UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SUELI APARECIDA DE CASTRO

Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar:
acompanhamento na rede de serviços de saúde

RIBEIRÃO PRETO

2015

SUELI APARECIDA DE CASTRO

Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar:
acompanhamento na rede de serviços de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: O doente a doença e as práticas terapêuticas

Orientador: Prof. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Coorientador: Prof. Dr. Domingos Alves

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Castro, Sueli Aparecida de

Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar: acompanhamento na rede de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 2015.

138 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Coorientador: Prof. Dr. Domingos Alves

1. Adesão do paciente. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Reabilitação. 5. Serviços de Saúde.

CASTRO, Sueli Aparecida de

Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar: acompanhamento na rede de serviços de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Dedico este estudo, especialmente, a todos os portadores de transtorno mental. Caminhei até aqui por vocês.

Agradeço à família maravilhosa que me foi concedida, presente em todos os momentos de minha vida e com a qual compartilho o meu amor e respeito.

Aos meus queridos e amados pais, Aparecida e Antônio, pela dedicação e amor.

Agradecimentos

Agradeço a **DEUS**, por estar sempre presente em minha trajetória e pelas pessoas iluminadas que coloca em meu caminho.

Agradeço, em especial, a querida orientadora **Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato** pela acolhida e estímulo. Sua orientação segura, responsável e sempre com olhar crítico e respeitoso, diante das minhas dificuldades, me possibilitou aprender e concluir esse trabalho. Eterna admiração!

Agradeço ao **Prof. Dr. Jair Lício** dos Santos pela sua gentileza e disponibilidade.

Agradeço ao **Prof. Dr. Domingos Alves** pelo empenho e dedicação na busca de soluções para os problemas vivenciados no cotidiano do trabalho na saúde mental.

Agradeço à **Gilda** pelo carisma e calorosa receptividade, sempre.

Agradeço aos **funcionários do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, especialmente Arlete e Michel**, pela disponibilidade em colaborar. Muito obrigada!

Agradeço a contribuição da **equipe do Ambulatório de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde - Castelo Branco Novo**.

Agradeço à **equipe do Núcleo de Saúde Mental** que se disponibilizou em me receber e esclarecer minhas dúvidas.

Agradeço à **equipe do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)** pela receptividade e carinho.

‘Educar é crescer. E crescer é viver. Educação é,
assim, vida no sentido mais autêntico da palavra’.

(Anísio Teixeira)

RESUMO

CASTRO, S.A. **Adesão ao tratamento psiquiátrico após alta hospitalar: acompanhamento na rede de serviços de saúde.** 2015. 138 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

Introdução: Altas prevalências de transtornos mentais na população e os prejuízos decorrentes que se manifestam em diversos aspectos da vida do indivíduo, tais como isolamento social, sofrimento, interrupções ou baixo rendimento na vida laboral e nos estudos, discriminação e riscos de auto e/ou heteroagressividade são preocupantes. Estima-se que em 2020, as condições crônicas, dentre elas, os distúrbios mentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Devido à complexidade dos transtornos mentais e a necessidade de contribuir para o melhor atendimento em saúde às pessoas afetadas, realizou-se o presente estudo. **Objetivo:** avaliar a adesão do portador de transtorno mental aos tratamentos de acompanhamento, após a alta hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, transversal, baseado em dados secundários (prontuários) e primários (entrevistas) para identificar a adesão dos pacientes ao tratamento na rede extra-hospitalar. Dados coletados no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, Centro de Atenção Psicossocial II, Núcleo de Saúde Mental e Ambulatório de Saúde Mental da UBS-Dr. Ítalo Baruffi, de maio de 2013 a junho de 2014 com acompanhamento na rede até janeiro de 2015. Para a coleta dos dados, utilizou-se 5 instrumentos: 1-Roteiro para obtenção de dados secundários da internação (HST-RP); 2-Roteiro para obtenção dos dados nos serviços extra-hospitalares (SEH); 3-Roteiro para Entrevista (Serviço extra-hospitalar); 4-Roteiro de dados no segundo retorno nos serviços extra-hospitalares; 5- Teste de Morisky-Green. Variáveis sociodemográficas, clínicas e dos retornos aos serviços foram analisados. **Resultados:** Dos 875 egressos, 78 (25,5%) foram excluídos por bloqueio de um dos serviços da rede, sendo selecionados apenas 71 que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. A maioria era branca, na faixa dos 40 a 49 anos, sexo masculino, solteiros, sem companheiro e nível fundamental incompleto. A maioria dos sujeitos teve internações anteriores, com prevalência dos diagnósticos F20-F29 e F30-F39. O estado mental, prevalente na alta, foi calmo, associado a outros diagnósticos e sem proposta terapêutica para o pós-alta. Quanto ao comparecimento aos retornos, nos serviços da rede extra-hospitalar, constatou-se que a maioria compareceu aos retornos agendados, entretanto, sem a correspondente adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o Teste de Morisky-Green. A maioria dos acolhimentos, nestes serviços, foi realizada pela equipe de enfermagem. Observou-se que o atendimento não está centrado na reabilitação psicossocial, como se esperava. **Discussão:** Dados semelhantes têm sido relatados em outros estudos, sendo inclusive responsáveis por reinternações e reagudização dos quadros psiquiátricos. Constatou-se a valorização do tratamento medicamento em prejuízo das intervenções psicossociais na instituição hospitalar pesquisada. Apesar dos serviços extra-hospitalares terem equipes multiprofissionais, os resultados não mostram uma atenção de melhor qualidade, com enfoque na reinserção social do doente mental e na sua autonomia de vida. Não há elaboração do Projeto Terapêutico Singular e articulação dos serviços de saúde mental com a atenção básica, principalmente com a Estratégia de Saúde da Família. **Conclusão:** Este estudo mostrou que contrariamente, ao que se infere, o portador de transtorno mental comparece aos serviços de saúde mental para a

continuidade do tratamento, porém, apesar disso, constata-se que os mesmos não são reabilitados.

Palavras-chave: Adesão do Paciente; Enfermagem Psiquiátrica; Equipe de Assistência ao paciente, Reabilitação; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

CASTRO, S.A. **Adherence to psychiatric treatment after hospital discharge: follow-up in the health services network.** 2015. 138 f. Dissertation (Master's). University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, 2015.

Introduction: A high prevalence of mental disorders in the population and losses that manifest in various spheres of life, such as social isolation, suffering, interruptions or low performance levels at work or school, discrimination, and risk of self- or hetero-aggressiveness are alarming. Estimates for 2020 indicate that chronic conditions, among which are mental disorders, will be responsible for 78% of the overall load of diseases in developing countries. This study was conducted due to the complexity of mental disorders and the need to provide better care to affected individuals. **Objective:** to assess mental patients' adherence to follow-up treatments after hospital discharge. **Method:** This descriptive, cross-sectional study was based on secondary data (medical records) and primary data (interviews) to identify adherence of patients to treatment provided in the extra-hospital network. Data were collected from the Santa Tereza Hospital, the Psychosocial Care Center II, Mental Health Unit, and the Mental Health Outpatient Clinic at the Dr. Italo Baruffi PHC Unit in Ribeirão Preto, SP, Brazil from May 2013 to June 2014 and from follow-up in the health service network up to January 2015. Five instruments were used for data collection: 1 - A script to obtain secondary data concerning hospitalization (STH-RP); 2 - Script to obtain data from the extra-hospital services (EHS); 3 - Script for interviews (Extra-hospital service); 4 - Script for data collected in the second visit to extra-hospital services; and 5 - the Morisky-Green test. Sociodemographic and clinical variables and return to services were assessed. **Results:** Of the 875 patients discharged, 78 (25.5%) were excluded due to a blockage in the health services, so that only 71 patients, who met the inclusion criteria, were selected for the study. Most were Caucasian, aged from 40 to 49 years old, male, single, without a partner/spouse, with incomplete primary school. Most were previously hospitalized and the diagnoses F20-F29 and F30-F39 were the most prevalent. The most common mental state at the time of discharge was calm, associated with other diagnoses with no therapeutic proposal for post-discharge. In regard to attending follow-up consultations in the extra-hospital network, most attended scheduled their appointments, however, did not adhere to the medication regimen according to the Morisky-Green test. The nursing staff was most frequently responsible to receive/welcome these patients into the services. We observed that care is not centered on psychosocial rehabilitation, contrary to expectations. **Discussion:** Similar results are reported in other studies with consequent rehospitalizations and aggravation of patients' psychiatric conditions. Dados semelhantes têm sido relatados em outros estudos, sendo inclusive responsáveis por reinternações e reagudização dos quadros psiquiátricos. Medication treatment is valued at the expense of psychosocial interventions in the hospital facility under study. Even though the extra-hospital services are supported by multidisciplinary teams, the results do not show improved quality of care focused on the social inclusion and autonomy of mental patients. There is no cooperation between the Singular Therapeutic Project and mental health services with primary health care, especially with the Family Strategy Health. **Conclusion:** This study revealed that, contrary to what is

expected, individuals with mental disorders attend mental health services to continue their treatment, however, they are not rehabilitated.

Keywords: Patient Compliance, Psychiatric Nursing, Patient Care Team, Rehabilitation, Health Services.

RESUMEN

CASTRO, S.A. **Adhesión al tratamiento psiquiátrico después del alta hospitalaria: acompañamiento en la red de servicios de salud.** 2015. 138 f. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2015.

Introducción: Altas prevalencias de trastornos mentales en la población y los perjuicios decurrentes que se manifiestan en varios aspectos de la vida de un individuo, tales como el aislamiento social, sufrimiento, interrupciones o bajo rendimiento en la vida laboral y en los estudios, discriminación y riesgos de auto y/o heteroagresividad son preocupantes. Se estima que en 2020, las condiciones crónicas, entre ellas, los disturbios mentales, serán responsables por el 78% de la carga global de enfermedades en los países en desarrollo. Debido a la complejidad de los trastornos mentales y a la necesidad de contribuir a un mejor atendimento en salud a las personas afectadas, se realizó el presente estudio. **Objetivo:** evaluar la adhesión del portador de trastorno mental a los tratamientos de acompañamiento, después del alta hospitalaria. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, trasversal, basado en datos secundarios (fichas médicas) y primarios (entrevistas) para identificar la adhesión de los pacientes al tratamiento en la red extra hospitalaria. Datos colectados en el Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, Centro de Atención Psicosocial II, Núcleo de Salud Mental y Ambulatorio de Salud Mental de la Unidad Básica de Salud Dr. Italo Baruffi, en el período desde mayo de 2013 hasta junio de 2014 con acompañamiento en la red hasta enero de 2015. Para la recopilación de los datos, se fueron utilizados 5 instrumentos: 1-Rotero para obtención de datos secundarios de la internación (HST-RP); 2-Rotero para obtención de los datos en los servicios extra hospitalarios (SEH); 3-Rotero para Entrevista (Servicio extra hospitalario); 4-Rotero de datos en el según retorno en los servicios extra hospitalarios; 5- Test de Morisky-Green. Variables sociodemográficas, clínicas y de los retornos a los servicios fueron analizadas. **Resultados:** De los 875 egresos, 78 (25,5%) fueron excluidos por bloqueo de uno de los servicios de la red, siendo seleccionados sólo 71 que atendían a los criterios de inclusión del estudio. La mayoría era blanca, alrededor de los 40 a 49 años, sexo masculino, solteros, sin compañeros y nivel fundamental incompleto. La mayoría de los sujetos tuvo internaciones anteriores, con prevalencia de los diagnósticos F20-F29 y F30-F39. El estado mental, prevalente en el alta, fue calmo, asociado a otros diagnósticos y sin propuesta terapéutica para el pos alta. Cuanto a la comparecencia a los retornos, en los servicios de la red extra hospitalaria, se constató que la mayoría compareció a los retornos programados, sin embargo, sin la correspondiente adhesión al tratamiento medicamentoso, según el Test de Morisky-Green. La mayoría de las acogidas, en estos servicios, fue realizada por el equipo de enfermería. Se observó que el atendimento no está centrado en la rehabilitación psicosocial, como se esperaba. **Discusión:** Datos semejantes han sido relatados en otros estudios, siendo incluso responsables por reinternaciones y reagudización de los cuadros psiquiátricos. Se constató la valoración del tratamiento medicamentoso en perjuicio a las intervenciones psicosociales en la institución hospitalaria investigada. A pesar de que los servicios extra hospitalarios cuentan con equipos multiprofesionales, los resultados no muestran una atención de mejor calidad, con énfasis en la reinserción social del enfermo mental y en su autonomía

de vida. No hay elaboración del Proyecto Terapéutico Singular y articulación de los servicios de salud mental a la atención básica, principalmente con la Estrategia de Salud de la Familia.

Conclusión: Este estudio mostró que contrariamente, a lo que se infiere, el portador de trastorno mental comparece a los servicios de salud mental para la continuidad del tratamiento, sin embargo, se ha constatado que ellos no son rehabilitados.

Palabras clave: Adhesión del Paciente, Enfermería Psiquiátrica, Equipo de Asistencia al Paciente, Rehabilitación, Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de organização de serviços apresentados no Relatório de Dawson.	30
Figura 2 - Os atributos das Redes de Atenção Coordenadas pela Atenção Primária à Saúde	31
Figura 3 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	32
Figura 4 - As cinco dimensões do tratamento	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das altas num hospital psiquiátrico de grande porte, no período de maio de 2013 a junho de 2014, segundo o município de origem do paciente	57
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos que não participaram do estudo, com agendamento no pós-alta em Ribeirão Preto	58
Tabela 3 - Distribuição das altas do Hospital psiquiátrico para os serviços da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, de acordo com o local do seu agendamento	58
Tabela 4 - Distribuição das proporções das altas psiquiátricas hospitalares, de acordo com o sexo e grupo etário dos sujeitos	59
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos com altas psiquiátricas, após internação hospitalar	60
Tabela 6 - Distribuição da quantidade de internações anteriores, registradas no prontuário da internação, em relação ao sexo do paciente	61
Tabela 7 - Distribuição das proporções de internações anteriores, registradas no prontuário, em relação ao sexo do paciente e estado mental na alta	62
Tabela 8 - Distribuição das altas, segundo o local de agendamento pós-alta, para seguimento ambulatorial.....	62
Tabela 9 - Associação entre sexo dos pacientes e seu diagnóstico, na alta hospitalar.....	63
Tabela 10 - Altas hospitalares, segundo os psicofármacos prescritos ao paciente.....	63
Tabela 11 - Associação entre sexo dos pacientes psiquiátricos e proposta terapêutica na alta hospitalar	64
Tabela 12 - Distribuição dos pacientes com alta do hospital psiquiátrico, de acordo com o grupo etário de estado civil.....	65
Tabela 13 - Associação entre grupo etário e arranjo domiciliar	65
Tabela 14 - Internações anteriores, registradas no prontuário do paciente e o grupo etário ..	66
Tabela 15 - Caracterização dos sujeitos, conforme o diagnóstico psiquiátrico, nas altas hospitalares e respectivo grupo etário	66
Tabela 16 - Proposta terapêutica de encaminhamento para o pós-alta hospitalar, de acordo com o grupo etário dos pacientes desse estudo	67
Tabela 17 - Distribuição dos agendamentos no pós-alta, de acordo com a faixa etária dos pacientes psiquiátricos em acompanhamento.....	68

Tabela 18 - Distribuição dos portadores de transtorno mental no pós-alta, segundo o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e o profissional que realizou o acolhimento.....	71
Tabela 19 – Relação dos pacientes pós-altas psiquiátricas, segundo o grau de adesão e diagnóstico registrado na alta	72
Tabela 20 - Classificação das altas psiquiátricas, segundo o grau de adesão por serviço extra-hospitalar	72
Tabela 21 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento ao primeiro retorno do paciente, no serviço de acompanhamento, na data agendada e respectivo grupo etário	73
Tabela 22 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente, ao primeiro retorno, na data agendada em relação ao sexo	73
Tabela 23 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com o comparecimento na data agendada e categoria de adesão, segundo o Teste de Morisky-Green.....	74
Tabela 24 - Distribuição das proporções das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento ao primeiro retorno no serviço extra-hospitalar	74
Tabela 25 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento ao primeiro retorno na data agendada, em relação ao profissional que realizou o acolhimento.....	75
Tabela 26 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais, com altas hospitalares, segundo o seu comparecimento na data agendada ao primeiro retorno, em relação ao diagnóstico registrado na alta	75
Tabela 27 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente ao segundo retorno, de acordo com o local de seguimento	76
Tabela 28 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente ao segundo retorno, de acordo com o a faixa etária	76
Tabela 29 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com o comparecimento do paciente ao segundo retorno, na data agendada e sexo.....	77
Tabela 30 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com a categoria de adesão, ao segundo retorno agendado	77
Tabela 31 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com o comparecimento do paciente ao segundo retorno e o local do seguimento extra hospitalar	78
Tabela 32 - Distribuição dos comparecimentos dos pacientes fora da data agendada no terceiro retorno, segundo o profissional que fez seu acolhimento no serviço extra-hospitalar	78
Tabela 33 - Distribuição das altas hospitalares, segundo o comparecimento fora da data do terceiro retorno pós-alta por serviço	79

Tabela 34 - Distribuição dos grupos diagnósticos dos portadores de transtorno mental, após as altas hospitalares, segundo seu comparecimento fora da data agendada do terceiro retorno.....	79
Tabela 35 - Distribuição dos pacientes encaminhados nas altas hospitalares, de acordo com o retorno agendado e respectivo serviço	80
Tabela 36 - Classificação dos egressos de internação psiquiátrica, segundo o comparecimento ao terceiro retorno, em relação ao profissional que realizou o seu acolhimento.....	81
Tabela 37 - Classificação dos portadores de transtornos mentais, de acordo com o diagnóstico registrado na sua alta de internação hospitalar, segundo o comparecimento ao terceiro retorno agendado	81
Tabela 38 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente ao terceiro retorno agendado, em relação ao seu grupo etário	82
Tabela 39 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento ao terceiro retorno agendado em relação ao sexo dos pacientes	82
Tabela 40 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento do paciente ao terceiro retorno agendado e categoria de adesão	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Acompanhamento dos pacientes após a alta do hospital psiquiátrico (HST-RP), nos serviços da rede básica de saúde	69-70
--	-------

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
ASM-DC	Ambulatório de Saúde mental do Distrito Central-DR. Nelson Okano
ASM-UBS	Ambulatório de Saúde mental da Unidade Básica de Saúde Dr. Ítalo Baruffi- Castelo Branco Novo
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II-Professor Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
DCND	Doenças Crônicas Não Degenerativas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
F10-F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes,
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes
F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)
F70-F79	Retardo mental
GAIS	Gerência de Atenção Integral a Saúde
HD	Hospital Dia
HCFM-RP	Hospital das Clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto
HST-RP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NSM	Núcleo de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 Sistema único de Saúde(SUS).....	24
2.2 Promoção da Saúde	27
2.3 Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	29
2.4 Adesão ao Tratamento.....	34
2.5 Acolhimento, vínculo e longitudinalidade do cuidado	37
2.6 Reabilitação Psicossocial	40
2.7 O trabalho da equipe de saúde mental em serviços extra - hospitalares	41
3 OBJETIVO	45
3.1 Objetivo geral.....	45
3.2 Objetivos específicos	45
4 METODOLOGIA	46
4.1 TIPO DE PESQUISA	46
4.2 LOCAL DE PESQUISA	46
4.2.1 HST-RP	46
4.2.2 Rede de Serviços de Saúde Mental no Município de Ribeirão Preto	47
4.2.2.1 CAPS II	47
4.2.2.2 NSM	48
4.2.2.3 ASM-UBS	48
5 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	50
5.1 Tipo de amostra.....	50
5.2 Amostragem	50

6 INSTRUMENTOS	52
6.1 Roteiro para obtenção de dados secundários da internação	52
6.2 Roteiro para obtenção dos dados nos serviços extra-hospitalares	52
6.3 Roteiro para Entrevista (Serviço extra-hospitalar	52
6.4 Teste de Adesão ao Tratamento de Morisky-Green	53
6.5 Roteiro para obtenção de dados no segundo retorno nos serviços extra hospitalares	53
7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	54
8 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	55
9 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	56
10 RESULTADOS.....	57
A Caracterização dos sujeitos	57
B Acompanhamento dos sujeitos.....	68
a Teste de Morisky-Green.....	71
b Comparecimento dos sujeitos ao primeiro retorno agendado	72
c Comparecimento dos sujeitos ao segundo retorno agendado	75
d Comparecimento dos sujeitos ao terceiro retorno agendado	78
11 DISCUSSÃO	84
12 CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	127
ANEXOS	134

1-INTRODUÇÃO

Há mais de 10 anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) já declarava que cerca de 450 milhões de pessoas sofriam transtornos mentais e comportamentais, o que corresponde a 12% da carga mundial de doenças. Estima-se, ainda, que uma em cada quatro pessoas deverá apresentar transtorno mental ao longo da vida. A OMS também alerta sobre a magnitude e a carga dos transtornos mentais, demonstrando que eles são mais comuns entre os pobres, os idosos e as pessoas expostas a fatores estressantes e a patologias clínicas.

A OMS (2003) calcula que até o ano 2020, as condições crônicas, incluindo lesões (como as causadas por acidentes de trânsito que resultam em invalidez permanente) e os distúrbios mentais serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento e para o aprimoramento dos sistemas de saúde recomenda oito elementos essenciais: apoiar uma mudança de paradigma organizado para o atendimento de casos agudos e episódicos para o atendimento de condições crônicas; gerenciar o ambiente político para que haja uma transformação favorável no tratamento das condições crônicas, fomentar o intercâmbio de informações e formar um consenso e um comprometimento político entre os envolvidos em cada estágio; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde, sendo que o sistema de saúde precisa estar alinhado às práticas do trabalho, a regulamentações agrícolas, à educação e a estruturas legislativas mais amplas; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar os pacientes em suas comunidades e enfatizar a prevenção.

Segundo o mesmo relatório, as condições crônicas persistem e necessitam de cuidados permanentes e compartilham algumas características preocupantes: aumento mundial; representa um desafio para os sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam as capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes, causam sérias consequências econômicas e sociais e ameaçam os recursos da saúde nos países e poderão ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2003).

Todavia, menos de 1% dos gastos em saúde tem sido destinado à saúde mental. Dessa forma propõe dez recomendações a serem contempladas pelas políticas de saúde mental: tratamento prioritário em serviços da atenção básica; disponibilidade de

psicotrópicos; envolvimento das famílias, comunidades e indivíduos na tomada de decisões políticas; garantia do cuidado na comunidade; promoção da educação em saúde para a população; estabelecimento de políticas, programas e legislações nacionais inclusivas; aumento e aprimoramento na formação de recursos humanos; estabelecimento de relações entre os setores intergovernamentais; monitoramento da saúde mental na comunidade através de indicadores de prevalência e qualidade dos serviços prestados; apoio à pesquisa em saúde mental (OMS, 1990; OPAS, 2001; FUNK; SARACENO, 2004; OMS, 2003; WHO, 2004a; OMS, 2005).

Nesta mesma perspectiva, o Ministério da Saúde no Brasil prevê que 23 milhões de pessoas necessitarão de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou eventual, sendo que 3% com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2008). Esta prevalência de transtornos mentais é preocupante devido à incapacitação e mortalidade precoce que estas doenças acarretam aos seus portadores (BRASIL, 2003; LOPEZ; MURRAY, 1998; OPAS, 2001; CÂMARA, 2008).

A Lei 10.216 normatiza a assistência à saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001), com ênfase nos serviços extra-hospitalares e reabilitação psicossocial. Entretanto, avaliações têm apontado ainda uma assistência limitada e com precária articulação com os recursos comunitários (BRASIL, 2003; CREMESP, 2010).

O processo de trabalho dos serviços comunitários, ainda, segue a lógica do atendimento ambulatorial, distante e em descompasso com as diretrizes do modelo psicossocial que contempla a subjetividade, as relações interpessoais e que incentiva a construção de um novo processo de trabalho, que aceite o outro legitimamente, através da valorização do sentido que o outro atribui à sua experiência e que inclui o conhecimento do contexto do outro. As propostas de reinserção social do doente mental e dos serviços em rede visam incentivar a autonomia e instrumentalizar o indivíduo a lidar com a gestão da sua própria vida apesar da doença. Segundo a percepção sobre inclusão social sob a perspectiva dos próprios usuários desses serviços, a inclusão está relacionada ao trabalho, educação, renda, poder contratual e ser aceito na sua diferença (CLARK; LAYARD; SMITIE, 2008; SALLES; BARROS, 2012; SALLES; BARROS, 2013).

Constata-se também significativo índice de re-internações psiquiátricas (PARENTE; MENDES; SOUZA et al, 2007; SALLES; BARROS, 2007; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010) o que parece confirmar falhas nas intervenções vigentes. As sucessivas interrupções do tratamento que provocam comprometimentos ao portador de transtorno mental, dentre os quais estão os relacionados às interações pessoais, agravamento do quadro

psíquico, dificuldade para manter o emprego, perda do apoio dos familiares para auxiliar no tratamento, bem como diminuição da autoestima e autonomia, os quais podem contribuir para a perda do sentido pela vida e finalmente o abandono do tratamento (SARACENO, 2001; CLARK; LAYARD; SMITIE, 2008; RIBEIRO et al, 2008).

Diante do atual modelo de atenção em saúde mental, torna-se cada vez mais necessário discutir estratégias de tratamento e (re)inserção social dos portadores de transtorno mental, bem como avaliar o que está sendo implementado na rede de serviços de saúde.

O panorama atual, instituído a partir das reivindicações antimanicomiais, direciona os profissionais de saúde a assumirem uma prática voltada à escuta, capaz de sensibilizar o outro para que encontre em si razões próprias para ser corresponsável no seu tratamento, o que poderia refletir positivamente na adesão ao tratamento prescrito e oferecido pela equipe.

O termo “adesão ao tratamento” tem significado amplo, cuja dimensão está relacionada às características do sistema de saúde de cada país, fatores econômicos, sociais e culturais, assim como ao tratamento, aos profissionais, ao paciente e à própria doença (ARVILOMMI et al, 2014; DANIEL; VEIGA, 2013; WHO, 2003).

Apesar da mudança de paradigma da assistência psiquiátrica, observa-se, paralelamente, o descompasso entre a evolução do conhecimento teórico e das práticas, pois no cotidiano das instituições constata-se ainda nos dias atuais a escassez de intervenções que promovam a reabilitação psicossocial, que de fato auxiliem o portador de transtorno mental a ter mais autonomia (PITTA, 1996; MELLO; FUREGATO, 2007; MELLO; FUREGATO, 2008; COSTA-ROSA, 2013; COSTA-ROSA; YASUI, 2009; FIORATI; SAEKI, 2013).

Na perspectiva da assistência psiquiátrica, destaca-se a importância da organização do trabalho e dos serviços que podem mostrar o quanto a equipe valoriza a subjetividade dos usuários destes serviços e, conhecer melhor como está ocorrendo a assistência.

A rede de saúde mental, responsável pela integração dos serviços, principalmente quando prioriza o “cuidado” na atenção primária, deve estar inserida no próprio território, local priorizado para as intervenções, quando possível, favorecendo o vínculo e prevenindo reinternações. Dessa forma, é possível compreender que a saúde mental não está dissociada da saúde geral (SOUSA; RIVIERA, 2010; SANTOS, NUNES, 2011; BRASIL, 2013a).

Para o Ministério da Saúde (MS), as ações em rede podem favorecer a continuidade da assistência, em qualquer nível de complexidade e o êxito nas intervenções. Portanto, a construção de redes é uma estratégia que poderá criar múltiplas respostas para o enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2009a).

Dado o impacto social, clínico e econômico da não adesão ao tratamento é fundamental o conhecimento acerca da doença e da assistência a ela relacionada, o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento, bem como avaliar a efetividade dos dispositivos de atenção à saúde mental como reguladores das internações psiquiátricas. Estes conhecimentos poderão contribuir para nortear a ação dos profissionais na elaboração e efetivação dos projetos terapêuticos individuais, bem como para nortear a gestão dos projetos de reorientação dos serviços e ampliar o conhecimento das fragilidades e as lacunas no conhecimento a respeito dos problemas que se enfrentam no cotidiano.

2-REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Sistema Único de Saúde (SUS)

Conhecer os fundamentos e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário para entender as diretrizes, organização e gestão da assistência em saúde mental, a partir da Reforma Sanitária brasileira.

Os ideais históricos da população brasileira, na saúde pública foram consolidados pela Constituição brasileira de 1988, a qual inclui os artigos 196-200 que tratam da saúde brasileira e reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Decorre daí o entendimento de que, cabe ao Estado a responsabilidade em reverter a situação de desigualdade na assistência à saúde, o que atenderá ao clamor de justiça na saúde.

Dois anos depois, em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde com a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) e a 8.142 (BRASIL, 1990b) as quais regulamentam o SUS e a participação social na saúde, respectivamente.

Baseado na Constituição, o SUS norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2000). Também teve enorme influência a publicação de Starfield (2002) sobre a atenção primária à saúde.

O princípio da universalidade, diferentemente da ideia de acesso às ações e aos serviços de saúde, deve ser entendido como a oferta desses recursos a todos que deles necessitam, com ênfase na prevenção e redução de agravos (BRASIL, 2000).

Em relação ao conceito de equidade, o mesmo é amplo, complexo e envolve questões éticas, bioéticas e filosóficas, por isso não há consenso na literatura a respeito do mesmo (STARFIELD, 2002; PESSALACIA; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011; SIQUEIRA et al, 2013;).

A bioética prioriza a atenção aos sujeitos vulneráveis desprovidos dos recursos para atingir seu potencial máximo de saúde, portanto, no âmbito da saúde, objetiva estabelecer políticas públicas, cujas ações e serviços de saúde sejam distribuídos de maneira justa, privilegiando aqueles que tenham maiores necessidades, onde os desiguais são tratados desigualmente (BRASIL, 2000; RUGER, 2006; GRANJA et al, 2010; TEIXEIRA, 2011; SIQUEIRA et al, 2013).

Segundo Siqueira et al (2013), Whithead estabeleceu o conceito de equidade em saúde aliando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária, assim, equidade em saúde

remete à ideia de que, todos os indivíduos de uma sociedade necessitam das mesmas oportunidades para desenvolver seu potencial de saúde, não podendo existir desvantagem para alcançá-lo.

Para alcançar a equidade é fundamental que o indivíduo tenha “acesso” aos serviços de saúde, cuja porta de entrada, atualmente preconizada, corresponde aos serviços da atenção básica, os quais devem estar organizados em função das necessidades de saúde de uma determinada população (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2008). Entretanto, o que se tem visto é a desigualdade social ao acesso aos serviços de saúde (ASSIS, 2003; BARATA, 2008; CORRÊA et al, 2011).

Segundo Paim (2006), a proposta do MS atende as necessidades de saúde de uma parcela da população até então excluída do sistema, garante o acesso, mas afirma que a atenção em saúde está distante de concretizar a equidade.

A despeito do princípio da integralidade, o mesmo é considerado “um dos mais preciosos”, no que se refere ao atendimento das necessidades individuais ou em grupos, mesmo minoritário em relação à população (BRASIL, 2000), está contemplado no artigo 198, do cap.II da Constituição Federal Brasileira, citado como “atendimento integral”, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Para Mattos (2005), a palavra integralidade assume três sentidos: “traço da medicina”, “modo de organizar a prática” e “políticas, especificamente elaboradas pelo governo para dar respostas aos problemas de saúde”.

O traço da medicina pode ser compreendido como o cuidado que não reduza a pessoa ao aparelho biológico, mas que valorize as interações para alcançar a identificação de todas as necessidades de saúde e não apenas aquelas relacionadas à especialidade profissional, o que levaria à fragmentação da assistência. O fato é que este pensamento critica a medicina tradicional.

O segundo sentido da integralidade, modo de organizar a prática, refere-se à necessidade de “horizontalização” dos programas, anteriormente verticalizados, elaborados a partir da perspectiva e do olhar dos diferentes profissionais, sem considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas. Outra crítica refere-se à fragmentação das ações da saúde pública e das práticas assistenciais, bem como a fragmentação das ações dentro dos próprios serviços.

Finalmente, as políticas elaboradas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde de determinado grupo populacional, por menor que seja, visam corrigir a tendência que os profissionais têm em conceber o trabalho fragmentado e

desarticulado, com posturas autoritárias, verticalizadas, reducionistas e fundamentadas no conhecimento científico. Avanços para implementar o princípio da integralidade estão ocorrendo, através da elaboração de programas voltados para mulheres, crianças, adolescentes, idosos, portadores de doenças infecciosas, portadores de doenças mentais, dentre outros, assim como iniciativas para estruturação da rede em ordem crescente de complexidade (BRASIL, 2000). Devido à relevância do assunto, muitos estudiosos têm pesquisado o tema (STARFIELD, 2002; KNOWLES, 2009; SCHUFFMAN; DRUSS; PARKS, 2009; KIRCHNER et al, 2010; HANRAHAN; DELANEY; MERWIN, 2010; KATHOL et al, 2010; POMERANTZ; SAYERS; 2010; PETERSEN et al, 2011; SOREL; EVERETT, 2011; STEMBERG; HOMER, 2011; VAN DER FELTZ-CORNELIS, 2011; BOSTWICK; RACKLEY, 2012; CROFT et al., 2013; ERICKSON, 2012; O' DONNELL; WILLIAMS; KILBOURN, 2013; SCHIMID; STEINERT; BORBÉ, 2013; SUAREZ; BELCHER et al, 2012) e nacionais (BALLARIN, BLANES, FERIGATO, 2012; JIMENEZ, 2011; TANAKA, RIBEIRO; 2009; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; BONFIM, et al., 2013). Estes artigos abordam a integralidade de acordo com a compreensão dos usuários, articulação das ações entre as equipes da atenção básica e dos serviços de saúde mental, matriciamento, políticas de saúde mental, acesso aos serviços, acolhimento e resolutividade.

Mesmo com o número significativo de estudos na literatura científica sobre a integralidade, não se confirma na prática o trabalho articulado e com grau de resolutividade que atenda as necessidades apresentadas por esse grupo de pessoas vulneráveis. Parte significativa dos serviços, atualmente, limita-se ao sistema de referência e contra-referência, nos quais se registram apenas simples relatos das intervenções sob a ótica biológica, sem considerar outras dimensões do ser. Ainda, pode-se apontar o cuidado fragmentado e a fragilidade dos vínculos estabelecidos entre os profissionais e os portadores de transtorno mental (BRÊDA; AUGUSTO, 2001; STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008; CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2009; COIMBRA et al., 2011). Nessas situações, as ações são pontuais e limitadas, pois não há uma maneira de obterem-se informações sobre a trajetória dessas pessoas pelos serviços de saúde, assim como as intervenções realizadas.

É necessário destacar que a organização do SUS baseia-se na regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação popular e complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990a).

Essas reflexões são importantes para mobilizar os profissionais pela busca do trabalho em equipe, pela colaboração, compromisso e postura ética, com aprofundamento crítico-reflexivo sobre as questões de saúde e para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a autonomia e a co-responsabilização do portador de transtornos mentais.

2.2 – Promoção da Saúde

O conceito de saúde vem sofrendo evolução ao longo dos anos, cujas reformulações determinam maior distanciamento da sua compreensão como “ausência de doença” e agrega outros fatores determinantes para a mesma, com o objetivo de avançar nas possibilidades de superação dessa concepção vigente e da organização dos serviços de saúde, com intervenções ocasionais, passivas, e exclusivas, bem como das práticas sanitárias que negam as relações intersubjetivas (ASSIS, 2003; CONTINI, 2000; SILVA, 2009).

Assim, a ampliação da concepção sobre saúde denota que esse estado pode ser determinado por questões sociais, econômicas, culturais, como também por questões individuais, relacionadas ao cuidado com a saúde, que podem interferir neste processo (STARFIELD, 2002; WHO, 2004b; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007; SCLAR, 2007).

A partir da perspectiva ampliada desse conceito inicia-se a busca pela promoção da saúde, que passa a ser considerada promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus entornos (BUSS, 2000; TULCHINSKY; VARAVIKOVA 2010).

Essa concepção de saúde embasada na promoção da saúde foi usada pela primeira vez pelo médico Henry Sigerist em 1945 (PEREIRA et.al., 2000), que definiu quatro tarefas para a medicina, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o restabelecimento do doente e a reabilitação (TERRIS, 1992). Considerava-se que a saúde se promove quando se facilita um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, boas condições físicas, descanso e recreação e defendia uma ação integrada entre estadistas e líderes de trabalho, da indústria, da educação e dos médicos (FERRAZ, 1998).

Nas primeiras décadas do século XX, desenvolveram-se na Europa os conceitos de higiene social e medicina social, os quais incorporam os fatores socioeconômicos não só no âmbito das doenças transmissíveis como, também, no âmbito das doenças crônico-degenerativas (TERRIS, 1992).

O informe Lalonde, publicado pelo governo canadense, em 1974, foi a primeira declaração teórica abrangente no âmbito da saúde pública, como resultado da epidemiologia

das doenças não transmissíveis. Apesar da concepção estritamente preventiva, esse relatório foi um marco para o avanço na política de saúde, pois permitiu a compreensão e incorporação das ações intersectoriais que independem do sistema de cuidados em saúde (FERRAZ, 1998).

O conceito de promoção avança e passa a fazer parte das temáticas abordadas em inúmeras conferências internacionais e locais. Cada uma delas vem desempenhando importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema, ao mesmo tempo em que promove avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados (BRASIL, 2002a). Desses encontros resultaram importantes documentos sobre conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde, realizado em várias partes do mundo. Dentre eles estão a Carta de Ottawa, a Declaração do México, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta e Rede de Megapaíses.

Na Declaração de Alma-Ata (1978) reafirma-se que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Considera também que, os cuidados primários de saúde são o caminho para que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Como tal, devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2002a).

Na Carta de Ottawa (1986) constam os compromissos assumidos pelos representantes mundiais, dentre os quais a reorientação dos serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde (BRASIL, 2002a).

A Declaração de Adelaide (1988) assume que as políticas públicas precisam ter interesse e preocupação em relação à saúde e à equidade, assim como avaliar o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

A Conferência de Sundsvall (1991) conclui que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Frisa que ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis (BRASIL, 2002a).

Na Declaração de Santafé (1992) de Bogotá emerge a reflexão sobre as questões de saúde na América Latina, na busca de transformar as relações existentes e conciliar interesses

econômicos e propósitos sociais de bem estar. O documento elaborado reiterou a necessidade de mais opções nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades oriundas do atraso e da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2002a).

A Declaração de Jacarta (1997) afirma que a promoção da saúde é elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde e contribui de maneira significativa para a redução das iniquidades relacionadas à saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos (BRASIL, 2002a).

Em 1998 nasce a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde em Genebra. Surge do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos, os quais a partir do ano 2000 constituirão mais de 60% de pessoas no mundo. Para fortalecer a promoção da saúde mundial sugerem metas, como melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, mobilizar os recursos distribuídos para visando melhorar as condições de saúde e aumentar a colaboração intersetorial (BRASIL, 2002a).

Na Declaração do México (2000), os ministros que a assinaram concluíram que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos (BRASIL, 2002a).

2.3 – Rede de Atenção em Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Organização Pan-Americana da Saúde considera a estratégia das redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) como princípio essencial para enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde e acabar com a fragmentação da maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil (OPAS, 2011).

A Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010a) trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Apesar do tema ser atual, a proposta da RAS teve origem no Relatório de Dawson, produzido no Reino Unido em 1920 (LAVRAS, 2011). Este documento buscou opor-se ao modelo flexineriano americano, alicerçado no reducionismo biológico e intervenção

individual com negação dos determinantes sociais da doença (ALMEIDA FILHO, 2010; PAGLIOSA, 2008;) e propôs estabelecer articulação entre medicina preventiva e curativa com a proposta de organização de serviços para atenção integral à população com base nos serviços "domiciliares" apoiados por centros de saúde primários, serviços suplementares (laboratórios, radiologia) e hospitais universitários para internação. Os princípios básicos desse sistema seriam a regionalização e hierarquização entre os serviços e às ações de saúde (CONILL, 2008; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Figura 1- Esquema de organização de serviços apresentados no Relatório de Dawson (Ministerio de Salud de la Gran Bretaña, 1920).

Tal tendência em reorganizar os serviços de saúde em rede concretizou-se nas experiências dos sistemas integrados dos Estados Unidos da América, em 1990. Desde então, essas experiências disseminaram-se nos sistemas de saúde públicos da Europa Ocidental (Holanda, Espanha, Alemanha, França, Inglaterra, Irlanda, Suécia, Reino Unido), Canadá e chegou até alguns países da América Latina e Caribe (Peru, Bolívia, Colômbia, República Dominicana, México e Chile e Brasil) (MENDES, 2009; OPAS 2010).

Em 2008, a OMS definiu a RAS como “a gestão e oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo

com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WHO, 2008).

Posteriormente, outro documento internacional define RAS, como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2010).

Para que a rede em saúde atinja as funções nos sistemas de saúde preconiza-se que ela obedeça aos quatorzes (14) atributos estabelecidos, os quais estão distribuídos em quatro (4) campos de abordagem: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; alocação de recursos financeiros e incentivo (OPAS, 2011).

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS ⁵	
1. Modelo assistencial:	
Atributo 1: População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.	
Atributo 2: Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.	
Atributo 3: Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.	
Atributo 4: Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.	
Atributo 5: Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.	
Atributo 6: Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.	
2. Governança e estratégia:	
Atributo 7: Um sistema de governança único para toda rede.	
Atributo 8: Participação social ampla.	
Atributo 9: Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.	
3. Organização e gestão:	
Atributo 10: Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.	
Atributo 11: Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.	
Atributo 12: Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.	
Atributo 13: Gestão baseada em resultados.	
4. Alocação de recursos financeiros e incentivos:	

Figura 2-Os atributos das Redes de Atenção Coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (OMS, 2011).

No Brasil, as discussões sobre o assunto na década de 1990 culminaram na sua legalização através da Portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2010a). A partir de então, alguns estados apontaram avanços no desafio para estruturar o modelo de rede articulada em saúde, como os estados de Espírito Santo (JÚNIOR, 2011), Minas Gerais (COSTA E SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007) e Paraná (MENDES, 2011).

No Brasil, a RAS é conceituada como organização de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que quando integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir o cuidado integral (BRASIL, 2010a). A organização da RAS é estratégica para a efetiva garantia da atenção integral, de maneira resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros, de acordo com suas necessidades.

A RAS caracteriza-se pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, com a Atenção Primária à Saúde (APS), pelo foco da atenção voltado às necessidades de saúde de uma população, pela responsabilidade na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b).

Vale ressaltar o importante papel da APS e de suas equipes de saúde como centro de comunicação e coordenação do cuidado nas RAS (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011), independentemente do estágio de desenvolvimento do país (BRASIL, 2011a). Neste sentido, a concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais.

Figura 3- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Este modelo, preconizado pelo Ministério da Saúde, tenta integrar e articular o sistema de saúde brasileiro, pois os sistemas historicamente hierarquizados, fragmentados e medicalizadores não têm respondido às demandas de saúde da população (OPAS, 2011; LAVRAS, 2011). É necessário também considerar a alteração do perfil epidemiológico brasileiro, o qual é caracterizado pela tripla carga de doenças, porque envolve uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, o desafio das

doenças crônicas e de seus fatores de riscos e o rápido crescimento das causas externas (FRENK, 2006; MENDES, 2010).

Ao reconhecer tais fatores, é possível compreender que não apenas no Brasil, mas os sistemas de saúde contemporâneos não estão organizados para responder à tripla carga de doenças, pois a sua estruturação ainda está voltada para as condições agudas e para a agudização das condições (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

Desse modo, o governo federal instituiu algumas redes de atenção consideradas prioritárias, no país: rede de atenção à urgência e emergência (PORTARIA, 1600, 2011b) rede cegonha (PORTARIA 1.459, 2011c) rede de atenção psicossocial (PORTARIA 3.088, 2011d), rede de cuidado à saúde da pessoa com deficiência física (PORTARIA 793, 2012a) e rede de atenção às pessoas com doenças crônicas (PORTARIA 483, 2014). Operam-se outras experiências de redes em saúde no Brasil, como rede de hospitais, rede da dengue, rede auditiva, rede de atenção ao idoso, rede em transplantes, rede de atenção em violência contra mulheres e crianças. Porém, as experiências estão dispersas no território nacional e não há consenso sobre os fatores que contribuem ou dificultam o alcance dos objetivos da RAS (BRASIL, 2012b).

No sistema integrado de serviços de saúde, espera-se construir uma rede horizontal, composta por serviços com diferentes tecnologias, compreendendo que redes conectam pessoas, com ênfase na subjetividade e na resolutividade a baixo custo (SILVA, 2004; NASIL et al., 2009; MENDES, 2011).

Para a assistência ao portador de transtorno mental, foi instituída a rede de atenção psicossocial, através da Portaria 3.088/2011, cujo objetivo é atender as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011d).

Atualmente, a adoção da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011d) é um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica, visto que sua estruturação e organização constituem-se como possibilidade de preencher o vazio existente na continuidade da assistência em saúde mental, bem como, possibilitar maior diálogo entre as equipes, integrar os saberes e experiências dos diferentes profissionais e dos diferentes serviços que estão envolvidos com o cuidado, com a assistência e com a promoção de saúde mental.

A rede de atenção psicossocial é composta por atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização visando ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos

mentais e com necessidades, decorrentes do uso de crack, álcool, drogas e de suas famílias aos pontos de atenção, assim como garantir a articulação e integração destes serviços (BRASIL, 2013b).

A organização e a articulação da rede de atenção em saúde mental são necessárias para a implantação de ações que possibilitem a constituição de vínculos psicossociais e que promovam qualidade de vida aos portadores de transtornos mentais (NASIL et al., 2009; SCHNEIDER, 2009).

Para que haja melhoras neste sistema, estimula-se a interlocução e a parceria entre usuários, famílias e profissionais de saúde mental, permitindo a definição das prioridades assistenciais, estabelecendo a rede de sociabilidade com as pessoas mais próximas e, posteriormente, introduzindo outros equipamentos, mais complexos, quando necessários (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007; FONTES, 2007).

A cura ainda não existe para os transtornos mentais nem para o uso e abuso de álcool e outras drogas, por isso é que a tendência atual está no enfoque da reabilitação psicossocial, considerando-se que a readaptação não tem um fim, mas corresponde a um processo contínuo de trabalho, dentro do qual, a pessoa busca atingir o máximo de satisfação das suas necessidades (OMS, 2001; FERRO, 2009; MACHADO, MIASSO, PEDRÃO, 2011).

Costa-Rosa e Yasui (2009) afirmam que todas as transformações ocorridas nos campos teórico, prático, assim como ético e político, na atual Política de Saúde mental, são suficientes para compreender o modelo de atenção psicossocial como Estratégia de Atenção Psicossocial, afinado com a proposta da Estratégia e Saúde da Família.

Para isso, o governo federal brasileiro vem lançando algumas estratégias para concretizar esse modelo de atenção psicossocial, tais como as estratégias de Clínica Ampliada (BRASIL, 2009b), Acolhimento (2010b) e a construção de projetos terapêuticos Singulares (2009b).

2.4 - Adesão ao tratamento

Uma das primeiras descrições sobre “adesão ao tratamento” foi citada por Hipócrates que enfatizou a importância de observar as falhas do paciente em relação às orientações médicas (BARBOSA; LIMA, 2006; EVANS, SPELMAN, 1983; MION JR; PIERIN; ORTEGA, 2000).

No entanto, foi Haynes (1979) quem conceituou o termo adesão como o grau em que o comportamento do doente em tomar medicamento e cumprir outras prescrições médicas, seguir dietas e mudança do estilo de vida, coincide com as recomendações médicas.

Na literatura internacional, encontram-se diversas denominações para adesão, tais como compliance, adherence, self-care behaviors, mutuality e therapeutic alliance, às vezes considerando-os como sinônimos e em outros como conceitos divergentes (KYNGÅS; RISSANEN, 2001) à complexidade do termo e à falta de consenso entre os pesquisadores (GONÇALVES et al., 1999; MILSTEIN – MOSCATI et al.; 2000; LINGAM; SCOTT, 2002; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; UNGARI, 2007; SCADUTO; BARBIERI, 2009). Todavia, a discussão principal refere-se ao comportamento assumido pelo indivíduo no seu tratamento-postura ativo ou passivo (LINGMAM; SCOTT, 2002; MATTA, 2010).

Na literatura inglesa, os dois termos mais utilizados são compliance e adherence, muitas vezes utilizados indiferentemente (MACHADO, 2009).

Alguns autores diferenciam adherence e compliance, sendo que o primeiro é compreendido como a participação ativa, escolha livre do paciente no tratamento; compliance pressupõe papel passivo, obediência às determinações do médico, sugerindo que o plano terapêutico não é baseado na aliança ou contrato entre ambos (VERMEIRE et al.; 2001; BRAWLEY & CULLOS-REED, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Atualmente, adota a seguinte definição para o termo adesão: “The extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (WHO, 2003).

Segundo Milstein-Moscati, Persano e Castro (2000), o termo adesão é o mais utilizado, na língua portuguesa, por expressar o sentido de cooperação e colaboração, por parte da pessoa em tratamento.

Os estudos que trabalham esse conceito consideram a adesão como um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de cinco “dimensões” relacionadas ao paciente, à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e socioeconômicas (WHO, 2003; GUSMÃO; MION, 2006).

Figura 4- As cinco dimensões do tratamento (WHO, 2003).

Um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento é a disponibilidade e o empenho da pessoa em cuidar de si própria, o que pressupõe o desejo de viver, ter projetos a realizar na vida e ter sonhos para o futuro (ALBUQUERQUE; DEVEZA, 2009).

Atualmente, observa-se a expansão das doenças crônicas, as quais correspondem a 72% de causas de morte e são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Em 2020, essas doenças representarão 80% do total de doenças nos países em desenvolvimento, cuja adesão ao tratamento chega a ser apenas 20% (WHO, 2003). Estes dados reforçam a relevância das pesquisas voltadas aos determinantes da não adesão ao tratamento.

A não adesão ao tratamento é responsável pelo aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos e excessiva utilização dos serviços de saúde (TELLES-CORREIA et al., 2008).

Segundo Albuquerque e Deveza (2009), a autoestima diminuída e uma atitude geral de insatisfação ou desânimo frente à vida podem favorecer a baixa adesão, na medida em que o paciente não veja sentido em investir na própria vida.

A Organização Pan-Americana de Saúde (2001) cita que os fatores relacionados ao médico-paciente, educação em saúde, plano de tratamento negociado, envolvimento de amigos e familiares no tratamento, simplificação do tratamento e redução das consequências adversas do tratamento podem melhorar a adesão ao tratamento.

Em relação à assistência de enfermagem, a North American Nursing Diagnosis Association, em 1973, reconheceu a não adesão como um diagnóstico de enfermagem (RUSSEL et al., 2003).

De acordo com o mandato social e desempenho de papel na equipe de saúde, são os enfermeiros quem desenvolvem juntos com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico, como as orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamentos dessas pessoas e suas respectivas famílias. Assim, o profissional enfermeiro constitui-se como parceiro e recursos de ambos (ICNP, 2008).

Segundo Lyra Júnior et al. (2006), Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) e Pedreira, Soares (2007), Cunha e Gandini (2009) e Pinto (2011), o enfermeiro é um elemento chave para colaborar na adesão e melhora da qualidade de vida dos pacientes, pois é o profissional que permanece maior parte do tempo próximo a eles, o que contribui para realizar educação em saúde, apoio emocional e estabelecimento de relacionamento interpessoal terapêutico, considerado alicerce para as demais intervenções.

2.5 - Acolhimento, vínculo e longitudinalidade do cuidado

No momento atual, no qual profissionais e gestores pensam em formas de qualificar a assistência, é clara a ideia de mudança do foco da intervenção para o doente, que não se limite apenas às expressões da doença, mas que considere além dos fatores orgânicos, os fatores econômicos, individuais, subjetivos e os contextos sociais. Isto significa olhar o outro em sua singularidade e de forma integral, que permita o rompimento das práticas fragmentadas e consequentemente limitadas e restritas (SARRETA, 2009)

Assim, é urgente a construção de uma política de qualificação do SUS, na qual a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida apenas como um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS (SARRETA, 2009). A Política Nacional de Humanização tem o desafio de superar limites e

experimentalizar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009b).

Por humanização compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam a política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilização, os vínculos e a participação coletiva nas práticas e saúde (BRASIL, 2009b).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde através de uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. É uma diretriz que compreende os componentes do acesso, da assistência e da resolutividade das necessidades e demandas do usuário dentro da perspectiva das RAS (BRASIL, 2013b).

Por humanização compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam a política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilização, os vínculos e a participação coletiva nas práticas e saúde (BRASIL, 2009b).

A humanização aumenta a corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem SUS, tendo como princípio o estabelecimento de vínculo com os usuários (BRASIL, 2004a).

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa (CAMPOS, 2003).

Criar vínculos implica em relações próximas e claras, nas quais os profissionais de saúde sentem-se responsáveis e sensibilizados com o sofrimento do outro, nas diferentes fases do ciclo de vida, o que também impede que a intervenção seja impessoal (MERHY, 1994; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O conceito de “vínculo” possui caráter e abordagens diversas, tais como dimensão, diretriz, estratégia, objetivo, relação e tecnologia (GOMES; SÁ, 2009).

O trabalho em saúde opera em tecnologias leves, relações interpessoais, como a produção de vínculo, autonomia e acolhimento. Na prática, os serviços de saúde devem priorizar essas tecnologias para atingir a integralidade e a humanização da assistência (GOMES; PINHEIRO, 2005). A esse respeito, há o reconhecimento de que a Atenção Primária em Saúde (APS), por permitir facilidade de acesso aos profissionais de saúde e consequentemente, o cuidado longitudinal ao longo do tempo, fazem desse nível de cuidado o local prioritário para estabelecimento do vínculo com o paciente, podendo refletir positivamente na ação terapêutica (CAMPOS, 1997; STARFIELD, 2002).

Quando eficaz, a construção do vínculo permite aos usuários o reconhecimento da APS como local ideal para sua melhoria e bem estar. Acumulam-se evidências de que a APS atinge melhores resultados na atenção à saúde e possibilita aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, estimula a participação responsável e autônoma frente à saúde e à doença. Para responder a essas necessidades, os serviços devem estar adequadamente organizados, assim como estar preparados para estabelecer uma relação capaz de estimular a construção coletiva de cidadania, autonomia (CAMPOS, 1997; STARFIELD, 2002; SCHIMITTH; LIMA, 2004; MARTINS, 2006) e favorecer a reciprocidade de experiências para a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais (BRASIL, 2006; SANTOS; ASSIS; NASCIMENTO; JORGE; 2008).

Nessa ótica, o vínculo deveria favorecer a continuidade do atendimento, evitar ações desnecessárias, promover ações preventivas, atendimentos mais eficazes, maior satisfação, custos mais baixos e aumentar a adesão ao tratamento (GÉRVAS; FERNANDÉS, 2005; DE MAESENEER et al, 2003; NUTTING et al., 2003).

O estabelecimento do vínculo permitiria que a negociação caminhasse para o consenso de necessidades e responsabilidades, onde o ato terapêutico seria realizado contando com a manifestação, desejo do portador de transtorno mental e considerar sua condição de ser humano e não apenas de “doente” (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007; GOMES; PINHEIRO, 2005; BRASIL, 2007a).

A ideia de vínculo está intimamente relacionada ao conceito de longitudinalidade (PASTOR – SÁNCHEZ, et al., 1997; STARFIELD, 2002).

Na literatura científica encontram-se os termos “longitudinalidade” e “continuidade da assistência”, ora como sinônimos, ora como significados diferentes (PASTOR-SÁNCHEZ et al.; 1997 STARFIELD, 2002).

Pastor-Sánchez (1997) e Starfield (2002) compreendem o termo longitudinalidade como o seguimento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, enquanto a continuidade é o seguimento de um específico problema de saúde pelo mesmo médico ou não, a qual não exige uma relação de proximidade entre médico e paciente.

Haggerty (2003) refere que longitudinalidade estende-se por mais de um episódio de doença com fonte regular de assistência e concorda com Starfield (2002), no que se refere ao uso indiscriminado do termo na literatura. No Brasil, não é usual utilizar o termo “longitudinalidade”, embora naqueles trabalhos avaliativos, que têm como referência os de Starfield, vínculo e continuidade, têm sido utilizados. Todavia, como tais opções tendem a restringir o significado do atributo, tem-se utilizado o termo vínculo longitudinal, definido

como relação terapêutica duradoura entre o paciente e os profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e na utilização da doença e para os cuidados preventivos (CUNHA; GIVANELLA, 2011).

A longitudinalidade é especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e em co-morbidades, situações muito frequentes e que exigem da APS reestruturação dos serviços, cuja tradição é organizarem-se para o enfrentamento de problemas agudos (BRASIL, 2007a).

Para Baratieri, Mandú e Marcon (2012), a percepção do enfermeiro sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado reflete na qualidade da saúde da população e do trabalho do enfermeiro, proporcionado maior satisfação para ambos.

2.6 - Reabilitação Psicossocial

A partir da década de 80, iniciaram-se as discussões sobre o fim dos manicômios e a desinstitucionalização, cuja conotação corresponde não somente a desmontar os manicômios, mas, sobretudo, às práticas desenvolvidas secularmente. Todavia, é importante salientar que os conceitos “Reforma Psiquiátrica” e “Reabilitação Psicossocial” não podem ser tomados como sinônimos, pois o primeiro refere-se à reorganização estrutural dos serviços, enquanto o segundo foca a pessoa (BABINSKI; HIRDES, 2004).

Entretanto, o processo de desinstitucionalização não significa simplesmente negar a loucura; rejeita o aparato institucional e busca outras formas de intervenção (HIRDES, 2001).

Há várias compreensões acerca do conceito de reabilitação, as quais diferem de acordo com os modelos filosóficos e técnicos adotados (BABINSKI; HIRDES, 2004).

A Reabilitação propõe-se a incentivar a pessoa a recuperar os seus papéis e valores na comunidade, ajudar os doentes a lidarem com os problemas da sua vida diária, proporcionando-lhe oportunidades para um desempenho aceitável dos papéis sociais e das relações interpessoais com os outros, contribuir para o enfrentamento de estressores, assim como facilitar a restauração, no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade e possibilitar atingir o melhor nível potencial de funcionamento independente na comunidade. O trabalho interdisciplinar propõe articular os diversos conhecimentos para alcançar o cuidado integral (SARACENO, 2001; PITTA, 1996; OMS, 2001; JORGE et al, 2006).

Para que o processo de reabilitação psicossocial configure-se como estratégia para a reversão do modelo hospitalar ressalta-se a articulação entre a APS e a saúde mental. Tal

vinculação permitirá o desenvolvimento de investigações na interface entre saúde coletiva e saúde mental, que permanece ainda um território inexplorado, entre uma área emergente de máxima relevância social (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Entretanto, alguns autores referem que os limites da reforma psiquiátrica estão fundados em um modelo cada vez mais especializado, o qual repercute em inúmeros problemas de integração, coordenação das ações entre os profissionais e continuidade da assistência (PÉREZ-LAZZARO; GARCIA-ALEGRIA, 2001; JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; CAMPOS et al, 2009; COLLARES, 2010).

O trabalho integrado entre a Estrutura de Saúde da Família (ESF) e os serviços de saúde mental leva à desconstrução da lógica de referência e contra-referência, que favorecem a transferência de responsabilidades ao realizar o encaminhamento a outro serviço e dificulta o acesso da população aos serviços de saúde mental (BRASIL, 2004b; SARAIVA; CREMONESE, 2008).

Para Campos e Dominitti (2007), a lógica da equipe matricial permite ampliar as possibilidades de realizar-se o diálogo e a clínica ampliada entre distintas especialidades e profissões. Para tanto, a atuação dos profissionais da APS em conjunto com os profissionais, especialistas em saúde mental, pode ser determinante para o sucesso terapêutico e segurança dos profissionais da APS (BRASIL, 2009b).

Essa rede tem na atenção primária a possibilidade de acompanhar a demanda de saúde da comunidade com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças, cujo objetivo é a atenção integral (BRASIL, 2009a).

2.7 - O trabalho da equipe de saúde mental em serviços extra - hospitalares

Para a consolidação do modelo psicossocial, o Ministério da Saúde incentivou e fomentou a implantação de serviços de saúde mental comunitários no país, denominados: núcleos e centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e unidades de atendimento psiquiátrico em hospitais gerais, unidades de emergência (BRASIL, 2005).

Os CAPS surgem com a incumbência de serem articuladores da política de saúde mental num determinado território, assim como, de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, e promover a inserção social de pessoas com transtornos mentais por intermédio de ações intersetoriais (BRASIL, 2005; MARTINS et al., 2011; SOUSA et al., 2011). Todavia, estudos constataam que esses serviços continuam realizando intervenções

internas em detrimento às ações no território (RANDEMARK; BARROS, 2009; GARLA; FUREGATO; SANTOS, 2011; FUREGATO, et al, 2012; LEÃO; BARROS, 2012).

Diante do exposto, observa-se que a ausência ou pouca formação de redes sociais e a dificuldade desses serviços em estabelecer trabalho intersetorial é a realidade no cotidiano das instituições.

Certamente para se trabalhar as questões relacionadas aos serviços fazem-se necessário abordar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde inseridas nesses serviços, pois estes são construídos pela equipe de profissionais.

Sem negar a importância de considerar as questões biológicas no desencadeamento de doenças, considera-se, a partir dos avanços técnico-científicos, que a saúde não pode ser compreendida, apenas, como expressão desses fatores. Sob essa perspectiva, é oportuno mencionar que as equipes dos serviços comunitários, ainda hoje, organizam o trabalho sob a modelagem biológica e médico centrado, com enfoque na oferta de serviços e procedimentos, ou seja, com raciocínio clínico voltado ao diagnóstico, prognóstico e tratamento, este último, pautado no consumo de tecnologias pesadas (GARLA; FUREGATO; SANTOS, 2011; FUREGATO et al, 2012; CASTRO; FUREGATO, 2014; PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015).

Na contemporaneidade, é importante que os profissionais compreendam que as necessidades de saúde não são solucionadas apenas com prescrições, mas através da abordagem de problemas, cujo enfoque esteja na ajuda às pessoas para que, as mesmas, encontrem os próprios recursos para levar a vida mais saudável. Para isso, é preciso construir interações afetivas e efetivas para aflorar as potencialidades do outro em cuidar de sua própria saúde e vida, o que vai muito além do que os serviços de saúde de poderem resolver, dentro do próprio espaço institucional os problemas de saúde. É na construção dessas relações, baseadas em uma prática democrática e dialógica, transformadora, que os sujeitos são motivados a experimentar uma maneira diferente de ver o mundo e a própria saúde (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007; SARRETA, 2009; BRASIL, 2013a; LEÃO; BARROS, 2012), o que implica em aumentar a gama de recursos para responder às necessidades de saúde de forma integral.

Esta abordagem aponta na direção da substituição da forma clássica de organização do trabalho e na inclusão da “pessoa” enquanto sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde. Nessa linha de raciocínio os profissionais passam a articular saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando diferentes campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes.

Nessa compreensão do cuidar, é urgente construir processos de trabalho centrados na pessoa, através da construção de linhas de cuidado para a concretização de ações que as atendam de maneira integral e individual.

Discursar sobre tratamento integral e individualizado significa aprofundar-se em dois conceitos fundamentais: clínica ampliada e linhas de cuidado.

Segundo Merhy e Cecílio (2003), o desenho da linha de cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, nos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (MERHY; CECÍLIO, 2003; CRUZ; VALENÇA; MACHADO, 2011; SALLES; BARROS, 2012; SALLES; BARROS, 2013).

Clínica ampliada pode ser considerada como um compromisso radical com o sujeito visto de modo singular, assim como, em assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscar a intersetorialidade, ter compromisso ético, reconhecer os limites do conhecimento e buscar outros conhecimentos em outros setores (BRASIL, 2007b).

Segundo Sarreta (2009), há um descrédito da sociedade brasileira quanto à viabilidade das políticas públicas provocado, provavelmente, pelo desenvolvimento de ações e serviços de forma heterogênea e desigual nas regiões do país, baixo financiamento, falta de resolutividade da rede com enfoque no modelo curativo, atenção centrada na doença, baixa qualidade do atendimento oferecido e outras questões que envolvem a gestão dos serviços.

Quando se desenvolvem práticas restritas voltadas à doença, as mesmas também geram políticas de saúde restritas cujas ações estão na criação de unidades de atendimento de urgências e emergências médicas, assim como de outros serviços especializados.

Para maior aproximação entre quem cuida e quem é cuidado é imprescindível que os envolvidos se encontrem em interações qualitativamente produtivas (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

O processo de trabalho em saúde desenvolvido, no momento, é pouco impactante na melhoria da qualidade de vida da população, pois se detecta pouca efetividade das ações de promoção e prevenção. Esta situação revela insatisfação e insegurança dos usuários, tanto quanto a assistência prestada como com a organização dos serviços. É urgente a necessidade de mudança do processo de trabalho em saúde, cuja característica principal é a divisão técnica e social do trabalho (MENDES, 1994; COLARES, 2005; BUJDOSO et. al., 2007; RAICHELIS, 2011).

É essencial, que as equipes reflitam a respeito da importância da co-gestão em saúde, ou seja criar espaços coletivos de reflexão, entre equipe e cliente, onde privilegia-se o vínculo, a valorização do trabalho em equipe, clínica ampliada e a articulação em rede.

Quanto aos aspectos relacionados ao processo de trabalho, os profissionais de saúde estão diante dos desafios de como praticar a prevenção de doença, promoção da saúde e colocar limites na burocracia e na cultura de precarização do trabalho e da infraestrutura. Talvez, a forma de iniciar a transformação da assistência, que se preconiza, possa ser através da educação permanente fundamentadas nas metodologias ativas, as quais valorizam o diálogo, o compartilhamento de conhecimentos, histórias de vida e representação social sobre a doença. Como consequência haverá profissionais mais reflexivos, capazes de observar a pertinência das práticas consolidadas, fortemente relacionadas às rotinas impensadas e levar ao questionamento sobre a pertinência de suas ações, indagando o que de melhor pode ser feito pelas pessoas que buscam por sua ajuda (RIBEIRO, 2012).

Nesse sentido observa-se que a enfermagem enfrenta sérias dificuldades em mudar o seu modo de trabalho, pois a profissão nasceu dentro dos hospícios, com a função de organizar o espaço desse novo equipamento institucional e a contenção do comportamento do “doente mental” (OLIVEIRA; ALESSI, 2003) através da observação e transmissão de informações, que iriam subsidiar a construção das primeiras classificações nosográficas, baseadas no comportamento observável (MACHADO et al., 1978). Assim, de acordo com SILVA e KIRSCHBAUM (2010), os impasses vivenciados no cotidiano do portador de doença mental em crise devem conduzir a enfermagem a repensar as práticas, discutir os problemas, estudar em conjunto, a fim de encontrar saídas aceitáveis e em total consonância com a ideia de que lugar de cidadão é no convívio social.

3 – OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão do portador de transtorno mental aos tratamentos extra-hospitalares, após a alta de internação hospitalar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar informações sobre data, diagnóstico, tratamento e estado do paciente na alta hospitalar bem como os respectivos encaminhamentos;
- Acompanhar o trajeto do portador de transtorno mental nos serviços extra-hospitalares;
- Registrar o acolhimento, consultas, terapias e outras atividades realizadas pelo portador de transtorno mental, no serviço extra-hospitalar;
- Testar a adesão do portador de transtorno mental ao tratamento;
- Conhecer a opinião do sujeito sobre sua doença, tratamento, acompanhamento no serviço extra-hospitalar e proteções.

4 - METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado em dados secundários (prontuários) e primários (entrevistas) para identificar a adesão dos pacientes ao tratamento após alta hospitalar.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

4.2.1- HST-RP

É uma instituição estadual, que pertence ao Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) e presta assistência hospitalar às pessoas provenientes dos municípios (Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapar, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antnio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antnio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho) dessa região do Estado de São Paulo, com sede em Ribeirão Preto.

Nos últimos 20 anos, o Hospital tem passado por inúmeras transformaes saindo do modelo manicomial e adequando-se às propostas de reforma psiquiátrica, melhorando as condies estruturais dos prédios, montando equipes multiprofissionais, alterando a filosofia de trabalho fundamentada nos preceitos da desinstitucionalizao e humanizao da assistência, enfatizando a participao familiar, reduzindo o período de hospitalizao, integrando-se aos serviços comunitários e aos demais serviços do sistema de saúde, estimulando aes de reintegrao psicossocial dos portadores de transtorno mental.

Dentre as readequaes internas para melhorar a assistência iniciou-se o funcionamento diferenciado de unidades cujo objetivo  atuar tanto em questões de ressocializao como de atendimento em crises. As unidades do hospital passaram por modificaes internas, alterando especialmente a estruturao dos setores de atendimento dos pacientes em situao aguda da doença.

Atualmente, a instituição conta com 161 leitos entre os setores de longa permanência e os setores de agudos. São 101 leitos destinados aos casos de agudos, os quais estão distribuídos em 5 setores denominados GAIS (Gerência de Atenção Integral a Saúde): GAIS I=Agudos Geral 32 leitos; GAIS V=Atenção Psicossocial 14 leitos; GAIS-II= Dependentes Químicos (28 leitos); GAIS III=Primeiras Internações (17 Leitos) e Acolhimento GAIS III (10 leitos). Para pacientes de longa permanência há 60 leitos assim distribuídos: GAIS IV (45) pacientes, GAIS V= (15) pacientes.

4.2.2-Rede de serviços de Saúde Mental no Município de Ribeirão Preto

Atualmente, a rede de serviços de saúde mental, no município de Ribeirão Preto, é composta pelos seguintes serviços: *ARSM, CAPS II, ASM-DC, NSM, CAPSad, CAPS III, CAPII, ASM- UBS, HD, HCFM - RP, HST-RP*.

Os serviços selecionados para a pesquisa foram o HST-RP, NSM, CAPS II e o ASM-UBS para os quais é feita a contra referência da maioria daqueles que tiveram alta do HST, onde estavam internados.

O ASM foi excluído porque, em contato prévio com a gerência deste serviço, fomos informados que os membros da equipe não concordaram em colaborar com a pesquisa, alegando falta de recursos humanos disponíveis para acompanhar a pesquisadora, assim como restrição de espaço para a pesquisadora entrevistar os pacientes. O Hospital dia e o Ambulatório psiquiátrico do HCFM - RP também foram excluídos em função da baixa demanda de encaminhamentos do HST-RP para estes 2 serviços, mais diretamente ligados aos pacientes atendidos no HCFM-RP.

4.2.2.1-CAPS II

É um serviço municipal que funciona em dois prédios próximos, porém distintos, para atender os casos de semi-internação e o serviço ambulatorial.

No serviço de semi-internação (CAPS II) os pacientes são atendidos em três grupos: os de cuidado intensivo que frequentam o serviço todos os dias da semana; os de cuidado semi-intensivo que comparecem ao serviço, entre 3 a 10 vezes por mês; o grupo do cuidado não intensivo que frequenta o serviço de 1 a 2 vezes ao mês. Quando o quadro clínico se estabiliza e a pessoa evidencia condições de autonomia, o médico encaminha para o acompanhamento ambulatorial, onde a pessoa comparece com intervalo de 2 a 4 semanas. A

unidade de semi-internação conta com 1 assistente social, 1 psicóloga, 2 enfermeiros, 2 médicos psiquiatras, além dos profissionais auxiliares e administrativos.

O serviço, também possui uma unidade ambulatorial, Ambulatório Regional do Distrito Central, que atende pessoas com estado clínico menos graves, que necessitem de menos atendimentos e terapêuticas breves (FIORATTI, 2010). Este serviço (ASM-DC) atende pessoas residentes no distrito central do município, das 8 às 17 horas, de segunda à sexta-feira e conta com 2 enfermeiros, 3 psiquiatras e 1 assistente social.

4.2.2.2-NSM

É um serviço municipal e interligado ao Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. O atendimento, realizado por equipe multiprofissional, atende pessoas a partir dos 18 anos, residentes na região oeste do município. Funciona de segunda à sexta-feira, das 7 às 17 horas.

A equipe é composta por 4 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro, 1 psicóloga, 1 auxiliar de enfermagem, 1 agente administrativo e uma funcionária de serviços gerais.

O serviço foi desativado no final do ano de 2014.

4.2.2.3-ASM-UBS

O ambulatório de saúde mental iniciou as atividades em outubro de 2012 para atender a população residente no distrito leste do município, composto pelos seguintes bairros: Castelo Branco 1 e Castelo Branco 2, Jardim Paulistano, Jardim Paulista, Parque Bandeirantes, Condomínio Portal das Bandeiras, Vila Paulista, Jardim das Pedras, Condomínio Vila Romana, Jardim Primavera, Jardim Macedo, Jardim Palma Travassos, Jardim Vista Alegre, Condomínio Village de France, Condomínio Chácara Flora, Condomínio Europa, Parque Cidade Industrial Lagoinha, Jardim Eunice, Residencial Boa Vista, Jardim Presidente Médici, Jardim Lacerda, Vila Santana, Iguatemi, Parque Prefeito Dr. Luiz Roberto Jábali (Curupira), Condomínio Jequitibá, Condomínio Valparaíso, Loteamento Nova Ribeirânia, Condomínio Villa Verde, Loteamento Ribeirânia, Vila Fernandes, Parque Industrial Anhanguera, Estádio Palma Travassos e Estádio Santa Cruz.

O serviço funciona de segunda à sexta-feira das 7 às 19 horas. A equipe é composta por uma enfermeira com jornada de 40h semanais, três psiquiatras, dois auxiliares de enfermagem e uma psicóloga.

Antes da inauguração desse ambulatório, a população do distrito leste era atendida pela equipe do Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM).

5 - POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população deste estudo foi composta pelos os egressos do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, agendados para acompanhamento nos serviços da rede municipal de Ribeirão Preto.

Critério de exclusão dos sujeitos: 1- os pacientes com os diagnósticos Transtornos mentais comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (F10 A F19-CID 10), por tratar-se de patologias complexas e multifacetadas, que exigem outras estratégias e enfoques para o diagnóstico, abordagens, tratamento, bem como outras especificidades próprias; 2- residentes e com acompanhamento psiquiátrico em outros municípios; 3-menores de 16 anos.

Durante as entrevistas não houve qualquer intercorrência.

5.1 – Tipo de amostra

Trata-se de uma amostra obtida a partir de pacientes, maiores de 18 anos, residentes em Ribeirão Preto, sem diagnóstico de dependência química que recebam alta no Hospital escolhido. Todos os pacientes nestas condições, com altas a partir de 01/05/2013 participaram da amostra até 30/06/2014 porque, a partir desse prazo não seria possível acompanhar o egresso num período suficiente para preencher todos os quesitos, devido ao longo intervalo entre as consultas, em alguns serviços. O término do acompanhamento dos sujeitos nos serviços extra-hospitalares ocorreu em janeiro de 2015.

5.2 – Amostragem

O tamanho da amostra foi calculado de modo a garantir um erro absoluto máximo de 10%, nas estimativas de proporções em situação de máxima variabilidade, com probabilidade de 95%. Nestas condições, nossa amostra teve um $n = 96$ (SILVA, 2001).

Tendo em vista que o pesquisador acompanharia cada paciente por seis meses, após a alta hospitalar, consideramos a necessidade de no mínimo 12 meses para a pesquisa, sendo

seis meses para a coleta de dados no HST-RP, conforme cálculo abaixo, e outros seis meses para acompanhar a pessoa portadora de transtorno mental nos serviços comunitários.

Cálculo estatístico: Considerando-se uma média de 23 pacientes/mês, em condições de participar do estudo, teríamos como período inicialmente previsto para a coleta.

$$\text{Período} = 96/23 = 4,2 \text{ meses}$$

Considerando-se que aproximadamente 34% das internações no HST-RP correspondem a reinternações (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010), o que pode ocasionar repetição na seleção do indivíduo para a amostra, estimou-se como período necessário para alcançar o valor previsto de 96, sem repetições, um total de:

$$\text{Período} = 1,34 \times 4,2 = 5,68 \text{ ou cerca de 6 meses para selecionar as altas.}$$

Para o cálculo do tempo de duração da coleta de dados foi considerado que todos os serviços escolhidos autorizariam a pesquisa, contudo devido a não permissão pela equipe do ARSM, o tempo estendeu-se para 14 meses.

6 - INSTRUMENTOS

Para a busca sistematizada dos dados, foram utilizados 5 instrumentos:

6.1- Roteiro para obtenção de dados secundários da internação (HST-RP)

(APÊNDICE 1)

Dados coletados no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (Prontuário/ boletim de alta): - **Iniciais do sujeito e prontuário**; - **Dados sociodemográficos e clínicos do portador de transtorno mental na alta hospitalar** na admissão (sexo, idade, etnia, estado civil, arranjo domiciliar, número de internações, data da última admissão) e na alta hospitalar (data, diagnóstico, condições mentais, psicofármacos prescritos, proposta terapêutica, agendamento).

6.2- Roteiro para obtenção dos dados nos serviços extra-hospitalares (SEH)

(APÊNDICE 2)

Dados coletados nos prontuários dos serviços referenciados da rede ARSM, CAPS II e NSM: **Dados gerais do atendimento na rede**: Serviço, comparecimento (data agendada, antes do dia), motivo alegado para o comparecimento antes do agendamento, acolhimento, acompanhante, data do próximo agendamento. - **Dados clínicos do portador de transtorno mental**: diagnóstico médico, estado mental, psicofármacos prescritos, outros atendimentos, intercorrência (data, local), acolhimento, acompanhante.

6.3-Roteiro para Entrevista (Serviço extra-hospitalar) (APÊNDICE 3)

As entrevistas foram sempre realizadas nos serviços selecionados para a pesquisa e as informações foram registradas em formulário próprio, sem gravação e com duração de 15 a 30 minutos, no máximo. **Contém informações sócio-demográficas e clínicas**: idade, ocupação, estado civil/ arranjo domiciliar, escolaridade nome da doença, medicamentos que toma, quem procura no serviço quando tem problema, importância dos medicamentos,

esquecimento e cuidados com os horários de tomar seu remédio, apoio e ajuda com os remédios e retorno. **Contém roteiro sobre a opinião sobre os serviços:** profissionais interessados nas suas dificuldades pessoais, motivação para o tratamento, procura de serviço fora da consulta agendada, avaliação do serviço (facilidade para marcar consultas, tempo de espera, atendimento pela equipe, dias/horário de funcionamento, localização, infraestrutura), apoios, preconceito e sugestões.

6.4-Teste de Adesão ao Tratamento de Morisky-Green (Anexo I)

Este teste foi realizado com todos os sujeitos do estudo, logo após a entrevista. É composto por **quatro perguntas que objetivam avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso**. Objetiva-se saber se o paciente está tomando os medicamentos de acordo com a recomendação médica. A partir dos dados obtidos os pacientes foram classificados segundo o Teste de Morisky-Green (1986). Neste estudo a adesão ao tratamento farmacológico foi classificada da seguinte forma: alto grau de adesão, quando todas as respostas são negativas e, não adesão quando pelo menos uma das respostas é afirmativa.

6.5- Roteiro para obtenção de dados no segundo retorno nos serviços extra-hospitalares (Apêndice 4)

Informações coletadas nos prontuários do respectivo serviço. Trata-se de um instrumento de **acompanhamento dos retornos** que contempla as seguintes questões: Compareceu no segundo retorno? Compareceu fora do dia agendado?; Alterou o diagnóstico?; Alterou o(s) medicamento (s)?

7 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética da EERP, atendendo às normas do CEP 196/96 (Anexo 2), com a devida autorização do Comitê de Pesquisa do Hospital Santa Tereza (HST-RP) (Anexo 3), da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto (Anexo 4) e do Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Anexo 5).

8 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

1-Levantamento: Foram pesquisadas diariamente no SAME (Serviço de Arquivo Médico), do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, as altas hospitalares no período até atingir 96 (número determinado estatisticamente) e que completem os dados segundo o roteiro. A coleta iniciou-se no dia 01/05/2013 e terminou no dia 30/06/2014.

2-Identificação: Foram identificados com códigos os pacientes egressos de internações psiquiátricas, nesse período, através da pesquisa em prontuários no HST-RP, CAPS II, NSM e ASM-UBS.

Nos serviços extra-hospitalares, o acesso à data do primeiro contato do sujeito nos serviços extra-hospitalares, pós- alta hospitalar, para a continuidade do acompanhamento, foi através do levantamento da data do agendamento nesses serviços, junto ao serviço social de cada unidade de internação e SAME do HST-RP. No dia do primeiro retorno o pesquisador fazia o primeiro contato com o sujeito/responsável para explicar a finalidade da pesquisa e para solicitar a sua participação, na mesma. Após a consulta consultava-se o prontuário para responder ao primeiro instrumento da pesquisa. A partir de então, as próximas datas das consultas médicas foram levantadas através da agenda do psiquiatra e do próprio prontuário do sujeito, nos serviços extra-hospitalares. Em caso de falta à consulta médica, buscava-se, semanalmente, através de pesquisa em prontuários e contatos telefônicos com os serviços e com o sujeito/responsável para obter informações sobre o próximo agendamento do paciente no serviço.

9 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Análise estatística e qualitativa dos dados, relacionando a adesão ao tratamento às variáveis sociodemográficas, clínicas e do acompanhamento nos serviços.

Os dados foram classificados em três categorias:

- a) Caracterização dos sujeitos;
- b) Acompanhamento dos sujeitos pós-alta;
- c) Teste de adesão ao tratamento.

A discussão dos achados do estudo teve como suporte a literatura sobre o tema.

10 - RESULTADOS

A) Caracterização dos sujeitos

No período da coleta dos dados foram identificadas 875 altas no HST-RP, as quais foram contra referenciadas aos serviços comunitários dos municípios de residência. Dentre essas, como era de se esperar, 43,99% (377) foram agendadas nos serviços comunitários de Ribeirão Preto, por este ser o município com maior número populacional do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) e Sertãozinho 10,38% (89); os outros 24 municípios que integram o DRS XIII receberam 350 altas (40,84%), dentre os quais estão Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajurú, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Guariba, Jardinópolis, Jaboticabal, Dumont, Guataporã, Ituverava, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Taquaritinga; 36 altas foram encaminhadas a outras cidades do estado de São Paulo e 5 altas foram encaminhadas para outros estados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das altas num hospital psiquiátrico de grande porte, no período de maio de 2013 a junho de 2014, segundo o município de origem do paciente

Município	N	%
Ribeirão Preto	377	44
Sertãozinho	89	10,4
Outros municípios do DRS XIII	350	40,8
Municípios de outros DRS	36	4,2
Outros estados	5	0,6
Totais	857	100

Das 377 altas com agendamento em serviços extra-hospitalares de Ribeirão Preto 140 (37,1%) altas foram agendadas no CAPS ad; 78 (20,7%) altas foram encaminhadas ao ARSM; 58 (15,4%) saíram sem agendamento devido evasão, alta a pedido e alta administrativa; 3 (0,8%) foram agendadas em outros municípios por mudança de residência; 19 (5%) foram encaminhadas ao HCFM-RP para seguimento ambulatorial; 6 (1,6%) foram agendadas no CAPS III e 2 (0,5%) optaram por realizar o acompanhamento em convênio particular.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos que não participaram do estudo, com agendamento no pós-alta em Ribeirão Preto

Serviço	N	%
Mudaram para outros municípios	3	1
ARSM	78	25,5
CAPS ad	140	45,8
CAPS II	6	2
HCFM-RP	19	6,2
Particular	2	0,7
Sem agendamento	58	19
Totais	306	100

Na Tabela 3 estão os sujeitos que fizeram parte deste estudo, segundo o local de agendamento. O CAPS II recebeu 28 (39,4%) agendamentos; 16 (22,5%) foram contra referenciados para o ASM-UBS, o NSM recebeu 26 (36,6%) pessoas para acompanhamento ambulatorial e 1(1,4%) foi agendada no ASM-DC. Portanto, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos na metodologia, a amostra ficou constituída por 71 sujeitos, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das altas do Hospital Psiquiátrico para os serviços da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, de acordo com o local do seu agendamento

Distribuição das altas	N	%
CAPS II	28	39,4
UBS-UBS	16	22,5
NSM	26	36,6
ASM-DC	1	1,4
Totais	71	100

Ao analisar as diferenças proporcionais entre sexo e grupo etário observa-se que há associação estatística entre sexo e grupo etário (Fisher=0,003), sendo a idade média das mulheres superior à média dos homens.

A distribuição entre os sexos é equilibrada: mulheres 35 (49,3%) e homens 36 (50,7%). A maior proporção das mulheres está na faixa dos 40 aos 49 anos (34,3%) e dos 50 a 59 anos (25,7%). A maior proporção de sujeitos do sexo masculino está na faixa dos 30-39 anos (30,6%) e dos 40 a 49 anos (27,8%).

Tabela 4 - Distribuição das proporções das altas psiquiátricas hospitalares, de acordo com o sexo e grupo etário dos sujeitos

Grupo etário	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 29 anos	8	22.2	2	5.7	10	14,1
30 a 39 anos	11	30.6	6	17.1	17	23.9
40 a 49 anos	10	27.8	12	34.3	22	31
50 a 59 anos	5	13.9	9	25.7	14	19.7
60 anos e +	2	5.6	6	17.1	8	11.3
Totais	36	50,7	35	49,3	71	100

Em relação à etnia a maior proporção dos sujeitos desse estudo é branca (62%), em ambos os sexos, sendo os demais negros (11,4%), pardos (22,8%) e os 8,57% não têm registro em prontuário. O teste exato de Fisher não evidencia associação estatística (Fisher=0,546).

Ao analisar a relação entre sexo e estado civil observa-se que a maior proporção dos sujeitos corresponde a solteiros (52,1%), ou seja, 22 (61,1%) são homens e 15 (42,8%) mulheres. O teste exato de Fisher não encontra associação (Fisher=0,114) para esses dados.

Não há evidências de associação entre sexo e arranjo domiciliar (Fisher=1,000), mas é possível perceber que a maioria das mulheres e homens vivem só, sendo respectivamente, 28 (80%) e 29 (80,6%); dentre os que vivem com companheiro, as mulheres correspondem a 20% e os homens 16,7%; 1 não consta em prontuário.

No que se refere à escolaridade, verificou-se que em 14 (19,7%) não se obteve informações; quanto aos analfabetos 66,7% (4) são do sexo masculino; que possuem ensino fundamental incompleto correspondem a 25 (35,2%), dos quais 52% são homens; 66,7% das mulheres cursaram o ensino fundamental; o ensino médio completo foi cursado por 60% dos sexo masculino e o incompleto por 71,4% do sexo feminino; apresentam ensino superior completo 66,6% das mulheres médio incompleto e superior incompleto por 100% do sexo masculino.

Em relação à atividade profissional, pode-se constatar que 66,2% são inativos, sendo que em relação ao sexo encontrou-se feminino (68,6%) e masculino (63,9%). Dos sujeitos inativos, 5,6% estão exercendo atividade, sendo a maior proporção do sexo masculino, 8,5 % estão afastados do trabalho e 19, 7% sem informações, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos com altas psiquiátricas, após internação hospitalar

Variáveis	Idade (anos)	Sexo Feminino (N=35)		Sexo masculino (N=36)		Totais	
		N	%	N	%	N	%
Grupo etário	Até 29	2	5.7	8	22.2	10	14.1
	30 a 39	6	17.1	11	30.6	17	23.9
	40 a 49	12	34.3	10	27.8	22	31
	50 a 59	9	25.7	5	14	14	19.7
	60 e +	6	17.1	2	5.6	8	11.3
Etnia	Branca	20	57.1	24	66.7	44	62
	Negra	4	11.4	1	2.8	5	7
	Parda	8	22.9	7	19.4	15	21.1
	Sem informação	3	8.6	4	11.1	7	9.9
Estado civil	Solteiro	15	42.9	22	61.1	37	52.1
	Casado	6	17.1	8	22.2	14	19.7
	Separado	9	25.7	4	11.1	13	18.3
	Viúvo	5	14.3	1	2.8	6	8.5
	Sem informação			1	2.8	1	1.4
Arranjo Domiciliar	Vive só	28	80	29	80.6	57	80.3
	Com companheiro	7	20	6	16.7	13	18.3
	Sem informação			1	2.8	1	1.4
Escolaridade	Analfabeto	2	33,3	4	66,7	6	8,5
	Fundamental incompleto	12	48	13	52	25	35,2
	Fundamental	2	66,7	1	33,3	3	4,2
	Médio completo	2	40	3	60	5	7
	Médio incompleto	10	71,4	4	28,6	14	19,7
	Superior completo	2	66,7	33,3		3	4,2
	Superior incompleto			1	100	1	1,4
	Sem informação	5	35,7	9	64,3	14	19,7
Atividade profissional	Inativo	24	68,6	23	63,9	47	66,2
	Ativo	1	2,9	3	8,3	4	5,6
	Afastado	1	2,9	5	13,9	6	8,5
	Sem Informação	9	25,7	5	13,9	14	19,7
Totais		35	49,3	36	50,7	71	100

A proporção de homens, sem internações anteriores no HST-RP, é menor que a proporção das mulheres, 9 (25%) e 14 (40%), respectivamente; 7 (20%) homens e 7 (19,4) mulheres têm duas internações anteriores; com três e mais internações somam-se 38%, sendo 15 (41,7%) do sexo masculino e 12 (34,3%) do sexo feminino. Não se observa associações significativas (Fisher=0,438), mas é visível que as mulheres internam em proporções menores que os homens.

Tabela 6 - Distribuição da quantidade de internações anteriores, registradas no prontuário da internação, em relação ao sexo do paciente

Internações anteriores	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	14	40	9	25	23	32,4
Uma	7	20	7	19,4	14	19,7
Duas	2	5,7	5	13,9	7	9,9
Três	3	8,6	3	8,3	6	8,5
Quatro	5	14,3	1	2,8	6	8,5
Cinco e mais	7	2,9	8		15	21,1
Totais	35	49,3	36	50,7	71	100

Na Tabela 7, verifica-se que 27 sujeitos (38%) apresentam-se calmos, com outras associações. As associações encontradas foram: coerente, déficit cognitivo, pouco comunicativo, melhorado e organizado, melhorado, orientado, compensado, comunicativo, heteroagressivo, desconfiado, arrogante e isolado, remissão dos sintomas, manipulador, inquieto, hostil e poliqueixoso. A denominação “outro” corresponde a 21,1% (15): logorréico, melhorado, lapso de memória, tremores, remissão dos sintomas, pouco comunicativo. Os calmos correspondem a 14 sujeitos (19,7%); calmo e preocupado 3 (4,2%) e os demais aparecem em menores proporções. Não há associação entre sexo e estado mental na alta (Fisher=0,754).

A maior concentração das pessoas que receberam alta hospitalar e estavam “calmos”, nesse momento, foi do sexo masculino, correspondendo a 22,2% dos homens; o sexo feminino acumula a maior proporção dos que saíram com outros estados mentais (22,9%) e 45,7% de calmos associados a outros estados mentais do total das mulheres.

Tabela 7 – Distribuição das proporções de internações anteriores, registradas no prontuário, em relação ao sexo do paciente e estado mental na alta

Estado mental na alta hospitalar	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem informação	2	5,7	1	2,8	3	4,2
Calmo	6	17,1	8	22,2	14	19,7
Ansiedade			1	2,8	1	1,4
Alucinação			1	2,8	1	1,4
Outro	8	22,9	7	19,4	15	21,1
Calmo e ansioso			1	2,8	1	1,4
Calmo e alucinação	1	2,9			1	1,4
Calmo e preocupado	1	2,9	2	5,56	3	4,2
Delírio e irritado			1	2,78	1	1,4
Calmo e outros	16	45,7	11	30,6	27	38
Calmo, delírio, alucinação	1	2,9			1	1,4
Ansiedade e outros			1	2,8	1	1,4
Ansiedade, alucinação, outros			1	2,8	1	1,4
Calmo, ansiedade, preocupado			1	2,8	1	1,4
Totais	35	49,3	36	50,7	71	100

A proporção de agendamentos no CAPS II foi em maior número, ou seja, 28 (39,4%) pacientes, sendo que 45,7% correspondem ao sexo feminino e 33,3% ao sexo masculino. Para o Núcleo de Saúde Mental foram encaminhados 26 (36,6%), dos quais 14 (38,9%) são homens e 12 (34,2%) são mulheres. Para o ASM-UBS foram encaminhados 16 (22,5%), 7 (20%) e 9 (25%), respectivamente, mulheres e homens e apenas 1 (2,78%) paciente foi para o ASM-DC. O teste exato de Fisher não encontrou associação significativa entre essas variáveis (Fisher=0,664).

Tabela 8 - Distribuição das altas, segundo o local de agendamento pós-alta, para seguimento ambulatorial

Agendamento	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
ASM-UBS	7	20	9	25	16	22,6
ASM-DC			1	2,8	1	1,4
CAPS II	16	45,7	12	33,3	28	39,4
NSM	12	34,3	14	38,9	26	36,6
Totais	35	49,3	36	50,7	71	100

Não há evidências de associação entre sexo e diagnóstico na alta, porém observa-se que a proporção dos diagnósticos F30 a F39 - Transtornos de Humor (afetivos) - é maior (42,9%), no sexo feminino e os diagnósticos F20 a F29 – Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes - ocorrem em maior proporção no sexo masculino (36,1%); na associação entre F20-29 e outros, o percentual é de 22,2% no sexo masculino e 2,8% no feminino.

Tabela 9 - Associação entre sexo dos pacientes e seu diagnóstico, na alta hospitalar

Diagnóstico da alta	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
A						
F20-29	10	28,6	13	36,1	23	32,4
F30-39	15	42,9	7	19,4	22	31
F60-69	3	8,6	1	2,8	4	5,6
Outros	1	2,9	1	2,8	2	2,8
F20-F29 e F30-F39	1	2,9	1	2,8	2	2,8
F20-F29 e outros	1	2,9	8	22,2	9	12,7
F30-F39 e F60-F69	3	8,6	2	5,6	5	7
F30-F39 e outros	1	2,9	2	5,6	3	4,2
F60-F69 e outros			1	2,8	1	1,4
Totais	35	49,3	36	50,7	71	100

Tabela 10 mostra a quantidade de psicofármacos prescritos na alta hospitalar. Observa-se que do total de sujeitos 38% (27) sujeitos receberam alta com prescrição de 3 psicofármacos, para 26,8% (19) sujeitos a prescrição foi de 4 psicotrópicos, 2 foram prescritos para 16,9% (12), 11,3% (8) saíram com prescrição de 5 psicotrópicos e 2,8% (2) tiveram a prescrição de 6 ou 7 psicofármacos.

Tabela 10 – Altas hospitalares, segundo os psicofármacos prescritos ao paciente

Quantidade de psicofármacos	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem informação	1				1	1,4
1			2		2	2,8
2	5	41,7	7	58,3	12	16,9
3	9	33,3	18	66,7	27	38
4	11	57,9	8	42,1	19	26,8
5	7	87,5	1	12,5	8	11,3
6-7	2				2	2,8
Totais	35	49,3	36	50,3	71	100

Na associação entre sexo e proposta terapêutica para o pós-alta verifica-se que 52,1% dos sujeitos, dos quais 16 (44,4%) são do sexo masculino e 21 (60%) do sexo feminino, não têm proposta terapêutica para o pós-alta. Para 40,9%, sendo que homens e mulheres têm a proporção de 47,2% e 34,3%, respectivamente, a indicação é apenas o seguimento ambulatorial. A recomendação de psicoterapia e atendimento multiprofissional corresponde a 1,4% e 4,2%, respectivamente. O teste exato de Fisher não confirma associação entre as duas variáveis (Fisher=0,443%), todavia é possível, na tabela 10, que a maioria sai sem proposta para pós- alta.

Tabela 11 – Associação entre sexo dos pacientes psiquiátricos e proposta terapêutica na alta hospitalar

Proposta Terapêutica registrada para o pós-alta	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem proposta terapêutica	21	60	16	44,4	37	52,1
Seguimento ambulatorial	12	34,3	17	47,2	29	40,8
Atendimento multiprofissional	1	2,8	2	5,7	3	4,2
Psicoterapia			1	2,8	1	1,4
Terapia ocupacional	1	2,9			1	1,4
Totais	35	49,3	36	50,7	71	100

Há associação significativa entre a faixa etária e o estado civil dos pacientes que tiveram alta do hospital psiquiátrico, de acordo com o teste exato de Fisher (Fisher=0,009). Observa-se na tabela 12 que o maior número dos sujeitos é de solteiros, sendo que a maior proporção está na faixa dos 30 aos 39 anos (40,54%); a maior proporção de casados e separados encontra-se entre 40 e 49 anos 35,71% e 61,54%, respectivamente; a maior proporção de viúvos está na faixa dos 50 aos 59 anos (50%).

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes com alta do hospital psiquiátrico, de acordo com o grupo etário e estado civil

	Grupo etário (em anos)											
Estado civil	Até 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteiro	7	18,9	15	40,5	7	18,9	6	16,2	2	5,4	37	52,1
Casado	3	21,4	1	7,1	5	35,7	3	21,4	2	14,3	14	19,7
Separado			1	7,7	8	61,5	2	15,4	2	15,4	13	18,3
Viúvo					1	16,7	3	50	2	33,3	6	8,5
Não informa					1	100					1	1,4
Totais	10	14.1	17	23.9	22	31	14	19.7	8	11.3	71	100

Não foi encontrada associação significativa entre grupo etário e arranjo domiciliar (Fisher=0,246), porém observa-se na tabela 13 que dos 57 sujeitos que vivem só, 16 (28%) estão na faixa dos 30 aos 39, como também na faixa dos 40 aos 49 anos; dos sujeitos vivem com companheiro, 6 (46%) estão na faixa dos 40 aos 49 anos e 1 não tem essa informação registrada em prontuário.

Tabela 13 - Associação entre grupo etário e arranjo domiciliar

Grupo etário (em anos)												
Arranjo domiciliar	Até 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vive só	7	12,3	16	28,1	16	28, 1	12	21,1	6	10,5	57	80,3
Com companheiro	3	23,1	1	7,7	6	46,2	1	7,7	2	15,4	13	18,3
Sem informação							1	100			1	1,4
Totais	10	14,1	17	23,9	22	31	14	19,7	8	11,3	71	100

Nas informações sobre internações anteriores, constata-se que 23 pacientes não tiveram internações anteriores, no HST-RP, o que corresponde a 32,4% do total de altas e a maior concentração sem internações anteriores está na faixa dos 40 aos 49 anos (34,8%); 19,7 % (14) do total das altas têm uma internação anterior, com maior proporção na faixa dos 40 aos 49 anos (28,6%); observou-se 9,9% do total das altas corresponde a duas internações anteriores. As altas com três ou mais internações anteriores correspondem a 38% do total, sendo que a maior proporção está entre 40 e 49 anos (37%).

Tabela 14 - Internações anteriores, registradas no prontuário do paciente e o grupo etário

Número de internações anteriores	Grupo etário (em anos)											
	Até 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	3	13	6	26,1	8	34,8	4	17,4	2	8,7	23	32,4
Uma	2	14,3	3	21,4	4	28,6	3	21,4	2	14,3	14	19,7
Duas	3	42,9	1	14,3			2	28,6	1	14,3	7	9,9
Três e mais	2	7,4	7	25,9	10	37	5	18,5	3	11,1	27	38
Totais	10	14,1	17	23,9	22	31	14	19,7	8	11,3	71	100

Na tabela 15, o diagnóstico F20 a F29 concentra-se nas faixas de 40-49 anos (43,47%) e 50-59 (9,86%) e quando associado a outros diagnósticos está em maior proporção na faixa dos 30-39 anos; F30-F39 corresponde a 36,36% na faixa dos 30-39 anos e 31,82% dos 40-49 anos. Na faixa dos 40-49 anos encontra-se maior proporção dos diagnósticos F30-F39 e F60 –F69. Os demais diagnósticos estão em menores proporções. O teste exato de Fisher (Fisher= 0,012) demonstra associação entre as duas variáveis, sendo possível encontrar maior número de sujeitos na faixa dos 40-49 anos.

Tabela 15 - Caracterização dos sujeitos conforme o diagnóstico psiquiátrico, nas altas hospitalares e respectivo grupo etário

Diagnóstico na alta	Grupo etário (em anos)											
	Até 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F20 a F29	2	8,7	2	8,7	10	43	7	30,4	2	8,7	23	32,4
F30 a 39	2	9,1	8	36,4	7	31,8	3	13,6	2	9,1	22	31
F60 a F69			2	50	1	25	1	25			4	5,6
Outros	1	50	1	50							2	2,8
F20 a F29 e F30 a F39							2	100			2	2,8
F20 a F29 e outros	3	33,3	4	44,4			1	11,1	1	11,1	9	12,7
F30 a F39 e F60 a F69					2	40			3	60	5	7
F30 a F39 e outros	2	66,7			1	33,3					3	4,2
F60 a F69 e outros					1	100					1	1,4
Totais	10	14.1	17	13.9	22	31	14	19.7	8	11.3	71	100

Quanto à associação entre grupo etário dos pacientes e respectivas propostas terapêuticas para o pós-alta, Tabela 16, observa-se que a faixa dos 40 a 49 anos possui as maiores proporções de indicação de seguimento ambulatorial (34,48%) e ausência de proposta terapêutica (32,43%). Quando se avalia o total das propostas terapêuticas constata-se que 37 (52,1%) saíram da internação hospitalar sem proposta terapêutica e 29 (40,8%) com indicação de seguimento ambulatorial. Apesar de não se ter definição clara dos dois termos, subentende-se que a utilização do atendimento multidisciplinar enfatiza o envolvimento da equipe multidisciplinar no acompanhamento do sujeito, enquanto que seguimento ambulatorial enfatiza a conotação de consultas médicas.

Tabela 16 – Proposta terapêutica de encaminhamento para o pós-alta hospitalar, de acordo com o grupo etário dos pacientes desse estudo

Proposta terapêutica para o pós alta	Grupo etário (em anos)											
	Até 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento multidisciplinar			2	66,7					1	33,3	3	4,2
Não tem proposta	6	16,2	6	16,2	12	32,4	9	24,3	4	10,8	37	52,1
Psicoterapia	1	100									1	1,4
Seguimento ambulatorial	3	10,3	9	31	10	34,5	4	13,8	3	10,3 4	29	40,8
Terapia ocupacional							1	100			1	1,4
Totais	10	14,1	17	23,9	22	31	14	19,7	8	11,3	71	100

Em relação ao local de agendamento para continuidade do tratamento pós-alta constata-se que a maior proporção das pessoas encaminhadas para o ASM-UBS está na faixa etária dos 30 aos 39 anos (31,3%); 39,3% das altas encaminhadas ao CAPS II estão na faixa dos 40 aos 49 anos; 30,7% dos agendamentos para o NSM estão na faixa dos 40 aos 49 anos dos pacientes psiquiátricos em acompanhamento e o ASM-DC teve 1 alta na faixa de idade até 29 anos.

Tabela 17 - Distribuição dos agendamentos no pós-alta, de acordo com a faixa etária dos pacientes psiquiátricos em acompanhamento

Agendamento	Grupo etário (em anos)										Total	
	Até 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 e +			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
ASM-UBS	3	18,8	5	31,3	3	18,8	4	25	1	6,3	16	22,5
ASM-DC	1										1	1,4
CAPS II	5	17,9	5	17,9	11	39,3	4	14,3	3	10,7	28	39,4
NSM	1	3,9	7	27	8	30,8	6	23,1	4	15,4	26	36,6
Totais	10	14,1	17	23,9	22	31	14	19,7	8	11,3	71	100

B) Acompanhamento dos sujeitos

O Quadro 1 permite apresentar e acompanhar a trajetória dos portadores de transtorno mental, nos três retornos subsequentes à alta hospitalar, no período de maio de 2013 a dezembro de 2014. Vale lembrar que aqueles que foram encaminhados para serviços fora do município de Ribeirão Preto não fizeram parte desta amostra.

Pode-se constatar que no primeiro retorno 60 (84,5%) dos sujeitos compareceram ao retorno pós-alta e 11 (15,5%) sujeitos não compareceram ao primeiro retorno; no segundo retorno, 46 (64,8%) compareceram ao retorno, 17 (23,9%) não compareceram ao retorno agendado, 4 (5,6%) foram transferidos para outros serviços ambulatoriais e 4 (5,6%) não continuaram por outros motivos (falecimento, optou pelo seguimento na rede particular, transferido para outro hospital psiquiátrico, mudou de estado); no terceiro retorno, 39 (54,9%), compareceram ao retorno agendado, 18 (25,4%) não compareceram ao retorno, 6 (8,5%) foram encaminhados para outros serviços ambulatoriais, 2 foram internados HST-RP (2,8%) e 6 (8,5%) não continuaram o tratamento por outros motivos (falecimento, foi para a rede particular, transferido para outro hospital psiquiátrico, mudou de estado, mudança de bairro e por isso foi fazer seguimento em outro serviços, saiu sem agendamento do 2º retorno).

Quadro 1- Acompanhamento dos pacientes após a alta do hospital psiquiátrico (HST-RP), nos serviços da rede básica de saúde de Ribeirão Preto

Código	Sexo	Idade	Diagnóstico na alta	Local do agendamento	Compareceu ao 1º retorno	Compareceu ao 2º retorno	Comparecimento ao 3º retorno.
1	M	35	F20-F29/outros	NSM	Sim	Sim	Não
2	F	50	F20-29/F30-f39	NSM	Sim	Sim	Sim
3	F	41	F60-F69	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
4	F	58	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Não
5	F	44	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Sim
6	M	53	F20-F29	ASM-UBS	Sim	Sim	Não
7	M	36	F20-F29	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
8	M	45	F20-F29	ASM-UBS	Não	Nunca compareceu ao serviço	
9	M	28	F20-F29/outros	CAPS II	Sim	Sim	Sim
10	M	70	F20-F29/outros	NSM	Sim	Sim	Sim
11	M	49	F30-F39	NSM	Sim	Sim	Sim
12	M	36	F20-F29/outros	NSM	Sim	Sim	Não
13	F	39	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Sim
14	F	66	F20-F29	CAPS II	Não	Sim	Sim
15	M	64	F30-F39/F60-F69	NSM	Sim	Sim	Transferido para o HD.
16	M	47	F30-F39	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
17	M	28	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Sim
18	F	30	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Sim
19	F	64	F30-F39/F60-F69	NSM	Não	Nunca compareceu ao serviço	
20	M	42	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Não
21	F	37	F30-F39	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
22	M	29	F20-F29/outros	ASM-UBS	Não	Transferido para o CAPS III	
23	M	30	F20-F29/outros	CAPS II	Sim	Sim	Não
24	F	62	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Sim
25	M	42	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Sim
26	M	33	F30-F39	NSM	Sim	Retornou para o estado de origem	
27	M	36	F30-F39	CAPS II	Não	Sim	Sim
28	M	36	F6-F69	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
29	M	29	F30-F39/outros	CAPS II	Sim	Sim	Sim
30	M	53	F20-F29/F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Sim
31	F	42	F30-F39	NSM	Sim	Foi para a rede particular	
32	F	33	F30-F39	ASM-UBS	Sim	Sim	Não
33	F	53	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Mudou de residência
34	F	63	F30-F39	NSM	Sim	Sim	Sim

35	F	55	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Sim
36	F	29	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Não
37	F	59	F60-F69	NSM	Sim	Sim	Sem agendamento
38	F	48	F20-F29	CAPS II	Não	Sim	Sim
39	M	35	F30-F39	NSM	Não	Nunca compareceu ao serviço	
40	M	31	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Não
41	M	26	F20-F29/outros	ASM-UBS	Sim	Transferido para CAPS III	
42	F	47	F30-F39	NSM	Não	Nunca compareceu ao serviço	
43	F	43	F30-F39/outros	CAPS II	Sim	Sim	Sim
44	M	39	1-6-	NSM	Sim	Sim	Sim
45	F	44	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Sim
46	F	49	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Sim
47	M	21	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Sim
48	M	40	F30-F39/F60-F69	CAPS II	Sim	Sim	Internou no HST-RP
49	F	49	F30-F39/F60-F69	NSM	Sim	Não compareceu ao serviço	
50	F	36	Outros	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
51	M	55	F20-F29	NSM	Não	Transferido para CAPS III	
52	M	43	F20-F29	CAPS II	Sim	Sim	Sim
53	M	30	F30-F39	NSM	Sim	Transferido para CAPS ad	
54	M	47	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Sim
55.	F	47	F30-F39	NSM	Sim	Sim	Transferido para CAPS III
56	F	24	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Não
57	F	60	F30-F39/F60-F69	CAPS II	Sim	Sim	Sim
58	M	24	F30-F39/outros	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
59	F	44	F20-F29	CAPS II	Não	Nunca compareceu ao serviço	
60	F	45	F20-F29	NSM	Sim	Sim	Sim
61	M	55	F20-F29	NSM	Sim	Falecimento	
62	F	57	F30-F39	NSM	Sim	Sim	Sim
63	F	51	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Não
64	M	47	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Sim
65	F	34	F60-F69	CAPS II	Sim	Sim	Sim
66	M	19	F60-F69/outros	CAPS II	Não	Transferido para outro hospital psiquiátrico	
67	F	51	F20-F29/outros	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
68	M	57	F20-F29	ASM-UBS	Sim	Sim	Internou no HST-RP
69	F	67	F30-F39	ASM-UBS	Sim	Sim	Sim
70	M	47	F60-F69/outros	CAPS II	Sim	Não compareceu ao serviço	
71	F	50	F30-F39	CAPS II	Sim	Sim	Sim

a) Teste de Adesão Morisky-Green

Não se encontrou associação significativa entre categoria de adesão e acolhimento (Fisher=0,062). Os dados apontam que, dos 42 (80,8%) pacientes que não apresentaram adesão ao tratamento, segundo este Teste, 8 (15,4%) foram acolhidos por assistente social, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional, 18 (34,6%) foram acolhidos por enfermeiros e 13 (25%) foram acolhidos por auxiliares e técnicos de enfermagem, ou seja, 59,6% pela enfermagem e 10 (19,2%) foram acolhidos por Auxiliar administrativo, que atendia na recepção.

Do total de sujeitos, em estudo, que passaram por acolhimento em todos os serviços, 48 (92,3%) não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso, ou seja, apenas 4 (7,7%) tiveram adesão ao tratamento medicamentoso, Teste de Morisky-Green.

Tabela 18 – Distribuição dos portadores de transtorno mental no pós-alta, segundo o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e o profissional que realizou o acolhimento

Acolhimento	Categoria de adesão					
	Adesão		Não adesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
Assistente social, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional			8		8	15,4
Auxiliar e técnico de enfermagem	3	18,8	13	81,3	16	30,8
Enfermeiro			18		18	34,6
Outro	1	10	9	90	10	19,2
Totais	4	7,7	48	92,3	52	100

Na tabela 19, observa-se que 1,9% (1) e 32,7% (17) correspondem à adesão e não adesão, respectivamente, para os diagnósticos F20 ao F29; os diagnósticos F30 ao F39 correspondem a 28,8% (15) de não adesão e os sujeitos com os demais diagnósticos 30,8% (16) não aderiram ao tratamento. No computo geral, as adesões foram baixas e concentraram-se nos diagnósticos Retardo mental (3,8%), F20/outros (3,8%), sendo que 100% dos F30-39 não aderiram ao tratamento medicamentoso.

Tabela 19 –Relação dos pacientes pós-altas psiquiátricas, segundo o grau de adesão e diagnóstico registrado na alta

Diagnóstico na alta	Categoria de adesão					
	Adesão		Não adesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
F20-F29	1	5,6	17	94,4	18	34,6
F30-F39			15		15	28,8
Demais	3	15,8	16	84,2	19	36,5
Totais	4	7.7	48	92.3	52	100

A seguir, na tabela 20, observa-se o resultado da associação entre categorias de adesão e respectivos serviços de agendamento na pós-alta hospitalar. Constatou-se, estatisticamente, associação significativa dessas variáveis no ASM-UBS com 3 (27,3%) de adesão ao tratamento medicamentoso (Fisher=0,027), ou seja, serviço que obteve maior adesão. Quanto a não adesão o ASM-UBS teve 8 (72,3%) que não apresentaram adesão medicamentosa entre as pessoas acompanhadas; e o NSM não alcançou adesão em 17 (94,4%) e o CAPS II 23 (100%) das pessoas em seguimento.

Tabela 20 - Classificação das altas psiquiátricas, segundo o grau de adesão por serviço extra hospitalar

Serviço	Categoria de adesão					
	Adesão		Não adesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
ASM-UBS	3	27,3	8	72,3	11	21.2
CAPS II			23	100	23	44.2
NSM	1	5,6	17	94,4	18	34.6
Totais	4	7.7	48	92.7	52	100

b) Comparecimento dos sujeitos ao primeiro retorno agendado

Os resultados, a seguir, correspondem aos dados do primeiro retorno do sujeito ao serviço comunitário após a alta hospitalar, registradas no prontuário do paciente em cada um dos serviços para onde foram encaminhados. A coleta seguiu o roteiro pré-estabelecido para esta pesquisa (Apêndice 2).

Na tabela abaixo, verifica-se que das pessoas que compareceram ao serviço, na data agendada, 13 (18,3) estavam na faixa dos 50 aos 59 anos, 15 (21,1%) na faixa dos 30 aos 39

anos, 18 (25,4%) dos 40 aos 49 anos, 8 (11,3%) dos 20 aos 29 anos e nos sujeitos com mais de 60 anos 6 (8,5%).

Tabela 21 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento ao primeiro retorno do paciente, no serviço de acompanhamento, na data agendada e respectivo grupo etário

Grupo etário	Comparecimento na data agendada (em anos)					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 29	8	80	2	20	10	14,1
30 a 39	15	88,2	2	11,8	17	23,9
40 a 49	18	81,8	4	18,1	22	31
50 a 59	13	92,9	1	7,1	14	19,7
60 e +	6	75	2	25	8	11,3
Totais	60	84,5	11	15,5	71	100

Na Tabela 22 constata-se que o comparecimento ou não comparecimento na data agendada é proporcional entre os sexos, sendo que 83,3% do sexo masculino compareceram e 16,7 não compareceram ao retorno agendado; quanto ao sexo feminino, 85,7% compareceram ao retorno e 14,3% não compareceram.

Tabela 22 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento do paciente, ao primeiro retorno, na data agendada em relação ao sexo

Sexo	Comparecimento na data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	30	83,3	6	16,7	36	50,7
Feminino	30	85,7	5	14,3	35	49,3
Totais	60	84,5	11	15,5	71	100

Na tabela 23 analisou-se o comparecimento na data agendada e categoria da adesão, na qual se verifica que 46 (95,8%) pessoas não apresentaram adesão ao tratamento e 2 não compareceram ao retorno, também não apresentaram adesão ao tratamento.

Tabela 23 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento na data agendada e categoria de adesão, segundo Teste de Morisky-Green

Categoria de adesão	Comparecimento na data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Adesão	4				4	7,7
Não adesão	46	95,8	2	4,2	48	92,3
Totais	50	96,2	2	3,8	52	100

A seguir, verificam-se os resultados da associação entre comparecimento na data agendada e serviço, onde se percebe que 13 dos 15 encaminhamentos para o ASM-UBS-Ítalo Baruffi compareceram ao serviço na data agendada; em relação ao CAPS II houve 23 comparecimentos, dos 17 agendados e dos 28 sujeitos agendados no NSM, 24 compareceram de acordo com a data agendada.

Analisando as alegações dos sujeitos para justificar seu não comparecimento, observa-se que 13,3% eram acompanhados pela equipe do ASM-UBS, 4 (14,8%) frequentavam o CAPS II e 4 (14,3%) estavam em seguimento ambulatorial no NSM.

Tabela 24 - Distribuição das proporções das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento ao primeiro retorno ao serviço extra hospitalar

Serviço	Comparecimento na data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
ASM-UBS	13	86,7	2	13,3	15	21,1
ASM-DC			1	100	1	1,4
CAPS II	23	85,2	4	14,8	27	38
NSM	24	85,7	4	14,3	28	39,4
Totais	60	84,5	11	15,5	71	100

Na Tabela 25, verifica-se que auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros realizaram o maior número de acolhimentos, tanto dos que compareceram na data agendada, quanto dos outros, totalizando 41 (68,3%), do total de acolhimentos.

Chama a atenção que 14 (21,2%) foram apenas atendidos pelo recepcionista (Auxiliar Administrativo), sem o acolhimento de profissionais. Devido à menor proporção de acolhimento por algumas categorias profissionais optou-se por agregá-los numa só categoria;

assim o acolhimento realizado por assistente social (3), médico (5), psicólogo (1) e terapeuta ocupacional (1) representam apenas 13,6% (9).

Tabela 25 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento ao primeiro retorno na data agendada, em relação ao profissional que realizou o acolhimento

Acolhimento	Comparecimento na data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Assistente social, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional	9	90	1	10	10	15,1
Auxiliar e técnico de enfermagem	19	90,5	2	10	21	31,8
Enfermeiro	18	90	2	20	20	30,3
Outros	14	93,3	1	6,7	15	22,7
Totais	60	90,9	6	9,9	66	100

Como se pode observar, na tabela 26, 18 (78,3%) dos portadores de transtornos mentais, com diagnósticos entre F20 a F29, 19 (86,4%) com diagnóstico F30 a F39 e 23 (88,5%) compareceram ao retorno agendado; o não comparecimento foi de 5 (21,7%), 3 (13,6%) e 3 (11,5%), respectivamente e nestes diagnósticos.

Tabela 26 - Distribuição dos portadores de transtornos mentais com altas hospitalares, segundo o seu comparecimento na data agendada ao primeiro retorno, em relação ao diagnóstico registrado na alta

Diagnóstico na alta	Comparecimento na data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
F20-F29	18	78,3	5	21,7	23	32,4
F30-F39	19	86,4	3	13,6	22	31
Demais	23	88,5	3	11,5	26	36,6
Totais	60	84,5	11	15,5	71	100

c) Comparecimento dos sujeitos ao segundo retorno agendado

As tabelas, abaixo, correspondem às informações referentes ao comparecimento dos sujeitos ao segundo retorno agendado nos serviços extra-hospitalares.

Na Tabela 27 estão apresentados os dados de comparecimento ao segundo retorno aos serviços extra-hospitalares, comparados aos grupos etários. Nota-se que 92,6% (25:27) dos sujeitos em acompanhamento no CAPS II retornaram pela segunda vez, o ASM-UBS obteve 80% (12:15) de comparecimentos, enquanto o NSM atendeu 67,9% (19:28). Quanto ao não comparecimento constata-se que o maior índice de ausências foi no NSM (14,3%).

As transferências para outros serviços aconteceram na proporção de 2 (13,3%) do ASM-UBS, 1 do ASM-DC e 2 do NSM (7,1%).

“Outros” significa que, 1 retornou ao estado de origem, 1 continuou o acompanhamento na rede particular e 1 óbito.

Tabela 27 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente ao segundo retorno, de acordo com o local de seguimento

Serviço	Comparecimento ao segundo retorno agendado									
	Sim		Não		Transferência		Outro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ASM-UBS	12	80	1	6,7	2	13,3			15	21,1
ASM-DC					1				1	1,4
CAPS II	25	92,6	2	7,4					27	38
NSM	19	67,9	4	14,3	2	7,1	3	10,7	28	39,4
Totais	56	78,9	7	9,9	5	7	3	4,2	71	100

Na Tabela 28, o grupo etário que apresentou a maior proporção de comparecimento ao segundo retorno agendado, dentre os 71, segue em ordem decrescente: 40-49 anos (22,5%), 30-39 anos (19, 7%), 50-59 anos (16,9%) e nas demais faixas (9,9%).

Tabela 28 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente ao segundo retorno, de acordo com o local de seguimento

Grupo etário	Comparecimento ao segundo retorno agendado (em anos)									
	Sim		Não		Transferência		Outro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 29	7	70			3	30			10	14,1
30 a 39	14	82,4	1	5,9	1	5,9	1	5,9	17	24
40 a 49	16	72,7	5	22,7			1	4,6	22	31
50 a 59	12	85,7			1	7,1	1	7,1	14	19,7
60 e +	7	87,5	1	12,5					8	11,3
Totais	56	78,9	7	9,9	5	7	3	4,2	71	100

A maior proporção de comparecimento ao segundo retorno corresponde ao sexo feminino 85,7% (30:35) e o sexo masculino 49,3% (26:36%), conforme Tabela 29.

Tabela 29 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com o comparecimento do paciente ao segundo retorno, na data agendada e o sexo

Sexo	Comparecimento ao segundo retorno agendado									
	Sim		Não		Transferência		Outro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	26	72,2	3	8,3	5	13,9	2	5,6	36	49,3
Feminino	30	85,7	4	11,4			1	2,9	35	50,7
Totais	56	78,7	7	21,3	5	7	3	4,2	71	100

Na Tabela 30 não houve as categorias de não comparecimento, outro ou transferências, ou seja, todas as respostas de adesão estão na categoria de adesão.

Tabela 30 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com a categoria de adesão, ao segundo o retorno agendado

Categoria de adesão	Comparecimento ao segundo retorno agendado			
	Sim		Totais	
	N	%	N	%
Adesão	4		4	7,7
Não adesão	48		48	92,3
Totais	52	100	52	100

A seguir verifica-se que dos 71 sujeitos com diagnósticos F20-F29 (32,4%), F30-F39 (24%), F60-F69 (5,6%) e associação de outros diagnósticos somaram (31%). O não comparecimento foi semelhante nos diagnósticos F20-F29 e F30-F39 (2,8%) do total.

Tabela 31 - Distribuição das altas psiquiátricas, de acordo com o comparecimento do paciente ao segundo retorno e o local de seguimento extra hospitalar

Diagnóstico na alta	Comparecimento ao retorno agendado									
	Sim		Não		Transferência		Outro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F20-F29	19	82,6	2	8,7	1	4,4	1		23	32,4
F30-F39	17	77,3	2	9,1	1	4,6	2	9,1	22	31
F60-F69	4								4	5,6
Outros	16	72,7	3	13,6	3	13,6			22	31
Totais	56	78,9	7	9,9	5	7	3	4,2	71	100

d) Comparecimento dos sujeitos ao terceiro retorno agendado

A partir das próximas tabelas se observa que o total dos sujeitos, em diversas tabelas, sofrerá alterações, pois ao longo do acompanhamento ocorreram perdas dos sujeitos devido a diversos motivos, como abandono do tratamento, não comparecimento naquele determinado retorno, transferências para outros serviços de saúde mental do município, mudança de endereço e de estado, assim como um óbito ao longo do acompanhamento.

De acordo com o comparecimento aos serviços recomendados, fora do retorno agendado, 21% dos acolhimentos foram realizados por auxiliares/técnicos de enfermagem e 30% por enfermeiros; 44,4% foram realizados por médico, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, de acordo com a Tabela 32.

Tabela 32 - Distribuição dos comparecimentos dos pacientes, fora da data agendada no terceiro retorno, segundo o profissional que fez seu acolhimento no serviço extra hospitalar

Acolhimento	Comparecimento fora da data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Assistente social, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional	4	44,4	5	55,6	9	18,4
Auxiliar e técnico de enfermagem	4	26,7	11	73,3	15	30,6
Enfermeiro	6	33,3	12	66,7	18	36,7
Outro	3	42,9	4	57,1	7	14,3
Totais	17	34,7	32	65,3	49	100

Pela análise estatística dos dados da Tabela 33 observou-se que há significância entre as variáveis (Fisher=0,016). Observa-se que dos 49 sujeitos que compareceram fora do retorno agendado 8 (%) foram para o CAPS II, 6 (%) compareceram ao NSM e 3 (%) estiveram no ASM-UBS

O não comparecimento ao CAPS II 16 (32,7%), ASM-UBS 8 (16,3%) e NSM 8 (16,3%).

Tabela 33 - Distribuição das altas hospitalares, segundo o comparecimento fora da data do terceiro retorno pós - alta por serviço

Serviço	Comparecimento fora da data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
ASM-UBS	3	25	8	66,7	11	22,4
CAPS II	8	32	16	64	24	49
NSM	6	26,1	8	34,8	14	28,6
Totais	17	34,7	32	65,3	49	100

Na Tabela 34, observa-se que as maiores proporções de comparecimento fora do retorno agendado ocorreram entre os portadores de transtornos esquizofrênicos e transtornos do humor, 8 (16,3%) e 5 (10,2%), respectivamente, e o não comparecimento fora do retorno agendado foi inversamente proporcional, ou seja, os diagnósticos F30 ao F39 11 (22,4%) e F20 ao F29 9 (18,4%).

Tabela 34 - Distribuição dos grupos diagnósticos dos portadores de transtorno mental após as altas hospitalares, segundo seu comparecimento fora da data agendada do terceiro retorno

Diagnóstico na alta	Comparecimento fora da data agendada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
F20 A F29	8	47,1	9	52,9	17	34,7
F30-F39	5	31,3	11	68,8	16	32,7
Demais	4	25	12	75	16	32,7
Totais	17	34,7	32	65,3	49	100

A seguir, observam-se os resultados referentes aos portadores de transtornos mentais acompanhados e que compareceram nas datas agendadas e sua relação com diversas variáveis,

inclusive adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo teste de Morisky-Green, conforme se observa nas tabelas 35 a 40.

Na Tabela 35, está representado o comparecimento ao terceiro retorno agendado, no qual o NSM obteve o maior percentual de comparecimento dos pacientes em estudo, resultado significativo pelo teste de Fisher (0,021). Todavia é necessário analisar esse resultado sob a perspectiva da redução dos sujeitos, ou seja, maior número de “zeros” no banco de dados, cuja proporção foi muito maior do que nos demais serviços (81,8%) do total de NSA, o que prejudicou a fidedignidade da análise. O CAPS II obteve 80% de comparecimento e o comparecimento ao retorno no ASM-UBS correspondeu a 75% dos encaminhamentos.

Tabela 35- Distribuição dos pacientes encaminhados nas altas hospitalares, de acordo com o retorno agendado e respectivo serviço

Comparecimento ao retorno agendado						
Serviço	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
ASM-UBS	9	81,8	2	18,2	11	22,4
CAPS II	20	83,3	4	16,7	24	49
NSM	10	71,4	4	28,6	14	28,6
Totais	39	79,6	10	20,4	49	100

Na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre as práticas de saúde, analisaremos a Tabela 36, na qual constata-se que o maior percentual de comparecimento aos serviços, no terceiro retorno, foi acolhido pelos profissionais da equipe de enfermagem 25 (64,1%) do total de comparecimentos, assim como a maior proporção de comparecimento fora do retorno agendado, também, foi acolhida pelos profissionais da enfermagem. Todavia não foi encontrada associação significativa entre as variáveis (Fisher=0,294).

Tabela 36 - Classificação dos egressos de internação psiquiátrica, segundo o comparecimento ao terceiro retorno, em relação ao profissional que realizou o acolhimento

Acolhimento	Comparecimento ao retorno agendado					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Assistentes social, médico psicólogo e terapeuta ocupacional	7	77,8	2	22,2	9	18,4
Auxiliar/ técnico de enfermagem	12	80	3	20	15	30,6
Enfermeiro	13	72,2	5	27,8	18	36,7
Outro	7				7	14,3
Totais	39	79,6	10	20,4	49	100

Os resultados apresentados na Tabela 37 mostram que o percentual de 68,4%, dos portadores com diagnóstico F20-F29 compareceram ao terceiro retorno agendado e os portadores com os diagnósticos F30-F39 estiveram presentes nos serviços, no percentual de 63,2% e o não comparecimento foi em número de 2 (21,1%), em ambos os diagnósticos. Não houve associação entre as variáveis (Fisher=0,603). A proporção de sujeitos que não compareceram ao retorno foi semelhante.

Tabela 37 - Classificação dos portadores de transtornos mentais de acordo com o diagnóstico registrado na sua alta de internação hospitalar, segundo o comparecimento ao terceiro retorno agendado

Diagnóstico na alta	Comparecimento ao retorno Agendado					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
F20-F29	13	76,5	4	23,5	17	34,7
F30-F39	12	75	4	25	16	32,7
Demais	14	87,5	2	12,5	16	32,7
Totais	39	79,6	10	20,4	49	100

Na Tabela 38, encontram-se os dados correspondentes ao cruzamento das variáveis “comparecimento ao terceiro retorno agendado” e “grupo etário”, os quais mostram as faixas etárias cujo comparecimento foi distribuído da seguinte forma: nas faixas dos 40 aos 49 anos, (13:33,3%), dos 30 aos 39 anos (9:23,1%), dos 50 aos 59 anos (6:15,4%); mais de 60 anos (6:15,4%) e dos 20 aos 29 anos (5:12,8%) do total de comparecimentos ao retorno. Quanto à ausência ao retorno agendado, os números

mostram que as proporções das ausências foram maiores na faixa dos 30 aos 39 anos (4:40%) e dos 50 aos 59 anos (3:30%) do total de não comparecimento.

Tabela 38 - Distribuição das altas psiquiátricas, segundo o comparecimento do paciente ao terceiro retorno agendado, em relação ao seu grupo etário

Grupo etário	Comparecimento ao retorno agendado (em anos)					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 29	5	71,4	2	28,6	7	14,3
30 a 39	9	69,2	4	30,8	13	26,5
40 a 49	13	92,9	1	7,1	14	28,6
50 a 59 a	6	66,7	3	33,3	9	18,4
60 e +	6				6	12,2
Totais	39	79,6	10	20,4	49	100

Na tabela 39 observa-se que o maior percentual de comparecimento ao retorno agendado foi do sexo feminino 22(68,8%) e 5 (15,6%) não compareceu ao retorno; o sexo masculino apresentou 17 (60,7%) e 5(15,6%) de comparecimento e não comparecimento, respectivamente. A porcentagem de não comparecimento ao retorno agendado foi semelhante entre os sexos (10,2%).

Tabela 39 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento ao terceiro retorno agendado em relação ao sexo dos pacientes

Sexo	Compareceu ao retorno agendado					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	17	77,3	5	22,7	22	44,9
Feminino	22	81,5	5	18,5	27	55,1
Totais	39	79,6	10	20,4	49	100

Na Tabela 40 observa-se a relação entre adesão pelo teste de Morisk-Green e o comparecimento ao retorno agendado no pós alta.

Três (6,4%) dos 37 (78,7%) que compareceram ao terceiro retorno agendado apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o Teste e 1 (2,1%) dos que não compareceram ao retorno apresentou adesão ao medicamento; dos 34 (72,3%) que

compareceram ao retorno não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso e 9 (19,1%) que compareceram ao retorno não apresentaram adesão.

Tabela 40 - Distribuição das altas psiquiátricas segundo o comparecimento do paciente ao terceiro retorno agendado e categoria de adesão

Categoria de adesão	Comparecimento ao retorno agendado					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Adesão	3	75	1	25	4	8,5
Não adesão	34	79,1	9	20,9	43	91,5
Totais	37	78,7	10	21,3	47	100

Os dados apresentados, no presente estudo, serão discutidos a seguir na busca da compreensão dos fatores que possam estar associados à adesão ao tratamento dos portadores de transtorno mental, nos serviços extra-hospitalares.

11- DISCUSSÃO

Estudos voltados à adesão do paciente em relação ao tratamento psiquiátrico, na rede de serviços em saúde, são importantes para gerar reflexões sobre intervenções que proporcionem continuidade do cuidado, tratamento e abordagens que considerem a pessoa como figura central do seu próprio cuidado, através de intervenções embasadas nos conceitos de humanização e acolhimento para estabelecimento de laços de confiança entre equipe e usuários (RAMOS; PIO, 2010).

Observou-se, nessa pesquisa, que do total de 857 altas do HST-RP, no período de maio de 2014 a junho de 2015, 377 (44%) pessoas tiveram Ribeirão Preto como referência para seguimento extra-hospitalar, o que pode ser justificado pelo número populacional do município, cuja proporção em 2010, foi de 604.682 habitantes (IBGE, 2010) e, a população estimada para 2014 foi de 658.059 habitantes. Estes números podem justificar as grandes proporções de encaminhamentos para os serviços no município.

Apesar de não fazer parte da amostra do estudo, e consequentemente não ser objeto de discussões, mas sem negar a importância e a pertinência do assunto, observou-se nos registros das altas do HST-RP, durante o período desta investigação alto índice de egressos encaminhados para o CAPS ad de Ribeirão Preto (140: 37,1%).

Segundo a WHO (2011), estima-se que 76,3 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool e 15,3 milhões apresentem transtornos mentais e comportamentais em decorrência do uso de outras drogas. Este tema é de ampla complexidade e exige maiores investimentos em pesquisas para conhecer o problema de forma mais ampla e que contribuam para a reformulação de políticas públicas de saúde, nesse campo, pois a sociedade não tem conseguido responder efetivamente ao problema (FERREIRA et al., 2012; LUIS; PILLON, 2003; SOUSA et al., 2013).

Das 71 altas acompanhadas pelo estudo, constatou-se que aproximadamente 30% foram encaminhadas ao CAPS II e, a grande maioria, aproximadamente dois terços, foi encaminhada para serviços ambulatoriais de saúde mental, os quais possuem menor oferta de intervenções reabilitadoras.

Vale ressaltar que isso se torna mais grave se considerarmos a totalidade das altas do HST-RP, neste período, pois constata-se que 350 (40,8%) foram encaminhadas para pequenos

municípios, onde somente há ambulatorios e poucos CAP II. Ressalta-se, também, que do total de altas encaminhadas para o município de Ribeirão Preto, 25,5% (25:71) foram para o ASM, que não autorizou a pesquisa que pretendia acompanhar também os pacientes deste serviço.

Os resultados denunciam a insuficiência de serviços do tipo CAPS II, pois de acordo com a Portaria nº 336/GM (Brasil, 2002b), esses serviços têm a capacidade operacional para atender entre 70.000 e 200.000 habitantes, o que é insuficiente para Ribeirão Preto, de acordo com o número populacional. Apesar de ser o único serviço dessa modalidade no município, os encaminhamentos seguem a lógica do princípio da regionalização e não, de acordo com a gravidade do caso, o que desfavorece a população pertencente às regiões, que tem os serviços ambulatoriais como referência.

Os ambulatorios de saúde mental têm, em geral, baixa resolutividade e funcionamento pouco articulado com a rede de atenção à saúde mental, o que gera a necessidade de discutir com mais profundidade, no campo da reforma psiquiátrica, o papel destes dispositivos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010c), refletir sobre o processo de trabalho, o qual é especializado e apoiado no saber psiquiátrico, mas não atende além do tratamento medicamentoso (PEIXOTO, 2007).

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), os Ambulatorios de Saúde Mental foram instituições centrais na política de saúde mental internacional na década de 1980 a 1990, quando se iniciava o movimento de desinstitucionalização. Depois disso, houve progressos internacionais concretos, para reinserir socialmente os portadores de transtorno mental através da articulação de todo o setor saúde com outros setores.

Dentre as inúmeras iniciativas, destaca-se um programa de referência para inserir pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho, em Doncaster e Newham (Inglaterra), cujo foco está na melhoria do acesso a serviços de terapias psicológicas para adultos com transtorno mental, para pessoas em idade de trabalho, e posteriormente expandiu para todas as idades, pois acredita-se que o trabalho deve fazer parte do plano terapêutico. Como resultado houve diminuição do número de benefício por invalidez, diminuição dos gastos governamentais com medicamentos, internações e uma grande parcela concluiu o tratamento e não precisaram mais de serviço e medicamentos, assim como, uma menor parcela não precisou mais do benefício por doença (CLARK; LAYARD; SMITIES, 2008).

No Brasil, entretanto, há municípios que ainda conjugam os serviços ambulatoriais com os CAPS, funcionando como eco da política de saúde mental preventivista que lhe deu origem, dificultando as práticas de atenção psicossocial no território (COSTA-ROSA, 2013).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar à busca da autonomia e integração ao ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território” (BRASIL, 2004b). Esses equipamentos assistenciais são considerados dispositivos prioritários para a substituição dos manicômios e ampliação dos horizontes da clínica para incorporar a dimensão psicossocial, a qual abandonou o conceito de doença para incorporar as experiências de vida e de doença. Essa perspectiva que tem mais de 10 anos de funcionamento, impõe o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da cidadania e inclusão dos doentes mentais (TAVARES, 2003; SANTOS, 2006; AMARANTE, 2007; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; SOARES et al, 2011; LARA; MONTEIRO, 2014).

Documento oficial brasileiro apontou que o número de CAPS no Brasil estava crescendo e apresenta a expansão anual desde o ano de 1998, sendo que em 2012 foram habilitados 61 novos CAPS e com projeção para mais outros 100 novos CAPS habilitados, até o final do ano (BRASIL, 2012c), até este ano existem 1803 CAPS. Esta é a última fonte do Ministério da Saúde, sobre o número de CAPS habilitados no Brasil. Entretanto, os CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial ainda são insuficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do país, assim como de profissionais de saúde mental capacitados para atender toda a população brasileira ainda se mostra insuficiente (PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015).

Assim, constatou-se no presente estudo que o CAPS II realiza atendimento ambulatorial, ou seja, realização de consultas e deixa de realizar as atividades reabilitadoras para os casos mais complexos, conforme as diretrizes de funcionamento desse equipamento.

Dessa forma, nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando ações que se remetem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado, segundo o modelo da atenção básica e por meio de ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham (CAÇAPAVA, 2009; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

O Ambulatório Regional de Saúde Mental funciona nos moldes tradicionais de atendimento, com intervenções voltadas a consultas psiquiátricas agendadas, consultas de triagem encaminhadas por UBS, consultas psicológicas de triagem, psicoterapias individuais e grupais, grupos de famílias, atendimentos de terapia ocupacional, individual ou em grupo. A

marca desse serviço é a alta tecnificação do trabalho, tendo como consequência ações terapêuticas que privilegiam o campo biológico para as intervenções (FIORATI, 2013).

Talvez a resistência em compartilhar essas dificuldades, expor as limitações da equipe tenham contribuído para a não autorização da pesquisa no serviço, provocando uma perda de 78, ou seja, 20,7% do total de egressos encaminhados para seguimento no pós-alta pelo Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, o que representa uma inestimável perda para o avanço do conhecimento acerca do trabalho realizado por esses serviços, e consequente contribuição para a análise das intervenções realizadas. Quando se examina a amostra qualificada para o estudo, esta cifra representa quase a metade dos casos que seriam analisados por serem encaminhados para o município de Ribeirão Preto, conforme estudo amostral inicial.

Considerando que a pesquisa poderia contribuir para a melhoria da organização dos serviços e das ações para melhorar a adesão do portador do transtorno mental ao tratamento, através da identificação das dificuldades enfrentadas em relação às questões pessoais e do próprio serviço, essa foi uma perda lamentável.

Estudos têm focado as diferenças entre os sexos, nos estudos de prevalência, causalidade e a evolução dos transtornos mentais e comportamentais (CUNHA; CAETANO, 2010; OPAS, 2001; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; TUONO et al., 2007; CORDEIRO; MACIEL; RODRIGUES, 2015). Estes estudos mostram que as mulheres têm apresentado prevalência de transtornos mentais, em decorrência das altas taxas de violência doméstica, alterações hormonais, fatores psicológicos e sociais.

A presente pesquisa identificou que a maioria é constituída por brancos, ensino fundamental incompleto, inativos, solteiros, cujo número de sujeitos, nessa condição, está próximo da metade do total e do sexo feminino é superior e em relação ao arranjo domiciliar verifica-se que o percentual dos que vivem só é muito próximo do total. Este dado está em consonância com pesquisas anteriores, realizadas no mesmo serviço e com outros serviços no país (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; LUDERMIR, 2008; FORMIGA et al, 2009; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; BARROS, 2008; SILVA, 2011; TABELEÃO; TOMASI; QUEVEDO, 2014).

Observou-se que a proporção de internações, no período, em relação ao sexo, foi maior no sexo masculino, compatível com outros estudos (ALMEIDA, et al., 1992; ENK; SILVA; PEREIRA, et al., 2000; ANDRADE, et al., 2002; RABELO; CARDOSO; MELO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007; CARDOSO; GALERA, 2011; MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013).

Estudos epidemiológicos indicam que a maior prevalência de transtornos de ansiedade e de humor ocorre entre as mulheres, enquanto que a incidência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizotípica é mais presente entre os homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008; SANTOS, SIQUEIRA, 2010; STELL et al, 2014). Nesse estudo, devido a grande variedade de combinações de diagnósticos, não foi possível realizar uma análise conclusiva, mas havia índice muito próximo entre os F20 e F30, talvez porque a proporção entre os sexos foi equilibrada.

Nessa investigação, constatou-se que a idade média das mulheres em alta hospitalar psiquiátrica é maior do que a idade média dos homens, sendo que, a maior concentração do sexo feminino está na faixa dos 40 aos 49 anos e no sexo masculino dos 30 aos 39 anos.

Este achado pode ser justificado pelo início de algumas doenças como a esquizofrenia ser mais precoce no homem do que na mulher, ou porque as mulheres apresentam um curso mais brando da doença (MARI; LEITÃO, 2000) o que levaria a crises tardias. Da mesma forma, nos transtornos do humor há evidências de que mulheres bipolares, mais que os homens, apresentam início mais tardio (DIAS et al., 2006), bem como, as alterações hormonais podem desencadear transtornos mentais, como período pós-parto e alterações do ciclo menstrual (OPAS, 2001; RENNÓ et al, 2012).

Porém, nesse estudo, a incidência de internações foi praticamente proporcional, talvez, explicada pela exclusão dos diagnósticos de dependência de álcool e outras drogas, observada em maior prevalência no sexo masculino (OPAS, 2001; DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010), ou mesmo porque o cuidado não é visto como uma prática masculina (MOSSE, 1996; VÁLDES; OLAVARRÍA, 1998; SABO, 2000; TRINDADE; NASCIMENTO, 2004; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; MACHIN et al., 2011).

Segundo Gomes e Nascimento (2006), a saúde masculina começa a ser abordada sob um enfoque diferencial por volta da década de 1990, período em que se inicia a preocupação com a saúde integral do homem, com posicionamento favorável da OMS.

No presente estudo, foi possível observar que as mulheres consomem mais psicofármacos do que homens, o que reforça estudos anteriores que, também, observaram o predomínio de mulheres em relação ao consumo de psicofármacos (URGEL et al, 2005; ROCHA; WERLANG, 2013) e que a grande maioria ingere 3 psicofármacos, está acima da

faixa apresentada pela OMS, que vai de 1,3 a 2,2 e defendida por corresponder a uma quantia que não predispõe a polimedicação (WHO, 1994).

Tanto as prescrições como o consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos estão presentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde, nacional e internacional, pois o consumo está relacionado ao papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde-doença e às concepções e práticas de saúde (DIMEINSTEIN et al, 2005). Esta prática reforça a ideia de que o medicamento se constitui como o único recurso disponível para o tratamento dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente, o uso dos psicofármacos se perpetua na vida desses sujeitos, tornando-os dependentes de medicamentos (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

Na Saúde Mental, além da redução sintomatológica, a medicação tem o papel de não modificar, por si própria, o curso natural do problema do paciente, mas de estabelecer condição de relação diferente entre o paciente e seu problema, entre paciente e equipe, paciente e meio ambiente (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Ao reconhecer tal fato, pensamos que a somente as abordagens científicas e tecnicistas são insuficientes atender a pessoa integralmente.

Vale ressaltar que não se pretende desvalorizar a importância da terapêutica medicamentosa, pois é necessária, desde que criteriosamente prescrita e acompanhada. Mas é importante e necessária a valorização do processo de acolhimento, o qual poderia ser disparador potencial na recondução das práticas e a heterogeneidade de profissionais dentro de uma mesma equipe permite uma escuta mais qualificada, capaz de fazer encaminhamentos mais resolutivos (SANTOS et al, 2007, MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

A despeito do número de internações anteriores, constatou-se que 3/5 dos sujeitos do estudo, apresentaram reinternações, cujas proporções estão acima do estudo anterior no mesmo serviço (CASTRO, FUREGATO, SANTOS, 2010), podendo ser explicado pela exclusão de alguns diagnósticos e pelo não seguimento dos sujeitos em acompanhamento no ASM. Além disso, esse percentual está de acordo com outros estudos (TANAKA; RIBEIRO, 2009; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011; RAMOS, GUIMARÃES, 2013).

Na análise da proposta terapêutica para o pós-alta, verificou-se que a maioria das pessoas que saíram de alta hospital não teve a descrição da mesma, em seu boletim de alta e na sua ficha de contra referência, o que é muito grave, pois a proposta terapêutica deveria fazer parte do PTS (Projeto Terapêutico Singular) de cada paciente, que deveria acompanhá-lo em toda a sua trajetória na rede de serviços de saúde, ou seja, acompanharia o fluxo das

pessoas em todos os níveis de complexidade. Todavia, o que se vê, na realidade, são indicações de tratamento pontual, perpetuando a dicotomia entre os serviços secundário, terciários e o acompanhamento na rede básica de saúde, o que significa dizer que o período de internação não foi utilizado para o delineamento de estratégia específica para aquele sujeito, que o enfoque foi o tratamento medicamentoso e a proposta foi a sua continuidade em serviços comunitários.

Como desdobramento das discussões anteriores, verifica-se que as altas hospitalares são de baixa qualidade, cujas fichas de contra referências, são preenchidas com a finalidade de cumprimento de tarefas, sem planejamento, o qual deve iniciar-se no momento da internação e deve continuar durante todo o período (POMPEO et al., 2007; PEREIRA et al., 2007). Apesar de a equipe ser multiprofissional, não há registro das intervenções dos demais profissionais, cujas ações tiveram o fim em si mesmo, pois não continuaram.

Preconiza-se que na alta hospitalar, as ações sejam realizadas de forma articulada com os diversos saberes profissionais, voltados para a satisfação das necessidades e problemas de saúde das pessoas. A alta planejada traz benefícios para o indivíduo, para os profissionais e para a instituição (SILVA; RAMOS, 2011; HUBER; MCCLELLAND, 2003). Esta última poderá ter benefícios na redução dos custos relacionados às reinternações hospitalares, cujo índice identificado recentemente nessa mesma instituição foi de 34% (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010), assim como na redução das chances de cronificação do quadro da doença (CASTRO; FUREGATO, 2012).

Segundo Campos (2003), a crise deveria ser colocada no interior de fatores sociais, econômicos, histórico e familiar que dão nexos na crise.

A alta planejada, com o registro de todas as informações na ficha de contra referência, possibilitaria o cumprimento do princípio da integralidade, compreendido como a articulação das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis assistenciais (BRASIL, 1990a).

Os resultados encontrados, de não operacionalização do PTS, estão em conformidade com outros locais do Brasil (BOCCARDO et al, 2011; SILVA et al, 2013; HORI; NASCIMENTO, 2014).

O PTS deveria ser estabelecido pela equipe, de forma a propiciar o restabelecimento de ligações sociais, na manutenção da pessoa no convívio social e que, conseqüentemente, possa evitar novas recaídas, proporcionar o interesse em buscar novas relações sociais e finalmente ampliar seu universo existencial que, em geral, é bastante restrito, por isso essa ferramenta qualifica o atendimento, na medida em que favorece a discussão de um sujeito

singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. (SILVA; FONSECA, 2005; KANTORSKI et al., 2010; BRASIL, 2007b; CAMPOS; AMARAL 2007; BEZERRA; DIMEINSTEIN, 2009; JARDIM et al., 2009; LINASSI et al, 2011; PINTO et al., 2011; BRASIL, 2013 c; SILVA et al, 2013). Todavia, o que se observa são ações limítrofes, que não ultrapassam os espaços físicos dos mesmos, com pouca ou nenhuma articulação com os equipamentos sociais ou existentes no território de abrangência as quais estão distantes das preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, pois continua segregando essa população, na medida em que não desenvolvem ações que realmente possam inseri-las na rede social, e que contribuam para o retorno ao mundo trabalho, estudo, lazer, estabelecimento de relações afetivas, enfim, que fortaleçam as possibilidades de exercer os direitos de cidadão.

Sob essa perspectiva, entende-se que o período de internação poderia propiciar maior conhecimento das características da pessoa, de suas fragilidades e potencialidades, e consequentemente contribuir para a elaboração projetos terapêuticos singulares reais, com possibilidades de serem mais assertivos e que poderiam contribuir com as equipes dos serviços comunitários para a continuidade da assistência e, certamente, criar espaços para a integração das ações entre as equipes e entre serviços que compõem a rede de atenção à saúde e, consequentemente, romper com a fragmentação do cuidado. Todavia, o modelo assistencial nos serviços extra-hospitalares não difere do intra-hospitalar, porque as equipes inseridas nos serviços comunitários não buscam informações a respeito da pessoa contra referenciada, as intervenções detalhadamente explicadas e os conhecimentos adquiridos sobre as mesmas para a continuidade da assistência e manutenção da longitudinalidade do cuidado.

Este fato pode ser constatado, na prática, pois o período de internação é subutilizado, focalizado apenas nas intervenções medicamentosas, para remissão dos sintomas, em detrimento às relações e interações humanas, as quais deveriam trazer para a roda de discussões a história de vida para além do modelo médico. Além disso, permitiria olhar para o território onde a pessoa vive e para a rede de serviços em saúde. Entretanto, os profissionais têm dificuldades em valorizar a subjetividade daqueles que estão sob os seus cuidados, assim como a inclusão de outras políticas.

Diante desse cenário, é necessário reavaliar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde mental, as quais estão cada vez maiores e mais complexas, a partir da instituição do modelo psicossocial de atenção, que requer ações e conhecimentos integrados e articulados para a construção de caminhos que possibilitem compreender o sujeito em sua totalidade. Entretanto, não se observa na prática a atuação dos diferentes profissionais e o benefício dessa

ampliação para o portador de transtornos mentais. As ações profissionais perdem-se sem registro e sem validação da sua importância.

O trabalho em equipe é complexo, pois há a questão da subjetividade que permeia as relações durante a concepção do processo de trabalho e repercute na integração da equipe.

Observa-se inchamento da composição das equipes nos serviços extra hospitalares, principalmente, sem que os resultados mostrem uma atenção de melhor qualidade, com enfoque na reinserção social do doente mental e sua autonomia de vida.

O relatório da OPAS (2001) já alertava que as medicações psicotrópicas visam sintomas de doenças e não as próprias doenças ou suas causas, o que significa que não se destinam a curar as doenças, mas a reduzir ou controlar sintomas.

De fato, na prática, as intervenções medicamentosas são fundamentais para a remissão dos sintomas agudos para, posteriormente, iniciar as psicoterapias e a reabilitação psicossocial. Todavia o que se percebe é que o foco nesse tipo de intervenção é o mais valorizado pelos profissionais porque nada mais se encontra registrado como funcional ou efetivo. As observações da prática convergem, ao atendimento clínico conduzido de maneira pontual, algumas vezes rápido, centrado na queixa do usuário (SANTOS et al, 2007).

Esta orientação mostra a necessidade de mudar as práticas atualmente desenvolvidas, o que demanda a organização do trabalho sob a perspectiva da interdisciplinaridade, reconhecida como a forma de se articular o diálogo e as diferentes práticas entre diferentes conhecimentos e metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento (TAVARES, 2005; GATTÁS; FUREGATO, 2006; GATTÁS, FUREGATO, 2007), capaz de responder às complexas condições de saúde.

Seria importante aproveitar o período de internação para iniciar a construção de vínculos dentro de um processo de ajuda firmado na confiança e no conhecimento mútuo, que permita ao outro compartilhar história de vida, os seus medos, angústias e as suas expectativas em relação ao tratamento, cuja experiência profissional tem mostrado ao longo do tempo, que são muitas. Essa forma de olhar o portador de transtorno mental mostra que somente as intervenções medicamentosas não são capazes de responder à nova abordagem preconizada para se atender às necessidades dessas pessoas ao mesmo tempo, em que valoriza as intervenções reabilitadoras, às quais chamam para novas discussões e intervenções dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde mental para a construção do PTS, que deverá ser reformulado a cada novo problema que surge.

O PTS tem como premissa a participação das pessoas em acompanhamento e de seus familiares, assim como, de possibilitar a participação do usuário para alcançar a construção de

sua autonomia. Nesse processo o mais importante é considerar os objetivos da própria pessoa em relação ao tratamento, por isso a avaliação do caso deve ser contínua e o resultado deverá ser avaliado sob o ponto de vista de todas as pessoas envolvidas na construção do PTS sem perder o foco que é a pessoa afetada pela doença mental e não a doença (BRASIL, 2007b; MORORÓ, 2010; PINTO, et al, 2011; CARVALHO et al., 2012).

Segundo Pereira (2007), a diversificação do olhar do profissional e o redirecionamento de sua atenção para o portador de transtorno mental pode estimular descobertas importantes na assistência, possibilitando a ampliação de perspectivas para o sujeito, e facilitando o enfrentamento da vida.

A abordagem psicossocial enfatiza a importância de se considerar a pessoa em sua totalidade, que permita envolver os seus processos intelectuais, afetivos e culturais (ARRUDA, 1985; TURA, 1998; LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR; 2006). Dessa forma não se pode ignorar a potencialidade que os serviços da atenção básica têm para efetivamente realizar ações de reabilitadoras a nível social, mas não o estão realizando.

Sob essa perspectiva, é necessário que os profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a sintomatologia, a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013a).

Azevedo-Marques (2009) afirma a importância do trabalho articulado entre equipes de saúde mental com equipes da APS (Saúde da Família), tanto no que se refere à adequada avaliação da subjetividade do paciente, quanto à contribuição na criação de condições, que possam aumentar as chances da concretização desse evento.

Estudos realizados em serviços comunitários de Ribeirão Preto encontraram uma estrutura de atendimento, apoiada apenas no modelo médico e em intervenções, prioritariamente, medicamentosas e subvalorizarão de ações de reabilitação psicossocial, embora muitos desses serviços contenham uma equipe multidisciplinar (OSINAGA, FUREGATO; SANTOS, 2006 CORRIGIR; BARROS, 2008; BARROS et al., 2010; FIORATI; SAEKI, 2010).ALTERAR ANO

No cotidiano dos serviços, constata-se ações profissionais desarticuladas, predominância do tratamento medicamentoso sobre as ações de reabilitação psicossocial, as equipes têm dificuldades em elaborar projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares e precarização das relações de trabalho gerada no contexto das orientações das políticas de saúde mental municipais, (FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008; SCHNEIDER, 2009; FIORATI; SAEKI, 2013; SAMPAIO et al, 20011).

Observa-se que a maior proporção dos sujeitos em estudo não apresentou adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que a maior proporção foi atendida pelos profissionais da enfermagem 27 (52%). Este resultado estimula a reflexão sobre os objetivos da internação psiquiátrica, cuja finalidade, além da extinção ou minimização dos sintomas é a de desenvolver ações que possam contribuir para melhor adesão ao tratamento medicamentoso, a ser reavaliado continuamente e inclusão de outras modalidades terapêuticas de reinserção social.

O incremento da atenção dispensada às condições crônicas também se traduz em um enfoque na adesão a tratamentos de longo prazo, a qual é extremamente baixa e, embora, a responsabilidade pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão traduz a falha do sistema de saúde. A atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes (OMS, 2003).

Na análise estatística não se encontrou associação significativa entre categoria de adesão e acolhimento. Porém, os resultados apontam que a maior proporção do acolhimento foi realizada pelos profissionais de enfermagem, o que pode ser justificado pela permanência dessa equipe em todo o período de funcionamento dos serviços e principalmente, pelo estabelecimento de vínculo por realizarem a maior parte de suas ações junto ao paciente, pois a formação profissional do enfermeiro sustenta o cuidado como foco principal (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

Na assistência em saúde mental, o enfermeiro utiliza a comunicação terapêutica, que consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar ao portador de transtorno mental a conviver com outras pessoas, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto realização, para enfrentar seus problemas (STEFANELLI, 1993; FUREGATO, 1999; FUREGATO; MORAIS, 2009; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), a adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, dentre eles os relacionados ao conhecimento e aceitação de suas condições de saúde, adaptação a essas condições, identificação de fatores de risco no estilo de vida, aos hábitos e atitudes favoráveis à qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado; quanto aos fatores relacionados aos profissionais estão as ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, valorizando a orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida da pessoa, esclarecimentos, suporte social e emocional. Nesta perspectiva de

ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento; nessa perspectiva, o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde.

É necessário construir a Linha de Cuidado (LC) de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucional, em processos dinâmicos centrados no campo de necessidades das pessoas, para contribuir com a adesão ao tratamento (MERHY; CECÍLIO, 2003; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; CARDOSO, 2008).

A construção da LC das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se justifica pela magnitude destas doenças, morbimortalidade, pelos custos e por gerar eventos contínuos de agudização dos quadros, especialmente quando não bem cuidados, podendo ser um tema analisador das situações de fragmentação da LC (MALTA; MERHY, 2010).

A constatação, nesse estudo foi do maior número de acolhimentos realizados, ao longo do acompanhamento, pela equipe de enfermagem, o que vem afirmar a importância de investimentos em educação permanente para esses profissionais, pois os mesmos estão presentes durante todo o período de funcionamento dos serviços de saúde e, por isso, são os primeiros profissionais a realizarem o acolhimento e com maiores oportunidades de criarem vínculos positivos. É ampla a discussão a respeito da educação permanente, que valorize os processos interativos para a concretização de trocas de experiências e vivências, fundamentadas no respeito mútuo, na competência no envolvimento, e que repercuta na melhora do desempenho dos serviços (BRASIL, 2004c; RICALDONI; SENA, 2006; CECCIM, 2005a), por isso é necessário rever o processo de formação profissional.

As reflexões acerca da formação dos profissionais de saúde apontam para a necessidade de ressignificar a formação dos estudantes, com propostas de mudanças relativas a alterações em processos, relações e conteúdos que podem ocorrer no plano da inovação de uma disciplina, da reforma curricular e da transformação do ensino e seus respectivos processos de aprendizagem (FEUERWERKER, 2000; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005 a; CECCIM, 2005 b; SOUZA et al., 2006; TAVARES, 2006; CORBELLINI, 2010; GOMES et al, 2010; HADDAD, 2010; BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A associação significativa entre a categoria de adesão e diagnóstico na alta está de acordo com os estudos que afirmam a dificuldade de adesão ao tratamento entre os pacientes portadores de transtorno de humor e transtornos esquizofrênicos. A dificuldade de adesão dos portadores de transtornos do humor é referenciada por LINGAM; SCOTT (2002) mostrando que aproximadamente 50% desses pacientes interrompem o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% deles o fazem ao menos duas vezes, sendo que outros estudos corroboram com

esse estudo, quanto à dificuldade na adesão ao tratamento (ANGST; GAMMA; ENDRAS, 2003; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007; MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012; PEDREIRA; SOARES; CRISTINA PINTO, 2012); quanto a baixa adesão e não adesão dos portadores de transtornos esquizofrênicos são citadas por vários autores (NICOLINO et al., 2011; MOLL et al., 2012; UCHIDA; HIRAOKA; NAMIK, 2015; SVETTINI et al, 2015).

Em relação aos serviços que obtiveram adesão ao tratamento, esta pesquisa mostra que o ASM-UBS foi o serviço que mais alcançou adesão ao tratamento. Todavia, esse resultado é limitado, pois esse serviço foi o que teve o menor número de atendimentos, em relação aos demais e por ser um serviço de atendimento ambulatorial, sem ações de reabilitação psicossocial.

Esses resultados implicam na forma de realizar o trabalho, conforme citado em diversos momentos desse trabalho. Todavia, é necessário alertar sobre a maneira de organizar o trabalho desenvolvido dentro das instituições, nos quais, ainda, imperam a estrutura do poder, no qual os profissionais decidem e ao portador de transtorno mental compete seguir as recomendações, com pouca ou nenhuma possibilidade de escolha, o que explica a falta de PTS e de preparo para a alta.

A análise do comparecimento ao retorno agendado segundo o diagnóstico mostra que mais da metade dos sujeitos, portadores de transtornos esquizofrênicos e transtornos do humor, compareceram ao retorno conforme o agendamento, nos três retornos, sendo que o comparecimento fora do retorno agendado é maior entre os portadores de esquizofrenias, porém ao longo do acompanhamento observa-se redução da busca pelo serviço. Esses dados mostram que os portadores de transtornos mentais têm motivação para manter o tratamento psiquiátrico, todavia parece que ao longo do tratamento não recebem estímulos necessários para a continuidade do tratamento, o que sugere que somente o comparecimento ao serviço não está associado a adesão ao tratamento medicamentoso, pois depende ainda do tipo da assistência, acompanhamento e estabelecimento de vínculo entre equipe e paciente e família.

O não comparecimento ao retorno agendado leva a representar a ineficiência das estratégias de atendimento nos serviços pesquisados, que desenvolvem ações desvinculadas da RAS, o que pode prejudicar ações que poderiam contribuir para a co-responsabilização do indivíduo no seu próprio tratamento, assim como no envolvimento dos familiares.

No estudo de Yasui (2006), os usuários de CAPS reconhecem que o tratamento é de qualidade, mas que não atendem a todas as suas necessidades; que os serviços e os profissionais não atendem completamente os seus anseios e que os serviços comunitários oferecem as mesmas modalidades de tratamento, sem considerar o que é próprio de cada um.

Apesar das premissas dos CAPS em atenderem os casos graves e a esquizofrenia e os transtornos do humor estar entre os distúrbios comuns, que geralmente causam incapacitação grave, junto com os transtornos do uso de substâncias, epilepsia, doença de Alzheimer, retarda mental e transtornos da infância e da adolescência (OMS, 2001). É necessário que esses serviços busquem articulações com as equipes dos serviços da atenção básica, principalmente com as equipes dos programas de saúde da família, cujas equipes estão inseridas no próprio contexto da população adscrita ao seu território de abrangência (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; OMS, 2008; CHIAVAGATTI et al., 2012) e por fim, que todo o trabalho não seja feito isoladamente, mas que crie uma rede de suporte também extra CAPS (FERIGATO; CAMPOS; BALLARINI, 2007).

Devido à complexidade das necessidades dos portadores de transtorno mental considera-se que as equipes da Atenção Básica podem ter maior participação, ser mais resolutiva; identificar os riscos e vulnerabilidades, necessidades e demandas de saúde e consequentemente, realizar intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação do grau de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, assim como coordenar o cuidado, através do acompanhamento e construção de projetos terapêuticos singulares. Esse nível de atenção organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, assim como em outras estruturas das redes de saúde (BRASIL, 2013a).

Os resultados dos comparecimentos aos retornos agendados, segundo o sexo, mostram que pacientes do sexo feminino compareceram mais que o sexo masculino, ao longo do acompanhamento, o que pode implicar em maior vulnerabilidade dos homens para reinternação psiquiátrica, cujos índices são maiores no sexo masculino conforme os estudos de Barros (2008), Barros (2012), Castro, Furegato e Santos (2010) e Silva et al.(2015).

O acompanhamento dos sujeitos durante os retornos permitiu observar que a ausência dos sujeitos à consulta médica foi de no máximo $\frac{1}{4}$ do total, pois as demais ausências foram por motivos conhecidos e justificados, o que significa concluir que grande parcela dos sujeitos compareceu aos retornos médicos agendados. Este resultado pode significar que somente o comparecimento aos retornos médicos não é suficiente para a adesão ao tratamento e por isso conclui-se que há outros fatores importantes que influenciam fortemente essa adesão.

Outro dado que aponta a necessidade de outras intervenções, além do atendimento medico, foram duas reinternações no terceiro retorno, apesar dos sujeitos terem comparecido em todos os retornos anteriores.

É importante pensar sobre as limitações que os transtornos mentais desencadeiam em seus portadores, ou seja, ocasionam mudanças impactantes em suas vidas, como o compromisso para tomar os medicamentos diariamente e os efeitos adversos provenientes, a dependência de outras pessoas para auxiliar na tomada dos remédios, os custos, as limitações/impedimentos para continuar a vida laboral, a perda da renda e finalmente as consequências, tais como a desesperança, as rejeições e abandonos.

Essas informações reforçam a importância do trabalho em equipe articulado, dentro do próprio serviço e com os demais serviços que se fizerem necessário articular as ações, que possibilite a construção do Projeto Terapêutico Singular, de acordo com as necessidades de cada pessoa para auxiliá-la no seu cotidiano, impactando na melhoria das suas novas condições de vida através da reintegração social, com ênfase na inserção social.

De acordo com essas discussões, é importante integrar os cuidados em saúde mental ao nível primário de assistência à saúde, com especial destaque às unidades de saúde da família, pois esses serviços atuam no território da população adstrita, o que permite dizer que essa proximidade possibilita conhecer as reais necessidades desses sujeitos e consequentemente planejar as ações, de acordo com a realidade de cada indivíduo. Assim, é necessário produzir, junto à equipe de PSF, modos mais eficazes de efetuar a atenção integral, valorizando o sujeito e seu sistema de relações sociais (DIMEINSTEIN et al, 2005).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação deste estudo foi a impossibilidade de acompanhar os egressos da internação psiquiátrica, encaminhados ao ASM devido a não autorização pela gerência do serviço em realizar a pesquisa. O impacto foi enorme, visto que significativa parcela dos sujeitos foi encaminhada para o seguimento ambulatorial, no serviço, o que limitou o levantamento dos determinantes envolvidos na adesão ao tratamento e consequentemente na contribuição que esta pesquisa poderia oferecer para a re(organização) do trabalho dessa equipe, com vistas à melhor qualificação da assistência prestada. O fechamento do Núcleo de Saúde Mental ao final do estudo, sem nenhum planejamento prévio, causou enorme dificuldade para o preenchimento do último instrumento, pois os usuários ficaram sem referência de serviço para continuar o tratamento. Outro fator agregado para dificultar o estudo foi o longo período de tempo entre as consultas, contribuindo para um período de acompanhamento extenso (20 meses).

12 - CONCLUSÕES

A caracterização sociodemográfica é compatível com a maioria dos estudos encontrados na literatura, ou seja, indivíduos brancos, solteiros, inativos, que vivem só e com baixo grau de escolaridade. Estas características reafirmam o impacto negativo dos transtornos mentais nas vidas de seus portadores, por rompendo as possibilidades de desenvolver atividades laborais e afetivas.

Os diagnósticos de maiores prevalências foram os transtornos psicóticos e transtornos do humor, de acordo com a literatura, em proporções muito semelhantes entre os sexos.

Verificou-se que organização dos serviços que compõem a RAPS não permite a articulação das ações entre esses serviços e com os demais serviços que compõem a RAS, impede que os serviços compartilhem as informações e os planos estabelecidos o que contribui para a fragmentação das ações, e baixa resolutividade. Essa organização de trabalho está em descompasso com as políticas do SUS, e muito mais do que isso, alicerça a possibilidade de desenvolvimento do indivíduo. Infelizmente, as intervenções, ainda não avançaram na transposição do cuidar enclausurado nos espaços desses serviços para o território, cotidiano das pessoas.

O tipo de organização da rede de assistência em saúde atual representa a organização de serviços voltados para o atendimento das condições agudas, em detrimento das condições crônicas, o que dificulta o acompanhamento ao longo do tempo e consequentemente não permite a adequação da atenção para cada momento, segundo as necessidades do indivíduo.

Constata-se a priorização do tratamento medicamentoso em detrimento às intervenções psicossociais, o que revela a fragilidade das intervenções realizadas por essas equipes, intra e extra-hospitalar, pois os medicamentos, como já apresentado nas discussões anteriores, não resgatam os benefícios sociais e restringem-se a estabilização do quadro psíquico para que as ações reabilitadoras sejam desenvolvidas.

Os registros das ações, no Boletim de Alta Hospitalar, desenvolvidas durante o período de internação são mínimos e contribuem para a descontinuidade das ações nos

serviços extra-hospitalares, pois o que se encontrou nos registros foram informações somente sobre os medicamentos prescritos, nenhuma descrição de intervenções psicossociais e sem proposta terapêutica para o pós-alta.

Não se encontrou, nos serviços pesquisados, o PTS, mas apenas, o registro de ações pontuais referentes às consultas ou participação de grupos de psicoterapia e terapia ocupacional e outras. Esta constatação é muito grave, pois o trabalho em equipe potencializa a construção de PTS capazes de reconhecer a vulnerabilidade e fragilidade e, conseqüentemente, construir planos coletivos mais assertivos, na medida em que vai de encontro à realidade vivenciada e que desenvolva autonomia e vida. Além disso, fala contra o inchamento das equipes de profissionais sem resultados palpáveis para a reabilitação psicossocial.

A não efetivação do PTS mostra o não comprometimento da equipe com a clientela, na perspectiva de ampliar as possibilidades de intervenções que impactam positivamente na inclusão social e, mais uma vez, não incorpora os princípios do SUS como norteadores do processo de trabalho.

Ainda que as equipes, dos serviços comunitários, tenham muitas dificuldades na organização do seu trabalho constatou-se, durante o seguimento dessas pessoas, que o comparecimento em cada retorno agendado superou o percentual de 50% e quando se faz a média dos três retornos houve 68% de comparecimentos. Dos que não compareceram, muitos procuraram o serviço fora da data do retorno para buscarem atendimento, sendo que o sexo feminino compareceu mais que o sexo masculino.

Apesar do grande percentual de comparecimentos aos retornos verificou-se que quase a totalidade dos sujeitos em acompanhamento não apresentou adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o Teste de Morisky-Green.

Em relação ao número de serviços de saúde mental extra-hospitalares no município, verificou-se que é insuficiente, de acordo com o número populacional, o que requer investimentos para a construção de novos equipamentos e a transformação, gradativa, dos ambulatorios de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial.

O CAPS II, assim como os demais serviços comunitários, é referência para a população de uma determinada região do município, o que provoca uma sobrecarga de atendimentos ambulatoriais, casos menos graves, e impede o acesso dos indivíduos que precisam de ações reabilitadoras, pertencentes a outras regiões.

O grande percentual de acolhimento nos serviços foi realizado pela equipe de enfermagem, o que reforça a necessidade de investimentos em educação permanente, voltada

para escuta qualificada, desenvolvimento de uma prática criativa e para a produção de conhecimento das experiências de seu cotidiano.

Constatou-se que, a distribuição do número internações psiquiátricas variou de 1-3 e mais e esteve em alta proporção, em concordância com outros estudos.

A maior proporção dos internados estava na faixa etária dos 40 a 49 anos, justificados pela gravidade dos diagnósticos prevalentes e as perdas que se acentuam no avançar da idade.

A não permissão em realizar a pesquisa em um dos serviços, previamente selecionado, impulsiona a refletir sobre os processos de trabalhos, e a postura rígida das equipes e a não disponibilidade para rever os processos de trabalho. Conduta que condiz com a sobreposição da vaidade técnica ao bem dos sujeitos que necessitam de uma atenção de melhor qualidade, mais resolutiva e impactante nas suas condições de vida. Essa atitude reafirma o controle, as relações verticalizadas e a autoridade que permeiam as relações entre trabalhadores e usuários e que os privam de exercitar o poder de escolhas e decisões.

Dessa forma torna-se importante que os gestores assumam o compromisso de uma gestão participativa analisem criteriosamente as solicitações de pesquisas e considerem a oportunidade de se contar com a sua contribuição para ampliar o conhecimento e rever os avanços, retrocessos, limites e a oportunidade para poder ampliar o campo de possibilidades de intervenções.

Diante desses resultados ficam algumas perguntas, para reflexão: Se os sujeitos buscam os serviços comunitários, por que eles não são reabilitados? Por que não se constrói Projeto terapêutico individualizado? O que falta para desenvolver ações que potencializem a inclusão social?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A. B.; DEVEZA, M. Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na atenção primária a saúde. In: **Programa de atualização em medicina de família e comunidade: PROMEF-Artmed**. Porto Alegre: Artmed, v. 3, n.4, p. 41-72, 2009.

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J; COUTINHO, E; FRANÇA, J.F; FERNANDES, J.G; ANDREOLI, S.B et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v.14, p.93-104, 1992.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p.2234-2249, 2010.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L.H. S. G.; VIANA, M. C., SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33 n.2, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, L; WALTERS, E., GENTIL, V; LAURETI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.37, n.7, p.316-325, 2002.

ANGST, J; GAMMA, J.A.A, ENDRAS, J. Risk Factors for the Bipolar and Depression Spectra. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.108 (Supplement), p. 15-19, 2003.

ARRUDA, A. M. S. A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. **Revista de Psicologia**, v. 3, n.1, p. 49-61, 1985.

ARVILOMMI, P; SUOMINEN, K; MANTERE O; LEPPÄMÄKI, S; VALTONEN, H, ISOMETSÄ, E. Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders - an 18-month prospective study. **Journal of Affective Disorders**, 2014.

ASSIS, M.M.A; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 815- 823, 2003.

AZEVEDO-MARQUES, J.M. **Deteção e diagnóstico de transtornos mentais pela Equipe do Programa de Saúde da Família**. 2007.172 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

BABINSKI, T; HIRDES, A. Reabilitação Psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n.4, p.568-76, 2004.

BARATA, R.B. Acesso e uso dos de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida, 2006, **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BARATIERI, T; MANDÚ, E.N.T; MARCON, S.S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Ciencia y enfermería**, v18, n.2, p.11-22, 2012.

BARBOSA, R.G.B; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.35-38, 2006.

BALLARIN, M. L.G. S; BLANES, L.S; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface**, v. 16, n. 42, 2012.

BARROS, R.E.M. **Características clínicas-demográficas das internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto-SP entre 1998-2004**.2008. 120f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

_____.**“Re-internações psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento”**. 2010. 191 p. Tese (Doutorado) -Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

_____; AZEVEDO-MARQUES, J.M.; CARLOTTI, L.P.; ZUARDI, A.W.; DEL-BEM, C.M. Short admission in na emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institucion. **Revista Brasileira de psiquiatria**, v.32, n.2, p. 145-151, 2010.

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: ressignificado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BEZERRA, C.G; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. **Psicologia clínica**, v. 21, n. 1, 2009.

_____.O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, v. 9, n. 16, 2011.

BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.Z; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BONFIM I.G; BASTOS, E.N.E; GÓIS, C.W.L; TÓFOLI, L.F. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface**, v. 17, n. 45, p.287-300, 2013.

BOSTWICK, J.M, RACKLEY, S. Addressing suicidality in primary care settings. **Current Psychiatry Report**, v. 1, n.4, p.353-359, 2012.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. **Diário Oficial da União.** Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990a.

Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>

Acesso em 20 jun.2015

_____. **Diário Oficial da União.** Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990b.

Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_lei_n_8142.pdf>

Acesso em 20 jun 2015

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília (D.F): Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Diário oficial da União.** Lei nº 10.216, de 6 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. Brasil: D.F. Disponível em:

<http://www.cooperativismopopular.ufrj.br/saudemental/pdf/Lei_10216.pdf>.

Acesso em 10 fev.2015.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

_____. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>.

Acesso em: 04 mar.2015.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS,** 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**, Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**, 2. ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009b.

_____. Portaria nº4.279. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial União** de 31/12/2010, Seção I, p.88, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 7**, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010c. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=100987>> Acesso em 21/04/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini et al. (Organizadora). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011 a.

_____. Portaria 1600 de 7/7/11. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2011 b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459. Institui a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União** de 24/06/2011. Seção I, p.109, 2011c.

_____. Portaria nº3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União** de 23/12/2011. Secao I, p.38-40, 2011 d.

_____. Portaria nº 793, de 24/04/2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24/04/2012. Seção I, p.94-95, 2012 a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde-1ª** Mostra Nacional de Experiências/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS (Documenta, 25), 2012 b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados-11**, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>> Acesso em 21/04/2015. Brasília, 2012 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 176 p.: **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Portaria, 483, de 01/04/2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

BRAWLEY, L.R, CULLOS-REED, S.N. Studying adherence to therapeutics regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v.21, n.5, p. 156–163, 2000.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.6, n.2, p. 471-480, 2001.

BUJDOSO, Y.L.V; TRAPÉ, C.A; PEREIRA, E.G; SOARES, C.B. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1363-1374, 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

CAÇAPAVA, J.R, COLVER, L.A; MARTINES, W.R.V; MACHADO, A.L; ARANHA e SILVA, A.L; VARGAS, D et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v.43(Especial), p.1256-1260, 2009.

CÂMARA, F.P. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo-II: elementos para um debate. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.11, p.470-474, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. Organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997.

_____. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família**. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-59, 2007.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v.43, suppl.1, p.16-22, 2009.

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

CARDOSO, L. **Egressos de internação psiquiátrica-um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador**. 2008.18 f. Doutorado (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

_____.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, v. 45, n. 1, 2011.

CARVALHO, L.G.P; MOREIRA, M. D.S; RÉZIO, L.A; TEIXEIRA, N.Z.F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Revista O Mundo da Saúde**,v.36, n.36,p.521-525, 2012.

CASTRO, S.A.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-hospitalizations. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18 n.4, p.800-8, 2010.

_____.; FUREGATO, A.R.F. Serviços de saúde e o processo de cronificação psiquiátrica. **CliniCAPS**, v.6, n.18; p.26 - 36, 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v.9, n. 16, fev., p.161-177, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005b.

CHIAVAGATTI, F.G; KANTORSKI, L.P; WILLRICH, J.Q.; CORTES, J.M.; JARDIM, V.M.R.; RODRIGUES, C.G.S.S. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012.

CLARK, D.M.; LAYARD, R.; SMITHIES, R. **Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of the two demonstration sites.** Available at London School of Economics Centre for Economic Performance, 2008. Disponível em: <<http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/improving-access-to-psychological-therapy-initial-evaluation-of-the-two-demonstration-sites.pdf>>. Acesso 15.mai.2015.

COIMBRA, V.C.C; KANTORSKI, L. P; OLIVEIRA, M.M; PEREIRA, D.B; NUNES, C.K. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n. 5, 1150-56, 2011.

COLARES, L.G.T. Processo de trabalho, saúde e qualidade de vida no trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição: uma abordagem qualitativa. Rio de Janeiro, 2005.

COLLARES, P. M. C. **Análise da rede de saúde mental: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE.** 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado) -Universidade de Fortaleza, 2010.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo.** Coordenação Institucional de MAURO Gomes de Aranha de Lima. São Paulo, 2010. 104p.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.117-128, 2009.

CONTINI, M. L. J. Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 20, n. 2, p. 46-59, 2000.

CORBELLINI, V.L; SANTOS, B.R.L; OJEDA, B.S; GERHART, L.M; EIDT, O.R; STEIN, S.C et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.4, p.555-560, 2010.

CORDEIRO, D.L; MACIEL, J.T.L; RODRIGUES, V.D. Prevalência das morbidades hospitalares por transtornos mentais no município de Montes Claros, MG. **EFDesportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ano 19, n.202, 2015.** Disponível em : <<http://www.efdeportes.com/efd202/morbidades-hospitalares-por-transtornos-mentais.htm>> .Aceso em 20. Jun.2015.

CORRÊA, A.C.P, FERREIRA. F, CRUZ, G.S.P, PEDROSA, I.C.F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.3, p.451-457, 2011.

CORREIA, VR, BARROS, S, COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, v.45, n.6, p.1501-1506, 2011.

COSTA-E-SILVA, RIVIERA, V.C; F.J.U; HORTALE, V.A. Projeto integrar: avaliação da implementação de serviços integrados de saúde no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n.26, v. 3, p.1405-14, 2007.

_____.; YASUI, A. **Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial**. In: RABELO, I.V. M.et al. (Org.). *Olhares, experiências de CAPS*. Goiânia: Kelps, 2009.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições e uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo, Editora: UNESP, 2013.

CROFT, B; PARISH, S.L. Care integration in the Patient Protection and Affordable Care Act: implications for behavioral health. **Administration Policy Mental in Health**, v.40, n. 4, p. 258-63. Jul., 2013.

CRUZ, D.F; PRADO, R.L; MACHADO, L.S. A Linha do Cuidado em Saúde Bucal no Município de João Pessoa: Uma Análise de Indicadores. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.11, n.2, p. 291-295, 2011.

CUNHA, E.M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, J.R; CAETANO, D. Distúrbios obsessivo-compulsivo: características sócio – demográficas e clínicas de 50 pacientes através de seus prontuários: terceira parte: diagnóstico diferencial e comorbidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.49, n.9, p.531-5, 2010.

CUNHA, M.F.; GANDINI, R.C. Adesão e não adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.3, p. 409-418, 2009.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. European strategies for tackling social inequities in health. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**, 2007.

DANIEL, A.C.Q.G; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 3, 2013.

DE MAESSENER, J.M; DE PRINTS, L; GOSSET, C; HEYERICK, J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? **The Annals of Family Medicine**, v.1, n.3, p.144-148, 2003.

DIAS, R.S; KERR-CORRÊA, F; TORRESAN, R, C; SANTOS, C.H.R. Transtorno bipolar do humor e gênero. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33n.2, p.80-91, 2006.

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

DUARTE, P.; STEMPLIUK, V.; BARROSO, L. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF, 2009.

ENK, I., SILVA, J., PEREIRA Jr, A., SANTOS, M.; HOMRICH, P. Perfil dos pacientes atendidos em um ambulatório de psicoterapia no período de um ano em Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria do RS**, v.22, n.3, p.188-198, 2000.

ERICKSON, C.D. Using systems of care to reduce incarceration of youth with serious mental illness. **American Journal of Community Psychology**, v.49, n.3-4, p.404-16, 2012.

EVANS, J.M; BAKER, G.R. Shared mental models of integrated care: aligning multiple stakeholder perspectives. **Journal of Health Organization Management**, v. 26, n. 6, p.713-36, 2012.

EVANS, L; SPELMAN, M. The problem of non-compliance with drug therapy. **Drugs** 25: 63-76, 1983.

FERIGATO, S.; ONOKO-CAMPOS, R.; BALLARIN, M.L. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia-Unesp**, v.6, n.1, p.31-44, 2007.

FERRAZ, S.T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Revista de Administração Pública**, v.32, n 2, p. 49-60, mar.-abr., 1998.

FERREIRA, A.C.Z.; CAPISTRANO, C.C.; MAFTUM, L.P.K.; KIRCHHOF, A.L.C. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.3, p.444-451, 2012.

FERRO, L.F. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 752-767, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 22, p. 18-24, 2000.

FILIZOLA, C.L.A; MILIONI, D.B; PAVARINI, S.C.I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. n.10, v.2, p. 491-503, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>> Acesso em 15/05/2015.

FIORATI, R.C. **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 242 F. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 305-312, 2013.

FONTES, B. S. M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista das ciências sociais**, v.26, p.87-104, 2007.

FORMIGA, L., SANTOS, R., DUMCKE, T., ARAÚJO, R. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto

Alegre/RS em 2002 e 2006. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v.29, n.2, p.120-126, 2009.

FORMOZO, G.A; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, 2010.

FRENK, J. - **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006

FUNK, M; SARACENO, B. Prefácio. Em: WHO. **Mental Health Policy, Plans And Programmes**. Genebra, 2004.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto, São Paulo: Scala, 1999.

_____.; GALERA, S.A.F; PILLON, S.C; CARDOSO, L. Current professional practice in Brazilian mental health care services. **Revista de Salud Publica**, v.14, n.6, p.935- 945, 2012.

_____.; MORAIS, M.C. Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem in: **PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto – PROENF**. Porto Alegre: Artmed, v.4, n. p.45-73, 2009.

GARLA, C.C; FUREGATO, A.R.F; SANTOS, J.L.F. Profissionais de ambulatórios de saúde mental: perfil, práticas e opiniões sobre as políticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.2, n.4-5, p.74-93, 2011.

GATTÁS, M.L.B; FUREGATO, A.R.F.. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.3, p.323-327, 2006.

_____., FUREGATO, A.R.F. A interdisciplinaridade na educação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.8, p.85-91, 2007.

GÉRVAS, J; FERNÁNDES, M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p.205-218, 2005.

GOMES, A.L.C; SA, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009 .

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GOMES, M. P.C.; RIBEIRO, V.M.B.; MONTEIRO, E.M.T.L.; LOUZADA, R.C.R. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 1, 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.3, p. 1-18, 2007.

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, 2008.

GONÇALVES, H.; DA COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B.; KANUTH, D.; LEAL, O.F. Adesão à terapêutica de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p. 789-97,1999.

GRANJA, G.F; ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C; FRACOLLI, L.A. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados, **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.1, p.72-86, 2010.

GUEDES, T.G; MOURA, E.R. F; ALMEIDA, P.C. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 639-644, 2009.

GUSMÃO, J. L; MION Jr, D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n.1, p.23-25, 2006.

HADDAD, A.E; MORITA, M.C; PIERANTONI, C.R; BRENELLI, S.L; PASSAREL, T; CAMPOS, F.E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.3, p.383-393, 2010.

HAGGERTY, J.L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v.22, p.327:1219-21, 2003.

HAYNES, R.B. **Introduction. In R.B. Haynes, D.W. Taylor, & D.L. Sackett (Eds.), Compliance in health care.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

HANRAHAN, N. P; DELANEY, K; MERWIN, E. Health care reform and the federal transformation initiatives: capitalizing on the potential of advanced practice psychiatric nurses. **Policy, Politics & Nursing Practice**. v.11, n.3, p.235-44, Aug., 2010.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo.** Erechim/RS: EdiFAPES; 2001.

HORI, A.A, NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p. 3561-3571, 2014.

HUBER D.L.; MCCLELLAND, E. Patient preferences and discharge planning transitions. **Journal of Professional Nursing**, v.19, n.4, p.204-10, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL of NURSES. **Partnering with individuals and families to promote adherence to treatment: ICNP® Catalogue.** Geneva: ICN; 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE- **Censo demográfico de 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v. 13, n. 1, p.169-190, 2007.

JARDIM, V. M. R.; CARTANA, M. H. F; KANTORSKI, L. P.; QUEVEDO, A. L. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.2; p.241-8, 2009.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia Social**. Florianópolis , v. 23 (especial), p. 129-139, 2011.

JORGE, M.S.J; RANDEMARK, M.V.O.Q; QUEIRÓZ; M.V.O; RUIZ, E.M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

JÚNIOR, A.C.A. **Consolidando as Redes de Atenção às Condições Crônicas de: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais**. Inovação na gestão do SU: Experiências locais. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília, 2011.

KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M.; CLASEN, B. N.; PADILHA, M. A. S., BUENO, M. E. N.; HECK, R. M. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.4, p.659-666, 2010,

KATHOL; R.G; BUTLER, M; McALPINE, D.D; KANE, R.L. Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. **Psychosomatic Medicine**, v.72, n.6, p.:511-8, 2010.

KIRCHNER, J, EDLUND, C.N, HENDERSON, K, DAILY, L, PARKER, L.E.; FORTNEY, J.C. Using a multi-level approach to implement a primary care mental health (PCMH) program. **Families, Systems, & Health**, v.28, n.2, p.161-74, 2010.

KNOWLES, P. Collaborative communication between psychologists and primary care providers. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 16, n.1, p.72-6, 2009.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

KYNGÅS, H; RISSANEN, M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with chronic disease. **Journal of clinical nursing**, Oxford, v.10, n.6 p.767-74, 2001.

LARA, G.A; MONTEIRO, J.K. Reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos psicóticos: atuação dos psicólogos nos CAPS. **Contextos Clínicos**, vol. 7, n. 1, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEÃO, A; BARROS, S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, 2012.

LEITE, S.L.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8-n.3, p.775-82, 2003.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

LINASSI, J.; STRASSBURGER, D.; SARTORI, M.; VIONE, M.; RIGHI, L.B. Projeto terapêutico singular: Vivenciando uma experiência de implementação. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.11, 425-434, 2011.

LINGAM, R; SCOTT, J. Treatment non-adherence in affective disorders. **Acta psychiatrica Scandinavica**. Copenhagen, v.105, n.3, p.164-172, 2002.

LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C. - The global burden of disease, 1990-2020. **Nature Medicine**, v.4, n. 11, p.1241-3, 1998.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUIS, M. A. V.; PILLON, S. C. O conhecimento dos alunos de Enfermagem sobre álcool e drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, 2003.

LUSSI, I.A.O; PEREIRA, M.A.O; PEREIRA JÚNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: Um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, maio-junho; v.14, n.3, p.448-456, 2006.

LYRA JÚNIOR, D.P.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, I.R. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.3, p. 435-441, 2006.

MACHADO, A. M; MIASSO, A.I; PEDRAO, L.J. Sentimento do portador de transtorno mental em processo de reabilitação psicossocial frente à atividade de recreação. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 45, n. 2, p. 458-464, 2011.

MACHADO, M.M.P. **Adesão ao regime terapêutico: representação das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. 2009. 237 f. Dissertação (Mestrado) -Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho; 2009.

MACHADO, R; LOUREIRO, A; LUZ, R; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

MACHADO, R.M; OLIVEIRA S.A.B.M; DELGADO, V.G. Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 223-32, 2013.

MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, Nov. 2011.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MARI, J. J; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, supl. 1, 2000.

MARTINS, P.G. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção**. 2006. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto: Faculdade de medicina de Ribeirão Preto; 2006. p.151.

MARTINS, A.K.L; SOARES, F.D.S; OLIVEIRA, F.B; SOUZA, A.M.A. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. **S A N A R E**, v.10, n.1, p.28-34, 2011.

MATTA, S.R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético**. 2010. 88 p.Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MELLO, R; FUREGATO, A.R.F. Internações psiquiátricas no Rio de janeiro de 1996 a 2005. **Revista Enfermagem-UERJ**, V.15, N.2, P.176-182, 2007.

_____. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.3, p. 457-464, 2008.

MENDES, E.V. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso**. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, G.R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. Organizador. **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

MIASSO, A.I; CASSIANI, S.H.B; PEDRÃO, L.J. Estratégias adotadas por pessoas com transtorno afetivo bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. **Escola Anna Nery**, n.11, n.2.p.240-7, 2007.

_____.; CARMO, B.P; TIRAPELLI, C.R Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, v. 46, n.3,p. 689-695, 2012.

MIELKE, F.B; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 762-768, 2011.

MILSTEIN-MOSCATI, I; PERSANO, S; CASTRO, L.L.C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: Castro, L.L.C. (Organizador). **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. São Paulo: AG, 2000.cap.7, p.170-180.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAGNA. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93]

MION, JÚNIOR, D; PIERIN, A.M.G & ORTEGA, K.C. Adesão ao Tratamento: importância e perspectiva para o novo milênio. **Jovem Médico**, Ed. Especial, p.4-8, 2000.

MIRANDA, C. A; TARASCONI, C.V; SCORTEGAGNA, S.A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, 2008.

MOLL M.F, SILVA, K.J, DIAS, E.R, VENTURA, C.A. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Journal of Nursing Health**, v. 2, n.1, p.18-27, 2012.

MORISKY, D. E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v.24, n.1, p.67-74, 1986.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial**. 2010. 110p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MOSSE, G.L. **The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity**. Nueva York: Oxford University Press, 1996.

NASIL, A.; CARDOSO, A.S.F.; SCHENEIDER, J.F.; OLSCHOWSKY; WETZEL, C. A Antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 139-146, 2009.

NICOLINO, P. S; VEDANA, K.G.G; MIASSO, A.I; CARDOSO, L; GALERA, S.A.F. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011.

NUTTING, P.A; GOODWIN, M.A; ZUZANSKI, S.J; STANGE, K.C. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? **The annals of Family Medicine**, v.1, n.3, p.149-155, 2003.

O'DONNELL, A.N, WILLIAMS, M; KILBOURN, A.M. Overcoming roadblocks: current and emerging reimbursement strategies for integrated mental health services in primary care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n.12, p. 1667-72, 2013.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. M. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v.11, n.3, p.333-240, 2003.

SAIU 2000 E 2005

OLIVEIRA, G. L; CAIAFFA, W. T; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, M. G. **Revista de Saúde Pública** São Paulo, v.42, n. 4, 707-16, 2008.

OLIVEIRA, R. F; ANDRADE, L. O. M; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.3069-78, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1990.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília (DF): OMS, 2003.

_____. Organização Mundial da Saúde. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: **Cuidar sim, excluir não**. OMS, 2005.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**, 2008.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca**, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Washington, 2001.

_____. Organização Pan-Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**, nº 4, 2010.

_____. Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. Instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, p.1053-1062, 2006.

OSINAGA, V. L. M; FUREGATO, A.R. F; SANTOS, J.L.F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p.70-77, 2007.

OSTERBERG, L; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v.353, n.5, p. 487-97, 2005.

PAIM, J.S. Equidade e reforma em Sistemas e Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**. V.15, n.12, p.34-60, 2006

PARENTE, C. J. S., Mendes, L. P. F., Souza, C. N. S., Silva, D. K. M. et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v., n.4, p. 381-386, 2007.

PASTOR-SÁNCHEZ, R; MIRAS, A.L; FERNANDES, M.P; CAMACHO, R.G. Continuidad Y Longitudinalidad em Medicina General en cuatro países Europeos. **Revista Española de Salud Pública**, v.71, n.5, p.479-485, 1997.

PEDREIRA, B; SOARES, M. H; PINTO, A.C. O Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem? **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, 2012.

PEIXOTO, P.T.C. **Do esquadramento dos corpos à invenção de práticas instituintes nos ambulatorios de saúde mental: três movimentos para a heterôgenese**. 2007. Tese (Doutorado)- Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

PESSALACIA, J.D.R; OLIVEIRA, V.C; AZEVEDO, E.A. Equidade de assistência a saúde no Brasil: uma análise segundo o principio bioético da justiça. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.1, n.2, p.283-295, 2011.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da Saúde**, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PEREIRA, A.S.P.; TESSARINI, M.M; PINTO, M.H; OLIVEIRA, V.D.C. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem-UERJ**, v.15, n. 1, p.40-5. 2, 2007.

PEREIRA, M.A.O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 658-664, ago. 2007.

PEREIRA, A.A.; REINALDO, A.M.S.; ABDRADE, D.C.L. Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. **S A N A R E-Revista de Políticas de Públicas**, v.14, n.1, p.08-14, 2015.

PÉREZ LAZARO, J. J.; GARCIA-ALEGRIA, J. La medida de los resultados clínicos. **Cuadernos Médico. Sociales**, v.80, p.5-16, 2001.

PETERSON, I; SEBUNNYA, J; BHANA, A; BAILLIE, K. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. **International Journal of Mental Health Systems**.v.5, n.8, 2011.

PINTO, D.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A.; VASCONCELOS, M.G.F.; CAVALCANTE, C.M.; FLORES, A.Z.T. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v.20; n.3, p.493-502, 2011.

PITTA, A.M.F. **A Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

POMERANTZ, A.S; SAYERS, S.L. Primary care-mental health integration in healthcare in the Department of Veterans Affairs. **Families, Systems, & Health**, v.28, n.2, p.78-82. Jun., 2010.

POMPEU, D.A, PINTO, M.H., CESARINO, C.B, ARAÚJO, R.R.D.F; POLETTI, N.A.A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, n.20, v.3, p.345-50, 2007.

PONTES, A.C; LEITAO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem** , v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008 .

RABELO, A. R.; CARDOSO, E.; MELO, A. Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do sistema único de saúde do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 43-56, 2005.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2011, n.107, p. 420-437, 2011.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n.2, p: 440-445, 2013.

RAMOS, P.F; PIO, D.A.M. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Revista Psicologia: Ciência e profissão**, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010 .

RANDEMARK, N.F.R.; BARROS, S. O modo de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano: representações das famílias. **Revista Mineira de Enfermagem-REME**, n.13, v.4, p.515-524, 2009.

RENNÓ, J.JR.; DEMARQUE, R.; LOBO, H.R; CAVALSAN, J.P.; SILVA, A.G. Saúde Mental da Mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 2, n. 6, p. 6-11, 2012.

RIBEIRO, M.S.; ALVES, M.J.M.; VIEIRA, E.M.M.; SILVA, P.M.; LAMAS, C.V.D.B. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n.1, p.16-72, 2008.

RIBEIRO, E.C.O. Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Ano 11 (Suplemento), 2012.

RICALDONI, C.A.C, SENA, R.R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Revista latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.6, p.837-842, 2006.

ROCHA, B. S; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

RODRIGUES, E.S; MOREIRA, M. I.B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitoria/ES. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, F. Organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

RUGER, J.P. Ethics and governance of global health inequalities. **Journal of Epidemiology Community Health**, p.960:998-1002, 2006.

RUSSEL, S; DALY, J; HUGHES, E; HOOG CO CO. Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. **Journal of Advanced Nursing**, v.3, n.3, p.281-7, 2003.

SABO, D. Men's health studies: origins and trends. **Journal of American College Health**, v.49, p.133-142, 2000.

SALLES, M.M; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v.41, n.1, p. 73-81, 2007.

_____.; BARROS, S. Trabalho e renda: desafios para inclusão social do doente mental. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.28, n.2, p.71-76, 2012.

_____.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.4, p.1059-1071, 2013.

SAMPAIO, J.J.C; GUIMARÃES, J.M.X; CARNEIRO, C; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTANA, S.S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC**, v.6, n.3, Pub.5, 2013.

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A; RODRIGUES, A.A.A.O; NASCIMENTO, M.A.A, JORGE, M.S.B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n. 1, p.75-85, 2007.

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.3, p.53-61, 2008.

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

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Territory and mental health: a study on the experience of users of a psychosocial care center, Salvador, Bahia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 15, n.38, p: 715-726, 2011.

SANTOS, S.A. **O projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial: o conhecimento do usuário e a contribuições na assistência**. 2006. 99 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitacao psicossocial à cidadania possível**. 2.ed. Rio de Janeiro. Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARAIVA, S.; CREMONESE, E. **Implantação do Modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Florianópolis, SC**. Anais dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo : Cultura Acadêmica, 2009.

SCADUTO, A. A; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.

SCHARAIBER, L.B, GOMES, R.G, COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SCHEFFER, M; PASA, G. G; ALMEIDA, R.M.M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, 2010

SCHMID P, STEINERT, BORBÉ, R. Implementing models of cross-sectoral mental health care (integrated health care, regional psychiatry budget) in Germany: systematic literature review. **Psychiatrische Praxis**, v.40, n.8, p.414-24, 2013.

SCHIMITH, M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio e Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SCHNEIDER, A.R. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência e Saúde**, v. 2, n.2, p.78-84, 2009.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SCHUFFMAN, D; DRUSS, B.G, PARKS J.J. State mental health policy: mending Missouri's safety net: transforming systems of care by integrating primary and behavioral health care. **Psychiatric Services**, v.;60, n.5, p.585-8. May. 2009.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, N. N **Amostragem Probabilística**. 2ª. Ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

SILVA, V. C. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória –E.S: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde**, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, A.L.A.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 132, n. 3, p. 441-9, 2005.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde me espaços sociais da vida cotidiana**. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.182 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

SILVA, T.C; KIRSCHBAUM, D.I.R. A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: uma abordagem teórico-crítica. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde MentalÁLCOOL DROGA** (Edição portuguesa), v.6 (especial), p.409-432, 2010.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática na atenção integral. **Texto Contexto Enfermagem**, v.20, n. 2, p. 247-54, 2011.

SILVA, T.L. **Perfil sociodemográfico, clínico e de internação de pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral**. Curitiba, 2011.

SILVA, E.P; MELO, F.A.B.P; SOUSA, M.M; GOUVEIA, R.A; ANDRADE E TENÓRIO, A; CABRAL, A.F.F et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde Singular. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.2, 197-202, 2013.

SILVA, T.L; ; MARILUCI, A.M; KALINKE, L.P; MATHIAS, T.A.F. FERREIRA, A.C.Z; CAPISTRANO, F.C. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n.1, p112-120, 2015.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for Healthcare professionals and patients, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.91-104, 2005.

SIQUEIRA, B.P.J; VALENÇA NETO, P.F; TEIXEIRA, J.R.B; GOMES FILHO, D.L.Bioética da proteção. **Lecturas, Educación, Física y Deports, Revista Digital**, Buenos Aires, ano 17, n. 178, 2013.

SOARES, R.D.; VILLELA, J.C.; BORBA, L.O.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M.A. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p.110-115, 2011.

SOREL, E, EVERETT, A. Psychiatry and primary care integration: challenges and opportunities. **International Review of Psychiatry**, v. 23, n.1, p.28-30, 2011.

SOUSA, F.S.P; JORGE, M.S.B; VASCONCELOS, M.G.F; BARROS,M.M.M; QUINDERÉ, P.H.D; GONDIM, L.G.F. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p. 1579-1599, 2011.

SOUSA, P.F.; RIBEIRO, L.C.M.; MOREIRA MELO, J.R.F.; MACIEL, S.C.; OLIVEIRA, M.X. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas de Psicologia**, v. 21, n. 1, jun. 2013.

SOUZA, A.C.C; MUNIZ FILHA, M.J.M; SILVA, L.F.; MONTEIRO, A.R.M; FIALHO, A.V.M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 805-807, 2006.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.:105-14, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primaria: equilíbrio entre necessidades de saúde, sérvios e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEEL, Z.; MARNANE, C; IRANPOUR, C.; JACKSON, J.W; PATEL, V; SILOVE, D. 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, 2014.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente – teoria e ensino**. 2ª ed. São Paulo (SP): Robe Editorial; 1993.

_____.; FUKUDA, I.M.K; ARANTES, E.C. Organizadoras. **Enfermagem psiquiátrica e suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008.

STEMBERG, S.B, HOMER, C.J. Review of quality measures of the most integrated health care settings for children and the need for improved measures: recommendations for initial core measurement set for CHIPRA. **Academic Pediatrics**, v.11, n. 3, v.11 (3 suppl), p.49-58, 2011.

SUAREZ, L.M; BELCHER, H.M; BRIGGS; E.C; TITUS, J.C. Supporting the need for an integrated system of care for youth with co-occurring traumatic stress and substance abuse problems. **American Journal of Community Psychology**, v. 49, n.3-4, p.430-40, 2012.

SVETTINI, A; JOHNSON, B; MAGRO, C; SAUNDER, J; JONES, K; SILK, S et al. Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12209/pdf>> acesso em: 12 mai. 2015.

TABELEÃO, V.P.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L.A. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados, **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.41, n.3, p.63-66, 2014.

TAKEMOTO, M.L. S; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Caderno de Saúde Pública**, v.3, n.2, p.331-340, 2007.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.

TAVARES, C.M.M. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial - CAPS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, 2003.

_____. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005 .

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto & contexto – enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: Bahia, 2011.

TELLES-CORREIA, D; BARBOSA, A; MEGA, I; MONTEIRO, E. Validação do Questionário multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático. **Acta Médica Portuguesa**, v.21, n.1, p.31-6, 2008.

TERRIS, M. **Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoria de la salud pública**. Opas/OMS, 1992.

TRINDADE, Z.A; NASCIMENTO, A.R. A. 2004. **O homossexual e a homofobia na construção da masculinidade hegemônica**. Em **Violência e exclusão: convivendo com**

paradoxos. Organizadores: Lidio de Souza y Zeidi Araujo Trindade, São Paulo: Casa do Psicólogo.

TULCHINSKY, TH, VARAVIKOVA, E.A. What is the "new public health"? **Public Health Revist**, v.32, n.1, p.25-53, 2010.

TUONO, V.L.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURETI, R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, 2007.

TURA, L.F.R. **AIDS e estudantes: as estruturas das representações sociais**. Rio Grande do Norte: UFRJ, 1998.

UCHIDA, S; HIRAOKA, S; NAMIKI, N. Development of gummi drugs of aripiprazole as hospital formulations. **Chemical and Pharmaceutical Bulletin (Tokyo)**, v. 63, n.5, p.354-360, 2015.

UNGARI, A.Q. **Adesão ao tratamento Farmacológico de pacientes Hipertensos Seguidos no Núcleo de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, SP**. 2009. 957 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo; 2007.

URGEL, C.V, MONNE,S.B, VEJA, C.F, ESQUIUS,N.P. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. **Atencion Primaria**, n.36, v.5, p.239-247, 2005.

VALDÉS, T, OLAVARRÍA, J. Organizadores. **Masculinidades y Equidad de Género en América Latina**. Chile: FLACSO; 1998.

VAN DER FELTZ-CORNELIS C.M. Ten years of integrated care for mental disorders in the Netherlands. **International Journal of Integrated Care**, v.11 (Special), 2011.CORRIGIR

VERMEIRE, E; HEARNshaw, H; VAN ROYEN, P; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of researche. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy Therapeutics**, v. 26, p 331-342, 2001.

WHO. World Health Organization. Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Anatomical therapeutic chemical (ATC) index with defined daily doses (DDDs)**, 1994. Disponível em: <http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/>. Acesso em: 12/04/2015.

_____. World Health Organization. **Adherence to long – term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

_____. World Health Organization. **Mental helth Policy, Plans and Programmes**, Genebra, 2004a.

_____. World Health Organization. **Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options**. Geneva, 2004b.

_____. World Health Organization. **Integrated health service: What and why?** Technical Brief nº1. Geneva, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2008. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

APÊNDICE 1

1-ROTEIRO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS DA INTERNAÇÃO - HST-RP

1- COD. .

2- Data: __/__/__

3- Sujeito (iniciais): _____

4- Prontuário _____

Dados sócio-demográficos e clínicos do portador de transtorno mental na alta hospitalar

5-Sexo: (1-M) (2-F)

6-Idade: _____ anos

7-Etnia:

1-Branca	2-Negra	3-Parda	4-Amarela
----------	---------	---------	-----------

8-Estado civil:

1-Solteiro	2-Casado	3-Separado/divorciado	4-Viúvo
------------	----------	-----------------------	---------

9-Arranjo domiciliar:

1-Vive só	2-Com companheiro
-----------	-------------------

10-Número de internações anteriores: _____

11-Data da última admissão: __/__/__

12- Data da alta: __/__/__

13-Diagnóstico na alta:: 1-Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29)
 2-Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39)
 3-Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com “stress” e somatoformes (F40-F48)
 4-Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50-F59)
 5-Transtorno da personalidade e de comportamento do adulto (F60-F69)
 6- Outros

14-Estado mental na alta:

1-Calmo	2-Ansiedade	3-Delírio	4-Alucinação	5-Mania	6-Depressão	7-Preocupação
8-Dificuldade para dormir		9-Irritabilidade	10-Desespero em relação ao futuro		11-Outro	

15-Psicofármacos prescritos: 1-Anticonvulsivante 2-Antidepressivos 3-Antiparkinsoniano 4 -Ansiolíticos 5-Hipnóticos-sedativos
 6-Antipsicóticos típicos 7-Antipsicóticos atípicos 8-Estabilizadores do humor 9-Outros 10-Mais do que 1

16-Proposta terapêutica para o pós alta? _____

17-Agendamento

1-ASM-UBS	2-ASM-DC	3-CAPS II	4-NSM
-----------	----------	-----------	-------

18-Data: __/__/__

APÊNDICE 2

2-ROTEIRO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS NOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES - SEH

DADOS GERAIS DO ATENDIMENTO NA REDE (registrados no prontuário)

19- Data: ____/____/____ 20-Serviço:

1-ASM-UBS	2-ASM-DC	3-CAPS II	4-NSM
-----------	----------	-----------	-------

21-Compareceu na data agendada: (1-S) (2-N) Resposta S; passe para a questão 39

22-Antes do dia: (1-S) (2-N) 23-Data: ____/____/____

24-Motivo
alegado: _____

25- Acolhimento realizado por: 1- Assistente social 2- Auxiliar/Técnico de enfermagem 3-Enfermeiro 4- Médico
5-Psicólogo 6-Terapeuta ocupacional 7-

Outro: _____

26-Acompanhante: 1-Pai/mãe 2-Avó 3-Irmão 4-Cônjuge 5-Outro parente 6-Não parente 7-Não

27-Data do próximo retorno agendado: ____/____/____

28-Compareceu na data agendada: (1-S) (2-N) Resposta S; passe para a questão 39

29-Antes do dia: (1-S) (2-N) 30-Data: ____/____/____

31-Motivo alegado: _____

32- Acolhimento realizado por: 1- Assistente social 2- Auxiliar/Técnico de enfermagem 3-Enfermeiro 4- Médico
5-Psicólogo 6-Terapeuta ocupacional 7-

Outro: _____

33-Acompanhante: 1-Pai/mãe 2-Avó 3-Irmão 4-Cônjuge 5-Outro parente 6-Não parente 7-Não

34-Data do próximo retorno agendado: _____

35-Compareceu na data agendada: (1-S) (2-N) Resposta S; passe para a questão 39

36-Intercorrência: (1-S) (2-N) 37- Data: ____/____/____

38-Local:

1-UE	2-HST	3-HC	4-Outro	5-Não aplica
------	-------	------	---------	--------------

39-Acolhimento realizado por: 1- Assistente social 2- Auxiliar/Técnico de enfermagem 3-Enfermeiro 4- Médico
5-Psicólogo 6-Terapeuta ocupacional 7-

Outro: _____

40-Acompanhante: 1-Pai/mãe 2-Avó 3-Irmão 4-Cônjuge 5-Outro parente 6-Não parente 7-Não

- 41-Diagnóstico: 1-Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29)
 2-Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39)
 3-Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48)
 4-Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50-F59)
 5-Transtorno da personalidade e de comportamento do adulto (F60-F69)
 6-Outros

42-Estado mental:

1-Calmo	2-Ansiedade	3-Delírio	4-Alucinação	5-Mania	6-Depressão	7-Preocupação
8-Dificuldade para dormir		9-Irritabilidade	10-Desespero em relação ao futuro		11-Outro	

- 43-Prescrição de psicofármacos: (1-S) (2-N)

- 44-Tipo: 1-Anticonvulsivante 2-Antidepressivos 3-Antiparkinsoniano 4 -Ansiolíticos 5-Hipnóticos-sedativos
 6-Antipsicóticos típicos 7-Antipsicóticos atípicos 8-Estabilizadores do humor 9-Outros 10-Mais do que 1

- 45-Outros atendimentos: 1- Assistente social 2- Auxiliar/Técnico de enfermagem 3-Enfermeiro 4- Médico
 5-Psicólogo 6-Terapeuta ocupacional 7- Outro: _____

APÊNDICE 3

3-ROTEIRO DA ENTREVISTA (Dados informados pelo sujeito) - ENT

46-

Data: __/__/__

47-Idade _____ 48-Ocupação atual: _____

49-Estado civil:	1-Solteiro	2-Casado	3-Separado/divorciado	4-Viúvo
------------------	------------	----------	-----------------------	---------

50-Arranjo domiciliar	1-Vive só	2-Vive com companheiro
-----------------------	-----------	------------------------

51-Escolaridade:	1-Analfabeto	2-Fundamental incompleto	3-Fundamental	4-Médio incompleto
	5-Médio completo	6-Superior incompleto	7-Superior completo	

52-Sabe o nome da sua doença? (1-S) (2-N)

53-Qual: _____

54-Quais os medicamentos que você toma? (1) não sabe (2) sim

55-Tipo: 1-Anticonvulsivante 2-Antidepressivos 3-Antiparkinsoniano 4-Ansiolíticos 5-Hipnóticos-sedativos
6-Antipsicóticos típicos 7-Antipsicóticos atípicos 8-Estabilizadores do humor 9-Outros 10-Mais do que 1

56-Quando tem algum problema relacionado ao tratamento quem você procura no serviço?

1- Assistente social 2- Auxiliar/Técnico de enfermagem 3-Enfermeiro 4- Médico

5-Psicólogo 6-Terapeuta ocupacional 7- Outro: _____

57-Você considera o medicamento importante para controlar sua doença? (1-S) (2-N)

58-Alguém ajuda você a se lembrar de tomar os medicamentos? (1-S) (2-N)

59-Alguém ajuda você a se lembrar do retorno médico? (1-S) (2-N)

60- Você comparece sozinho ao retorno médico? (1-S) (2-N)

61-Você frequenta o serviço para realizar alguma atividade, além da consulta médica? (1-S) (2-N)

62-Especificar: 1-Terapia ocupacional 2-Orientação profissional 3-Medicação supervisionada

4-Psicólogo 5-Recreação 6- Outro: _____

63—Motivação para você realizar seu tratamento:

1-Incentivo dos familiares 2-Desejo de trabalhar 3-Voltar ao estudo 4-Desejo de recuperar as condições de vida anteriores à doença 5-Outro: _____

64-Quando precisa de atendimento fora da data da consulta agendada?

1-procura este serviço 2-procura outro serviço 3-procura UBS 4-procura o pronto socorro/emergência 5-Não procura

Para as questões 65 a 71, responda:(1: ótimo; 2:bom; 3:ruim)

65-() facilidade para marcar consultas 66-() tempo de espera 67-() atendimento pela equipe 68-() horário de funcionamento 69-() localização 70-() dias de funcionamento 71-() infra- estrutura (cadeiras confortáveis, banheiros, higiene, salas de espera)

72-Você se sente apoiado por: 1-Familiares 2-Amigo 3-Profissionais 4-Outro: _____

73-Você sente algum tipo de preconceito devido a sua doença por parte de:

1-Familiares 2-Amigos 3-Profissionais 4-Pessoas desconhecidas 5-Outro: _____

74-Além dos medicamentos, este serviço está ajudando você:

1-Voltar ao trabalho 2-Voltar ao estudo 3-Fortalecer suas relações com os familiares 4-Adquirir novas habilidades para se ocupar 5-Maior autonomia nas decisões pessoais 6-Fortalecer as relações com outras pessoas 7-Melhorar os sentimentos de auto-estima 8-Melhorar a qualidade de vida

75-Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento das suas necessidades?_____

APÊNDICE 4

5-ROTEIRO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS NO SEGUNDO RETORNO NOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES (PRONTUÁRIO)

81- Compareceu ao retorno agendado? (1-S) (2-N)

82- Compareceu fora do dia agendado? (1-S) (2-N)

83-Data: ____/____/____

84- Alterou o (s) diagnóstico (s)? (1-S) (2-N)

85- Alterou o (s) medicamento(s)? (1-S) (2-N)

APÊNDICE 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezado (a) senhor (a)

Eu, Sueli Aparecida de Castro, doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “Atenção em saúde mental no município de Ribeirão Preto: adesão ao tratamento”, sob orientação da Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato. Para isso, convidamos você para participar dessa pesquisa, que tem o objetivo de compreender como é para você realizar o tratamento de sua doença neste serviço, pois é importante para nós conhecermos a forma como esse tratamento é realizado e como você se sente com ele. Você responderá perguntas, que eu farei a você, sobre a sua doença, tratamento e o atendimento recebido neste serviço. Peço autorização para escrever o que você me responder em formulário próprio, para depois fazer parte de um trabalho. O nosso encontro acontecerá apenas no dia do seu retorno nesse serviço, depois da alta hospitalar e o tempo de duração da entrevista será de 15 a 30 minutos, no máximo. Se você se sentir acanhado, tímido ou embaraçado em responder alguma pergunta, nós poderemos interromper o trabalho, explicar melhor a pergunta, conversarmos sobre o seu sentimento e se mesmo assim não sentir-se confortável, você não precisará respondê-la ou poderemos marcar outro encontro para continuarmos a entrevista. O seu nome e o que você me falar não será mostrado a ninguém e não aparecerá no trabalho em nenhum momento.

Essa pesquisa garante a você o direito de receber respostas a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Você não pagará nada e também não receberá nenhum dinheiro para participar. O tratamento nesse serviço permanecerá o mesmo, após o fim da pesquisa. Para finalizar, nós esperamos que os resultados dessa pesquisa tragam benefícios para o seu tratamento. Se você aceitar participar da pesquisa, eu pedirei a você que assine o termo confirmando a sua aceitação, sendo que uma via ficará com você, para contato conosco, se for preciso, e a outra eu guardarei comigo.

Eu, _____, _____ anos, concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa e fui esclarecido (a) que eu posso interromper ou desistir da minha participação do estudo a qualquer momento que eu quiser e que isso não prejudicará o meu tratamento nesse serviço e que receberei respostas para qualquer dúvida que eu possa ter durante a pesquisa. Eu fui informado (a) que o meu nome não aparecerá no trabalho, que eu não terei gastos e que eu não receberei dinheiro para participar do estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do usuário do serviço

nº documento

Assinatura do responsável legal

nº documento

Pesquisadores responsáveis:

Sueli Aparecida de Castro
Telefone:
e-mail:castrossueli@gmail.com

Antonia Regina Ferreira Furegato
Telefone:
e-mail:furegato@eerp.usp.br

ANEXO 1**4-TESTE DE ADESÃO DE MORISKY E GREEN**

- 76-Você alguma vez esquece de tomar seu remédio? (1) sim (2) não
77-Você, às vezes, é descuidado com os horários de tomar seu remédio? (1) sim (2) não
78-Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio? (1) sim (2) não
79-Quando você se sente mal com o remédio, você às vezes deixa de tomá-lo? (1) sim (2) não

ANEXO 2

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - CEP: 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 218/2013

Ribeirão Preto, 04 de setembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que as mudanças no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de setembro de 2013.

Protocolo CAAE: 08319012.5.0000.5393

Projeto: Adesão ao Tratamento em Saúde Mental, Após Alta Hospitalar: Acompanhamento em Rede.

Pesquisadores: Antônia Regina Ferreira Furegato
Sueli Aparecida de Castro

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª. Dr.ª. Antônia Regina Ferreira Furegato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 3 **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO**

A sra Sueli Aparecida de Castro

Em resposta ao pedido de autorização para realização do trabalho: "Adesão ao tratamento em saúde mental, após alta hospitalar: acompanhamento na rede", de Sueli Aparecida de Castro, orientada pela Profª Drª Antonia Regina Ferreira Furegato da Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto; fica autorizado com o compromisso da requerente de que será feita uma apresentação nesta unidade na conclusão do mesmo e que seja apresentada a liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

Ribeirão Preto, 30 de outubro de 2012

Míriam A. Benedetti
Responsável pelo SAME
CRM 45805

ANEXO 4

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 3029/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Antonia Regina Ferreira Furegato
Prezada pesquisadora
Sueli Aparecida de Castro

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**; bem como o Coordenador do Programa de Saúde Mental – **Alexandre Firmo de Souza Cruz**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa “**ADESÃO AO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL, APÓS ALTA HOSPITALAR: ACOMPANHAMENTO EM REDE**”, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 040540 6.

Ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação dos serviços com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

ANEXO 5

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto SP.
Telefone: (0**16) 3602-0000/0001
Fax: (0**16) 3602-0029

Ribeirão Preto, 05 de novembro de 2012

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **SUELI APARECIDA DE CASTRO**, apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **“ADESÃO AO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL, APÓS ALTA HOSPITALAR: ACOMPANHAMENTO NA REDE”**, para apreciação sendo aprovado no Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Profª. Dra. Neveida Kilza da Costa Lima

**Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP**

Ilma. Senhora.

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato (Orientadora)
Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.