “pequenos vasos muito finos” e por outro, é definida através do seu delírio de modo particular (FOUCAULT, 2019). Assim, a essência geral da loucura não tem uma forma assinalável, o louco não é portador de um signo, mistura-se com os outros e está presente em cada um deles.

As classificações da loucura, só funcionaram a título de imagens, isto é, por meio da manifestação da doença, tornando-as sem eficácia, pois nem sempre explicavam a origem e o significado de tais manifestações (FOUCAULT, 2019). A atividade classificadora chocou-se contra uma resistência profunda, como se dividir as formas da loucura conforme seus signos e suas manifestações comportasse em si mesmo uma espécie de contradição (FOUCAULT, 2019).

Deste modo, as classificações da loucura que pretendiam identificar as formas da doença, encontraram apenas deformações da moralidade, mudando a noção de doença patológica para um valor puramente crítico (FOUCAULT, 2019).

Até o começo do século XIX percebe-se que os nomes das doenças mudavam, bem como suas posições, suas divisões e suas articulações, um pouco mais profundamente. Entretanto, os aspectos da loucura permaneciam (FOUCAULT, 2019).

Já a partir do século XX, dividem-se as neuroses das psicoses, a paranoia e a demência precoce; a outro ainda caberá delimitar a esquizofrenia. Aos poucos esse mundo de causas distantes se enrique e ganha novos caminhos, desdobrando-se numa multiplicidade inumerável (FOUCAULT, 2019).

Neste cenário, a linguagem é muito importante na definição da loucura, é nela que se detectam todos os delírios ocasionados pela loucura (FOUCAULT, 2019, p.263). Porém, caberá a análise do profissional para identificar e diagnosticar algum problema na linguagem do indivíduo. No século XVIII, há um compromisso, um equilíbrio, para buscar um privilégio natural atribuído ao medicamento e uma eficácia que lhe permitirá intervir nas funções mais gerais do organismo. (FOUCAULT, 2019).

Nesta linha de pensamento, é que se começa a entender os privilégios dos “medicamentos naturais”, isto é, o princípio está oculto na natureza, mas cujos resultados são visíveis para uma filosofia. Porém, o mundo da cura, permanece em grande parte nesse espaço da generalidade abstrata (FOUCAULT, 2019).

O pensamento médico dos séculos XVII e XVIII admitia de bom grado uma relação quase imediata entre a loucura e o mundo exterior. Dessa maneira, a lua e o clima tinham uma influência direta sobre a natureza humana, pondo em risco seu sistema nervoso, sua imaginação, paixões e, enfim, sobre todas as doenças da alma (FOUCAULT, 2019).

Neste sentido, acreditava que a riqueza, a alimentação fina, a abundância de que se beneficiam todos os habitantes, a vida de lazes e preguiçosa que leva a sociedade mais rica, a religião, a civilização, levam a origem dessas perturbações nervosas. Portanto, a loucura se tornou possível em tudo aquilo que o meio pôde reprimir, no homem, que dependia da existência animal (FOUCAULT, 2019).

Ao longo do tempo a diminuição da evolução do internamento dos loucos foi possível devido a criação de casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos, violentos e perigosos, o que indicava bem o caráter puramente repressivo das instituições anteriores (FOUCAULT, 2019).

Todavia no século XVIII foram realizados protestos em prol das más condições que os loucos eram internados “jogados, como criminosos de Estado, em

subterrâneos, em celas onde o olhar da humanidade nunca penetra”. Portanto, o louco não é a primeira e a mais inocente vítima do internamento, porém o mais obscuro e o mais visível, o mais insistente dos símbolos do poder que interna (FOUCAULT, 2019).

Ocorre então uma mudança de concepção para a prática de internação, onde não se internava mais pelas faltas morais, nem por conflitos familiares, sendo reservado apenas para os loucos, mesmo, não havendo hospitais destinados a eles. (FOUCAULT, 2019). Devido estas circunstâncias, as famílias passam a serem responsáveis pela vigilância dos alienados e permitindo às autoridades municipais a adoção de todas as medidas úteis:

“Os parentes dos insensatos devem zelar por eles, impedindo que vaguem e tomando cuidado para que não cometam nenhuma desordem. A autoridade municipal deve obviar aos inconvenientes que resultarem da negligência que os particulares demonstrarem no cumprimento desse dever” (FOUCAULT, 2019, p.462).

Com os cuidados médicos realizados em suas casas, o internamento já não carrega o peso de exclusão social, abrindo-se para o mundo positivo da cura, não mais o lugar onde a loucura espreitava e se conservava obscuramente até a morte (FOUCAULT, 2019).

Neste momento o louco tende a formar com o médico, numa unidade sem divisões, uma espécie de par, onde a cumplicidade se faz através de velhas dependências, assim a vida asilar permitiu o nascimento da célula essencial da loucura. São através dessas ligações entre o médico-paciente, que este tem um poder quase milagroso para promover a cura (FOUCAULT, 2019).

Neste sentido, a psiquiatria de Freud desmistificou todas as outras estruturas do asilo: aboliu o silêncio e o olhar, apagou o reconhecimento da loucura por ela mesma no espelho de seu próprio espetáculo, fez com que se calassem as instâncias da condenação. Também explorou a figura do médico, trazendo para ele o olhar absoluto, o silêncio puro e sempre contido, o juiz que pune e recompensa no juízo que não condescende nem mesmo com a linguagem (FOUCAULT, 2019).

Assim, libertou o doente da existência asilar. Criando a situação psicanalítica, onde, por um curto-circuito genial, a alienação torna-se desalienante porque, no médico, ela se torna sujeito. No decorrer a liberdade a respeito da loucura, começa a ter concepções distintas, na qual procurará se acuar nas coisas e através dos

mecanismos, trazendo consigo desejos impossíveis e a selvageria de um querer, o menos livre da natureza (FOUCAULT, 2019).

Através desse processo de reconstrução, a loucura reencontra sua linguagem, com significados bem diferentes, esquecendo os discursos da renascença, no qual se falava do dilaceramento do mundo, do fim dos tempos, do homem devorado pela animalidade, descobrindo de que no homem o interior é também o exterior, sendo olhado com mais neutralidade e paixão (FOUCAULT, 2019).

Com essas novas percepções, inicia-se um novo olhar sob o modo de entender as doenças mentais que já não está relacionado exclusivamente a delírios, alucinações, atos violentos ou paixões, o que até então concentrava a preocupação dos alienistas e psiquiatras. Desta nova forma de se relacionar com as doenças mentais surge a psiquiatria ampliada (CAPONI, 2012).

O advento da psiquiatria trouxe uma classificação consistente das patologias mentais, que não estivesse apoiada somente na diferenciação de sintomas, criando o princípio que “os seres degenerados formam grupos e famílias com elementos distintos, relacionados invariavelmente às causas que os transformaram no que são: um desvio mórbido do tipo normal da humanidade” (MOREL, 1857, apud CAPONI, 2012), referindo-se a todo e qualquer desvio doentio (patológico) e hereditário do tipo “normal da humanidade”.

Diante disso, no século XIX e XX, começa a se consolidar uma verdadeira biopolítica das populações consideradas de risco, surgindo novas classificações nosológicas de patologias psiquiátricas que dará lugar a novas estratégias de intervenção, que se caracteriza pelo “controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo”. É a partir desse momento que o corpo e a vida passaram a se transformar em alvo privilegiado de saber e de intervenções corretiva. Entretanto, as estratégias de biopoderes reduzem o poder de decisão. Com isso, tanto nossos sofrimentos individuais e cotidianos, quanto nossos vínculos sociais ou políticos passam a estar mediados por intervenções preventivas ou terapêuticas, sejam elas médicas ou psiquiátricas (CAPONI, 2012).

Dessa maneira, a medicina do não patológico não pretende somente curar, mas antecipar e prevenir as condutas indesejadas. Para isso, serão criadas estratégias referentes ao controle da sexualidade e da reprodução, cujo alvo é a

grande família dos anormais. Mediante a isso, a psiquiatria se institui como defensora da ordem social (CAPONI, 2012).

Para a teoria da degeneração, a hereditariedade é um meio de transmissão de toda a forma de “degeneração adquirida”. Assim, a partir das árvores genealógicas construídas para determinar a hereditariedade dos degenerados, e de uma preocupação focada nas anomalias hereditárias, a psiquiatria delimitará um novo campo de ação, construindo novas estratégias de poder. Entretanto, a preocupação com a herança patogênica não estava desvinculada das intervenções relacionadas ao modo de vida das classes populares, consideradas perigosas. Portanto, por mais que a carga hereditária fosse a primeira causa para a degeneração, ela convivia com outro elemento causal: o meio externo (CAPONI, 2012).

A psiquiatria moderna, iniciada com Kraepelin, utilizará instrumentos analíticos além das patologias mentais hereditárias dos alienados, dentre eles as estatísticas psiquiátricas, os estudos comparativos entre territórios distantes, o uso da farmacopsiquiatria ou a psiquiatria preventiva. À vista disso, na metade do século XIX, a psiquiatria expandiu seu espaço de intervenção, a fim de consolidar uma psiquiatria ampliada que se relaciona com a medicalização do não patológico (CAPONI, 2012).

Embora a psiquiatria tivesse avançado em relação ao tratamento dos doentes mentais e reconhecesse a importância do cuidado familiar, ainda assim, via-se a necessidade de confiar o louco a mãos estranhas, isolando-os das famílias, pois suas irritabilidades, ameaças, desordens, exigem um conjunto de medidas adaptadas para cada paciente em espaços especificamente criados para isso (CAPONI, 2012).

Essa nova psiquiatria propõe a ampliação das categorias nosológicas, que deveriam passar a fazer parte dos asilos psiquiátricos, e, ao mesmo tempo, uma psiquiatrização preventiva (CAPONI, 2012).

Além do mais, identifica outras estratégias terapêuticas, destinadas a uma variedade de degeneração. Estas estratégias são o tratamento do estado agudo, que é o tratamento do patológico em si, e o tratamento moral. O tratamento moral consiste na aplicação e propagação de uma série de regras de higiene moral destinadas não só aos alienados, mas também às populações em geral, ou seja, é uma profilaxia preventiva universal referente a todo e qualquer sujeito que possa

representar um desvio, por menor que seja. Portanto, o sucesso da psiquiatria será dado pela prevenção e antecipação da loucura, e seu espaço de intervenção privilegiado estará fora dos muros do asilo, onde habitam os casos irreversíveis (CAPONI, 2012).

Com o avanço na definição da loucura e suas consequências foi possível constituir parâmetros que atualmente são entendidos pela psiquiatria, mantendo os problemas existenciais e sociais com categorias médicas e orgânicas (CAPONI, 2012). Assim, são estabelecidos novos critérios metodológicos que definem o modo de como a psiquiatria deve proceder:

“A psiquiatria é um ramo da medicina; a psiquiatria deve utilizar metodologias científicas modernas e estar baseada em conhecimentos científicos; a psiquiatria trata pessoas que estão doentes e que requerem tratamento para doenças mentais; existe uma fronteira ou limite entre normalidade e doença; as doenças mentais não são mitos; existem muitas doenças mentais. A tarefa da psiquiatria científica, como especialidade médica, é pesquisar as causas, o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais; o alvo da psiquiatria deve estar, particularmente, nos aspectos biológicos das doenças mentais; deve existir uma preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação; os critérios diagnósticos devem ser codificados e deve existir uma área de pesquisa para validar esses critérios com diversas técnicas; os departamentos de psiquiatria nas escolas médicas devem ensinar esses critérios, e não depreciá-los; com a finalidade de aumentar a validade dos diagnósticos e das classificações, as técnicas estatísticas devem ser utilizadas” (CAPONI, 2012, p.211-212).

Essa forma de apresentar explicações causais para os mais diversos desvios de conduta, estados de angústia, dificuldades de aprendizagem ou sentimentos de fracasso, fundamentada em dados quantitativos e observações de conexões neuronais, pretende ser curativa, preventiva e maximizadora de capacidades individuais (CAPONI, 2012).

À vista disso, a incessante busca para tornar quantificável e científico o conhecimento sobre nossos pensamentos, sofrimentos e nossas ações, não são definitivas e nem conclusivas. Entretanto, os maiores investimentos e energia são dedicados à busca e ao descobrimento de novos fármacos para controlar, curar ou melhorar o desempenho das funções mentais ou para acabar com os sofrimentos psíquicos, vivendo numa época de “combinação do Rivotril com suco de abacaxi e hortelã” (CAPONI, 2012). Levando muitos pacientes a receberem antidepressivos de maneira desenfreada, para conter os sintomas da loucura, que muitas vezes é feito de forma desumana, em virtude que até hoje a causa dos transtornos mentais

permanece desconhecida e a eficácia limitada desses medicamentos (LEO; LACASSE, 2008).

Portanto, apesar da reforma psiquiátrica, ainda é perceptível princípios, terminologias e ações baseadas na psiquiatria clássica, cuja intervenção é no intuito de “estabilizar ou resgatar o equilíbrio”, com a utilização de fármacos e contenção do sujeito, tirando-o do convívio social através de práticas de internação em ambientes fechados, devolvendo assim, o usuário ao “manicômio” (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

2.2 HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO E NO BRASIL

No decorrer da história da psiquiatria alguns marcos foram extremamente importantes para nortear o atendimento ao doente mental a nível mundial; dentre estes marcos destaca-se a revolução de Pinel (ESPERIDIÃO, 2001). A atuação de Philippe Pinel, no final do século XVIII contribuiu para a assimilação da loucura como doença mental na sociedade ocidental (FOUCAULT, 2019). Criando o conceito de alienação mental, ele definia a loucura como um distúrbio relacionado às paixões sendo capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Nessa concepção, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações. Desta forma, para modificar o estado mental seria necessário retirar o alienado de suas percepções habituais (BERCHERIE, 1989), levando-o ao isolamento com o auxílio de instituições de tratamento.

Neste período o cuidado aos pacientes com doenças mentais, que em sua maioria eram denominados insanos, pouco tinha a ver com a medicina em si. Os doentes eram tratados como verdadeiros animais cuja única forma de domina-los era através da domesticação ou brutalidade. Os desvios de conduta e desobediências as ordens dadas a um insano eram punidas com chicotadas. Em compensação, se era submisso e dócil, permitiam-no fazer as refeições no refeitório, ao lado do preceptor, mas na menor falha de conduta o mesmo era advertido com golpes. Além das punições severas, os asilos aonde residiam os insanos em busca do retorno a sanidade, assemelhavam-se a estábulos com jaula e acomodações inumanas (FOUCAULT, 2019).

No século XIX uma série de estudos trouxe à tona uma nova perspectiva terapêutica, a significância da simples classificação de um doente mental baseado nos seus sinais/sintomas expandiu-se, e a partir daquele momento a psiquiatria teria a capacidade de propor e trazer cura para todos os assuntos humanos. Caráter, personalidade poderia ser “curados”, garantindo assim que os grandes manicômios pudessem administrar os corpos humanos, literalmente lucrar com o indivíduo (CAPONI, 2012).

Apesar de inúmeras críticas a este modelo de “tratamento” os hospitais psiquiátricos perduraram até o século XX como instituições de cuidados a saúde mental, exercendo funções médicas, terapêuticas e sociais, visando a proteção da sociedade sadia (DESVIAT, 1999). Este cenário começou a modificar após a segunda guerra mundial a partir de comprovações de maus tratos e desumanidades exercida nas instituições, que passaram por sua vez, a serem vistas não mais como um lugares de cura, mas sim de agravamento das situações, necessitando assim, de reformas para cumprir a sua verdadeira finalidade (AMARANTE, 1995).

No período pós-guerra, a ânsia pelo crescimento econômico e remodelação social, assim como a descoberta dos psicotrópicos e a adoção da saúde pública nas instituições psiquiátricas tornaram-se elementos impulsionadores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo (DESVIAT, 1999). Assim, transformações começaram a ser feitas nos hospitais psiquiátricos, principalmente a partir de 1940.

Entre as experiências de Reforma Psiquiátrica, destacam-se: a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas, que se configuraram como reformas restritas ao âmbito asilar; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que ultrapassaram de certa forma o âmbito do asilo; e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que surgiram como reformas instauradoras de ruptura com os modelos anteriores (AMARANTE, 2001).

2.2.1 Movimentos que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira

Diversos foram os movimentos que procuraram ao longo do tempo obter um olhar diferenciado sobre a maneira que o cuidado a saúde mental era executado, nem todos tiveram sucesso no quesito desinstitucionalização dos manicômios, mas todos puderam ao final estabelecer um maior entendimento sobre psiquiatria e

humanização da saúde mental. Neste ínterim, determinados movimentos foram precursores da psiquiatria que temos atualmente, diante disto, falaremos sobre os principais movimentos influenciadores da reforma psiquiátrica no Brasil.

Iniciando pela psiquiatria institucional, assim como os demais movimentos que tinham o intuito de distanciar-se de o modelo asilar, iniciou-se no período pós-guerra sendo liderado por François Tosquelles. A visão de mudança deste movimento tratava principalmente do adoecimento das próprias instituições (JORGE, 1997). Para a provocação de mudanças, neste movimento, eram necessárias que medidas fossem tomadas no âmbito de abrir as portas dos asilos e estimular de certa maneira o contato da comunidade com os hospitais e conseqüentemente com os doentes. Esse contato era proposto como atividades psicoterapêuticas, que de fato melhoravam a relação do indivíduo com o meio social em que habitava, assim como possibilitava que a comunidade os enxergasse como seres humanos. Porém, apesar dos avanços, esta estratégia sofreu inúmeras críticas, pelo fato de não se opor ao modelo asilar, tentando apenas adaptá-lo (CÉZAR e COELHO, 2017). Tosquelles apegava-se a manutenção dos hospitais psiquiátricos como espaços terapêuticos, visto que o temor frente as doenças mentais mais graves como esquizofrenia por exemplo, era esperado, e deveria então continuar sob custódia dos asilos (PASSOS, 2012).

O modelo denominado de Comunidade Terapêutica foi criado por T. H. Main, em 1946, na Inglaterra, porém, a consagração desse modelo de reforma psiquiátrica iniciou-se em 1959, com Maxwell Jones. Este modelo de assistência visava reformar o espaço asilar, colocando o paciente assim como a comunidade e demais profissionais envolvidos no ato de cuidar como seres corresponsáveis de todo o processo de tratamento. As intervenções realizadas na comunidade terapêutica visavam a modificação tanto da forma de gerência do hospital em si, e na reorganização do espaço institucional, transformando-o em um ambiente colaborativo e democrático estimulando dessa forma o processo terapêutico (JORGE, 1997).

O trabalho realizado por Jones girava em torno de um hospital descaracterizado, tanto no que se refere ao autoritarismo existente no tratamento com os doentes, quanto na busca de envolvimento de todos responsáveis pelo cuidado em saúde mental, inclusive colocando o próprio paciente como responsável pela sua evolução, o objetivo principal desta metodologia era transformar o hospital

em um ambiente mais próximo possível de uma comunidade, na qual o paciente participaria das interações sociais que serviriam como auxílio na superação das dificuldades (JONES, 1972).

Apesar de que a experiência de comunidade terapêutica trouxe ao meio hospitalar no quesito de real humanização do cuidado a saúde mental, este esforço ainda não havia sido o suficiente para atingir o problema da exclusão que era o verdadeiro pilar do asilo (AMARANTE, 2001). No entanto, devido a sua importância e inovação, serviu de base para impulsionar os demais acontecimentos na reforma psiquiátrica.

A Psiquiatria de Setor, inspirada nas ideias do psiquiatra francês Lucien Bonnafé, buscava desfazer as condições asilares. Impulsionados pela ideia de que os hospitais psiquiátricos eram alienantes, os franceses, ansiavam por uma nova condição de tratamento dos pacientes para que a psiquiatria realmente pudesse ter condições de trabalhar de forma resolutiva buscando o tratamento e cura de seus pacientes, ficando os hospitais como uma segunda opção de tratamento (AMARANTE, 2000).

Para isto, foi necessária a divisão dos hospitais em diferentes setores, que por sua vez eram interligados a determinadas áreas geográficas da cidade. Cada área ficou sendo sede de uma equipe responsável pelo atendimento psiquiátrico, buscando ao máximo respeitar o comportamento sociocultural do seu setor. Dessa maneira tornava-se possível que os doentes mantivessem seus hábitos e costumes dentro e fora do hospital mantendo de forma continua o seu tratamento com a mesma equipe (JORGE, 1997).

Outra medida proposta por este modelo era a de cuidado pós-cura, que buscava reestabelecer o convívio social deste paciente, envolvendo a comunidade no auxílio do cuidado ao doente mental, na tentativa de eximir o cuidado exclusivo dos hospitais asilares (CASTEL, 1978). Todavia, essa tendência também não conseguiu superar o hospital psiquiátrico, pois, ainda que estivesse ligada aos serviços externos, não conseguiu vencer o estigma em que a sociedade entendia a loucura e a psiquiatria. (AMARANTE, 2001)

A Psiquiatria Preventiva ou comunitária, foi criada na década de 1960, seu precursor chamava-se Gerald Caplan (JORGE, 1997). A preocupação principal nessa assistência era a prevenção. Caplan acreditava que assim como as demais patologias existentes, as doenças mentais poderiam seguir a lógica unicausal de

que existia um agente etiológico causador de malefícios ao hospedeiro. Esses malefícios explicariam os desvios de comportamento de doentes mentais, que por sua vez, poderiam ser transmissores dessas características. Visto isso, Caplan buscou dividir seu trabalho em três categorias, cada uma exercendo um tipo de prevenção: prevenção primária (era feita através da identificação e intervenções na busca da diminuição dos transtornos mentais na comunidade); prevenção secundária (buscava a redução da duração das doenças mentais); e prevenção terciária (buscava reduzir as consequências dos transtornos) (AMARANTE, 2000).

O grande sucesso dessa proposta foi o olhar para a prevenção primária objetivando antecipar as ações em saúde em busca de evitar seu acontecimento ou até mesmo diminuir as suas consequências, levando o trabalho da psiquiatria a explorar novos horizontes. Além disso, esta estratégia configurou um novo passo nas mudanças da psiquiatria, pois se iniciou um olhar não só para as doenças, mas também voltado a saúde mental do indivíduo (AMARANTE, 2001).

Deste modo, o psiquiatra seria um colaborador responsável no auxílio da modificação de hábitos sociais que facilitariam a adaptação dos doentes ao convívio em comunidade, sendo esta função desempenhada fora do ambiente hospitalar, funcionando como cuidado em saúde mental (LARA, 2006). Esse modelo é base de boa parte das políticas públicas brasileiras (AMARANTE, 2005).

O movimento da antipsiquiatria surgiu na década de 1960 tendo como entusiastas Ronald Laing (1982) e David Cooper (1973) e propunha não somente a superação do asilo, mas também buscava entender a loucura do ponto de vista do paciente e das pessoas nas quais este mantinha relações, assim como suas condições de vida. Colocando a loucura como algo inerente ao ser humano, podendo funcionar como uma maneira de expressar a sua existência de acordo com as suas dificuldades socioeconômicas e culturais e não apenas como um conjunto de sinais e sintomas que se enquadravam em determinada patologia. Criticando ainda, o saber psiquiátrico perante os tratamentos de isolamento e de tortura, afirmando que estas condições eram impostas aos doentes diante de um julgamento sectarista de um profissional de saúde (CÉZAR; COELHO, 2017).

Enfim, depois de tentativas sem êxito inglesas e francesas de rompimento com o modelo manicomial, surge então, a psiquiatria democrática, seu precursor Franco Basaglia, um italiano, definitivamente lutou pela extinção dos asilos, sem reformulações ou adequações, mas literalmente derrubando os muros dos hospitais

psiquiátricos e trabalhando junto com a comunidade com o objetivo de se instituir um novo e verdadeiro cuidado ao doente, visto que no decorrer da luta antimanicomial percebia-se uma série de interesses políticos enraizados âmago destes hospitais. Neste sentido, não era lógico a prevenção de saúde mental se os tratamentos da assistência eram defasados e, portanto, inadequados. Era necessário para a evolução um rompimento não só com a hospitalização, mas com antigos saberes sobre psiquiatria e doença mental, não somente pelo povo, mas por profissionais técnicos de psiquiatria, a fim de que fossem criadas novas estratégias adaptáveis ao sofrimento do paciente mental e não a doença e seu grau de periculosidade. Levando assim, artifícios práticos para a desinstitucionalização que ajudariam a todos a conviver em harmonia na sociedade (CÉZAR; COELHO, 2017).

2.2.2 História da psiquiatria no Brasil

Quando nos referimos ao Brasil, a reforma da psiquiatria iniciou-se em meados da década de 1970, quando a ditadura militar já havia enfraquecido, gerando manifestações populares e da imprensa além do descontentamento dos setores públicos, principalmente no que se referia à saúde. Sendo influenciada pelos movimentos de reforma psiquiátrica dos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, além de usufruir da força do movimento de reforma sanitária. Neste período, o sistema de saúde era essencialmente particular e funcionava a partir de convênios. Os serviços de saúde privados eram custeados com dinheiro público, o que levou ao enriquecimento de muitos donos de hospitais particulares. Muitos deles eram políticos e tinham grande influência quanto a essa política de Estado (AMARANTE, 2001).

De fato, no Brasil, os direitos dos pacientes psiquiátricos iniciaram-se apenas no ano de 1978 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este movimento era diversificado, composto por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas e deu início as denúncias de violência dos manicômios e da mercantilização da loucura, do predomínio de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O fato de a reforma psiquiátrica brasileira iniciar de forma mais tardia, de certa maneira trouxe benefícios, pois as mudanças eram muitas vezes influenciadas por bons exemplos de situações assertivas. Como exemplo, temos a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio com a criação da Lei 180 (GOULART, 2004). Esse fato ocorrido na Itália abriu portas para a ruptura com os antigos paradigmas, como na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1988).

O processo de desinstitucionalização ganhou força na década de 1990, com a incorporação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na estrutura de serviços do Sistema Único de Saúde. Apesar da notória motivação ao movimento incrementado pela criação e implantação dos CAPS, e NAPS posteriormente, alguns autores defendem que foi uma expansão descontínua, pois de fato não havia recursos suficientes para o seu devido funcionamento, sendo cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda, nesta época, eram destinados aos hospitais psiquiátricos (MELLO *et al* 2007).

Estando em curso no Brasil, um processo de Reforma Psiquiátrica voltado a superar a supremacia do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, com seu efeito de exclusão dos portadores de transtornos mentais do seio da sociedade era necessária uma transformação, que foi chancelada pela promulgação da Lei nº 10.216 de 06/04/2001 (BRASIL, 2001), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental na direção da atenção comunitária, da integração social e a produção da autonomia das pessoas, sendo também balizada pelas diretrizes políticas da III Conferência de Saúde Mental, realizada no mesmo ano (PITTA, 2011).

Como resultado desta política, os leitos em hospitais psiquiátricos do SUS foram reduzidos dos 85.000 existentes, ao final da década de 1980, para menos de 26.000, em 2014, com a implantação concomitante de mais de 2.200 centros de atenção psicossocial e de quase 700 residências terapêuticas para pacientes que se encontravam em situação de longa permanência (FIOCRUZ, 2015).

Atualmente ainda se faz necessário manter o afinco em relação às mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente

em relação à institucionalização da assistência (ESPERIDIÃO, 2001). No entanto, não podemos pensar que criar um sistema com boas práticas ao atendimento em saúde mental, implementar terapêuticas visando a inclusão do usuário na sociedade e melhorar o fluxo da assistência a esses pacientes seja o suficiente para uma eficaz ruptura com a antiga psiquiatria. É necessário mais, o sucesso da reforma depende também de uma nova maneira de clinicar e olhar o paciente com sofrimento mental. O sistema universitário deve lutar e se reformular contra o engessamento da psiquiatria para colocar profissionais de saúde qualificados para trabalhar neste novo sistema de psiquiatria brasileiro (BERLINCK *et al.*, 2008).

Segundo BERLINCK e colaboradores (2008):

“Caso contrário, ocorreria, assim, um fracasso da própria Reforma, cujo principal objetivo é a integração desse sistema – e não apenas dos usuários – na sociedade democrática e cidadã que se caracteriza pelo livre intercâmbio biológico, psíquico e social. Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa, também, criar um dispositivo para que tais vivências se transformem em experiências, ou seja, em saberes socialmente compartilhados, desenvolvendo capacidades de pesquisa em saúde mental. Para que isso ocorra é necessário que as vivências eminentemente práticas dos trabalhadores de saúde mental sejam narradas e registradas constituindo, dessa forma, um arquivo, parte fundamental da memória das práticas promovidas pela Reforma. Em outras palavras, é necessária a realização de um trabalho de autoria, junto aos trabalhadores de saúde mental, que implique um processo de transformação das vivências em experiências, passando pela narrativa escrita, pelo registro narrativo da prática”.

2.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS no 3.088/2011, tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Criada como uma condição indispensável para o estabelecimento das regiões de saúde e organização das redes de atenção à saúde (RAS) buscava cumprir os princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Com a busca pela reestruturação da assistência à saúde mental no Brasil, provenientes da reforma psiquiátrica e instauração do SUS, deu-se início a implementação inovadora de cuidado às pessoas com sofrimento mental. Essa nova fase visava a superação do estigma, de integração e de estabelecer com a loucura

uma relação de coexistência, troca, solidariedade, positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997).

Para cumprir estes objetivos fez-se necessária a elaboração de uma lei que sustivesse a nova maneira de se fazer e pensar psiquiatria, esta lei conhecida como Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 propunha e assegurava os direitos civis e de cuidado a saúde de maneira respeitosa e humanitária aos cidadãos em sofrimento mental, além de fornecer embasamento para os demais dispositivos da rede. Colocando em evidência a necessidade da desinstitucionalização e enaltecendo a novas perspectivas da saúde mental (BRASIL, 2001).

Esta lei funcionou como a base para estruturar o já existente Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um dispositivo substitutivo para atendimentos de transtornos mentais graves que passou a ser considerado um serviço estratégico, articulador e organizador de uma rede de atenção incidida sobre várias instâncias de um território que inclui a Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Entendendo que a carga de complexidade em atendimento à saúde mental é alta, a RAPS veio para integralizar esse sistema, sendo dividida por diferentes componentes com diversos pontos de ação previstos em lei. Estes dispositivos envolvem todos os níveis de atenção à saúde, estendendo-se da Atenção Básica à Serviços Hospitalares do SUS (BRASIL, 2001).

A atenção básica tem um papel extremamente relevante no cuidado a saúde da população. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de Atenção à Saúde (BRASIL, 2000).

Como forma de atender e garantir o acesso universal a saúde da população, a atenção básica vem sendo preferencialmente a primeira linha de atendimento, podendo ela resolver a maior parte dos problemas de saúde de um indivíduo, sem que haja necessidade de o usuário buscar serviços de média complexidade. Neste intermédio, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada em 1994 nasceu com o intuito de reorganizar a atenção básica no que se refere ao cuidado integral, gratuito, à promoção e proteção do indivíduo, da família e a comunidade que o cerca (MANCUSO *et al.*, 2012).

Neste âmbito, o trabalho de saúde mental visa primeiramente à prevenção, intervindo nas possibilidades de desenvolvimento do adoecimento mental da comunidade, e quando já instalada é responsabilidade deste nível de atenção o tratamento precoce da doença mental, principalmente nos chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), evitando agravo do quadro e posteriormente auxílio na readaptação do paciente a sua vida social e cultural (UNASUS, 2018).

Para apoio a este setor é disponibilizado um serviço técnico especializado através do Núcleo de Apoio a Saúde as Família (NASF) buscando a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família (SF) e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários. A construção deste vínculo fortalece e melhora a capacidade resolutiva dos problemas de saúde mental favorecendo uma atenção territorializada (BRASIL, 2009).

Além destes cuidados voltados a saúde mental na atenção primária destacam-se ainda as equipes de apoio aos serviços do componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório, dentre eles temos as Unidades de Acolhimento (UA) nas modalidades adulto e infanto-juvenil, que possuem o objetivo de proteger o cidadão vulnerável oferecendo uma moradia temporária, até uma possível reinserção social, com duração máxima de até seis meses, assistência clínica e apoio aos demais pontos de atenção, estruturando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede, sendo os CAPS de referência responsável pelo projeto terapêutico singular do paciente (BRASIL, 2017). Ainda dentro da Atenção Residencial de Caráter Transitório temos Serviço de Atenção em Regime Residencial, com função e funcionamento semelhante a uma UA, porém, voltado para o público adulto clinicamente estável em decorrência de uso de álcool e outras drogas e com duração máxima de até nove meses (BRASIL, 2011).

Os centros de convivência e cultura que são espaços públicos vinculados à rede de atenção à saúde, buscam levar a população em geral à socialização, através de movimentos culturais regionais, especialmente o público inserido na RAPS (BRASIL, 2017). No que se refere a atenção básica temos ainda, as equipes de consultório de rua, nesta, os profissionais de diferentes áreas trabalham de maneira itinerante a fim de dar assistência a rede com o cuidado em saúde a

população em situação de rua. Este cuidado abrange todos os aspectos de saúde, inclusive a saúde mental, devendo ser executado conforme a necessidade do indivíduo e articulado com os outros pontos de referência como: unidade básica de saúde da família, NASF, CAPS ad III, leitos de saúde mental e outros de acordo com a necessidade (BRASIL, 2017).

Por fim, na atenção básica, existem os CAPS, sendo que no Brasil o primeiro CAPS denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo. Este era um local que se propunha a fazer um serviço a fim de evitar internações, acolher as pessoas que haviam sido retiradas dos hospitais psiquiátricos e buscavam poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período. A criação deste primeiro CAPS e dos demais que posteriormente foram implantados veio principalmente das experiências do exterior, inspirados por alguns princípios das comunidades terapêuticas, da Psiquiatria de setor e da Psiquiatria democrática italiana, mas também dentro do Brasil já se instaurava uma ânsia por mudanças no cuidado ao doente mental, a “Casa das Palmeiras” no Rio de Janeiro, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) de Santos-SP e outras cidades, os centros de convivência, em São Paulo, a Pensão “Nova Vida”, no Rio Grande do Sul, e muitas outras serviram de ponta pé inicial a grandes mudanças. (RIBEIRO, 2004).

Porém, segundo Pitta (1994), os centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua) foram de longe o modelo mais inspirador, devido às dificuldades sociais e econômicas em que o país vivia foi necessário criar uma nova maneira de cuidar dos excluídos, e isto era feito de forma criativa, simples, interligada com a comunidade e outras entidades como paróquias e outros, com o intuito de reabilitar o doente, trabalhando em equipe, com ética e respeito ao ser humano dentro de suas limitações.

O CAPS é um serviço especializado que compõe de forma estratégica a RAPS trabalhando de maneira intersetorial com profissionais de diversas áreas de atuação a fim de prestar cuidados mais intensivos, e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de NASF e Saúde da Família (BRASIL, 2010). O atendimento aos pacientes é feito de forma livre e espontânea, essas por sua vez, devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço serão

redirecionados para as equipes de Saúde da Família de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do CAPS com o profissional da UBS ou do NASF (BRASIL, 2014).

Os CAPS trabalham com diferentes modalidades, cada um possui características estruturais únicas, assim como uma composição de equipe diferenciada, visando atender as necessidades do público alvo. As diferentes modalidades compreendem os CAPS I, II, III, que cuidam do sofrimento mental grave e persistente e de usuários de álcool e outras drogas de pessoas com diferentes faixas etárias, diferenciando-se entre si de acordo com o número de habitantes compreendido no território. O CAPS ad, oferece serviço especial aos usuários de álcool e outras drogas assim como o CAPS ad III, porém este último funciona em período integral, incluindo finais de semana e feriado e por último temos o CAPSi, que atende exclusivamente crianças e adolescentes com as mesmas características de saúde dos demais CAPS (BRASIL, 2011).

As atividades nos CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Sendo o cuidado desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2017).

Sobre os serviços de urgência e emergência destaca-se o Samu, a sala de estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, a UPA e as unidades básicas de saúde, que acolhem e classificam o risco e cuidado com a pessoa em sofrimento mental, devendo sempre integralizar os casos com os CAPS e mais dispositivos da rede (BRASIL, 2017).

Sobre a questão da atenção hospitalar, destacam-se os leitos de saúde mental que acolhem o paciente em hospital de referência, oferecendo tratamento a casos graves e a pacientes com uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como a abstinência. Neste serviço pode haver a internação de curta duração com uma equipe multidisciplinar que deve articular com o CAPS para elaborar o projeto terapêutico singular (BRASIL, 2017).

Em busca de inserir de volta a comunidade e convívio social o paciente psiquiátrico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas foram criados os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta para Casa são pontos de atenção deste componente (BRASIL, 2017).

Os serviços residenciais terapêuticos (SRT) são moradias inseridas em um território regional que acolhem pessoas egressas de casas de longa permanência e de hospitais psiquiátricos a fim de juntamente com a UBSF do território e CAPS cuidarem da saúde mental dos pacientes, levando em conta a sua individualidade e considerando o seu endereço de moradia atual. O programa de Volta para Casa, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, visa proteger o cidadão com doença mental e inseri-lo na sociedade fortalecendo assim, o processo de desinstitucionalização, este programa prevê ainda um auxílio-reabilitação para facilitar o processo (BRASIL, 2003).

Além dos serviços já explanados existem também algumas estratégias de reabilitação psicossocial visam a reinserção dos pacientes a sociedade através de geração de renda com incentivo ao trabalho, por meio principalmente da economia solidária, esta ação promove cidadania, não só por parte dos paciente, mas também por parte da sociedade que recebe e divide espaço com o diferente, tornando a comunidade um conjunto de pessoas apoiadoras, tolerantes, positivas frente ao paciente com transtorno mental, aceitando as suas limitações diante de um trabalho (UNASUS, 2018).

2.3.1 Rede de Atenção Psicossocial no Acre

No estado do Acre, o Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC) que conta com aproximadamente 65 leitos continua ainda como boa parte da demanda dos atendimentos em Saúde Mental. As internações são realizadas através dos plantões de emergência e apesar de ainda exercer um modelo hospitalocêntrico, vem sendo adotadas técnicas de trabalho e realização de atividades mais diversificadas com o intuito de modificar as bases de atendimento pautadas apenas em consulta (PINHEIRO, 2009).

Atualmente uma das maiores dificuldades encontradas pelo hospital tem sido a reinserção de pacientes crônicos na sociedade, principalmente relacionado aos demais dispositivos da rede (PINHEIRO, 2009). Em 2013, por pressão gerada pela Divisão de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, Ministério da Saúde e Ministério Público do Acre deu-se início ao processo de descentralização do ambulatório. Sendo a priori a demanda de casos leves e moderados sendo

referenciada para a atenção básica em saúde e casos mais graves direcionados ao CAPS II – Samaúma, administrado pela prefeitura.

Para pacientes em situação de rua a rede conta como pontos de apoio o Centro POP e Consultório na Rua; aos usuários de álcool e outras drogas por sua vez são referenciados ao CAPS ad III, que têm como suporte a Unidade de Acolhimento Adulto (UA) para casos que necessitem de um acompanhamento terapêutico mais duradouro; Os atendimentos aos pacientes em crise sendo elas de caráter grave são realizados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e Hospital de Urgência e Emergência do Acre (HUERB). No interior temos uma unidade CAPS II na cidade de Cruzeiro do Sul.

Apesar de iniciado um processo de desinstitucionalização no estado com a implementação de novos modelos assistenciais a saúde mental, a efetividade do sistema caminha lentamente. O estado do Acre ainda tem uma baixa cobertura de CAPS por habitante ocupando a 24^o posição a nível nacional. Vários fatores contribuem para este cenário; o fato de a abrangência do CAPS em territórios ainda ser baixa desestimula a adesão da sociedade a mudança de mentalidade sobre o adoecimento mental. Este fato por si só, dificulta ainda mais a expansão dessa nova rede, não gerando a sensibilização da comunidade que continua a olhar o adoecimento mental com o estigma social e não buscando através de movimentos organizados seus direitos frente ao cenário de adoecimento mental (PINHEIRO, 2009).

A ainda tímida articulação da RAPS, envolvendo a atenção primária principalmente, pode estar envolvida nesta lentificação. Compartilhar, reunir e debater com a comunidade sobre essa elevada demanda em saúde mental pode ser tão eficaz para a expansão e valorização de uma nova ótica de efetiva desinstitucionalização, com a dignidade que a população necessita, quanto a referência de pacientes a centros mais especializados, na maior parte das vezes distantes de suas moradias, dificultando o vínculo da equipe, serviço e usuário num contexto mais amplo. Deste modo, o envolvimento de uma comunidade é essencial para a nova maneira de se trabalhar em saúde mental (PINHEIRO, 2009).

2.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES

Os transtornos mentais são constituídos por uma série de condições que alteram o humor, o comportamento e a maneira de pensar do indivíduo e que estão relacionados a angústia e/ou sofrimento, que por sua vez, dificultam a funcionalidade de vida nos aspectos, econômicos, sociais, culturais, de relações interpessoais e afetam negativamente a sociedade como um todo (LUDEMIR, 2008). O impacto econômico e social dos transtornos mentais é alto, constituindo uma causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (GOLDBERG, 1992).

Este problema tem crescido de maneira exponencial em todo o mundo, atingindo diferentes classes sociais e faixas etárias, tendo destaque para os adultos, pois é nesta fase da vida em que novas responsabilidades surgem e com elas novos desafios trazidos pela sociedade moderna, podendo ser este, o estopim para acarretar baixa autoestima, aumentando assim a suscetibilidade de transtornos mentais comuns (ROCHA, 2010).

Os transtornos mentais comuns (TMC) caracterizam-se por um misto de sintomas depressivos, ansiosos, tais como: irritabilidade, insônia, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas inespecíficas. Estes transtornos são mais prevalentes em mulheres, indivíduos de cor negra ou parda, pessoas com baixo nível de escolaridade, com idades mais avançadas, baixa renda, tabagistas e doentes crônicos (GOLDBERG, 1992; ANSELMINI *et al.*, 2008; LUDEMIR, 2002; ARAÚJO, 2005; COSTA; LUDEMIR. 2005).

Existem algumas barreiras que podem contribuir para o difícil diagnóstico e tratamento destes transtornos, que em nosso país possuem uma prevalência na população geral de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) (GONÇALVES, 2008; ROCHA *et al.*, 2010). Dentre essas barreiras destaca-se primeiramente o estigma e preconceito ainda existente sobre saúde mental enraizado na população, que faz com que o cidadão não busque ajuda qualificada para lidar com esses transtornos (BRASIL, 2007).

Além disto, a falta de preparo de profissionais de saúde para um bom acolhimento de pacientes com TMC dificultam todo o processo de cuidado (SOUZA *et al.*, 2017), este fato pode ocorrer principalmente por dois motivos ou até mesmo a

soma destes. O primeiro, parte do princípio da desqualificação técnica dos profissionais (MARI *et al.*; 2007), principalmente os da atenção primária, que serviriam como principal porta de entrada desses pacientes e que trabalhariam não só com o cuidado longitudinal destes, mas também com a prevenção e promoção de saúde mental, sendo este nível de atenção responsável por resolução de cerca de 80% das demandas de saúde (PATEL *et al.*; 2013). O segundo ponto, refere-se à subestimação dos sintomas de pacientes com TMC, ocorrendo por vezes uma confusão entre o paciente com TMC e um somatizador/psicossomático, podendo levar a um tardio diagnóstico e agravamento do quadro.

Segundo Fortes (2004), isto pode ocorrer pois:

[...] predominam nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos generalistas como manifestações de transtornos mentais [...]. Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos [...](p.10).

Este achado corrobora para que os profissionais de saúde, principalmente os de atenção básica, estejam atentos aos diferentes modos de sofrimento do indivíduo, podendo intervir na identificação de grupos vulneráveis e tratamento biopsicossocial de problemas de saúde mental, trabalhando com equipes integradas e multiprofissionais em prol da concretização do papel da APS no SUS prevenindo os agravos relacionados aos transtornos mentais por meio de intervenção antes da cronicidade do problema (GONÇALVES, 2008).

Para efetividade e ideal tratamento dos TMC é importante o investimento em políticas públicas que abordem a temática de forma humanizada e responsável, assim como a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde em busca de aperfeiçoamento de uma escuta e acolhimento aprimorados. Pois o enfoque por esses profissionais apenas no sintoma/sinal não permite a visualização de um sofrimento mais holístico do paciente levando a gasto com exames ou encaminhamentos (FORTES, 2004). Além disto, sabendo que a maioria dos TMC são tratáveis e evitáveis, deve-se investir na prevenção e promoção da saúde mental, diminuindo a possibilidade de incapacidades resultantes desses transtornos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Para assistir essas unidades e dar o adequado acompanhamento a esses casos a lógica de atendimento da RAPS prevê como estratégia de apoio o matriciamento, sendo este suporte realizado por pontos especializados como os CAPS, às equipes interdisciplinares (NASF, APS) com o intuito ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. De maneira geral o matriciamento é uma maneira diferente de produzir saúde, onde as equipes envolvidas constroem juntas uma proposta pedagógica/terapêutica permitindo o aprimoramento de ambas (CHIAVERINI, 2011).

Dado o quadro mais leve da sintomatologia dos TMC é possível enquadrar os seguintes diagnósticos dentro dessa classificação nosológica: os transtornos depressivos leves e moderados, os transtornos de ansiedade e suas subcategorias (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome de pânico, agorafobia, fobia social e fobias específicas) e o uso abusivo de álcool (MENEZES, 2017).

Os transtornos mentais graves e persistentes (TMGP) são aqueles casos que cursam com sintomas de maior gravidade clínica, o paciente geralmente apresenta delírios, alucinações e ideação suicida; a incapacidade laborativa, assim como as relações interpessoais estão mais deterioradas; tais patologias são crônicas e por vezes caso ocorra demora para iniciar a terapêutica adequada, causam lesões e sequelas irreversíveis (SOUZA, 2017).

O acompanhamento desses transtornos deve ser feito preferencialmente pelos CAPS, onde serão avaliados e acompanhados por uma equipe multi e interdisciplinar, recebendo uma proposta terapêutica individualizada que envolve desde grupos terapêuticos até atendimento individual (médico, psicólogo, assistente social) e em alguns casos em que o comprometimento cognitivo do paciente é maior, os CAPS realizam a medicação assistida (SOUZA, 2017).

Dentro da classificação de TMGP, podemos incluir as psicoses, principalmente a esquizofrenia, transtornos mentais causados por trauma e/ou lesão cerebral, depressão grave com e sem sintomas psicóticos, transtorno afetivo bipolar, uso abusivo de medicações e/ou drogas ilícitas, déficit cognitivos/retardo mental (SOUZA, 2017).

Dados extraídos de uma amostra combinada de onze países revelaram que as taxas de prevalência ao longo da vida do transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II foram de 0,6%, 0,4%, respectivamente. No Brasil, mais

especificamente na cidade de São Paulo, a taxa encontrada de prevalência do TB (sem diferenciar os subtipos) ao longo da vida foi de 1% e a prevalência anual foi de 0,5%. (BOSAIPO, 2017).

Estudos epidemiológicos realizados ao redor do mundo mostram uma taxa de prevalência de 0,9-11 por 1000 habitantes (LOPES, 2015), no Brasil, foram encontradas prevalências de 0,3%-2,4% da população para psicose em geral em um estudo de 1992 realizado em três capitais brasileiras (ALMEIDA, 1992). No Rio Grande do Sul, no ano de 2000 a esquizofrenia apareceu como o principal diagnóstico em internações, mas após mudanças realizadas na assistência psiquiátrica teve uma queda de 20% no quantitativo de internações (CANDIAGO, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

Estudos comprovam que em cidades que já se tem instalado a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ocorre uma melhora dos pacientes em sofrimento mental, não só do quadro clínico/patológico, como também de sua qualidade de vida (PERES *et al.*, 2018; NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020). Porém essa não é a realidade da capital de Rio Branco, temos como principal referência aos atendimentos em saúde mental o Hospital de Saúde Mental do Acre que trabalha na lógica asilar.

Nessa perspectiva, se justifica essa pesquisa na qual irá considerar qual o perfil dos usuários com transtorno mental comum e transtorno mental grave e persistente no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Acre. Estudo dessa natureza pode fornecer subsídios para identificar as prioridades na Rede de Atenção Psicossocial, sendo ainda uma ferramenta relevante para identificação de problemas na mesma, auxiliando na construção políticas públicas voltadas para a atenção à saúde mental.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar o perfil e o acompanhamento dos usuários do ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Identificar os transtornos mentais mais comuns acompanhados no HOSMAC
2. Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes do ambulatório do HOSMAC
3. Analisar o acompanhamento dos usuários do HOSMAC
4. Comparar o perfil sociodemográfico e o perfil de acompanhamento dos usuários com TMC e TMGP no ambulatório do HOSMAC

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, do tipo transversal, que busca analisar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, de março a maio de 2018, comparando o perfil e o acompanhamento daqueles com transtornos mentais comuns com os que têm transtornos mentais graves e persistentes.

5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Pacientes atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, no período de março a maio de 2018.

5.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada em 2 momentos:

- 1º Momento: Com o objetivo de determinar uma população de estudo, de onde se possa extrair uma amostra, foi feito um levantamento de todos os atendimentos realizados nos meses de março a maio de 2018 a partir das fichas de produtividade dos médicos do ambulatório. O período de 3 meses foi determinado a partir da informação da periodicidade de consultas no ambulatório, que chega no máximo a esse período. O grande número de atendimentos realizados no período indica que o tempo estipulado se mostrou adequado ao propósito. Nesse levantamento foram coletados dados das seguintes variáveis: sexo, idade, município de moradia e CID-10. Os dados obtidos possibilitaram a comparação da amostra com a população para essas variáveis. Com esses dados foi construído um banco de dados em Excel, numerado em ordem crescente. Após o levantamento, foram identificadas e excluídas todas as duplicidades de atendimento.

- 2º Momento: A partir da constituição de uma população de estudo, foi extraída uma amostra aleatória simples, feita a partir de randomização dos números do banco de dados do Excel. Nessa amostra foi aplicado um formulário construído especificamente para o estudo (Anexo), com as variáveis de perfil e acompanhamento ambulatorial. Previamente à coleta, o formulário foi aplicado em 10% do número amostral em prontuários não constituintes da amostra, no sentido de corrigir possíveis distorções e aprimorar o formulário para a coleta definitiva.

5.3.1 Cálculo amostral

Para o primeiro momento da coleta de dados foi usado o quantificado o total do número de consultas realizadas no período de março a maio de 2018, o que gerou, após exclusão de duplicidades, 4694 atendimentos.

Para o segundo momento utilizando-se desse valor foi realizado o cálculo amostral com o software *Openepi*, a nível de 5% de significância e prevalência de 50%, obtendo a amostra de 356 prontuários.

5.3.2 Variáveis de estudo e definições utilizadas

Foram avaliadas neste estudo as variáveis coletadas no banco de dados do hospital e aquelas coletadas na pesquisa direta de prontuários:

- Idade (em anos): Calculada a partir da data de nascimento
- Sexo: Masculino ou Feminino
- Local de Nascimento: Município/Estado em que nasceu
- Local de Residência: Bairro/Moradia atual
- Ocupação principal: Atividade na qual uma pessoa exerce alguma função laboral (Profissão específica, do lar, estudante ou aposentado)
- Estado conjugal atual: Casado, solteiro, separado/divorciado, união estável, viúvo ou sem registro
- Tempo de doença: Idade de início dos sintomas ou data da primeira consulta

- Tempo de acompanhamento do paciente: Data da primeira e última consulta do paciente
- Registro de CID: CID registrado no primeiro e último atendimento
- Histórico medicamentoso: Medicações prescritas na primeira e última consultas
- Número de internações: A quantidade de internações registradas no prontuário
- Quantitativo de atendimentos: Quantidade de consultas por cada profissional (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social)

A construção da variável TMC (transtornos mentais comuns) e TMGP (transtornos mentais graves e persistentes) foi realizado através da estratificação dos CID's:

- TMC: F32; F33; F40-F45; F48; F51; F52; F95; F99.
- TMGP: F00-F31; F34; F38; F39; F50; F53; F54; F55; F59; F60-F63; F68-F73; F78; F79; F80-F84; F88-F94; F98.

A categoria “outros” foi formada pelo agrupamento dos CID's que tiveram frequência menor que 1 (um) por cento, sendo essa composta pelo: F01, F03, F07, F09, F10, F12, F14, F19, F21, F23, F25, F30, F34, F40, F43, F44, F45, F46, F51, F53, F60, F68, F71, F72, F76, F92, F95

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos:

- Usuários menores de 18 anos (crianças e adolescentes), pois constituem uma parcela que necessita de um olhar próprio dentro da Rede de Atenção Psicossocial.
- Usuários de origem indígena, pois possuem um subsistema próprio, não sendo esse propriamente o objeto de pesquisa.

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados da amostra, foi construído um banco de dados no programa SPSS 20.0 *for Windows*, onde foi realizado a análise estatística. Os dados de variáveis categóricas foram apresentados por percentuais e das variáveis contínuas por médias e desvios-padrão (DP). Para cruzamento de variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado de Person e exato de Fisher sendo considerados significativos aqueles com valor de $p < 0,05$.

Para realização de toda análise estatística foi utilizado o software IBM SPSS Statistics®, versão 20. Para analisar o perfil de acompanhamento dos pacientes foram cruzadas as variáveis TMC e TMGP, levando em conta o CID da primeira consulta, com as variáveis sociodemográficas e de acompanhamento; foi optado usar o CID apenas da primeira consulta, pois na coleta de dados foi verificado que em sua maior parte, não havia CID na última consulta, sendo essa variável preenchida com o CID da primeira consulta, o que geraria uma repetição nos resultados das tabelas e por fim um viés.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o parecer 3.271.956 / CAAE: 99702918.0.0000.5010.

A pesquisa garantiu o sigilo e confidencialidade dos dados analisados, sendo o conteúdo divulgado apenas em publicações de cunho científico. Os aspectos éticos estão em conformidade com a resolução 466/2012.

6 RESULTADOS

Após a realização do cálculo amostral e as perdas decorrentes por erro de numeração, falta de prontuários e exclusões (crianças e indígenas) a população de estudo resultante foi composta por 358 pacientes com diagnóstico de transtorno mental, segundo classificação internacional de doenças 10 (CID-10), atendidos entre os anos de 1981 e 2019 no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC).

Dentre estes, a maior parte dos atendidos foram do sexo feminino (n=235; 65,6%), com idade entre 41 a 59 anos (n=159; 44,4%), considerando a média de idade 47,7 anos. Mais da metade dos pacientes se autodeclararam solteiros (n=200; 58,8%) e moradores da VI regional de Rio Branco na primeira e última consulta. Em relação à atividade laboral, a maioria possuía vínculo empregatício (n=199; 55,5%), sendo outras profissões a mais frequente entre as categorias do que possui atividade laboral (n=104; 29,5%) (Tabela 1).

Em relação ao acompanhamento, a maior frequência dos pacientes iniciou o tratamento entre os anos de 2010 a 2019 (n=150; 41,9%), tinham 16 anos ou mais entre os sintomas e o início do tratamento (n=143; 39,9%), estavam sendo acompanhados no serviço de entre 1 a 9 anos (n=148; 41,3%). Em relação ao tratamento, a maioria recebeu a prescrição de medicamentos (n=327; 92,6%), sendo os mais prescritos os ansiolíticos/hipnóticos na primeira (n=205; 59,1%) e última consulta (n=264; 73,9%). Em relação à internação, 26,3% foram internados e 41,9% tiveram ao menos um atendimento de emergência. Em relação aos atendimentos com profissionais, em sua maior parte receberam atendimento por enfermeiros (n=201; 56,1%), considerando que 51,5% tiveram 41 ou mais consultas médicas (Tabela 2).

Na primeira consulta, o transtorno mental mais frequente na população de estudo foram os episódios depressivos (F32) (n=75; 20,9%), classificados como transtorno mental comum. Quando analisado de acordo com o sexo, o transtorno mental mais prevalente no sexo feminino foram os episódios depressivos (F32) (n=64; 27,2%). No sexo masculino, o transtorno mental mais frequente foi a psicose não-orgânicas não especificadas (F29) (n=20; 16,3%), classificado como transtornos mental grave e persistente. Ambos apresentaram significância estatística ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Concernente aos transtornos mentais mais frequentes e classificados na última consulta realizada, o transtorno afetivo bipolar (F31) (n=89; 24,9%), apresentou-se como o mais frequente dentre a população estudo. No que se trata a estratificação por sexo, o transtorno afetivo bipolar (F31) (n=70; 29,8%) também se apresentou como o mais frequente no sexo feminino, classificado como transtorno mental grave e persistente. Referente ao sexo masculino, a esquizofrenia (F20) (n=26; 21,1%) apresentou maior frequência dentre o grupo estudado. Os transtornos mentais apresentaram significância estatística quando associado ao sexo ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 1 – Características sociodemográficas gerais de pacientes com transtornos mentais, segundo a primeira consulta, atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	TOTAL *N (%)
	358 (100)
SEXO	
Feminino	235 (65,6)
Masculino	123 (34,4)
IDADE	
18 a 40 anos	122 (34,1)
41 a 59 anos	159 (44,4)
60 ou mais	77 (21,5)
ESTADO CIVIL	
Solteiro	200 (58,8)
Casado	106 (31,2)
União Estável	14 (4,1)
Separado	12 (3,5)
Viúvo	8 (2,4)
NATURALIDADE ^a	
Acre	289 (85,3)
Outros Estados	50 (14,7)
BAIRRO DE MORADIA 1º CONSULTA	
I regional	17 (5,0)
II regional	36 (10,6)
III regional	39 (11,5)
IV regional	50 (14,7)
V regional	33 (9,7)

VI regional	61 (18,0)
VII regional	31 (9,1)
Zona rural	44 (13,0)
Outros municípios	28 (8,3)

BAIRRO DE MORADIA ULTIMA CONSULTA

I regional	15 (4,6)
II regional	30 (9,1)
III regional	33 (10,1)
IV regional	40 (12,2)
V regional	31 (9,5)
VI regional	58 (17,7)
VII regional	40 (12,2)
Zona rural	48 (14,6)
Outros municípios	33 (10,1)

REGIÃO DE SAÚDE DE MORADIA 1º CONSULTA

Baixo Acre/Purus	316 (90,3)
Alto Acre	10 (2,9)
Tarauacá/Envira	11 (3,1)
Boca do Acre	13 (3,7)

REGIÃO DE SAÚDE DE MORADIA ULTIMA CONSULTA

Baixo Acre/Purus	309 (91,2)
Alto Acre	9 (2,7)
Tarauacá/Envira	10 (2,9)
Boca do Acre	11 (3,2)

OCUPAÇÃO LABORAL

Não	15 (44,5)
Sim	199 (55,5)

PROFISSÕES

Não possui	141 (39,9)
Estudante	28 (7,9)
Profissional do lar	64 (18,1)
Aposentado	16 (4,5)
Profissões específicas	104 (29,5)

* Os totais podem variar devido aos missings.

^a Outros Estados: Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Rio Grande do Sul e São Paulo.

^b Profissões específicas: Agentes, Assistentes e Auxiliar administrativos, Borracheiro, Engraxate e Pintor, Construtores Cívicos, Contadores e Professores, Fotógrafo, Motorista, Funcionários Públicos, Serviços Gerais e Domésticas, Auxiliares nos serviços de alimentação, Operadores do comércio e mercado, Serviços de embelezamento e higiene, Técnicos e auxiliares enfermagem, Técnico de Eletrônica e Eletricidade Trabalhadores Rurais, Vigilantes, Policiais Militares.

Tabela 2 – Caracterização do tratamento e acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves e persistentes, segundo a primeira consulta, atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	TOTAL *N (%) 358 (100)
ANO DO INICIO DO TRATAMENTO	
1980 a 1898	12 (3,4)
1990 a 1999	58 (16,2)
2000 a 2009	138 (38,5)
2010 a 2019	150 (41,9)
TEMPO DA DOENÇA	
Menos de 1 ano	7 (2,0)
1 a 5 anos	68 (19,0)
6 a 10 anos	75 (20,9)
11 a 15 anos	65 (18,2)
16 anos ou mais	143 (39,9)
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO	
Menos de 1 ano	13 (3,6)
1 a 9 anos	148 (41,3)
10 a 19 anos	132 (36,9)
20 anos ou mais	65 (18,2)
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
Não	26 (7,4)
Sim	327 (92,6)
NUMERO DE MEDICAMENTOS 1º CONSULTA	
Não usou	32 (8,9)
1 a 3	294 (82,1)
4 ou mais	32 (8,9)
TIPOS DE MEDICAMENTOS (1º Consulta)	
Ansiolíticos/Hipnóticos	205 (59,1)
Antidepressivos	195 (56,2)
Antipsicóticos	134 (38,6)
Estabilizadores do Humor	53(15,3)
Anticonvulsivantes	19 (5,5)
outros	78 (22,5)

NUMERO DE MEDICAMENTOS ÚLTIMA CONSULTA

Não usou	8 (2,2)
1 a 3	326 (91,1)
4 ou mais	24 (6,7)

TIPOS DE MEDICAMENTOS (Última consulta)

Ansiolíticos/Hipnóticos	264 (73,9)
Antidepressivos	237 (66,4)
Antipsicóticos	146 (40,9)
Estabilizadores do Humor	57 (16,0)
Anticonvulsivantes	35 (9,8)
outros	62 (17,4)

INTERNAÇÃO

Não	264 (73,7)
sim	94 (26,3)

NÚMERO DE INTERNAÇÕES

Não internou	266 (75,1)
1 a 10	84 (23,5)
11 a 20	3 (0,8)
21 ou mais	1 (0,6)

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Não	208 (58,1)
sim	150 (41,9)

NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

Não atendeu	208 (58,1)
1 a 10 atendimento	138 (38,5)
11 ou mais	12 (3,4)

ATENDIMENTO COM PSICÓLOGO

Não	307 (85,8)
Sim	51 (14,2)

ATENDIMENTO COM ASSISTENTE SOCIAL

Não	271 (75,7)
Sim	87 (24,3)

ATENDIMENTO COM ENFERMEIRO

Não	157 (43,9)
Sim	201 (56,1)

**NÚMERO DE CONSULTAS
CONSULTAS MÉDICAS**

1 a 20	86 (24,1)
21 a 40	87 (24,4)
41 ou mais	184 (51,5)

CONSULTAS PSICÓLOGO

1 a 5	42 (82,4)
6 ou mais	9 (17,6)

CONSULTAS ASSISTENTE SOCIAL

1 a 5	82 (94,3)
6 ou mais	5 (5,7)

CONSULTAS ENFERMEIRO

1 a 5	190 (95,0)
6 ou mais	10 (5,0)

* Os totais podem variar devido aos missings.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de pacientes com transtornos mentais na primeira consulta, segundo classificação internacional da Doença (CID) e sexo, no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	Sexo		Total
	Homem	Feminino	
	N(%)	N(%)	N(%)
	123 (100,0)	235(100,0)	358(100,0)
Classificação Internacional da doença			
F06	8(6,5)	5(2,1)	13(3,6)
F10	9(7,3)	2(0,9)	11(3,1)
F19	3(2,4)	1(0,4)	4(1,1)
F20	13(10,6)	9(3,8)	22(6,1)
F25	7(5,7)	5(2,1)	12(3,4)
F29	20(16,3)	13(5,5)	33(9,2)
F31	10(8,1)	36(15,3)	46(12,8)
F32	11(8,9)	64(27,2)	75(20,9)
F33	3(2,4)	10(4,3)	13(3,6)
F34	0(0,0)	5(2,1)	5(1,4)
F41	9(7,3)	48(20,4)	57(15,9)
F70	1(0,8)	3(1,3)	4(1,1)
F71	9(7,3)	6(2,6)	15(4,2)
F72	5(4,1)	1(0,4)	6(1,7)
F99	4(3,3)	12(5,1)	16(4,5)
Outros	11 (8,8)	15 (6,3)	26 (7,5)
Valor de P		<0,001	

*Valor de P = Teste Qui-quadrado de Person e Exato de Fisher

Tabela 4 – Distribuição dos casos de pacientes com transtornos mentais na última consulta, segundo classificação internacional da Doença (CID) e sexo, no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	Sexo		Total N(%)
	Homem	Feminino	
	N(%)	N(%)	N(%)
	123 (100)	235(1000)	358(100)
Classificação Internacional da doença			
F06	9(7,3)	12(5,1)	21(5,9)
F20	26(21,1)	29(12,3)	55(15,4)
F29	11(8,9)	4(1,7)	15(4,2)
F31	19(15,4)	70(29,8)	89(24,9)
F32	5(4,1)	17(7,2)	22(6,1)
F33	3(2,4)	19(8,1)	22(6,1)
F41	10(8,1)	45(19,1)	55(15,4)
F70	6(4,9)	2(0,9)	8(2,2)
F99	7(5,7)	11(4,7)	18(5,0)
Outros	16 (12,8)	15 (6,2)	31 (9,0)
Valor de P		<0,001	

*Valor de P = Teste Qui-quadrado de Person e Exato de Fisher

Tabela 5 – Distribuição dos casos de pacientes com transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves e persistentes na primeira e na última consulta, atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	Consulta	
	Primeira Consulta	Última Consulta
	N(%)	N(%)
TMC e TMGP		
Transtorno Mental Comum	166(46,4)	124(34,6)
Transtorno Mental Grave e Persistente	192(53,6)	234(65,4)
TOTAL	358(100)	358(100)

Referente à frequência de Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Mentais Graves e Persistentes, na primeira consulta obteve-se um total de 166 (46,4%) TMC e 192 (53,6%) TMGP, já na última consulta verificou-se 124 (34,6%) TMC e 234 (65,4%) TMGP (Tabela 5).

A amostra foi caracterizada segundo as variáveis sociodemográficas e os transtornos mentais comuns e graves persistentes (Tabela 6). Dentre os casos de

transtornos mentais comuns (TMC), encontrou-se 166 pacientes que apresentaram TMC como diagnóstico, estes foram compostos em sua maioria pelo sexo feminino (n=137; 82,5%), com idades entre 41 a 59 anos (n=84; 50,6%), sendo a média de 47,7 anos (DP±14,7). A maior parte dos pacientes se autodeclararam casados (n=77; 48,7%). Com relação aos transtornos mentais graves e persistentes, mais da metade eram do sexo feminino (n=98; 51,0%), com idade entre 18 a 40 anos (n=81; 42,2%) e que se declararam solteiras (n=136; 74,7%). Destaca-se que ambas as variáveis apresentaram significância estatística entre os grupos.

Em relação à naturalidade e o local de moradia, tanto nos transtornos mentais comuns quanto nos graves e persistentes, a maioria dos pacientes eram naturais do estado do Acre (86,0%; 84,6), e eram moradores da região do Baixo Acre/Purus no primeiro (93,2%; 87,8%) e último atendimento realizado (90,9%; 91,4%). Referente à ocupação laboral, a maioria dos pacientes com transtornos mentais comuns referiram ter trabalho (n=104; 62,0%) e ter outros tipos de profissões (variável) como a mais frequente (n=53; 31,9%). Em relação aos que possuem transtornos mentais graves e persistentes, houve o predomínio de pacientes que declaram não ter atividade laboral (n=96; 50,3%), destacando que 27,3% teriam profissões específicas. As variáveis ocupação laboral e profissões apresentaram associação estatística entre os grupos que apresentaram transtorno mentais e transtornos mentais graves e persistentes (Tabela 6).

Tabela 6 – Características sociodemográficas de pacientes com transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves e persistentes, segundo a primeira consulta, atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS MENTAIS		Média	DP	VALOR DE P
	COMUNS	GRAVES E PERSISTENTES			
	N (%)	N (%)			
	166 (100)	192 (100)			
SEXO					
Feminino	137 (82,5)	98 (51,0)			<0,001
Masculino	29 (17,5)	94 (49,0)			
IDADE			47,68	14,75	
18 a 40 anos	41 (24,7)	81 (42,2)			0,002
41 a 59 anos	84 (50,6)	75 (39,1)			
60 ou mais	41 (24,7)	36 (18,8)			

ESTADO CIVIL

Solteiro	64 (40,5)	136(74,7)	
Casado	77 (48,7)	29 (15,9)	
União Estável	6 (3,8)	8 (4,4)	<0,001
Separado	7 (4,4)	5 (2,7)	
Viúvo	4 (4,5)	4 (2,2)	

REGIÃO DE SAÚDE DE MORADIA 1º CONSULTA

Baixo Acre/Purus	151 (93,2)	165 (87,8)	
Alto Acre	3 (1,9)	7 (3,7)	0,084
Tarauacá/Envira	6 (3,7)	5 (2,7)	
Boca do Acre	2 (1,2)	11 (5,9)	

OCUPAÇÃO LABORAL

Não	62 (38,0)	96 (50,3)	0,013
Sim	104 (62,0)	95 (49,7)	

PROFISSÕES

Não possui	57 (34,3)	84 (44,9)	
Estudante	8 (4,8)	20 (10,7)	
Profissional do lar	43 (25,9)	21 (11,2)	0,001
Aposentado	5 (3,0)	11 (5,9)	
Outras profissões	53 (31,9)	51 (27,3)	

* Os totais podem variar devido aos missings.

^a Outros Estados: Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Rio Grande do Sul e São Paulo.

^b Profissões específicas: Agentes, Assistentes e Auxiliar administrativos, Borracheiro, Engraxate e Pintor, Construtores Cíveis, Contadores e Professores, Fotógrafo, Motorista, Funcionários Públicos, Serviços Gerais e Domésticas, Auxiliares nos serviços de alimentação, Operadores do comércio e mercado, Serviços de embelezamento e higiene, Técnicos e auxiliares enfermagem, Técnico de Eletrônica e Eletricidade Trabalhadores Rurais, Vigilantes, Policiais Militares.

Quando nos referimos as variáveis de tratamento e acompanhamento no serviço de saúde, 50,0% dos pacientes com transtornos mentais comuns (TMC) iniciaram o tratamento entre os anos 2010 e 2019 e 45,3% dos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (TMGP) iniciaram entre os anos de 2000 a 2009. Em relação ao tempo da doença, 16 anos ou mais apresentou-se como o mais frequente em ambos os grupos de transtornos. Relacionado a idade que iniciou a doença, mais da metade declarou ter iniciado entre 18 a 40 anos de idade. Ressalta-se que as variáveis supracitadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que apresentaram transtornos mentais comuns e graves e persistentes (Tabela 7).

No que condiz ao tratamento desses pacientes, a maioria recebeu a prescrição de medicamentos, tantos para aqueles que apresentaram transtornos mentais comuns (n=155; 94,5%), quanto os que apresentaram transtornos mentais graves e persistentes (n=172; 91,0%). Relacionado ao número de medicamentos, houve o predomínio nos TMC e TMGP com utilização de 1 a 3 medicamentos na primeira e na última consulta, estas apresentaram diferença estatisticamente significativa. Referente aos tipos de medicamentos mais utilizados pelos pacientes com TMC, na primeira e última consulta foram mais frequentes os antidepressivos e ansiolíticos/hipnóticos. Para os que apresentaram TMGP, os medicamentos mais utilizados na primeira e última consulta foram os antipsicóticos e ansiolíticos/hipnóticos. As variáveis número de medicamentos na primeira e última consulta e os tipos de medicamentos: ansiolíticos/hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e outros medicamentos utilizados na primeira e última consulta apresentaram-se estatisticamente significativas aos transtornos mentais comuns e graves persistentes (Tabela 7).

A respeito das internações, 12,0% dos pacientes com TMC foram internados e tiveram de 1 a 10 internações (n=17; 10,2%) durante o período, diferindo estatisticamente aos que 38,5% pacientes com TMGP que foram internados e tiveram de 1 a 10 internações (n=67; 34,9%). Nos atendimentos de emergência 28,3% dos pacientes com TMC e 53,6% dos pacientes com TMGP receberam o mesmo e tiveram de 1 a 10 atendimentos (27,1%; 48,4%), respectivamente (Tabela 7).

Nos atendimentos recebidos, 16,9%, 19,9% e 56,6% dos que apresentaram TMC, receberam atendimentos com psicólogo, assistente social e enfermeiro, respectivamente. Aos que apresentaram TMGP, 12,0%, 28,1% e 55,7% também receberam atendimento com psicólogo, assistente social e enfermeiro. Quanto ao número de consultas, 44,6% dos pacientes com TMC tiveram 41 ou mais consultas médicas, e 57,6% dos que possuem TMGP também tiveram 41 ou mais consultas médicas, considerando que o número de consultas médicas se apresentou estatisticamente significativa entre os grupos de TMC e TMGP (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização do tratamento e acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves e persistentes, segundo a primeira consulta, atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, 1981 – 2019.

VARIÁVEIS	TRANSTORNOS MENTAIS		Média	DP	VALOR DE P
	COMUNS	GRAVES E PERSISTENTES			
	*N (%)	*N (%)			
	166 (100)	192 (100)			
ANO DO INÍCIO DO TRATAMENTO					
1980 a 1898	2 (1,2)	10 (5,2)			
1990 a 1999	30 (18,1)	28 (14,6)			
2000 a 2009	51 (30,7)	87 (45,3)			0,002
2010 a 2019	83 (50,0)	67 (34,9)			
TEMPO DA DOENÇA					
			14,44	10,22	
Menos de 1 ano	1 (0,6)	6 (3,1)			
1 a 5 anos	40 (24,1)	28 (14,6)			
6 a 10 anos	40 (24,1)	35 (18,2)			0,025
11 a 15 anos	26 (15,7)	39 (20,3)			
16 anos ou mais	59 (35,5)	84 (43,8)			
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO					
Menos de 1 ano	10 (6,0)	3 (1,6)			
1 a 9 anos	78 (47,0)	70 (36,5)			
10 a 19 anos	48 (28,9)	84 (43,8)			0,006
20 anos ou mais	30 (18,1)	35 (18,2)			
NUMERO DE MEDICAMENTOS 1º CONSULTA					
Não usou	13 (7,8)	19 (9,9)			
1 a 3	149 (89,8)	145 (75,5)			<0,001
4 ou mais	4 (2,4)	28 (14,6)			
TIPOS DE MEDICAMENTOS (1º Consulta)					
Ansiolíticos/Hipnóticos	123 (76,4)	82 (44,1)			<0,001
Antidepressivos	127 (78,9)	68 (36,6)			<0,001
Antipsicóticos	20 (12,4)	114 (61,3)			<0,001
Estabilizadores do Humor	9 (5,6)	44 (23,7)			<0,001
Anticonvulsivantes	8 (5,0)	11 (5,9)			0,443
Outros	6 (3,7)	72 (38,7)			<0,001

**NUMERO DE
MEDICAMENTOS ÚLTIMA
CONSULTA**

Não usou	3 (1,8)	5 (2,6)	
1 a 3	158 (95,2)	168 (87,5)	0,028
4 ou mais	5 (3,0)	19 (9,9)	

**TIPOS DE
MEDICAMENTOS (Última
consulta)**

Ansiolíticos/Hipnóticos	132 (79,5)	132 (69,1)	0,017
Antidepressivos	140 (84,3)	97 (50,8)	<0,001
Antipsicóticos	36 (21,7)	110 (57,6)	<0,001
Estabilizadores do Humor	17 (10,2)	40 (20,9)	0,004
Anticonvulsivantes	12 (7,2)	23 (12,0)	0,088
Outros	20 (12,0)	42 (22,0)	0,009

INTERNAÇÃO

Não	146 (88,0)	118 (61,5)	<0,001
Sim	20 (12,0)	74 (38,5)	

**NÚMERO DE
INTERNAÇÕES**

			0,82	3,57
Não internou	146 (89,2)	118 (63,5)		
1 a 10	17 (10,2)	67 (34,9)		
11 a 20	0 (0,0)	3 (1,6)		<0,001
21 ou mais	1 (0,6)	0 (0,0)		

**ATENDIMENTO DE
EMERGÊNCIA**

Não	119 (71,7)	89 (46,4)	<0,001
Sim	47 (28,3)	103 (53,6)	

**NÚMERO DE
ATENDIMENTOS DE
EMERGÊNCIA**

Não atendeu	119 (71,7)	89 (46,4)	
1 a 10 atendimento	45 (27,1)	93 (48,4)	<0,001
11 ou mais	2 (1,2)	10 (5,2)	

**ATENDIMENTO COM
PSICÓLOGO**

Não	138 (83,1)	169 (88,0)	0,121
Sim	28 (16,9)	23 (12,0)	

**ATENDIMENTO COM
ASSISTENTE SOCIAL**

Não	133 (80,1)	138 (71,9)	0,084
Sim	33 (19,9)	54 (28,1)	

**NÚMERO DE CONSULTAS
CONSULTAS MÉDICAS**

			47,21	34,71	
1 a 20	48 (28,9)	38 (19,9)			
21 a 40	44 (26,5)	43 (22,5)			0,039
41 ou mais	74 (44,6)	110 (57,6)			

* Os totais podem variar devido aos missings.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou no primeiro atendimento uma proporção de 46,4% de pacientes com transtornos mentais comuns e 53,6% de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes. Na última consulta, identificou que os mesmos pacientes apresentaram uma proporção de 34,6% de transtornos mentais comuns e 65,4% de transtornos mentais graves e persistentes.

Estudos nacionais, feitos em nível comunitário, apresentaram prevalências para transtornos mentais comuns variando de 19,7% e 53,3% (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015; CUNHA *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2019) e nos estudos internacionais variou entre 8,6% e 33,0% (STEEL *et al.*, 2014). Observa-se que a proporção de TMC na primeira e última consulta encontrado no presente estudo corrobora com a prevalência de estudos já realizados.

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil verificou que 56,7% de adultos usuários de serviços de saúde mental já foram diagnosticados com algum transtorno mental grave. Os autores consideram que tais proporções de TMGP são altas em virtude das condições socioeconômicas desiguais que são encontradas no país (ASSUNÇÃO; LIMA; GUIMARÃES, 2017). Essa hipótese é apoiada pelos achados do presente estudo, onde a proporção de pessoas com diagnóstico de TMGP é superior a 50,0% na primeira e última consulta. Considerando que a população estudada também apresenta condições socioeconômicas mais baixas no estado estudado.

De acordo com a Estrutura Nacional de Planejamento de Serviços de Saúde Mental na Austrália, estima-se que a cada ano 3,3% dos adultos maiores de 18 anos apresentam uma doença mental grave e que 1,1% das pessoas apresentam uma doença mental persistente que requer serviços contínuos para lidar com os sintomas e as incapacidades ocasionadas pelas mesmas (WHITEFORD *et al.*, 2017).

Aproximadamente 12,0% dos pacientes com diagnóstico inicial de Transtorno Mental Comum, evoluíram para Transtornos Mentais Graves e Persistentes ao longo dos anos que foram atendidos na instituição de saúde. Tal mudança pode ser justificada por equívocos no diagnóstico inicial ou final, pela evolução do quadro em virtude da presença de comorbidades, situações estressoras que desencadeiam sintomas ainda não apresentados, aderência inadequada ao tratamento proposto e a piora do quadro clínico em si, agravando o prognóstico destas patologias (SANTOS,

2002). Outra justificativa para tal ocorrido seria a forte influência do modelo biomédico em nossa sociedade, criando a patologização do comportamento, gerando assim a necessidade de medicação para o que seriam as práticas rotineiras do sujeito (FOUCAULT, 2019).

É importante ressaltar a grande lacuna ainda presente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os hospitais psiquiátricos ainda existentes. De acordo com a Reforma Psiquiátrica, que busca desinstitucionalizar os pacientes com sofrimento psíquico e reinseri-los na sociedade através dos mecanismos que compõem a RAPS, a Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na identificação precoce dos transtornos mentais, no tratamento dos TMC, referência e contrarreferência a outros níveis de atenção quando necessário, além de promoção e prevenção de assuntos pertinentes à saúde mental da população (WHO, 2008).

Estudos afirmam que 50,0% dos pacientes atendidos na APS apresentam algum tipo de sofrimento mental e a que as mesmas possuem capacidade de atenção a estes pacientes (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008). No entanto, observa-se que ainda existe um grande número de pacientes com TMC atendidos no ambulatório do Hospital de Saúde Mental do Acre, considerando que os mesmos deveriam estar sendo atendidos em unidades da APS e instituições pertencentes à RAPS local. A estruturação da RAPS tem sido considerada um modelo efetivo no que se trata a desconstrução do modelo manicomial existente (PERES *et al.*, 2018; NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020).

Tal achado por de ser justificado em virtude de os serviços substitutivos aos hospitais ainda serem insuficientes, sejam por recursos físicos, humanos ou financeiros. Nota-se ainda, a falta de alinhamento com o propósito da rede e a intrínseca presença do modelo biomédico, baseado em internações ou medicamentos como métodos mais efetivos para a manutenção ou cura dos pacientes (PERES *et al.*, 2018; NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020).

Observou-se que o transtorno mental mais frequente na população estudada na primeira consulta, foram os episódios depressivos, classificados como transtornos mentais comuns. Este achado corrobora com a literatura internacional (DERAJEW *et al.*, 2017; SAGAR *et al.*, 2020) e nacional (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; SANTOS-VELOSO *et al.*, 2019). Atualmente, a depressão tem sido considerada a principal causa de incapacidade em todo mundo e contribui diretamente na carga global de doenças. Estima-se que 300

milhões de pessoas em todo mundo sofra com esse transtorno mental (OPAS, 2018).

Quando estratificado por sexo, o transtorno mental mais frequente na primeira consulta no sexo feminino foi os episódios depressivos e na última consulta o transtorno afetivo bipolar. Já no sexo masculino, na primeira consulta as psicoses não orgânicas não especificadas e na última consulta esquizofrenia, considerando que estas apresentaram significância estatística entre os sexos.

Já está bem consolidado na literatura científica nacional e internacional que as mulheres são mais acometidas por transtornos de humor e de ansiedade quando comparada aos homens (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015; LYTSY *et al.*, 2019; ORELLANA *et al.*, 2020). Autores sugerem que as mulheres apresentam maiores episódios depressivos em virtude de fatores biológico e hormonais, por questões socioculturais que permeiam e potenciais fatores estressores e a forma de lidar com eles (GONÇALVES *et al.*, 2017; BOING *et al.*, 2012; MUNHOZ, 2012) e mais transtornos afetivos bipolares (TAB) pela influência do ciclo reprodutivo, incluindo, ciclo menstrual, gravidez e menopausa e hormonais, destacando os esteroides gonodais e tireoidianos, além da anatomia cerebral (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; DIAS *et al.*, 2006).

A mudança do CID de episódios depressivos para transtornos afetivos bipolares pode ser explicada pelas oscilações importantes do humor entre os campos da mania e depressão ou equívoco diagnósticos relacionados ao processo de medicalização da sociedade (SADOCK; SADOCK, 2007). Os episódios maníacos apresentam grande propensão à recorrência. Mais da metade dos pacientes maníacos têm mais de um episódio, e quase todos os pacientes com episódios maníacos também têm episódios depressivos (STUART; LARAIA, 2001). Justificando assim a relação entre os dois transtornos. Episódios recorrentes a esses transtornos ocasionam impacto negativo no prognóstico do paciente e no seu acompanhamento (CARDOSO; GALERA, 2011; SILVA; DIAS; ROSALINO, 2017).

Estudos têm apontado que transtornos mentais psicóticos e seus efeitos podem variar de acordo com o sexo, revelando que estes têm se apresentado com maior comprometimento no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino (ARAÚJO; GODOY; BOTTI, 2017; SILVEIRA *et al.*, 2011; CARDOSO, 2005). Este achado pode ser explicado pela presença de fatores biológicos, tais como o hormônio do estrogênio, que tem desempenhado fator de proteção para

esquizofrenia e outros transtornos psicóticos nas mulheres, influenciando diretamente nos sintomas mais tardios e que requerem dosagens menores de neurolépticos. Considera-se ainda, que os sintomas de alucinações, delírios, perturbações mentais e pobreza na fala tem ocorrido de maneira mais agravada nos homens (SILVEIRA *et al.*, 2011; HUBER *et al.*, 2001).

Tais achados corroboram com o resultado do estudo, no qual observou que na primeira consulta o transtorno mais frequente em homens foram as psicoses não-orgânicas não especificadas, e na última consulta a esquizofrenia, verificando que o tempo do tratamento e os sintomas relatados foram importantes para uma classificação mais específica do transtorno mental grave e persistente. Ressalta-se que o diagnóstico em psiquiatria é longitudinal e por vezes dinâmico, alterando-se com o tempo, de acordo com as exposições e o comportamento processual do paciente frente ao sintomas e tratamento ofertados (PONDÉ, 2018).

Neste estudo foram observadas as diferenças entre os sexos, com TMC e TMGP mais frequentes no sexo feminino. Esse resultado pode estar relacionado ao papel que a mulher desempenha na sociedade e a consequente sobrecarga oriunda da sobreposição das atividades profissionais e domésticas, já que muitas delas são responsáveis pela educação e cuidados com os filhos, somando-se a isso a desvalorização e a elevada taxa de violência sofridos por essa população (LUCCHESI *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2018). Dessa forma, fatores socioculturais que expressam a maior vulnerabilidade do sexo feminino podem ter contribuído para a diferença entre os sexos. Além disso, as mulheres, de forma geral, procuram mais os serviços de saúde mental e têm maior facilidade de relatar os sintomas psicológicos (NOGUEIRA *et al.*, 2014; QUADROS *et al.*, 2020).

A idade apresentou significância estatística corroborando com estudos nacionais e internacionais que mostram que idade é um fator importante no surgimento de transtornos mentais. No presente estudo os Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Mentais Graves e Persistentes apresentaram maior proporção na faixa etária de 41 a 59 e de 18 a 40 anos, respectivamente. Estudos mostram uma maior prevalência de transtornos mentais comuns na população com idade mais avançada quando comparada a de indivíduos mais jovens (KIEJNA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2019; STOPA *et al.*, 2015), indicando uma tendência no aumento de transtornos mentais com o avançar da idade, o que pode ser explicado pelas alterações advindas de acordo com o envelhecimento e exposições, tais como

o aumento de doenças crônicas, limitações físicas, aumentos de potenciais estressores, perdas cognitivas e aumento do isolamento social (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Referente aos TMGP, um estudo realizado na Inglaterra tanto homens como mulheres tiveram o primeiro episódio de psicose acima dos 20 anos de idade (KIRKBRIDE *et al.*, 2017). Esses resultados corroboram com a literatura, indicando que TMGP, como a esquizofrenia, surgem com maior frequência no final da adolescência e início da vida adulta (CHAN, 2017).

Concernente ao estado marital, estudos mostram que pessoas que não possuem companheiro estão mais propensas a apresentarem transtornos, como depressão e ansiedade. No que se refere aos TMGP, neste estudo observou-se a maior proporção de casos em indivíduos solteiros. A hipótese para uma maior proporção de solteiros e sem companheiros nos transtornos mentais graves e persistentes dar-se em virtude do maior comprometimento no funcionamento global, menor estimulação social, dificuldade de estabelecer e construir relação social, são menos independentes, pouca atuação nas atividades diárias, efeitos diferenciados na resiliência, recursos econômicos insuficientes e percepção de vida negativa quando comparada com pessoas que possuem companheiro (CARDOSO *et al.*, 2006; ASSUNÇÃO; LIMA; GUIMARÃES, 2017; ARAÚJO; GODOY; BOTTI, 2017). Os Transtornos Mentais Comuns foram observados em maior proporção naqueles casados. Ter companheiro proporciona apoio social, o qual é um fator de proteção para diversos desfechos em saúde, entre eles as doenças mentais, além de tornar as pessoas mais aptas a lidar com situações estressantes (TOUGH; SIEGRIST; FEKETE, 2017). A qualidade desses relacionamentos, quando satisfatórios estão associados a uma diminuição nos níveis de estresse, ansiedade e depressão (VEST *et al.*, 2017).

A ocupação laboral também apresentou significância estatística na análise bivariada. Os TMC foram mais frequentes em indivíduos com ocupação laboral. Vale ressaltar que diversas pesquisas apontam os aspectos psicossociais do trabalho como fatores estressores que podem estar associados ao adoecimento mental, como a baixa remuneração, longas cargas horárias de trabalho, falta de apoio social por parte dos colegas de trabalho (GONG *et al.*, 2015; NETTERSTROM *et al.*, 2008; THEORELL *et al.*, 2015; TSARAS *et al.*, 2018). Entretanto, a ausência de atividade laboral foi mais elevada em pacientes diagnosticados com transtornos mentais

graves e persistentes. A literatura apresenta que pessoas com TMGP possuem maior dificuldade em ter atividade laboral em consequência de estigmas e autoestigmas existentes a respeito da sua incapacidade funcional para gerenciar atividades do dia a dia e de gerir debates de normas que o trabalho propõe, de adjetivos discriminantes que transparece achá-los como perigosos, preguiçosos e incapazes de preencher obrigações sociais (SOUZA, 2006; ROCHA; HARA; PAPOCKI, 2015).

Tais achados apontam as dificuldades existentes para aqueles que possuem TMGP em relação às atividades presentes na sociedade. É evidente a importância que o trabalho possui na vida dos seres humanos, que além de ser fonte de renda é uma forma de inserção social e que influencia diretamente na qualidade de vida dos indivíduos (QUADROS *et al.*, 2020). Ter uma atividade liberal e conseqüentemente uma renda, é importante para a manutenção da autonomia financeira, proporciona interação social, refletindo sobremaneira na saúde dos indivíduos.

Quanto às profissões, observou maiores proporções de TMC e TMGP em pessoas sem profissão definida, seguida de pessoas “do lar”. Desemprego e empregos informais estão associados ao aumento de doenças mentais. A falta de emprego assim como a função que se desempenha são considerados moderadores importantes dos determinantes sociais, pois influenciam diretamente na escolaridade e classe social desses indivíduos. A maior vulnerabilidade social e econômica aumenta a probabilidade de surgimento de transtornos mentais (ALEGRÍA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

A atividade “do lar” comumente é desempenhada por mulheres. Vale ressaltar que ser do sexo feminino constitui um fator de risco para transtornos mentais, além disso, exercer apenas atividades domésticas leva ao isolamento social e a insatisfação profissional (LUCCHESI *et al.*, 2014). Em estudo realizado em Campinas, as donas de casa apresentaram prevalência 67,0% maior quando comparadas às que exerciam atividades remuneradas (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Os resultados sugerem que as donas de casa são mais vulneráveis ao adoecimento mental, devido às características do trabalho doméstico, como a monotonia, a rotina e desvalorização (ROBLES *et al.*, 2014).

Referente ao ano de início do tratamento observou-se maior número de diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes entre os anos de 2000 a 2009. Nesse período, o HOSMAC passou a contar com maior número de

especialistas em psiquiatria em seu corpo clínico. Mostrando a importância que diagnósticos em saúde mental sejam realizados por profissionais capacitados, visando maior acurácia diagnóstica, evitando-se diagnósticos equivocados e uso desnecessário de medicamentos psicotrópicos (JURUENA, 2017; PONDÉ, 2018).

A maior proporção dos pacientes diagnosticados com Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Mentais Graves e Persistentes estava em acompanhamento há 16 anos ou mais. Isso se deve ao fato de muitos dos TMC muitas vezes são reincidentes, enquanto os TMGP são doenças que necessitam de tratamento e acompanhamento contínuos, por se tratarem de doenças crônicas (GILLESPIE *et al.*, 2017; OWEN; SAWA; MORTENSEN, 2016).

No que tange a prescrição de medicamentos, identificou-se que na primeira consulta foram prescritos de 1 a 3 medicamentos para os pacientes de TMC e TMGP. Pacientes de primeira consulta geralmente chegam ao serviço de saúde em crise, sendo necessária uma maior quantidade de medicamentos para estabilização de seu quadro clínico. Entretanto, ao analisar o número de medicamentos prescritos na última consulta, também, observou-se que se manteve a prescrição de 1 a 3 medicamentos para ambos os grupos de comparação, mostrando uma possível falha no acompanhamento desses pacientes, já que os TMC são transtornos mais leves, o que permite ao paciente ter uma redução ou até mesmo a extinção dos medicamentos e passar a ter um cuidado mais amplo para o cuidado de saúde mental (PRADO *et al.*, 2017). O modelo hospitalocêntrico, fortificado pelo pensamento biomédico leva a cronificação da pessoa, transformar o “normal” em doença, é uma prática comum desse modelo, gerando a necessidade de “estar medicado” para manter a saúde (FOUCAULT, 2019).

Já os TMGP, mesmo sendo doenças que necessitam de acompanhamento contínuo, após o controle e estabilização das patologias, permitem a redução do número de medicamentos administrados, assim a diminuição dos possíveis riscos relacionados à farmacoterapia (ALCÂNTARA *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2017). Recomenda-se que medicações dos grupos ansiolíticos e hipnóticos sejam utilizados apenas em situações de crises e por curto período de tempo, a fim de estabilizar os sintomas nos pacientes (FÁVERO; SATO; SANTIAGO, 2018).

Quanto ao tipo de medicamento utilizado pelos pacientes, entre aqueles com TMC os antidepressivos foram os mais prescritos, o que é plausível, já que a maior parte dos pacientes com TMC apresentaram transtornos depressivos. Os

ansiolíticos/hipnóticos, seguido pelos antipsicóticos foram os mais utilizados pelos pacientes com TMGP. Tal resultado corrobora com estudos nacionais e internacionais que mostram essas classes de medicamento como a mais prescrita em diversos países (ALDUHISHY, 2018; BORGES *et al.*, 2015; MARK, 2010). A prescrição excessiva desses medicamento se deve ao aumento da incidência dessas doenças na nossa sociedade, assim como à prescrição indevida desses medicação (ALDUHISHY, 2018).

O uso de benzodiazepínicos tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. O uso prolongado é um fator de risco para o desenvolvimento de vários efeitos adversos, assim como dependência e intoxicação. O uso discriminatório e desordenado por mais de um ano aumenta o risco de síndromes de abstinência, overdose, tentativa de suicídio e redução na capacidade de trabalho. É importante que o profissional de saúde tenha rigor na prescrição de tais medicamentos, proporcionando um uso apropriado dos mesmos e impedindo gastos desnecessários ao sistema único de saúde (NALOTO *et al.*,2016).

A internação hospitalar e os atendimentos de emergência hospitalar, bem como o número de internação e de atendimentos emergenciais realizados, apresentaram significância estatística no presente estudo. Estudos afirmam que as internações, reinternações e atendimentos emergenciais frequentes têm sido mais realizados em pacientes com transtornos mentais graves, considerando ainda que as internações são indicadas quando os recursos extra-hospitalares para o tratamento já estiverem sido esgotados (CARDOSO; GALERA, 2011). Tal achado corrobora com os outros trabalhos já realizados, considerando que a maior proporção de internações e número de internações deu-se em pacientes diagnosticados com TMGP (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015; SHI *et al.*, 2019; WALTER *et al.*, 2019).

Os profissionais de psicologia já têm sido destacados como um dos principais atores para o cuidado ofertado a pacientes com transtornos mentais (CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012). No entanto a atuação deste em unidades de urgência e emergência tem sido pouco utilizada no que se trata na emersão do subjetivo do paciente (ANJOS FILHO; SOUZA, 2016; JAFELICE; MARCOLAN, 2018; VELOSO *et al.*, 2017). Referente a atuação dos mesmos nos serviços de saúde, com o desenvolvimento de políticas públicas na saúde mental, tem se observado uma maior atuação dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo

esta uma das principais instituições da RAPS e que tem pautados a oferta do cuidado através do acolhimento das pessoas em sofrimento (BRASIL, 2011).

De acordo com essa exposição, é possível explicar o porquê do atendimento e números de consultas com psicólogo terem apresentado uma menor proporção no presente estudo. Apontando mais uma vez, a importância do fortalecimento dos serviços assistenciais extra-hospitalares pertencentes a RAPS para ofertar outros cuidados, tais como atendimentos com psicólogo para potencializar o tratamento ofertado para os pacientes acometidos por transtornos mentais.

Ser atendido pelos profissionais da área da assistência social e enfermagem apresentou-se com menor proporção quando comparado aos que não receberam atendimento por estes profissionais. Em relação aos pacientes que tiveram consultas com esses profissionais, observou-se que a maioria teve de uma a cinco consultas durante todo o período de acompanhamento e tratamento na instituição. Os referidos dados apontam as falhas e dificuldades no desenvolvimento das práticas multiprofissionais com a equipe de saúde. Estudos revelam que a falta de comunicação em equipe, rotatividade dos profissionais de saúde, práticas de saúde parcelada e a influência da figura dos médicos como principal provedor dentro das instituições de saúde mental têm sido considerado como dificuldades centrais para prestação dos cuidados em saúde e na implementação da multiprofissionalidade e da lógica interdisciplinar nos serviços de saúde mental (ANJOS FILHO; SOUZA, 2016; JAFELICE; MARCOLAN, 2018; VELOSO *et al.*, 2017, ROCHA *et al.*, 2018). A herança enraizada do modelo hospitalocêntrico, gerou uma perspectiva de saúde médico-centrada, que por sua vez foca em práticas de cunho mais medicamentoso, dando pouca valia a interação e ao trabalho em equipe (FOULCAULT, 2019).

O número de consultas médicas apresentou significância estatística em relação aos transtornos mentais. Ter realizado 41 ou mais consultas até a data do último atendimento apresentou-se com maior proporção nos dois grupos TMC e TMGP. O maior número de consultas pode ser justificado pelo tempo de tratamento. Quanto mais tempo sendo acompanhado pelo serviço, subentende-se que maior será o número de atendimentos e consultas médicas realizadas (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Pacientes com transtornos mentais graves e persistentes apresentam maiores comprometimentos em saúde e sintomatologia mais graves quando comparado ao que possuem TMC, demonstrando que os mesmos possuem mais dificuldade de estabilidade e necessitam maior número de atendimentos

Destaca-se mais uma vez a presença do modelo hospitalocêntrico ainda presente dentro da RAPS, no qual ainda existe a cronicidade das pessoas em frente ao hospital e mínima ação para emancipação dessas pessoas para viver na comunidade e a serem acompanhadas por outros serviços da rede (CARDOSO; GALERA, 2011).

Outro ponto importante a ser mais uma vez destacado, é a frequência na qual pacientes com TMC que ainda são atendidos no ambulatório. O que revela a deficiência que ainda existe sobre a lógica de funcionamento da RAPS, no qual os pacientes com esses transtornos deveriam ter sido referenciados para as unidades da Atenção Primária, a fim de serem acompanhados com ações de saúde mental dentro da área de abrangência (WHO, 2008; BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015). O modelo de atendimento atual, médico-centrado, hospitalocêntrico, não trabalha a autonomia do indivíduo, mas sim, cronifica seu estado de saúde, fazendo ficar cada vez mais dependente dos serviços (Hospitais) e das medicações, sendo depositado nessas todo o foco do tratamento do sujeito (FOULCAULT, 2019; CAPONI, 2012).

CONCLUSÃO

Um olhar mais amplo e dedicado à saúde mental se faz com o passar dos anos cada vez mais necessário. Casos de depressão e ansiedade aumentam anualmente, suicídio já é uma das principais causas *mortis* no mundo. Analisar o sofrimento mental numa perspectiva que vai além de uma visão biológica parece ser cada vez mais o direcionamento para sanar essa realidade.

É importante por em cheque o modelo biomédico e compreender de uma maneira ampla o conceito de rede de atenção psicossocial. Considerando que esta não pode ser vista apenas como interconexão das diferentes unidades de saúde, dos diferentes pontos de cuidado, mas como inerente ao ser humano e suas múltiplas conexões, família, amigos, trabalho, religiosidade.

De acordo com o estudo realizado, percebe-se que mesmo com prerrogativas já existentes para diminuição de internações hospitalares, o ambulatório ainda tem realizado muitas internações e atendimentos emergenciais em virtude de episódios de crises dos pacientes. Observando que a assistência extra-hospitalar existente na rede local, ainda se encontra fragilizada e com grandes lacunas no que se refere à oferta de tratamentos além do medicamentoso.

Mostrando um provável déficit na RAPS local, que é evidenciado pelo número de pontos de atenção da rede que existem na capital, mesmo com o quantitativo populacional que permitiria serem fundadas instituições de cuidado à saúde mental de maiores portes, a rede local conta apenas com um CAPS – II, um CAPS AD – III, uma unidade de acolhimento e nenhuma SRT (Serviço Residencial Terapêutico).

Os transtornos mentais de maneira geral, mesmo os mais graves, se forem devidamente acompanhados, preconiza-se que em seu seguimento o número de psicotrópicos seja reduzido (posologia), melhorando a qualidade de vida do paciente, dado por vezes os efeitos letárgicos da maioria dessas medicações, porém, observou-se que houve um aumento no quantitativo de fármacos durante o período de acompanhamento dos pacientes, levantando-se a hipótese de uma falha referente ao uso prolongado dos medicamentos para o tratamento contínuo do paciente e do seu segmento.

Essa hipótese é refletida pela limitação deste estudo. Na grande maioria dos prontuários não foi encontrado o CID na última consulta, sendo por vezes necessário utilizar o CID do primeiro atendimento, reiterando uma possível falha na

longitudinalidade do atendimento desses pacientes. Sugere-se que estudos nessa área sejam realizados, buscando evidenciar hipóteses mais assertivas sobre a existência de falhas no seguimento desses pacientes.

Não obstante, o presente estudo além de reforçar diversas hipóteses já presentes na literatura, na comparação dos dois grupos, TMC e TMGP, levantou o ponto de como a rede local precisa ser redinamizada e reorganizada, visto o número de atendimentos de TMC que ainda são atendidos no Hospital de Saúde Mental do Acre.

Salienta-se por fim que é de extrema importância que os serviços de saúde estejam preparados para atender os pacientes com sofrimento mental, tendo em vista suas peculiaridades. Ofertando cuidados que proporcione melhorias na qualidade de vida dos mesmos, não resumindo seu tratamento a um mero quantitativo medicamentoso ou estigmatizando-os como incapazes.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, p. 75, 2008.
- ALCÂNTARA, C. B. DE et al. Drug therapy for people with mental disorders in the view of nursing professionals. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, mar. 2018.
- ALDUHISHY, M. The over prescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 40, n. 3, p. 241–243, 2018.
- ALEGRÍA, M. et al. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 11, p. 95, 2018.
- ALMEIDA Filho N, et al. Estudo multicêntrico de morbidade mental psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Revista ABP/APAL**, v. 14, p. 93-104, 1992.
- AMARANTE, P. (org.) **Ensaio subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, P. Apresentação. In: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira**. In: Fleury S, organizadora. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos; 1997. p.163-86.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- ANDRADE, L. H. S. G. DE; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.
- ANJOS FILHO, N. C. DOS; SOUZA, A. M. P. DE. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 63–76, ago. 2016.
- ANSELMINI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saude Publica**, v. 42, p. 26-33, 2008.
- ARAÚJO, L. C.; GODOY, E. L. M.; BOTTI, N. C. L. Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 138-152, 2017.

ARAÚJO, T. N. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 5, p. 337-348, 2005.

ASSUNÇÃO, A. Á.; LIMA, E. DE P.; GUIMARÃES, M. D. C. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 503–514, jun. 2015.

BENER, A. et al. Co-morbidity between major Depression and schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. **Psiquiatria Danubina**, v. 32, n. 1, p. 78-83, 2020.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M.. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latino-americana. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, março 2008

BOING A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012.

BORGES T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.L. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 3, p. 195-201, 2015.

BORGES, T. L. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 344–349, ago. 2015.

BOSAIPO, N. B. et al. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. supl.1, p. 72-84, 2017.

BRASIL. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, p.18, 2003.

BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, p. 98, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. **Conferência Nacional de Saúde**. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.43, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS, cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**, Brasília – DF 2016. Disponível

em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Acesso: 15 de maio de 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 24, Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 160, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, p. 6-44, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Ano II, n. 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de saúde – Princípios e conquistas**. 2000.

BRASIL. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. v. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, p. 116, 2014.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. **Dispõe sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio para implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. [Acesso em 30 de Ago de 2016] Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/lista_legislacoes/legis_2012/U_PT-MS-GM3090-REP_231211.pdf.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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, 2001.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. *Diário Oficial da União* 2013; 21 de maio - Seção 1, págs. 37/38.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. *Diário Oficial da União* - Seção 1 de 20/02/2002.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Use of Datasus to evaluate psychiatric inpatient care patterns in Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 821-829, 2007.

CANTELE, J.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 4, p. 910–925, 2012.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARDOSO, C. S. et al. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1338-1348, 2005.

CARDOSO, C.S. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.

CARDOSO, G. V. **Saúde mental: revisão da literatura e proposta de plano de ação para o centro de saúde vale do jatobá no município de belo horizonte – Minas Gerais [Trabalho de Conclusão de Curso]**, Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 87–94, mar. 2011.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro de alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CÉZAR M. A.; COELHO, M. P. As experiências de Reforma Psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental (online)**, v. 11, n. 20, p. 134-151, 2017.

CHAN, V. **Schizophrenia and Psychosis**. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v. 26, n. 2, p. 341–366, abr. 2017.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2011.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, p. 73-79, 2005.

COSTA, N. R. et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

CUNHA, M. DO C. V. DA et al. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 201–210, dez. 2008.

CUNHA, R. V. DA; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 346–354, jun. 2012.

DERAJEW, H. et al. Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 88, dez. 2017.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

DIAS, Marcelo K.; FERIGATO, Sabrina H.; FERNANDES, Amanda D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 2, p. 03, 2020.

DIAS, R. DA S. et al. Transtorno bipolar do humor e gênero. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 80–91, 2006.

ESPERIDIÃO, E. - Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001.

FÁVERO, V. R.; SATO, M. D. O.; SANTIAGO, R. M. Uso de ansiolíticos: abuso ou necessidade?. **Visão Acadêmica**, v. 18, n. 4, 16 fev. 2018.

FERREIRA, A. C. Z. et al. A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 17 ago. 2017.

FONSECA, M. L. G. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008

FORTES, S.; VILLANO, L.A.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the family health program (FHP) unit in Petropolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 32-37, 2008.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil**. 2004. 165 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica [1961]**. 11ª Ed. São Paulo: Perspectiva; 2019.

Fundação Oswaldo Cruz, **Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. In: *Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Calouste Gulbenkian, Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS); 2015.

GILLESPIE, A. L. et al. Is treatment-resistant schizophrenia categorically distinct from treatment-responsive schizophrenia? a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 12, dez. 2017.

GOLDBERG David, HUXLEY Peter. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa

Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2043–2053, set. 2008.

GONÇALVES, D. M., KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2008.

GONG, Y. et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. **Scientific Reports**, v. 4, n. 1, maio 2015.

HUBER, T.J.; ROLLNIK, J.; WILHELMS, J. Estradiol levels in psychotic disorders. **Psychoneuroendocrinology**, v. 26, p. 27-35, 2001.

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2131–2138, 2018.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

JURUENA, M. F. O Diagnóstico dos transtornos mentais. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 50, n. supl1., p. 1, 4 fev. 2017.

KIEJNA, A. et al. The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. **Psychiatria Polska**, v. 49, p. 15–27, 2015.

KIRKBRIDE, J. B. et al. The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. **American Journal of Psychiatry**, v. 174, n. 2, p. 143–153, fev. 2017.

LARA, A. F. L. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Psicologia USP**, v. 17, n. 1, p. 35-52, 2006.

LEO, J; LACASSE, J. **The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression**. **Society**. v. 45, p. 35-45, 2008.

LOPES, W. P.; BURIOLA, A.; Esquizofrenia: conceito, epidemiologia e papel da enfermagem na adesão ao tratamento. **Colloquium Vitae**, vol. 7, n. Especial, p. 81-88, 2015.

LUCHESE, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, jul. 2014.

LUDEMIR, A. B.; FILHO, D.M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saude Publica**, v. 36, p. 213-221, 2002.

LUDEMIR, Ana Bernarda. **Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. Physis [online]**. V. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LYTSY, P. et al. Gender differences in healthcare management of depression: aspects of sick leave and treatment with psychoactive drugs in a Swedish setting. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 73, n. 7, p. 441–450, 3 out. 2019.

MANCUSO A. M. C. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

MARI J. J. et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello, A. A. F.; Kohn, R, organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007, p. 119-41.

MARK, T. L. For What Diagnoses Are Psychotropic Medications Being Prescribed?: A Nationally Representative Survey of Physicians. **CNS Drugs**, v. 24, n. 4, p. 319–326, abr. 2010.

MELLO, M. F. et al. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Rio Grande do Sul – Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENEZES, A. L. A.; CORREIA, C. R. M. **Processo de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária**. São Luís: UNA-SUS, 2017.

MUNHOZ, T. N. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional [dissertação]**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012.

NALOTO, D. C. C. et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016.

NETTERSTROM, B. et al. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, n. 1, p. 118–132, 14 maio 2008.

NÓBREGA, M. P. S. S.; MANTOVANI, G. S.; DOMINGOS, A. M. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1-9, 2018.

NOGUEIRA, E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368–377, jun. 2014.

OLIVEIRA, J. M. B. DE et al. Aging, mental health, and suicide. An integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 488–498, ago. 2018.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS;2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa- depressão**. OPAS BRASIL, Brasília, março, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 30 de maio de 2020.

OWEN, M. J.; SAWA, A.; MORTENSEN, P. B. Schizophrenia. **The Lancet**, v. 388, n. 10039, p. 86–97, jul. 2016.

PASSOS, I. C. F. Duas versões históricas para a psicoterapia institucional. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 21-32, 2012.

PATEL, V. et al. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. **PLOS Med**, v. 10, n. 5, p. 1-6, 2013.

PERES, G. M. et al. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos brasileiros de saúde mental**, v. 10, n. 27, p. 34-52, 2018.

PINHEIRO, R. et al. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1º Ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. Cap. 6, p. 95-101. Cap. 9, p. 113-128

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4635-4642, 2011.

PITTA, A. M. FOs Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 12, p. 647-648, 1994.

PONDÉ, M. P. A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 1, p. 145–166, jan. 2018.

PRADO, M. A. M. B. DO et al. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 747–758, nov. 2017.

PRADO, M. F. DO; SÁ, M. DE C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 320–337, 1 dez. 2015.

QUADROS, L. DE C. M. DE et al. Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180162, 2020.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia ciência e profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROBLES, T. F. et al. Marital quality and health: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, v. 140, n. 1, p. 140–187, jan. 2014.

ROCHA et al., **Necessidades e experiências de mulheres, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais em tratamento para o uso de substâncias: a voz de usuárias e profissionais de saúde**. In: Figueiredo, G. L. A. Vulnerabilidades & Saúde Grupos em cena por visibilidade no espaço urbano. Sao Paulo: Editora Hucitec, 2018. p. 502 – 523.

ROCHA, F. L.; HARA, C.; PAPOCKI, J. Doença mental e estigma. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015.

ROCHA, Saulo V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 13(4), 630-640. 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica (9a ed.)**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAGAR, R. et al. The burden of mental disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 2, p. 148–161, fev. 2020.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Bras Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, G. DE B. V. DOS et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS-VELOSO, M. A. O. et al. Prevalence of depression and anxiety and their association with cardiovascular risk factors in Northeast Brasil primary care patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 6, p. 801–809, jun. 2019.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S. DE; BARROS, M. B. DE A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, ago. 2018.

SHI, J. et al. Disparities in mental health care utilization among inpatients in various types of health institutions: a cross-sectional study based on EHR data in Shanghai, China. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1023, dez. 2019.

SILVA, L. O. L.; DIAS, C. A.; ROSALINO, F. U. Processos Terapêuticos no Tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar: Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 63-76, 2017.

SILVA, P. A. DOS S. DA et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639–646, fev. 2018.

SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.19, n.1, p. 27-32, 2011.

SOUZA, L. S. et al. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adultos no Contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 64, n. 18, 2017.

SOUZA, M. L. P.; THIELSEN, J.. **Transtornos Mentais Graves e Persistentes – TMGP**. São Luís: UNA-SUS, 2017.

SOUZA, P. C. Z. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 175-183, 2006.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, abr. 2014.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 170–180, dez. 2015.

STUART, G. W., LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática (D. Batista, Trad.) (6a ed.)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

THEORELL, T. et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 738, dez. 2015.

TOUGH, H.; SIEGRIST, J.; FEKETE, C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 414, dez. 2017.

TSARAS, K. et al. Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. **Medical Archives**, v. 72, n. 1, p. 62, 2018.

UNASUS. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. UNA-SUS/UFMA. São Luís 2018 http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes06.pdf

VELOSO, L. U. P. et al. Multidisciplinarity in a psychosocial care center for users of alcohol and other drugs. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 6, p. 835, 13 jun. 2017.

VEST, B. M. et al. Marital Satisfaction, Family Support, and Pre-Deployment Resiliency Factors Related to Mental Health Outcomes for Reserve and National Guard Soldiers. **Military Behavioral Health**, v. 5, n. 4, p. 313–323, 2017.

WALTER, F. et al. Multiple adverse outcomes following first discharge from inpatient psychiatric care: a national cohort study. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 7, p. 582–589, jul. 2019.

WHITEFORD, H. et al. Estimating the number of adults with severe and persistent mental illness who have complex, multi-agency needs. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 51, n. 8, p. 799–809, ago. 2017.

WHO. WONCA. **Integrating mental health in primary care: a global perspective**. Geneva: WHO; 2008.

ANEXO - FORMULÁRIO PRONTUÁRIOS HOSMAC

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
IDENTIFICAÇÃO/DADOS DEMOGRÁFICOS	SPSS
1. Nome:	nome
2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	sexo
3. Data de Nascimento ___/___/___	
4. Idade: ___ anos (999) não consta FAZER CONTA DEPOIS	idade
5. Município de Moradia no primeiro registro*:	municipiopri
6. Município de Moradia no último registro*:	municipiout
7. Bairro de Moradia no primeiro registro*:	bairropri
8. Bairro de Moradia no último registro*:	bairroult
Naturalidade (Município/Estado):	NaturMun
9. Município: _____ (99) Não mencionado	
10. Estado (SIGLA): ___ (99) Não mencionado	NaturEst
11. Estado civil (PRIMEIRO REGISTRO - CABEÇALHO) (0) Solteiro (1) Casado (3) União Estável (4) Separado (5) Viúvo (9) Não mencionado	estcivil
DADOS DE TRABALHO	SPSS
12. Houve menção de trabalho na primeira consulta ou no cabeçalho (0) Não (1) Sim	trabalho
13. Ocupação (0) Não tem (1) Profissão específica (2) Estudante (3) Do lar (4) Aposentado (5) Não se aplica	ocupa
14. Profissão específica: _____ (9) Não se aplica	profissão
ADOECIMENTO	SPSS
15. Houve menção ao tempo de doença na primeira consulta? (0) Não (1) Sim - Quanto tempo de doença ou primeiros sintomas? ___ anos e ___ meses	tempodoençapri
FAZER CONTA DEPOIS (se não houve menção ao tempo, colocar a idade na primeira consulta)	idadeinicio
16. Idade em que apresentou os primeiros sintomas (anos): _____ (999) Não mencionado	
FAZER CONTA DEPOIS	tempodoença
17. Tempo de doença (anos/meses): _____ anos/_____ meses Considerar o tempo mencionado na primeira consulta ou caso não mencionado considerar o tempo da data da primeira consulta até a última consulta – Igual ao tempo de acompanhamento	
ACOMPANHAMENTO	SPSS
18. Data da primeira consulta: ___/___/___	dataprimcons
19. Data da última consulta: ___/___/___	dataultcons

FAZER CONTA DEPOIS	tempultinterna
20. Tempo de acompanhamento (anos/meses): ____ ____ anos/ ____ ____ meses	
21. Primeiro registro de CID-10 (primário)*: ____ ____ ____ (F99.9)Não Mencionado	cidprim1
22. Primeiro registro de CID-10 (secundário)*: ____ ____ ____ (F99.9)Não Mencionado	cidprim2
23. Foram prescritas medicações na primeira consulta? (0) Não (1) Sim (9) Não houve registro	prescrito
24. Medicações prescritas no primeiro registro de medicações de ambulatório (desconsiderar medicação de emergência)*: _____ _____ _____	medicprim
25. Numero de medicações no primeiro registro*: ____ ____ (99) Não se aplica/Não mencionado	nummedicprim
26. Alguma internação mencionada no prontuário? (0) Não (1) Sim	interna
27. Número de internações mencionadas no prontuário: ____ ____ (99) Não se aplica/Não menciona	numinterna
28. Tem registro de internação judicial / compulsória? (PROCURAR SOMENTE NOS PAPEIS ANEXOS) (0) Não (1) Sim	internacomp
29. Tem alguma menção de entrada na emergência ou plantão alguma vez? (0) Não (1) Sim	emerg
30. Número de vezes de entrada na emergência mencionada no prontuário: ____ ____ (99) Não se aplica/Não menciona	numemerg
31. Tem consulta com psicologia mencionada no prontuário? (0) Não (1) Sim	psicologia
32. Tem consulta com assistente social mencionada no prontuário? (0) Não (1) Sim	ssocial
33. Tem consulta de enfermagem mencionada no prontuário? (0) Não (1) Sim	
34. Número de consultas médicas realizadas*: ____ ____ ____	nummconsmed
35. Número de médicos diferentes que atenderam o paciente: ____ ____	nummeddif
36. Número de consultas de psicologia realizadas*: ____ ____ (99) Não se aplica/Não menciona	numconspsi
37. Número de psicólogos diferentes que atenderam o paciente: ____ ____ (99) Não se aplica	nummeddif
38. Número de consultas com assistente social realizadas*: ____ ____ (99) Não se aplica/Não menciona	numconsssosocial
39. Número de consultas com enfermagem realizadas*: ____ ____ (99) Não se aplica/Não menciona	numconsssosocial
40. Recebe benefício (BPC-LOAS)? (PROCURAR SOMENTE NOS PAPEIS ANEXOS) (0) Não (1) Sim (9) Não houve registro	beneficio
41. Último registro de CID-10 no prontuário (primário)*: ____ ____ ____ (F99.9)Não Mencionado	cidult1
42. Último registro de CID-10 no prontuário (secundário)*: ____ ____ ____ (F99.9)Não Mencionado	cidult2

43. Últimas medicações prescritas - ver último registro que consta medicação: _____ _____ _____ _____	medicult
44. Número de medicações no último registro: ____ ____ (99) Não se aplica/Não mencionado	nummedicult