



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB**

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Pós-graduação stricto sensu**

**JOANA THIESEN**

**Cuidando dos Transtornos Esquizofrênicos e Delirantes  
no Território: uma Análise Quantitativa da Transição  
entre Dois Modelos**

Rio de Janeiro

2018

Joana Thiesen

# **Cuidando dos Transtornos Esquizofrênicos e Delirantes no Território: uma Análise Quantitativa da Transição entre Dois Modelos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestra em Atenção Psicossocial.

Orientadoras: Maria Tavares Cavalcanti

Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Rio de Janeiro

2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Eduardo, pela parceria neste trabalho e na vida, me ajudando a refletir e encontrar pérolas. Ou seriam estrelas do mar?

A Maria Tavares e Sandra Fortes, orientadoras neste trabalho e na vida ao apontarem caminhos da psiquiatria que me realizam.

A Regina Agonigi, Patrícia Andrade e Eliana Melamed pelo apoio fundamental com a coleta de dados do prontuário eletrônico.

À família de parentes e de amigos, responsáveis pela manutenção de minha saúde mental.

Aos colegas de trabalho, pela generosidade com que me receberam em seus serviços e colaboraram com a pesquisa e aos companheiros de luta na defesa do SUS, que me dão alento para prosseguir.

Às pessoas da Rocinha que acompanhamos em seus trajetos de saúde e doença, que nos ensinam a potência da resiliência e dão sentido ao nosso trabalho.

“Mas eu não quero me encontrar com gente louca, observou Alice.

Você não pode evitar isso, replicou o gato.

Todos nós aqui somos loucos. Eu sou louco, você é louca.

Como você sabe que eu sou louca? indagou Alice.

Deve ser, disse o gato, ou não estaria aqui.”

Lewis Carroll, *Alice no País das Maravilhas*

## RESUMO

Cuidar de pacientes com transtornos esquizofrênicos e delirantes representa um desafio, sobretudo em territórios de grande vulnerabilidade social. No Rio de Janeiro, as duas últimas décadas foram caracterizadas pela transição, de acordo com a Lei Federal 10.216 de 2001 da Reforma Psiquiátrica, do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado em serviços comunitários. Essa dissertação preenche parcialmente a lacuna de estudos quantitativos relativos aos resultados da Reforma, considerando-se o caso da Rocinha. Dados foram extraídos de todos os prontuários de 94 pacientes com os diagnósticos F20 a F29 (CID 10) em cinco serviços de saúde pública. Cobrindo o período de 2003 a 2016, foram analisados indicadores centrais da qualidade do tratamento oferecido.

Assim, mostra-se que a transição de fato ocorreu, com esvaziamento quase total dos hospitais psiquiátricos e com um número baixo de pacientes atualmente sem acompanhamento. Além disso, substituíram-se as internações de longa permanência por acolhimentos noturnos; as crises são agora acolhidas no território e não na emergência do hospital psiquiátrico; e as comorbidades clínicas estão sendo monitoradas e tratadas por uma unidade de Saúde da Família. Finalmente, embora os abandonos de tratamento sejam igualmente frequentes no hospital psiquiátrico e no CAPS, os números mostram taxas de abandono mais baixas na unidade de Saúde da Família, onde o acompanhamento ambulatorial psiquiátrico vem se ampliando no tempo.

## **ABSTRACT**

The challenge of taking care of patients with schizophrenic and delusional disorders is overwhelming, especially in territories with high social vulnerability. In compliance with the Federal Law 10.216 of 2001 on the Psychiatric Reform, the two last decades in Rio de Janeiro have been characterized by a transition from a hospital based model to a community based model. The lack of quantitative studies about the implications of the Reform is addressed by this dissertation through the analysis of the case of Rocinha. Data has been extracted from prontuaries of 94 patients with diagnoses ranging from F20 to F29 (ICD 10) in five public health services. Care services have been analysed through core quality indicators covering the period from 2003 to 2016.

Results show that the transition actually happened. Indeed, almost all patients have now left the psychiatric hospitals and are followed under the new model. Moreover, long-term admissions have been replaced by overnight support; punctual crisis are now treated within the territory and not anymore at the hospital emergency; and clinical comorbidities are monitored and treated by the primary care service. Finally, although similar drop-out rates have been found in the psychiatric hospital and the community mental health service; lower rates are observed in the primary care service, where psychiatric outpatient follow-up has been raising over time.

## LISTA DE TABELAS

1. Implantação de dispositivos, intervenções e modelos de cuidado ligados à integração SM-APS .....	18
2. Avaliação, tratamento e prognóstico de doenças físicas de pacientes com esquizofrenia .....	25
3. Detecção de esquizofrenia por Área / Equipe .....	44
4. Diagnósticos pelo CID 10 .....	46
5. Proporções de Prontuários e Pacientes por Serviço .....	47
6. Pacientes em acompanhamento ambulatorial .....	48
7. Distribuição de Pacientes por Frequência de Atendimentos em 2016 .....	49
8. Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Clínicas .....	51
9. Avaliação Clínica de Comorbidades .....	52
10. Registro de diagnósticos por profissional .....	52
11. Diagnósticos registrados por ano - CMS AS .....	53
12. Diagnósticos registrados por categoria profissional e ano - CMS AS .....	54
13. Início de acompanhamento por ano - CAPS MSS .....	55
14. Diagnosticados no CMS AS entre os registrados no CAPS MSS em 2010 .....	55
15. Pacientes não avaliados para uso de drogas .....	56
16. Uso de substâncias por pacientes .....	56
17. Atendimentos por Profissional de Saúde Mental não Médico .....	60
18. Término de Acompanhamento por Serviço .....	61
19. Motivos de Término de Acompanhamento .....	62
20. Número de abandonos e tempo médio de abandono por serviço .....	68
21. Taxas de abandono por serviço .....	68

22. Taxas de abandono CMS AS vs CAPS MSS .....	69
23. Taxas de abandono IMPP vs CAPS MSS .....	69
24. Internações entre 2003 e 2016 por serviço .....	73
25. Internações por períodos .....	75
26. Proporção de pacientes em acompanhamento internados por ano .....	76
27. atendimentos emergenciais .....	78

## LISTA DE GRÁFICOS

1. Pirâmide Etária - Pacientes do estudo (n=94) .....	42
2. Pirâmide Etária da População Cadastrada do CMS AS .....	43
3. Número de Consultas Psiquiátricas por Paciente .....	59
4. Evolução do Número de Pacientes em Acompanhamento .....	63
5. Inversão do Gastos (2002 a 2013) .....	64
6. Evolução do Acompanhamento Psiquiátrico Exclusivo no CMS AS e CAPS MSS .....	65
7. Evolução do Número de Pacientes em Acompanhamento (Excluindo Abandonos) .....	67
8. Evolução da Taxa de Abandono no CMS AS .....	72
9. Evolução da Taxa de Abandono no CAPS MSS .....	72
10. Evolução da Taxa de Abandono no IMPP .....	73
11. Leitos Ocupados por Serviço .....	74
12. Evolução do Número Anual de Atendimentos Emergenciais no IMPP .....	78
13. Evolução do Número Mensal de Atendimentos Emergenciais no IMPP .....	79

## LISTA DE FIGURAS

1. Mapa do Território do Centro Municipal de Saúde Dr. Albert Sabin .....	34
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

Agente Comunitário de Saúde.....	ACS
Amigos dos Amigos .....	ADA
Área Programática .....	AP
Atenção Básica.....	AB
Atenção Primária em Saúde .....	APS
Centro de Atenção Psicossocial.....	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas .....	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil .....	CAPSI
Centro de Atenção Psicossocial Maria do Socorro Santos.....	CAPS MSS
Centro de Saúde Mental Comunitária .....	CSMC
Centro Integrado de Atenção à Saúde .....	CIAS
Clínica da Família .....	CF
Clinica da Família Rinaldo Delamare .....	CFRDM
Clinica da Família Maria do Socorro Silva e Souza .....	CFMSSS
Centro Municipal de Saúde .....	CMS
Centro Municipal de Saúde Doutor Albert Sabin .....	CMS AS
Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues .....	CMS PCR
Código Internacional de Doenças .....	CID
Departamento de Atenção Básica.....	DAB
Directly Observed Treatment Short-Course .....	DOTS
Estratégia de Saúde da Família.....	ESF
Índice de Desenvolvimento Social .....	IDS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística .....	IBGE
Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos .....	IPP
Instituto Municipal Philippe Pinel .....	IMPP
Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro .....	IPUB
<i>Mental Health Global Action Programme</i> .....	mhGAP
Ministério da Saúde.....	MS
Núcleo de Apoio à Saúde da Família .....	NASF
Organização Mundial de Saúde .....	OMS

Programa de Agentes Comunitários de Saúde .....	PACS
Projeto Terapêutico Singular .....	PTS
Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde .....	RAAS
Saúde da Família.....	SF
Saúde Mental .....	SM
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência .....	SAMU
Sistema Único de Saúde .....	SUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	TCLE
Transtornos Mentais Comuns .....	TMC
Transtornos Mentais Graves .....	TMG
Unidade de Polícia Pacificadora .....	UPP
Unidade de Pronto-Atendimento.....	UPA
Unidade de Tratamento para Alcoolistas .....	UTA
Universidade Federal do Rio de Janeiro .....	UFRJ

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 1 – A Integração da Saúde Mental à Atenção Primária no Cuidado dos Pacientes com Esquizofrenia: revisão bibliográfica internacional e nacional</b> .....	16
1.1. Revisão Bibliográfica Internacional .....	16
1.2. Revisão Bibliográfica Nacional .....	28
<b>CAPÍTULO 2 – Objetivos Geral e Específicos</b> .....	31
2.1. Objetivo Geral .....	31
2.2. Objetivos Específicos .....	31
<b>CAPÍTULO 3 – Metodologia</b> .....	32
3.1. Desenho do Estudo .....	32
3.2. Apresentação do CMS Dr. Albert Sabin .....	33
3.3. Apresentação dos demais Serviços Analisados e da Rede Local de Saúde .....	34
3.4. Perfil da População Atendida .....	37
3.5. Aspectos Éticos .....	37
<b>CAPÍTULO 4 - História da Rocinha</b> .....	38
<b>CAPÍTULO 5 – Resultados e Discussão</b> .....	41
5.1. Características Gerais dos Pacientes .....	42
5.2. Acompanhamento dos Pacientes nos Serviços de Saúde .....	46
5.3. A Reforma Psiquiátrica em Ação na Rocinha .....	63
5.4. Avaliação da Mudança de Modelo a partir de 3 Indicadores: Abandono de Tratamento, Internação e Emergência .....	66
5.4.1. Abandono de Tratamento .....	66
5.4.2. Internações .....	73
5.4.3. Emergências .....	77
<b>CONCLUSÃO</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	93
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	93
Instrumento de Coleta de Dados dos Prontuários .....	96

# INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas correspondem a 14% da carga mundial das doenças e quase três quartos deste fardo ocorre em países de baixa e média renda, como afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesses países, há uma lacuna de tratamento que chega a mais de 75% (OMS, 2010).

Em 2008, a OMS lançou o *Mental Health Global Action Programme* (mhGAP), um programa mundial de ação para reduzir a lacuna de acesso a tratamento em saúde mental. A meta deste programa é fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), aumentando sua capacidade resolutiva no cuidado aos pacientes com transtornos mentais.

A APS tem por atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade, a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção no sistema. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido o modelo de APS que mais vem se ampliando no Brasil, e, no município do Rio de Janeiro, a cobertura que era de 3,5% em 2008 aumentou para 60% em 2015 (FIOCRUZ, 2015). Esta expansão foi de importância fundamental para se reestruturar o cuidado em saúde mental, que não deve ficar restrito aos serviços especializados. Para atingir este objetivo, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM no 154, de 24 de janeiro de 2008 para apoiar o trabalho realizado pela ESF, ampliando sua abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno da Atenção Básica no 27, 2009).

Os NASF e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem promovido o apoio matricial em saúde mental junto às equipes da ESF. O apoio matricial é o modelo de cuidados colaborativos do Brasil, desenvolvido a partir do modelo proposto por Campos (1999, 2007) em Campinas. Os cuidados colaborativos são um modelo efetivo para a integração da saúde mental à APS, que objetiva melhorar a qualidade da saúde física e mental de pessoas com transtornos psiquiátricos, através de uma relação mais próxima de trabalho entre profissionais da APS e especialistas em saúde mental (IVBIJARO et al., 2014).

O suporte do matriciamento visa reduzir as dificuldades relatadas pelos profissionais da ESF em acompanhar os pacientes de saúde mental, que se dão por razões diversas

(CAMPOS et al, 2011; BONFIM, 2013), sobretudo aqueles com transtornos mentais graves (TMG) (ALMEIDA, 2010). Ainda assim, as altas prevalências de transtornos mentais na população e a complexidade dos casos continuam prejudicando o acesso e a continuidade do cuidado em saúde mental. Em relação aos transtornos mentais comuns (TMC), a prevalência nas populações comunitárias do Brasil chega a 25%, e 50% dos pacientes atendidos nas unidades de APS apresentam esses transtornos (FORTES et al., 2014). Diante desses desafios, uma das propostas implementadas em outros contextos tem sido a inserção de um profissional, o *case manager*, segundo modelos de cuidados colaborativos desenvolvidos em outros países (FORTES et al., 2014; MACHADO et al., 2007), que se responsabiliza por promover acesso, longitudinalidade e articulação entre serviços no cuidado a um número limitado de pacientes graves.

Apesar das dificuldades, a ESF, em articulação com os profissionais do NASF, e do CAPS no caso dos pacientes com TMG que necessitam de acompanhamento intensivo, tem contribuído para ampliar o acesso aos cuidados em saúde mental, pela sua inserção nas comunidades, facilidade em fazer busca ativa através das visitas domiciliares aos que abandonaram o tratamento e na identificação daqueles que nunca o demandaram, alguns deles mantidos em cárcere privado pelos familiares. A partir de intervenções psicossociais, o exercício dos direitos e deveres civis, a cultura, a educação, as atividades físicas e de lazer, os espaços grupais existentes nos dispositivos de cuidado e na comunidade tem sido estimulados como parte do tratamento (FORTES et al., 2014).

A integração da saúde mental à APS tem um papel importante na mudança de modelo de assistência, que anteriormente era centrado no hospital psiquiátrico. O modelo hospitalocêntrico passou a ser contestado em diversos países a partir da segunda metade do século XX, e, no Brasil, este movimento ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. Seu início ocorreu na década de 70, sendo contemporânea à Reforma Sanitária. É um movimento político e social que propõe transformações no campo das práticas, saberes, valores sociais e culturais, tendo por meta promover a cidadania dos pacientes psiquiátricos. Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado apresentou como propostas a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Essa reforma levou à redução de 20.000 leitos psiquiátricos entre 2001 e 2010 (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Inspirados por este Projeto de Lei, a partir de 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários

Estados brasileiros as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Com o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. A Lei Paulo Delgado foi sancionada com algumas modificações apenas em 2001: a Lei Federal 10.216 dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica está inserida no contexto dos desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e participa das políticas públicas de promoção de direitos, de superação das desigualdades sociais e de desenvolvimento social (ASSIS et al., 2014).

Atualmente, dois movimentos simultâneos configuram a Reforma Psiquiátrica: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No entanto, autores como Thornicroft e Tansella (2004, 2013) tem estudado as evidências produzidas por serviços de saúde mental para adultos de base hospitalar e de base comunitária, e tem indicado que um sistema de assistência deve ser baseado em um balanço de ambos os tipos de serviço. Esses dois autores desenvolveram o *Modelo Balanceado de Cuidado*, em que serviços comunitários e hospitalares estão presentes, em quantidades e funções de acordo com os recursos locais. Não há um consenso mundial sobre que tipo de serviço de saúde mental é mais apropriado em áreas com muitos ou poucos recursos (THORNICROFT; TANSELLA, 2013).

O presente estudo tem por objetivo analisar o percurso de tratamento dos pacientes com transtornos esquizofrênicos e bipolar do humor do CMS Dr. Albert Sabin nos últimos anos, averiguando como tem se processado a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado nos serviços comunitários de saúde mental no território da Rocinha.

# CAPÍTULO 1

## A Integração da Saúde Mental à Atenção Primária no Cuidado dos Pacientes com Esquizofrenia: revisão bibliográfica internacional e nacional

### 1.1. Revisão Bibliográfica Internacional

Com o objetivo de estudar o que vem sendo publicado no mundo a respeito do cuidado em saúde mental dos pacientes com esquizofrenia na APS, foram utilizadas as bases de dados LILACS e PUBMED, buscando-se as publicações com este tema através dos descritores “mental health”, “primary care” e “schizophrenia”. Foi feito um recorte das publicações de 2006 a 2016. Encontraram-se 6 publicações no LILACS e 104 no PUBMED. Inicialmente, incluiu-se entre os descritores mencionados as expressões “collaborative care” ou “shared care”, mas o número de publicações ficava reduzido a apenas três no PUBMED com uma ou outra destas expressões, e no LILACS, nenhuma foi encontrada. Assim, optou-se por excluir essas duas últimas expressões.

Do total de 110 publicações, há a repetição de 1 artigo em ambas as bases de dados, restando portanto 109 publicações. Foram excluídas aquelas que não abordavam pacientes com esquizofrenia, as que não tinham na APS seu foco de análise, os estudos que versavam sobre crianças ou sobre validação de instrumentos de pesquisa. Além destes, foram excluídos aqueles cuja versão completa do texto não estava disponível online, totalizando 50 publicações excluídas. Foram incluídas neste estudo, portanto, 59 publicações.

A escassa produção encontrada sobre cuidados colaborativos na assistência a pacientes com esquizofrenia pode ser reflexo da sua ainda baixa implantação como modelo de atenção. Tão escassa, que se optou pela retirada da expressão “cuidados colaborativos” entre os descritores para esta revisão. Estudos de cuidados compartilhados por colaboração entre APS e saúde mental têm sido realizados principalmente em pacientes com depressão e poucos estudos estão disponíveis sobre a experiência do tratamento combinado da APS e os Centros de Saúde Mental Comunitária para os indivíduos com

TMG (RUUD et al., 2016). Na revisão de literatura realizada por Athié et al. (2016) sobre integração da saúde mental à APS, os transtornos mentais comuns foram encontrados como um dos temas mais frequentes; os graves, contudo, não estavam entre eles.

Segundo a revisão de Patel et al. (2007), há uma base de evidências pequena, porém crescente e importante, que fundamenta a efetividade da integração da saúde mental à APS. A maioria das pesquisas são realizadas em países desenvolvidos, o que aponta para a necessidade de mais pesquisas, sobretudo nos países em desenvolvimento. A maioria dos sistemas de saúde mental no mundo são dominados por hospitais psiquiátricos que desperdiçam recursos em intervenções ineficazes e inapropriadas (PATEL et al., 2007). Díaz et al. (2016) acrescentam ainda que nos países de baixa renda, apenas 52% dos serviços de saúde mental são de base comunitária, o que é um valor muito baixo se comparado aos 97% de serviços comunitários nos países de alta renda.

Os estudos incluídos nesta revisão foram agrupados em quatro categorias distintas de acordo com seus temas.

Os resultados dos estudos das categorias a) e d) foram divididos em: desfecho negativo (DN); desfecho positivo (DP) e desfecho inconclusivo ou estudo em andamento (I). O artigo de Perez et al. (2016) foi incluído em duas categorias: a e b.

Na categoria a) Implantação de dispositivos, intervenções e modelos de cuidado ligados à integração SM-APS, foram incluídos 22 estudos, o que significa 37% dos 59 artigos da revisão. Seus resultados foram classificados de acordo com a tabela 1.

DN: 5 estudos ou 22,7% do total da categoria a);

DP: 14 estudos ou 63,6% do total da categoria a);

I: 3 estudos ou 13,6% do total da categoria a).

Nesta categoria, foram agrupados estudos que abordam mais especificamente a integração da saúde mental à APS, modelos e dispositivos que estão sendo implantados ou desenvolvidos com este objetivo nos últimos anos em diferentes países. Alguns estudos, realizados em sua maioria no Reino Unido, indicam que 18 a 30% dos pacientes com TMG estão em acompanhamento exclusivo pela APS (REILLY et al., 2012; GUTACKER et al., 2015). Na pesquisa de Reilly et al. (2012), 30,8% dos pacientes com TMG eram atendidos apenas na APS ao longo de 12 meses. Já os 69,2% restantes, tiveram ao menos um contato com a atenção secundária de saúde mental no período

## Implantação de dispositivos, intervenções e modelos de cuidado ligados à integração SM-APS

Estudo	Negativo	Positivo	Inconclusivo
Díaz et al., 2016		X	
Valenzuela et al., 2012		X	
Lara–Muñoz et al., 2010		X	
Almeida, 2010	X		
Domino et al., 2016a		X	
Hunt et al., 2016		X	
Asher et al., 2016			X
Jones et al., 2016		X	
Ruud et al., 2016		X	
Perez et al., 2016		X	
Gutacker et al., 2015	X		
Keogh et al., 2015		X	
Peritogiannis et al., 2013		X	
De Jesus Mari et al., 2013		X	
Reilly et al., 2012	X		
Petersen et al., 2012			X
Moré et al., 2008	X		
Patel et al., 2007		X	
Malone et al., 2009		X	
Oud et al., 2007			X
Gureje et al., 2007		X	
Platz et al., 2006	X		

**Tabela 1** - Desfechos dos artigos da categoria Implantação de dispositivos, intervenções, modelos de cuidado ligados à integração SM-APS.

estudado, e destes, 56,3% tinham o diagnóstico de esquizofrenia. Desses 69,2%, 61% tiveram no máximo 2 contatos ao longo do ano no serviço de saúde mental da atenção secundária. Este mesmo estudo verificou que os problemas de saúde física foram citados com maior frequência que os problemas de saúde mental como motivos para a consulta

com o médico generalista: 67.5% versus 41.5%. Entretanto, os pacientes em contato com os serviços de saúde mental da atenção secundária tinham uma probabilidade maior de consultarem um médico generalista por um motivo ligado à saúde mental em comparação com aqueles acompanhados exclusivamente na atenção primária: 46.9% versus 29.7%, respectivamente.

Apesar dos dados acima corroborarem a importância do acompanhamento em saúde mental na APS, alguns estudos desta categoria indicaram que a integração da saúde mental à APS ainda é escassa (DÍAZ et al., 2016) e muitas são as dificuldades encontradas nesse processo (DÍAZ et al., 2016; MORÉ et al., 2008; PLATZ et al., 2006; ALMEIDA, 2010). Uma das dificuldades apontadas por Díaz et al. (2016) é o estigma sofrido pelos pacientes com transtorno mental, que acaba atuando como barreira ao acesso ao tratamento, uma vez que os pacientes frequentemente deixam de procurar os serviços de saúde por este motivo. O desconhecimento dos transtornos mentais por parte dos usuários e familiares também acaba impedindo seu reconhecimento e conseqüentemente a busca pelo tratamento adequado. Uma outra dificuldade é a centralização dos serviços de saúde mental, pois estes geralmente se encontram nas cidades principais. Soma-se a isto a limitação de recursos humanos, que segundo a OMS, em países de baixa e média renda, é refletida na relação de 0.05 psiquiatras e 0.16 enfermeiras treinadas em saúde mental por cada 100 mil habitantes (DÍAZ et al., 2016). E os poucos profissionais que estão nas unidades de APS estão muito sobrecarregados de trabalho, o que produz tempo insuficiente para treinamento e supervisão para o cuidado de pessoas com transtornos mentais.

Díaz et al. (2016) propõem algumas soluções para os problemas apontados: oficinas psicoeducativas para pacientes e familiares que contribuam para aprimorar o cuidado oferecido a esses usuários, reduzindo recaídas e institucionalizações; atividades que sensibilizem a população quanto aos problemas de saúde mental para redução do estigma; apoio dos especialistas em saúde mental ao trabalho dos profissionais da APS; incremento de tecnologias que permitam supervisão à distância para as equipes; oferta de condições favoráveis de trabalho em regiões isoladas e com menor concentração de profissionais; capacitações em saúde mental para os médicos da APS.

Moré et al. (2008) e Platz et al. (2006) encontraram dificuldades de os médicos da APS identificarem os pacientes com transtorno mental. Em seu estudo, Moré et al. (2008) observaram que os médicos detectaram apenas 44,1% dos possíveis casos com

transtorno mental. Este resultado é semelhante a pesquisas revisadas por ele, em que a capacidade de detecção foi também considerada baixa, variando de 35 a 50%. No artigo de Platz et al. (2006), esta dificuldade é apontada especificamente quanto à identificação das características insidiosas do quadro inicial psicótico. Há, portanto, a necessidade de ajuda especializada para os médicos da APS, que mais frequentemente são procurados por estes pacientes.

Nas entrevistas realizadas por Almeida (2010), os profissionais da APS não foram considerados suficientemente capacitados para acolher e tratar os pacientes com esquizofrenia, e as razões levantadas para isso incluem formação deficitária, falta de supervisão adequada, de estrutura física das unidades de saúde, de materiais e medicamentos, de retaguarda, de escuta qualificada, número de técnicos insuficiente, sobrecarga de trabalho dos profissionais e ausência de um sistema de referência bem construído.

Os aspectos positivos da integração da saúde mental à APS também foram ressaltados, sobretudo nos estudos de Almeida (2010) e Ruud et al. (2016). Almeida citou a possibilidade de construção do vínculo entre pacientes psicóticos e equipe, a abordagem da clínica ampliada e a proximidade serviço-domicílio do usuário como pontos positivos para o tratamento dos transtornos mentais graves na APS que foram mencionados nas entrevistas que realizou.

Ruud et al. (2016) avaliaram o grau de satisfação dos usuários psicóticos com os serviços e este foi maior com os médicos da APS. Os usuários também demonstraram níveis de satisfação elevados em relação ao trabalho protegido, suporte familiar, internações no Centro de Saúde Mental Comunitária (CSMC), contato com o *case manager* e com o psiquiatra do CSMC. Os pacientes relataram menor satisfação com as internações no hospital central, sessões familiares, com sua influência no tratamento, medicação, informação e terapia de grupo. Verificou-se ainda melhora dos problemas psiquiátricos e do funcionamento: os pacientes com esquizofrenia apresentaram melhora dos sintomas psicóticos principalmente, enquanto os pacientes com transtorno afetivo grave tiveram redução dos sintomas afetivos. Resumidamente, pode-se afirmar que os pacientes estavam mais satisfeitos com o médico de família, e bem satisfeitos com os serviços ambulatoriais e de internação locais, do que com a internação hospitalar. Portanto, o grau de satisfação é maior com os serviços que exigem maior contato com o mesmo profissional ao longo do tempo. São ressaltadas as vantagens do médico de família, que

está inserido na comunidade local, conhecendo assim o contexto local e seus serviços, podendo encaminhar para serviços de saúde especializados locais. Os médicos de família estão provendo tanto o cuidado em saúde somática quanto psíquica. Ruud et al. (2016) concluem que a colaboração próxima entre serviços de atenção primária e de saúde mental como os CSMC é crucial para a oferta do cuidado compartilhado necessário a estes pacientes.

Algumas intervenções para tratamento da esquizofrenia nesta interface entre saúde mental e atenção primária já apresentam evidências consistentes, inclusive em países de baixa e média renda (PATEL et al., 2007; GUREJE et al., 2007; DE JESUS MARI et al., 2013). Quanto à medicação antipsicótica, os três artigos orientam os antipsicóticos de primeira geração como primeira escolha para esses países, uma vez que são tão efetivos quanto os de segunda geração, e podem ser até dez vezes mais baratos. Já nos *guidelines* para os países desenvolvidos, os antipsicóticos de segunda geração são recomendados como primeira escolha, devido ao perfil de efeitos colaterais e tolerância. No entanto, os antipsicóticos de primeira geração, quando usados em baixas doses, têm seus efeitos parkinsonianos reduzidos (DE JESUS MARI et al., 2013). Os antipsicóticos transformaram dramaticamente o prognóstico da esquizofrenia, reduzindo os sintomas psicóticos positivos, negativos e cognitivos, e assim proporcionando maior recuperação funcional e reintegração social dos pacientes (DE JESUS MARI et al., 2013).

Quanto às intervenções psicossociais, os estudos analisados indicaram bons resultados para o tratamento baseado na comunidade, incluindo dispositivos de saúde mental e da APS, abordagem familiar, suporte psicossocial, *case manager* e programas de psicoeducação. Profissionais da APS podem ser treinados para identificarem e manejarem pacientes psicóticos na comunidade, mas os programas para reconhecimento de pessoas em risco para o desenvolvimento de psicose e intervenção precoce, embora sejam bem estabelecidos nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento são raros (DE JESUS MARI et al., 2013).

Embora tratamentos efetivos para esquizofrenia estejam disponíveis, o acesso, a equidade e a adesão ao acompanhamento nos serviços de saúde são inadequados em todos os países em qualquer nível de desenvolvimento. As taxas de abandono de tratamento são elevadas (PATEL et al., 2007). Os resultados clínicos e sociais para pessoas com esquizofrenia podem ser aprimorados a partir do envolvimento das famílias e comunidades nas intervenções de redução da discriminação, de melhora da adesão aos

psicofármacos e de fortalecimento da integração social (PATEL et al., 2007). Quanto ao acesso, Reilly et al. (2012) acrescentam que as pessoas com TMG apresentaram taxas médias de consultas anuais com os médicos da APS um pouco mais elevadas que a população geral. A continuidade na APS, no entanto, foi baixa para 21% dos pacientes. Outro aspecto relevante discutido nesta categoria é a internação psiquiátrica. No artigo de Reilly et al. (2012), quase 12% de uma coorte representativa de pacientes com TMG na Inglaterra tiveram ao menos uma internação psiquiátrica (8% internações voluntárias; 4% compulsórias) ao longo de 12 meses. A maioria dos pacientes (96%) foram vistos por uma equipe de saúde mental comunitária, ambulatório de psiquiatria, reabilitação/ recuperação ou outra equipe não-intensiva. Estavam em contato com equipes de serviços residenciais terapêuticos ou de resolução de crise, tratamento comunitário assertivo, serviços de intervenção precoce, serviços forenses ou serviços de rua 6% desses pacientes. A APS na Inglaterra é central na oferta de cuidado em saúde mental, havendo potencialmente uma redução de internações hospitalares evitáveis e contenção de despesas em saúde se sua qualidade for aprimorada (GUTACKER et al., 2015). A pesquisa de Gutacker et al. (2015) avaliou se práticas de maior qualidade dos médicos da APS averiguadas por quatro indicadores de saúde mental reduziram o número de internações psiquiátricas de pacientes com TMG. Ao contrário das expectativas, melhor performance em três desses indicadores foi associada a um número maior de internações. Na discussão, os autores reconhecem ter assumido internação psiquiátrica como um resultado ruim, contudo os indicadores podem encobrir problemas de saúde mental que seriam melhor manejados pela internação. Soma-se a este fato a dificuldade de se distinguir internações apropriadas daquelas que representam falhas evitáveis no cuidado.

Na categoria b) Epidemiologia, perfil diagnóstico e sócio-demográfico, foram incluídos 11 ou 18% dos artigos analisados: Perez et al. (2016), Tizón et al. (2007), Tizón et al.(2009), Modesto et al. (2007), Wagenaar et al. (2015), Sicras-Mainar et al. (2014), Hendrie et al. (2013), Lesage et al.(2015), Marston et al. (2014), Naqvi et al. (2009) e Tapsell e Mellsop (2007).

A maioria desses artigos estudou a prevalência e/ ou incidência da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos (PEREZ et al., 2016; TIZÓN et al., 2009; TIZÓN et al., 2007). Perez et al.(2016) verificaram uma incidência de primeiro episódio psicótico de 45,1 por 100.000 pessoas-ano, e em sua amostra apenas 5% das pessoas que foram classificadas

como de alto risco evoluíram de fato para um transtorno psicótico no período de 2 anos. Tizón et al., em seu artigo de 2009, indicaram uma prevalência de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos duas vezes mais elevada em um bairro de Barcelona com maiores fatores psicossociais de risco comparativamente a outro bairro da mesma cidade. No artigo de 2007, Tizón et al. relataram uma incidência de esquizofrenia de 3.47/10.000 e uma prevalência de 54.9/10.000 na população geral.

Sobre o perfil diagnóstico de demandas e encaminhamentos para as unidades de saúde mental, há os estudos de Modesto et al. (2007) e Wagenaar et al. (2015). Este último, realizado em uma cidade de Moçambique, averiguou que 48.9% foram consultas para epilepsia, 22.4% para esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, e 8.8% para transtornos neuróticos ou relacionados a estresse. Já o estudo de Modesto et al. (2007) na Bahia, encontrou nos prontuários analisados que 37% eram de pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, seguidos de 18% de transtornos afetivos, 12% de epilepsias, 10% de retardo mental, 8% de transtornos neuróticos, 10% de uso abusivo de álcool e 5% sem diagnóstico preciso. Percebem-se números elevados de casos de epilepsia e esquizofrenia em ambos os estudos. Modesto et al. (2007) informaram ainda que o encaminhamento para atendimento em saúde mental foi realizado em 38% dos casos pelos ACS, o que ressalta o papel fundamental deste profissional na equipe, 23% pelos médicos de família e 24% por demanda espontânea.

Dois estudos avaliaram o impacto para o sistema de saúde de comorbidades frequentes de dois grupos específicos de pacientes com transtornos mentais graves: um grupo caracterizado pela presença de sintomas negativos (SICRAS-MAINAR et al., 2014) e outro grupo de idosos com 65 anos ou mais (HENDRIE et al., 2013). O primeiro grupo utiliza mais os recursos da assistência de saúde, sobretudo os da APS, e apresenta como comorbidades frequentes a dislipidemia, a obesidade e a hipertensão. Já o grupo de idosos apresentou taxas elevadas de atendimentos em serviços de emergência, internações mais longas, frequência aumentada de quedas e abuso de substâncias, incluindo alcoolismo. Ambos os grupos de pacientes com TMG constituem populações vulneráveis requerendo um modelo integrado de cuidado em saúde.

Os demais artigos abordam a expectativa de vida dos pacientes com esquizofrenia (LESAGE et al., 2015); a elevada proporção de prescrição de antipsicóticos na APS no Reino Unido para pacientes não psicóticos (MARSTON et al., 2014); o tempo de psicose não tratada em Karachi, Paquistão (NAQVI et al., 2009) e diferenças quanto a diagnóstico

e tratamento entre neo-zelandeses m ori e não-m ori (TAPSELL; MELLISOP, 2007).

Foram 4 artigos, que representam 6.7% do total, incluídos na categoria c) Suicídio: análise de contatos prévios com profissionais de saúde, interven es, preven o. São eles: Schaffer et al. (2016), Shibre et al. (2014), Corson et al. (2013) e Campo (2009).

Corson et al. (2013) e Shibre et al. (2014) chamaram a aten o para o risco aumentado de suicídio em pacientes com transtornos mentais graves. Corson et al. (2013) verificaram em seu estudo com veteranos acompanhados no Department of Veterans Affairs uma probabilidade aumentada de risco de idea o suicida em pacientes com depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia. Shibre et al. (2014) encontraram um risco de tentativa de suicídio em uma popula o rural da Etiópia com TMG de 26.3% para depressão maior, 23.8% para transtorno bipolar e 13.1% para esquizofrenia.

Com o intuito de identificar oportunidades para elabora o de estratégias de preven o do suicídio, Schaffer et al. (2016) investigaram os contatos prévios com a assistência em saúde de pessoas que cometeram suicídio. Destas, 91.7% tiveram algum tipo de contato com a assistência de saúde no ano anterior   morte: 66.4% tiveram um contato com cuidado em saúde mental e 25.3% tiveram outros contatos não relacionados   saúde mental. O tipo mais comum de contato de saúde mental foi o atendimento da aten o primária (54.0%), seguido pelo atendimento do psiquiatra (39.8%), atendimento no departamento de emergência (31.1%) e intern o psiquiátrica (21.0%). A predominância de contatos de saúde mental reforçam a importância de concentrar esforços na avalia o de risco e caminhos de cuidado nas rotinas tanto da aten o primária quanto da aten o especializada.

Algumas interven es para redu o de pensamento suicida e comportamento suicida demonstraram bons resultados: aplica o de psicoterapias manualizadas, interven es colaborativas na APS, lítio para adultos com transtornos do humor e clozapina para esquizofrenia. Taxas de suicídio estão inversamente correlacionadas a índices de acesso de tratamento ao longo da vida, incluindo taxas de prescri o de antidepressivos (CAMPO, 2009), o que mais uma vez ressalta a necessidade de ampliar o acesso   aten o primária e   saúde mental.

Os 23 artigos restantes foram agrupados na categoria d) Avalia o, tratamento e prognóstico de doenças físicas de pacientes com esquizofrenia, o que representa 39%

dos artigos incluídos.

### Avaliação, tratamento e prognóstico de doenças físicas de pacientes com esquizofrenia

Estudo	Negativo	Positivo	Inconclusivo
Morrato et al., 2016		X	
Woodhead et al., 2016	X		
Domino et al., 2016b		X	
Trivedi et al., 2015		X	
Pelletier et al., 2015		X	
Sullivan et al., 2015	X		
Hetlevik et al., 2015		X	
Peckham et al., 2015		X	
Martin et al., 2014	X		
Corrigan et al., 2014	X		
Kisely et al., 2014			X
Trachtenberg et al., 2014	X		
Chander et al., 2012		X	
Pirraglia et al., 2012		X	
Mai et al., 2011a	X		
Mai et al., 2011b	X		
Dixon et al., 2008	X		
Chwastiak et al., 2008	X		
Goff, 2007		X	
Sernyak, 2007		X	
Hippisley-Cox et al., 2007	X		
Meyer, 2007			X
Folsom et al., 2006		X	

**Tabela 2** - Desfechos dos artigos da categoria Avaliação, tratamento e prognóstico de doenças físicas de pacientes com esquizofrenia.

DN: 10 artigos ou 43.5% do total da categoria d);

DP: 11 artigos ou 47.8% do total da categoria d);

I: 2 artigos ou 8.7% do total da categoria d).

Pessoas com TMG têm uma expectativa de vida reduzida de 20 a 30 anos em relação à população geral (HETLEVIK et al., 2015; TRACHTENBERG et al., 2014). Trachtenberg et al. (2014) acrescentam que os pacientes com esquizofrenia têm um risco de morte por causas médicas aumentado em 40%. Já Pelletier et al. (2015) encontraram um número bem mais elevado, de 70%, o que atribui a fatores ligados a estilo de vida, como falta de atividade física, uso de álcool ou tabaco, demora em procurar atendimento médico, acesso reduzido à APS, em parte por falta de uma investigação completa e por habilidades de comunicação limitadas. Alguns autores destacaram vários distúrbios metabólicos causados ou exacerbados pelos antipsicóticos de segunda geração: diabetes, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica, que estão consistentemente associados a doenças cardiovasculares (HETLEVIK et al., 2015; SERNYAK, 2007; GOFF, 2007; MEYER, 2007). Doenças pulmonares são mais frequentes, porém comumente subdiagnosticadas. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças somáticas são geralmente reduzidos em pacientes com esquizofrenia.

No estudo de Hetlevik et al. (2015), 8.5% dos pacientes com esquizofrenia também tinham o diagnóstico de diabetes, o que significa 3.5 vezes mais que a população geral, corroborando pesquisas anteriores. Os resultados para doença cardiovascular e hipertensão foram semelhantes às prevalências da população: 7.5% e 2.0%, respectivamente. Estes números, no entanto, foram inferiores aos relatados em estudos prévios. Tinham doença pulmonar obstrutiva 6.7% dos pacientes, que é uma prevalência mais elevada que na população geral. Mai et al. (2011a) apresentaram números semelhantes para o diabetes em pacientes desse grupo: 9.3%, e ressaltaram que eles apresentam maior risco de internação por complicações do diabetes e maior mortalidade pela doença. Folsom et al. (2006), contudo, encontraram números consideravelmente distintos, destacando entre as condições médicas mais comuns a hipertensão (31%), artrite (25%) e diabetes (14%). Tinham uma ou mais doenças somáticas 60% dos pacientes com esquizofrenia. Mais de 60% haviam recebido tratamento na APS nos 3 meses anteriores à pesquisa. A análise regressiva de logística multivariada encontrou que idade mais avançada e diabetes estavam associados à maior utilização do acompanhamento pela APS. Mai et al. (2011b) apontaram que as internações evitáveis ocorrem em maior número para pacientes com transtornos mentais, correspondendo a

10% de suas internações.

Diante de todos os riscos e doenças prevalentes apontadas neste grupo de pacientes, torna-se evidente a importância da APS no cuidado dos mesmos quanto às doenças somáticas. Neste quesito, os estudos se dividem bastante, identificando aspectos positivos (DOMINO et al., 2016b; TRIVEDI et al., 2015; PELLETIER et al., 2015; HETLEVIK et al., 2015; PECKHAM et al., 2015; CHANDER et al., 2012; PIRRAGLIA et al., 2012; GOFF, 2007; SERNIAK, 2007; FOLSOM et al., 2006) e negativos (WOODHEAD et al., 2016; SULLIVAN et al., 2015; MARTIN et al., 2014; CORRIGAN et al., 2014; TRACHTENBERG et al., 2014; MAI et al., 2011a; MAI et al., 2011b; DIXON et al., 2008; CHWASTIAK et al., 2008; HIPPISEY-COX et al., 2007) deste acompanhamento.

Nas últimas décadas, reformas foram implementadas na APS com o intuito de aumentar sua responsabilidade no cuidado de pacientes com TMG (HETLEVIK et al., 2015). Os médicos da APS estão na primeira linha de contato com os pacientes com problemas mentais, e na Noruega, chegam a prescrever aproximadamente 70% dos antipsicóticos. Embora os *guidelines* apresentem divergências sobre o papel do médico da APS no acompanhamento destes pacientes, há a expectativa de que faça um bom seguimento das doenças somáticas de todos os seus pacientes (HETLEVIK et al., 2015). O desafio de tratar pessoas com problemas mentais é reconhecer e tratar os sintomas emocionais, enquanto se manejam também as condições clínicas, o que é uma característica fundamental da *abordagem centrada na pessoa* (TRACHTENBERG et al., 2014).

Algumas análises verificaram que na atenção primária eram solicitados mais exames para os pacientes com TMG do que para pessoas sem esses transtornos ou que não havia diferença (HETLEVIK et al., 2015); outros concluíram que os exames eram menos solicitados para este grupo (CORRIGAN et al., 2014); enquanto alguns averiguaram que alguns exames eram solicitados adequadamente e outros exames, não (MORRATO et al., 2016; HIPPISEY-COX et al., 2007). Quanto a intervenções terapêuticas, os artigos também se dividem: pacientes com TMG e comorbidades clínicas que receberam menos prescrições de medicamentos ou encaminhamentos a especialistas (WOODHEAD et al., 2016; CORRIGAN et al., 2014; TRACHTENBERG et al., 2014), pacientes que receberam o tratamento adequado (PIRRAGLIA et al., 2012; DOMINO et al., 2016b; CHANDER et al., 2012) e pacientes que foram tratados ou encaminhados para certos programas ou especialistas para algumas condições clínicas e para outras, não (HIPPISEY-COX et al., 2007; SULLIVAN et al., 2015).

Como já mencionado anteriormente, pacientes com esquizofrenia geralmente acessam menos as unidades de atenção primária (PELLETIER et al., 2015; CHWASTIAK et al., 2008). Alguns estudos desta categoria relacionam a dificuldade de adesão de pacientes com transtornos esquizofrênicos aos tratamentos propostos e crenças ligadas ao estigma da doença mental à redução de solicitação de exames, prescrições de medicamentos e encaminhamentos a especialistas por parte dos médicos da APS e estudantes de medicina (CORRIGAN et al., 2014; DIXON et al., 2008). Já Hetlevik et al.(2015), em seu estudo nacional realizado na Noruega, verificaram que esses pacientes tinham um número elevado de consultas com os médicos da atenção primária. Em 2009, 17% dos pacientes com esquizofrenia não tiveram nenhuma consulta com seu médico generalista; 26.2% tiveram 1 ou 2 consultas; 25.3% tiveram de 3 a 5; e 16.1% mais que 5 consultas. Os médicos participaram em pelo menos um encontro multidisciplinar para 25.7% de seus pacientes esquizofrênicos. Para 53.8% destes, os médicos relataram ao menos um contato com a saúde municipal ou serviços sociais por e-mail ou telefone. E em 41.3%, foi utilizada nas consultas “*talking therapy*”, enquanto para a população total esta foi utilizada em apenas 4.3%, o que pode indicar uma preocupação dos médicos generalistas com a situação psicossocial dos pacientes com esquizofrenia. As taxas de consultas encontradas no estudo de Hetlevik et al. (2015) são similares a estudos da Inglaterra e Holanda. Por outro lado, a maioria dos pacientes tem menos que 5 consultas com o médico clínico por ano. Outros profissionais provavelmente tem a maior responsabilidade por muitos desses pacientes, mas muitos podem ter um acompanhamento abaixo do ideal pelos serviços de saúde em geral (HETLEVIK et al., 2015).

Uma boa relação com os médicos da APS e uma cooperação estável com os serviços de saúde locais pode melhorar a participação social, a qualidade de vida e aumentar a expectativa de vida dos pacientes com TMG (HETLEVIK et al., 2015). Transtornos mentais estão associados a desfechos negativos, mas integrando o tratamento de saúde mental à atenção primária é possível reduzir o risco desses desfechos (TRIVEDI et al., 2015).

## **1.2. Revisão Bibliográfica Nacional**

Como foram encontradas poucas publicações brasileiras na revisão sistemática realizada, selecionaram-se alguns artigos, sendo a maioria estudos de revisão, sobre o tema da

integração da saúde mental à APS no Brasil.

Muitos deles apresentam a história do Sistema Único de Saúde (SUS), da ESF, da Reforma Psiquiátrica, do NASF e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (CAMPOS et al., 2011; ASSIS et al., 2014; ATHIÈ; FORTES; DELGADO, 2013; ATHIÈ et al., 2016; FORTES et al., 2014; WENCESLAU; ORTEGA, 2015). A RAPS, criada em 2011, tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de cuidado à saúde de pessoas com transtornos mentais, sendo composta pela ESF, CAPS, NASF, serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares psiquiátricos, serviços de residência terapêutica, programa “De volta para casa”, centros de convivência e comunidades terapêuticas (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A maioria desses estudos analisa aspectos negativos e positivos da integração da saúde mental à APS (CAMPOS et al., 2011; BONFIM et al., 2013; ATHIÈ et al., 2016; ALMEIDA, 2010; WENCESLAU; ORTEGA, 2015; MODESTO; SANTOS, 2007; FORTES et al., 2014). Quanto aos aspectos negativos, são apontados a formação inadequada das equipes, seja a da APS em relação à saúde mental, seja a dos profissionais matriciadores, que muitas vezes exercem uma clínica de amplitude limitada, sem as habilidades e ferramentas necessárias ao trabalho na Atenção Primária; sobrecarga dos profissionais e sentimentos de angústia diante da complexidade dos casos, que frequentemente vivem em condições de intensa vulnerabilidade social e violência, levando ao *burn out* e à alta rotatividade dos mesmos; fragmentação da rede de cuidados e superlotação dos serviços da APS e de saúde mental; tempo insuficiente dedicado à reflexão sobre o processo de trabalho e ao matriciamento; problemas ligados à estrutura física das unidades, falta de profissionais, materiais, medicamentos e de um sistema de referência adequado (CAMPOS et al., 2011; BONFIM et al., 2013; ATHIÈ et al., 2016; ALMEIDA, 2010; FORTES et al., 2014).

Os aspectos positivos analisados nesses artigos são: a possibilidade de maior vínculo entre os profissionais no trabalho colaborativo, e destes com os usuários, favorecendo a integração da equipe, a troca de informações, conhecimentos e afetos; a proximidade das equipes da ESF em relação às famílias e às comunidades, facilitando o acesso, incluindo as visitas domiciliares, que garantem a continuidade do cuidado através da busca ativa; o apoio matricial como modelo que contribui para a qualificação dos cuidados em saúde mental oferecidos pela ESF por ampliar os conhecimentos técnicos da equipe e por dar suporte para a construção de projetos terapêuticos e fluxos mais eficazes com outros serviços de saúde (CAMPOS et al., 2011; BONFIM et al., 2013; MODESTO; SANTOS,

2007; ALMEIDA, 2010; FORTES et al., 2014; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A superação das desigualdades de acesso e da qualidade dos serviços de saúde mental deve ser protagonizada pela ESF, que deixa de ser coadjuvante dos CAPS no atendimento das necessidades de saúde mental da população, para assumir um lugar de coordenação e integralidade, com o apoio dos CAPS e NASF para efetivar esta resposta (WENCESLAU; ORTEGA, 2015; ASSIS et al., 2014).

Bonfim et al. (2013) concluem mais explicitamente o que a maioria dessas publicações indica: que houve avanços nas redes de atenção primária à saúde, consolidadas através da ESF e da saúde mental, com a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Entretanto, há ainda pouca integração entre as redes de cuidado de saúde mental e APS, como é indicado também pela literatura internacional apresentada anteriormente. Esta limitação traz sérias consequências para o SUS e seus usuários, e portanto é preciso trabalhar para que a integração se desenvolva cada vez mais.

## **CAPÍTULO 2**

### **Objetivos Geral e Específicos**

#### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar as trajetórias de tratamento dos pacientes diagnosticados com transtornos esquizofrênicos e delirantes e transtorno bipolar do humor do CMS Dr. Albert Sabin.

#### **2.2. Objetivos Específicos**

2.2.1. Analisar os efeitos das implantações da ESF, do NASF e do CAPS na trajetória de tratamento dos pacientes com esquizofrenia ou com transtorno bipolar do humor nos distintos serviços do território ou a ele relacionados.

2.2.2. Estudar o acesso ao tratamento em saúde mental para pessoas com transtornos esquizofrênicos e delirantes e com transtorno bipolar do humor no CMS Dr. Albert Sabin.

2.2.3. Verificar o acompanhamento clínico de comorbidades orgânicas dos pacientes com esquizofrenia ou transtorno bipolar do humor no CMS Dr. Albert Sabin.

2.2.4. Verificar se o acompanhamento desses usuários tem apontado para a mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado em serviços comunitários.

2.2.5. Estudar o abandono de tratamento, comparando sua ocorrência nos serviços e verificando se a transição do modelo centrado no hospital psiquiátrico para o modelo baseado em serviços comunitários implicou uma melhor adesão ao tratamento.

2.2.6. Estudar a evolução das internações nos hospitais psiquiátricos de referência, bem como a procura pela emergência do Instituto Municipal Philippe Pinel, verificando se há alterações a partir da implantação da ESF/ NASF do CMS Dr. Albert Sabin e do CAPS Maria do Socorro Santos.

# CAPÍTULO 3

## Metodologia

### 3.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de caso descritivo quantitativo, em que foram analisados os percursos de tratamento dos pacientes com 18 anos de idade ou mais com transtornos esquizofrênicos e delirantes e com transtorno bipolar do humor. A lista de pacientes foi obtida através dos diagnósticos pelo CID 10 de F20 a F29 e F31 registrados como ativos no prontuário eletrônico *Vita Care* do CMS Dr. Albert Sabin (CMS AS) de 2011 a 2016. Os diagnósticos deixam de ser ativos quando os profissionais os registram como resolvidos. Elaborou-se um instrumento de coleta de dados do prontuário para obter as informações relevantes relativas ao acompanhamento clínico e psiquiátrico no CMS AS e nos serviços de saúde mental de referência: CAPS Maria do Socorro Santos (CAPS MSS), Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) e CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues (CMS PCR). O atual prontuário eletrônico do CMS AS, *VitaCare*, teve início em maio de 2011; os prontuários eletrônicos do CAPS MSS e do CMS PCR em 2015, enquanto IMPP e IPUB não possuem prontuários eletrônicos, apenas físicos. Os prontuários físicos com registros anteriores a 2015 do CAPS MSS também foram consultados, contudo não foi possível estudar os do CMS PCR. Em todos os serviços, as informações foram colhidas até 2016, incluindo este ano. Com essas informações, construiu-se um banco de dados.

Verificou-se, a partir das prevalências dos transtornos esquizofrênicos e do transtorno bipolar do humor na população geral, que proporção dos casos previstos que a unidade de saúde já acompanha e, portanto, quantos ainda provavelmente estão sem tratamento de saúde mental. Outros dados foram analisados, comparando-os entre os serviços e verificando suas alterações ao longo do tempo estudado.

As datas das idas dos pacientes à emergência do IMPP e os períodos de suas internações no IMPP e IPUB, bem como dos acolhimentos noturnos no CAPS MSS, foram registrados e analisados quanto à sua evolução no tempo. Também foram registrados os períodos de abandono de tratamento em cada serviço e comparadas as taxas de

abandono.

### **3.2. Apresentação do CMS Dr. Albert Sabin**

O Centro Municipal de Saúde Dr. Albert Sabin está localizado na Estrada da Gávea, n. 250, Rocinha. Foi inaugurado em 1982, e a implantação das 6 equipes da Estratégia de Saúde da Família ocorreu em janeiro de 2011.

As equipes ESF e NASF fazem consultas individuais e conjuntas, visitas domiciliares, grupos, ações de promoção de saúde, reunião de equipe e reunião geral da unidade, ambas semanais. O NASF é constituído por psiquiatra, psicólogo, pediatra com especialização em neurodesenvolvimento, nutricionista, educador físico, assistente social e fisioterapeuta. A psiquiatra atua na unidade desde janeiro de 2012, enquanto os demais profissionais do NASF iniciaram seu trabalho a partir de 2015.

A psiquiatra do NASF faz atendimentos em consulta conjunta, geralmente com o médico da equipe, 1 turno por mês por equipe, podendo ser agendados até 8 pacientes por turno. Há 1 turno semanal em que visitas domiciliares são feitas sempre com o ACS, eventualmente com médico ou enfermeiro da equipe. Os casos mais urgentes são às vezes atendidos em consulta individual pela psiquiatra, mas são posteriormente marcados para interconsulta. Entretanto, não é possível fazer atendimentos individuais regularmente nesta unidade devido à quantidade insuficiente de salas. Os casos leves a moderados são acompanhados pela ESF com o apoio do NASF. Os pacientes moderados a graves que necessitam de acompanhamento psiquiátrico ambulatorial são encaminhados ao CMS PCR e aqueles que precisam de acompanhamento intensivo são encaminhados para o CAPS MSS. Porém, quando os pacientes por várias razões não vão a estes serviços, o acompanhamento psiquiátrico muitas vezes é realizado na unidade de saúde da família. É importante ressaltar que mesmo quando os pacientes são encaminhados, a coordenação do cuidado e o atendimento das comorbidades clínicas são responsabilidade da ESF.

A identificação dos casos de saúde mental é feita pelos profissionais das equipes, do ACS ao médico. São os profissionais da ESF que decidem os pacientes a serem agendados para matriciamento, de acordo com a necessidade deste apoio. É importante ressaltar que os médicos que atuam nesta unidade não tem a especialização em medicina de família e comunidade, o que dificulta a identificação dos transtornos mentais, e faz com

que precisem mais do suporte da interconsulta psiquiátrica.

O território de responsabilidade do CMS Dr. Albert Sabin com uma população de 17.130 pessoas se localiza na parte mais alta do bairro da Rocinha – XXVII Região Administrativa, no Morro Dois Irmãos, que separa os bairros de São Conrado e Gávea, abrangendo parte do maciço da Floresta da Tijuca.

**Figura 1** - Mapa do Território do Centro Municipal de Saúde Dr. Albert Sabin



Fonte: CMS Dr. Albert Sabin

### **3.3. Apresentação dos demais Serviços Analisados e da Rede Local de Saúde**

A população da Rocinha dispõe de 100% de cobertura pela ESF, realizada por 25 equipes alocadas em três unidades distintas, sendo uma delas o CMS Dr. Albert Sabin. As outras duas unidades, as Clínicas da Família Maria do Socorro Silva e Souza (CF MSSS) e Rinaldo De Lamare (CF RDL), foram implantadas entre 2010 e 2011. A primeira funciona na mesma instalação que o CAPS Maria do Socorro Santos e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com 11 equipes de saúde da família, enquanto a segunda, com 8

equipes, está localizada em um prédio da prefeitura próximo à Rocinha, no bairro de São Conrado.

Em março de 2012, teve início o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC - RJ) na CF MSSS e na CF RDL, com o intuito de qualificar os profissionais médicos da rede da APS.

Antes do surgimento das Clínicas da Família, havia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que era responsável pelos programas de tuberculose e hanseníase. Os agentes comunitários que atuavam no PACS foram distribuídos entre as equipes de Saúde da Família, contribuindo com sua experiência para o trabalho que se iniciava (STREIT, 2014).

Os serviços de saúde mental do SUS de referência para a população da Rocinha são: CAPS III Maria do Socorro Santos, ambulatório de psiquiatria e psicologia do CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, Instituto Municipal Philippe Pinel, CAPS AD Centra-Rio e CAPSI Maurício de Souza. O IPUB, que é pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), oferece internação e acompanhamento ambulatorial para esta população. Entre estes, apenas o CAPS MSS situa-se na Rocinha.

O CAPS MSS foi inaugurado em março de 2010 e recebeu muitos pacientes logo no início de seu funcionamento, sobretudo oriundos do IMPP. Como CAPS III, funciona 24 horas por dia e atualmente conta com 9 leitos para acolhimento noturno. São realizados atendimentos individuais e em grupos, abordagem familiar, oficinas, ações no território, visitas domiciliares, participações em eventos culturais e políticos. A equipe de profissionais é dividida em mini-equipes de acordo com os territórios de referência onde moram os pacientes, o que facilita a comunicação com as clínicas da família. Nos primeiros anos, o CAPS fazia o matriciamento das equipes da CF Maria do Socorro Silva e Souza, mas em fevereiro de 2015 esta função foi assumida pelo NASF. Sua área de abrangência é formada pelo Território Dois Irmãos, constituído pela Rocinha, Vidigal, São Conrado, Gávea, Leblon, Ipanema, Lagoa e Jardim Botânico, mas a grande maioria de seus pacientes mora na Rocinha. Segundo o Accountability de 2017 do CAPS MSS, até 31/12/2016, havia 852 pacientes cadastrados e 483 em acompanhamento.

O CMS PCR, em 1939, na transferência dos serviços federais de saúde para a então

prefeitura do Distrito Federal, passou a ser denominado Posto de Puericultura da Gávea. Somente recebeu seu nome atual na década de 70, em homenagem ao médico sanitarista Píndaro de Carvalho Rodrigues. Em 2010, a ESF foi implantada na unidade (CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE PÍNDARO DE CARVALHO RODRIGUES, 2018). A presença do psiquiatra para atendimento ambulatorial é recente e houve períodos em que a unidade ficou sem este profissional. Atualmente é o ambulatório de psiquiatria e de psicologia de referência para a Rocinha.

O Instituto Municipal Philippe Pinel, localizado no bairro da Praia Vermelha no Rio de Janeiro, tem suas origens na criação do primeiro asilo da América Latina para portadores de transtornos mentais em 1852: o Hospício Pedro II. Após muitas mudanças estruturais e funcionais, adquiriu seu nome atual em 1994. Neste mesmo ano, através de portaria ministerial, recebeu as funções adicionais de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental e assumiu um compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Em 2000, deixou de ser Unidade Federal e passou a ser unidade da Secretaria Municipal de Saúde (RAMOS; GEREMIAS, 2018). Nos últimos anos, muitas mudanças foram realizadas na direção da materialização da Reforma. O ambulatório de psiquiatria iniciou o encaminhamento de seus pacientes para a rede substitutiva de serviços em 2011 e foi oficialmente encerrado em novembro de 2014. O Núcleo Infanto-Juvenil do Instituto tornou-se o CAPSI Maurício de Souza e, em 2016, parte da estrutura do hospital foi cedida para ser convertida no CAPS III Franco Basaglia. No início de 2018, o ambulatório e a enfermaria da Unidade de Tratamento para Alcoolistas (UTA) também foram fechados. O número de leitos das enfermarias vem sendo reduzido ao longo dos últimos anos. A emergência psiquiátrica permanece no IMPP até o momento, embora haja planos há alguns anos de ser transferida para um hospital geral. As Residências de Psiquiatria e Saúde Mental mantêm aulas e algumas atividades assistenciais no instituto, porém na maior parte do tempo os residentes trabalham e aprendem na rede: nos CAPS, CMS e clínicas da família.

O IPUB foi criado em 1938 com a transferência do Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas para a Universidade do Brasil e, em 1945, transformou-se no que é hoje o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem por finalidade desenvolver atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência no campo da Psiquiatria e Saúde Mental. As atividades de ensino e assistência tem o seu financiamento através do SUS e do Ministério da Educação. Em suas instalações conta

atualmente com duas enfermarias, ambulatórios infanto-juvenil, para adultos e idosos, hospital-dia para adultos com TMG e para pacientes com demência, e o CAPSI CARIM. Em 2006, foi inaugurada a unidade de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Alguns ambulatórios são voltados para a pesquisa, além da assistência. O Instituto coordena três unidades de moradia assistida fora do Campus da Praia Vermelha da UFRJ (IPUB, 2018).

### **3.4. Perfil da População Atendida**

A Rocinha é considerada a maior favela na cidade do Rio de Janeiro. Localizada entre os bairros de São Conrado e Gávea, zona sul da cidade, comporta uma população de 98.319 habitantes em 34.576 domicílios, de acordo com dados do Censo Domiciliar, realizado pelo Trabalho Social do Projeto de Aceleração do Crescimento (PAC, 2008/2009). Apesar de sua localização em área nobre da cidade, apresenta um dos piores índices de desenvolvimento social (IDS) da cidade: 151º lugar dos 158 bairros, segundo pesquisa realizada em 2008 pelo IPP, que utilizou dados do Censo de 2000 do IBGE (STREIT, 2014). Revelam-se assim o grau de vulnerabilidade social de sua população, bem como a convivência com a desigualdade social extrema.

As mulheres representam 51,5% da população, sendo 37,5% chefes de domicílio. Crianças e adolescentes até 18 anos correspondem a 32% dos habitantes. Já os idosos, isto é, pessoas com 65 anos ou mais, são apenas 3,5% da população. A taxa de analfabetismo simples na Rocinha é de 4,4%. O desemprego atinge 10,7% da população, e 57,10% das pessoas não têm renda (PAC, 2008/2009). Muitos trabalham na Zona Sul, em lojas, bares e restaurantes, em casas de família e em portarias de prédios. Outros trabalham dentro da comunidade, em comércio, transporte em vans e mototáxis (STREIT, 2014).

Não há estudos epidemiológicos específicos na Rocinha sobre transtornos mentais.

### **3.5. Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido e aprovado para realização pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## **CAPÍTULO 4**

### **História da Rocinha**

Segundo relatos de antigos moradores, os índios Tamoios teriam sido os primeiros habitantes da região onde hoje é a Rocinha. Seguiram-se portugueses e africanos trazidos como escravos para trabalhar nos engenhos de cana-de-açúcar e nas fazendas de café. No século XVIII, havia a fazenda Quebra-Cangalha, que produzia cana-de-açúcar e depois café, para no século XIX tornar-se uma fazenda de pequenas culturas. Esta fazenda era vizinha das terras do português José Magalhães Seixas, e estava ligada ao movimento de abolição da escravidão, assim como a Fazendinha São José da Alagoinha da Gávea. Seixas abrigava em suas terras o Quilombo do Leblon, onde eram cultivadas camélias, que passaram a ser o símbolo da simpatia ao Movimento Abolicionista (PAC, 2008/2009).

Há várias versões para o nome "Rocinha". A principal delas é que moradores da região vendiam frutas, verduras e legumes onde hoje é a praça Santos Dumont no bairro da Gávea, e quando lhes perguntavam de onde vinham os produtos, respondiam: "da minha rocinha" (PAC, 2008/2009).

Entre os anos de 1925 e 1926, foi realizado o loteamento das terras da fazenda Quebra-Cangalha pela Companhia Imobiliária Castro de Guidon. Porém, como o loteamento não contava com nenhuma infraestrutura urbana, foi considerado ilegal pela prefeitura (PAC, 2008/2009).

A partir da década de 1950, houve uma migração importante de nordestinos para o Rio de Janeiro, e muitos deles foram residir na Rocinha. Nas décadas de 1960 e de 1970, registrou-se uma nova expansão, motivada pelos projetos de abertura dos túneis Rebouças e Dois Irmãos, que contribuíram para uma maior oferta de empregos na região (PAC, 2008/2009).

A falta de infraestrutura, a construção de barracos de papelão, a degradação de áreas verdes, o crescimento desordenado, a distribuição de água através de bicas, entre outros problemas, provocou a organização do movimento comunitário que passou a reivindicar melhorias para a Rocinha junto ao poder público. A partir da década de 1970, a comunidade obteve os primeiros progressos: a implantação de creches, escolas, jornal

local, passarela, canalização de valas, agência de correios, região administrativa, etc. Os moradores mobilizaram-se para promover a canalização do valão. O primeiro posto de saúde, o CMS AS, como já mencionado anteriormente, foi criado em 1982 (WIKIPÉDIA, 2017).

Na década de 1980, a cocaína começou a ser comercializada no Brasil, e com isso teve início uma política que até hoje é responsável por um número elevado de homicídios no país: a guerra às drogas. A política de proibição dos narcóticos e os consequentes conflitos entre policiais e traficantes, somados à disputa por territórios entre os próprios traficantes, afetaram mortalmente as favelas do Rio, incluindo a Rocinha. Em termos do total de mortes registradas, foi um conflito de pequeno porte. Nas favelas, entretanto, os índices de homicídio eram comparáveis a países em guerra (GLENNY, 2016).

Em 2004, a guerra entre traficantes do Vidigal e da Rocinha resultou em movimentações da sociedade civil para buscar alternativas de enfrentamento aos problemas da Rocinha. A mobilização culminou com as obras do Programa de Aceleração do Crescimento, que tiveram início em 2008, e geraram ações de urbanização, acessibilidade, saneamento, construção de unidades habitacionais e novos prédios para abrigar serviços públicos como creche, o Complexo Esportivo da Rocinha, o Centro de Convivência, Comunicação e Cultura - C4 e o Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS), constituído pela UPA, a CF MSSS e o CAPS MSS (PAC, 2008/2009).

No dia 13 de novembro de 2011, uma grande operação conduzida pelas Forças Armadas do Brasil e pelas polícias do estado foi realizada com o objetivo de retomar o território das mãos dos traficantes de drogas, visando preparar o terreno para a instalação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) na Rocinha. Em 20 de Setembro de 2012, a comunidade passou a ser atendida pela 28ª UPP com o efetivo de 700 policiais (WIKIPÉDIA, 2017). Como escreveu Streit (2014) em sua dissertação, antes de 2011, as fronteiras da favela eram “cuidadas” por homens armados do tráfico; depois, passaram a ser “cuidadas” por homens armados da polícia. Contudo, Misha Glenny (2016) afirmou em sua biografia sobre Antonio Bonfim Lopes, o Nem da Rocinha, chefe do tráfico de drogas na comunidade e preso na operação mencionada, que a UPP não acabou com as armas e o tráfico de entorpecentes. A Polícia Militar controla a via principal - a Estrada da Gávea - e a grande área comercial na parte baixa da Rocinha. Mas, quanto mais distante dessas regiões, mais é possível encontrar membros da facção Amigos dos Amigos (ADA) muito bem armados.

Com a chegada da UPP, chegaram outros serviços, como a coleta de lixo para grande parte da população, mas chegou também com mais força a especulação imobiliária, gerando mais mobilidade populacional na Rocinha (STREIT, 2014).

## CAPÍTULO 5

### Resultados e Discussão

Selecionaram-se os pacientes com transtornos esquizofrênicos e delirantes e com transtorno bipolar do humor para serem estudados. Porém, diante do número reduzido de 17 pacientes com registro de diagnóstico de transtorno bipolar do humor, optou-se por avaliar apenas o percurso dos pacientes com esquizofrenia e outros transtornos delirantes (CID 10 F20 a F29). Este número seria reduzido para 15, caso se aplicasse o critério de idade igual ou superior a 18 anos, o que corresponde a uma porcentagem de 0,13% da população adulta, levando-se em conta o relatório de gestão de 2015 do CMS AS, em que 11.403 pessoas possuíam 20 anos ou mais. Esta porcentagem é muito inferior a prevalências do transtorno bipolar do humor descritas nas pesquisas. No estudo de Andrade (2012), verificou-se uma prevalência ao longo de 12 meses de 1.5% de transtorno bipolar do humor na população adulta da cidade de São Paulo. De acordo com alguns estudos, o transtorno bipolar do humor tem sido subdiagnosticado na APS (GUTACKER et al., 2015; SMITH et al., 2011). Para Smith et al. (2011), isto se deve a um erro comum de diagnóstico em que os pacientes com transtorno bipolar são diagnosticados com depressão unipolar. Em nosso meio, temos como hipótese uma outra justificativa: esses pacientes estariam subdiagnosticados devido ao uso frequentemente nocivo de substâncias, que acabam por mascarar o quadro. Entretanto, pesquisas seriam necessárias para testar esta hipótese.

Por outro lado, o número encontrado de pacientes com 18 anos ou mais com esquizofrenia ou transtornos delirantes, classificados pelo CID 10 como F20 a F29, foi 94, o que representa uma porcentagem de 0,82% da população adulta, valor este muito próximo ao 1% descrito como prevalência populacional esperada na literatura para esquizofrenia (MARI; LEITÃO, 2000). Este número foi superior ao encontrado por Hetlevik et al. (2015), em que 0,4% dos pacientes de um grupo de pessoas de 25 a 60 anos foi diagnosticado com esquizofrenia pelos médicos generalistas noruegueses estudados por ele.

## 5.1. Características Gerais dos Pacientes

Os 94 pacientes do CMS AS estudados apresentam uma distribuição igual entre os sexos, de 1:1, o que está de acordo com levantamentos epidemiológicos analisados por Mari e Leitão (2000), que não verificaram diferenças consistentes na prevalência da esquizofrenia entre os sexos.

Para verificar se os pacientes do estudo vivem por menos tempo quando se compara com a população geral como a literatura tem apontado para os pacientes com TMG (HETLEVIK et al., 2015; TRACHTENBERG et al., 2014), construiu-se a pirâmide etária dos mesmos e esta foi comparada à pirâmide etária da população geral cadastrada no CMS AS, como mostram os gráficos 1 e 2.

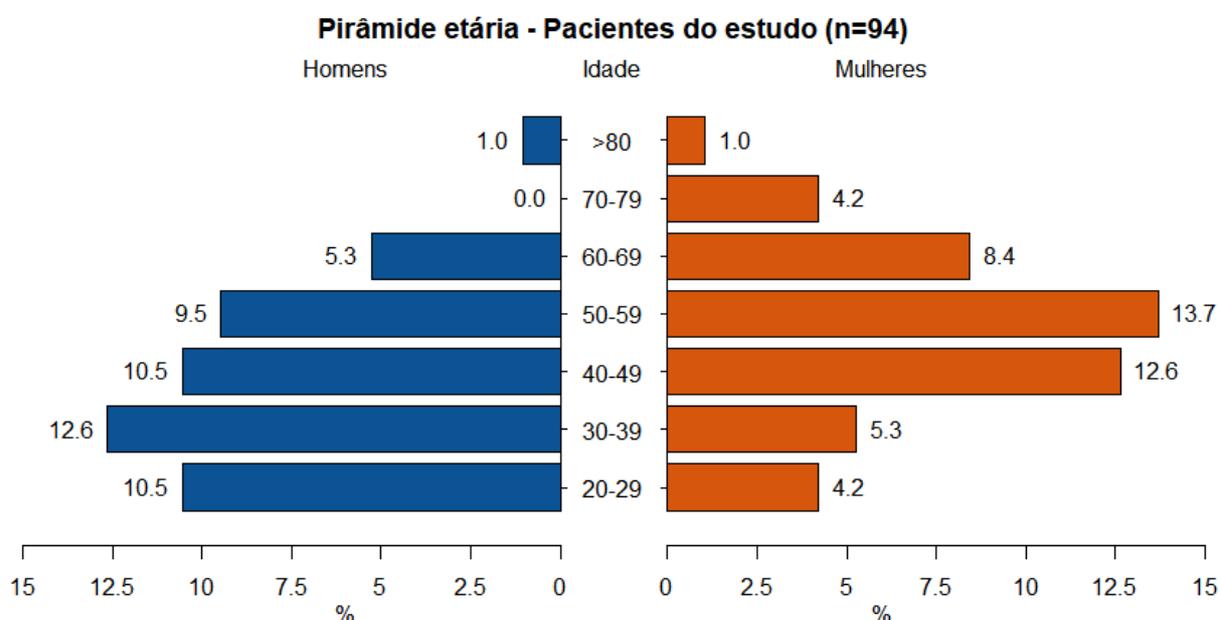
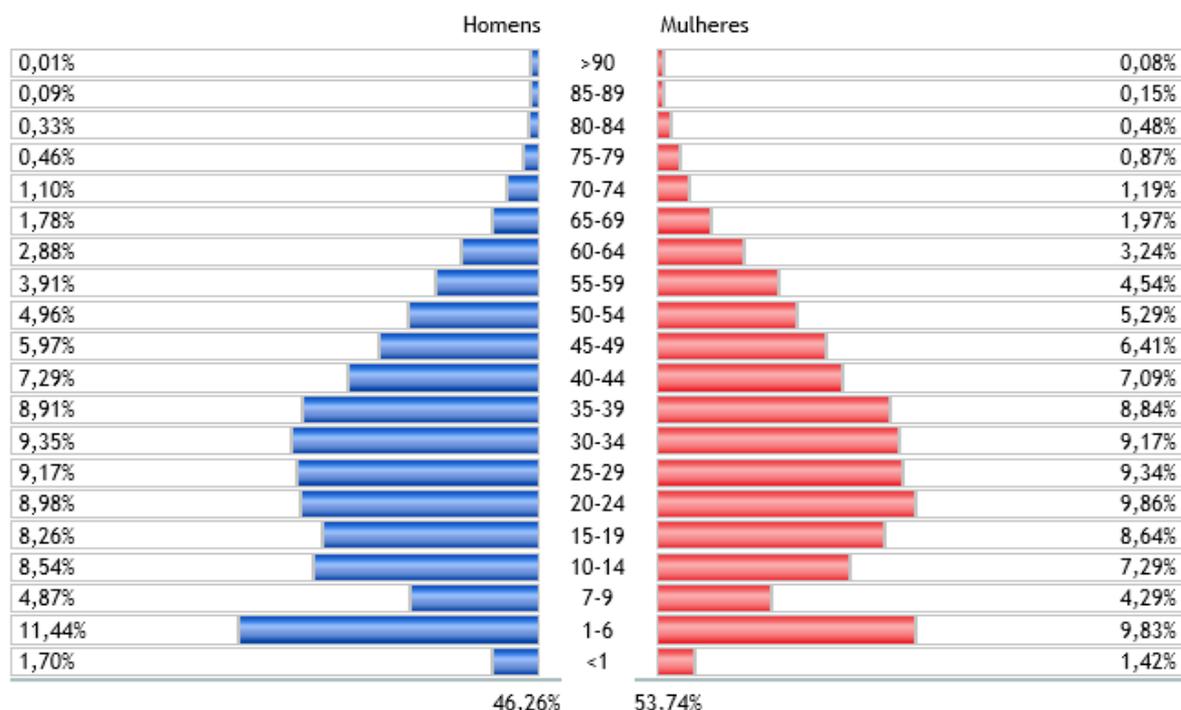


Gráfico 1: Distribuição dos 94 pacientes do estudo por idade e sexo na data de 31 de dezembro de 2016.

Se considerarmos apenas a população com 20 anos ou mais da pirâmide etária da população total cadastrada no CMS AS, tem-se que 43.4% desta tem 60 anos ou mais. Somando-se as porcentagens dos pacientes do estudo com 60 anos ou mais, conclui-se que representam 19.9% da população com diagnóstico de transtornos esquizofrênicos e delirantes, o que significa menos que a metade da população geral desta faixa etária. Assim, pode-se aventar a hipótese de que os pacientes da análise vivem menos que a população geral.

**Gráfico 2 - Pirâmide Etária da população cadastrada do CMS AS**



Fonte: Accountability do CMS AS de 2016

A distribuição das pessoas analisadas por equipe ou por área de moradia (ver figura 1) do CMS AS encontra-se na tabela 3. Levou-se em conta a população cadastrada de cada equipe, e para calcular a população adulta, considerou-se que esta representa em média  $\frac{2}{3}$  da população total.

Na tabela 3, "sem equipe" refere-se às pessoas que foram desvinculadas das equipes por terem mudado de território, por óbito ou ainda por terem sido atendidas apenas com um cadastro transitório. Verifica-se ser este o maior grupo, o que caracteriza um vínculo menor desses pacientes com a unidade. Sabe-se que há uma elevada mobilidade interna na Rocinha (STREIT, 2014), porém não foi possível obter esses dados da população geral, e assim comparar com os dados desta amostra. Este tema será retomado a partir de outros dados mais adiante.

Entre as equipes, a distribuição dos casos é mais ou menos homogênea, exceto pela equipe Macega, cuja porcentagem de pacientes é menor que a metade demais: Macega tem 5% dos casos, enquanto Atalho, que é a segunda com menor número de casos, tem

### Detecção de esquizofrenia por Área / Equipe

Área / Equipe	População adulta cadastrada (1)	Número de pessoas diagnosticadas (2)	% dos cadastrados com diagnóstico (3)=(2)/(1)	Intervalo de confiança de (3) a 95% (4)
Laboriaux	1692	14 (15%)	0.82%	[0.38%-1.26%]
Atalho	1345	10 (11%)	0.74%	[0.32%-1.16%]
199	2503	16 (17%)	0.64%	[0.32%-0.96%]
Cesáreo	1925	12 (13%)	0.62%	[0.26%-0.98%]
Vilas	2325	11 (12%)	0.47%	[0.19%-0.75%]
Macega	1636	5 (5%)	0.30%	[0.03%-0.57%]
Sem equipe	-	26 (27%)	-	-
Total	11.426	94 (100%)	-	-

**Tabela 3** - Pessoas com diagnósticos de transtornos esquizofrênicos e delirantes registrados nos prontuários por área/equipe do CMS AS: (1) população adulta cadastrada; (2) número absoluto e porcentagens entre parênteses dos pacientes diagnosticados do total dos 94 pacientes do estudo; (3) porcentagens dos pacientes diagnosticados do total da população adulta cadastrada, isto é (2) dividido por (1); (4) intervalos de confiança da porcentagem dos pacientes diagnosticados a 95%.

11%. No entanto, é preciso levar em conta a população adulta cadastrada de cada área ou equipe, para se analisar as porcentagens dos casos diagnosticados em relação à população (terceira coluna da tabela 3). Assim, ressaltam-se os casos extremos da equipe Laboriaux, com 0.82%, resultado este próximo à prevalência esperada na população; e o caso da equipe Macega, com 0.30%, que significa uma detecção inferior a  $\frac{1}{3}$  do esperado. Macega é a área cuja população apresenta maior vulnerabilidade social, o que pode ser corroborado por seu maior número de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família: 210, seguida pelas equipes Cesáreo (160); 199 (128); Laboriaux (115); Vilas (112); Atalho (92), segundo os dados do Accountability de 2016 do serviço. De acordo com o artigo de Tizón et al. (2009) da revisão bibliográfica desta pesquisa, que encontrou uma prevalência de esquizofrenia e outros transtornos delirantes em um bairro de Barcelona com maiores fatores psicossociais de risco duas vezes mais elevada que outro bairro da mesma cidade, seria de se esperar que a equipe Macega tivesse, portanto, um número de casos detectados superior aos demais, e não o contrário. Uma

possível explicação para esta constatação seria a alta rotatividade de médicos de família nesta equipe, muito maior que nas demais, o que prejudica a detecção dos casos: de 2011 a 2016, 9 médicos trabalharam na equipe Macega; 6 médicos na equipe 199; 4 na equipe Vilas; 3 na equipe Laboriaux e 2 tanto na equipe Cesáreo quanto Atalho, segundo informações colhidas no CMS AS. Um dos fatores já mencionados na revisão bibliográfica brasileira deste estudo para a rotatividade de profissionais na APS é justamente a vulnerabilidade social da população atendida (CAMPOS et al., 2011; BONFIM et al., 2013).

Entretanto, a diferença entre as equipes não é estatisticamente significativa. Isso se observa nos valores dos intervalos de confiança dos estimadores de proporção da população cadastrada com transtornos esquizofrênicos e delirantes (coluna 4 da tabela 3).

A distribuição dos pacientes de acordo com seus diagnósticos pelo CID 10 de transtornos esquizofrênicos e delirantes que foram encontrados no CMS AS está descrita na tabela 4. Dos pacientes que receberam diagnósticos de transtornos esquizofrênicos e delirantes, 84 receberam o diagnóstico de esquizofrenia, a grande maioria, portanto. Destes, o subtipo mais diagnosticado foi esquizofrenia paranóide (F20.0) com 40 casos.

Entre os 52 pacientes em que foi possível colher nos prontuários as informações sobre o ano de início dos sintomas e o ano de início do tratamento, seja nos serviços analisados ou em quaisquer outros, observou-se que em média este tempo foi de 1.94 ano, tendo por mínimo 0, isto é, o tratamento teve início no mesmo ano em que começaram os sintomas, e máximo 18 anos. A mediana foi de 0 ano, tendo sido tratados no mesmo ano em que surgiram os sintomas 57.7% dos pacientes com as informações compatíveis. Tais resultados foram semelhantes aos encontrados por Naqvi et al. em 2009 no Paquistão: 14.8 meses de duração para psicose não tratada. Em seu artigo, Naqvi et al. (2009) citam o estudo de Norman et al. (2004) que apresentou uma variação da estimativa de tempo de psicose não tratada de 22 a 150 semanas.

Já analisando o ano de entrada no CMS AS e o registro do diagnóstico psiquiátrico das 94 pessoas que compõem o estudo, viu-se que o tempo médio entre estes dois eventos foi de 1.12 ano, com mínimo de 0 ano e máximo de 5 anos, sendo a mediana de 1 ano. Do total, 45.7% pacientes tiveram seus diagnósticos psiquiátricos registrados no mesmo ano

## Diagnósticos pelo CID 10

Diagnóstico	Número de pacientes
F20.0	40
F20.1	1
F20.3	20
F20.5	4
F20.6	2
F20.8	2
F20.9	15
F22	1
F23	2
F25	3
F29	4

**Tabela 4** - Distribuição de pacientes por diagnóstico: F20.0 - esquizofrenia paranóide; F20.1 - esquizofrenia hebefrênica; F20.3 - indiferenciada; F20.5 - esquizofrenia residual; F20.6 - esquizofrenia simples; F20.8 - outras esquizofrenias; F20.9 - esquizofrenia não especificada; F22 - transtornos delirantes persistentes; F23 - transtornos psicóticos agudos e transitórios; F25 - transtornos esquizoafetivos; F29 - psicose não orgânica não especificada.

em que iniciaram acompanhamento neste serviço, seja clínico e/ou psiquiátrico.

Serão analisadas a seguir as características do acompanhamento dos pacientes nos serviços da pesquisa.

### 5.2. Acompanhamento dos Pacientes nos Serviços de Saúde

Dos 94 pacientes com transtornos esquizofrênicos ou delirantes estudados, todos têm prontuário no CMS AS, uma vez que a seleção dos mesmos foi feita neste serviço, e, em relação aos demais serviços, verificou-se a distribuição apresentada na tabela 5.

Os dados revelam a importância histórica do IMPP no cuidado dos pacientes com esquizofrenia ou transtornos delirantes: 70.2% desses pacientes têm prontuário nesta

## Proporções de Prontuários e Pacientes por Serviço

Serviço de Saúde	Número de prontuários	Proporção de prontuários/ total prontuários analisados (n=219)	Proporção do total de pacientes com prontuários em cada serviço (n=94)
CMS AS	94	43.0%	100%
IMPP	66	30.1%	70.2%
CAPS MSS	45	20.5%	47.8%
IPUB	12	5.4%	12.7%
CMS PCR	2	0.09%	2.1%

**Tabela 5** - Números e proporções de prontuários e de pacientes em cada serviço de saúde. Ex: No CAPS MSS, há 45 prontuários que foram analisados, que representam 20.5% do total de prontuários (n=219). Do total de pacientes do estudo (n=94), 47.8% têm prontuário no CAPS MSS.

instituição. Ressalta-se que, até o presente momento deste estudo, o IMPP continua sendo a grande emergência psiquiátrica da Área Programática (AP) 2.1, e provavelmente de toda a cidade. As ambulâncias do SAMU precisam conduzir os pacientes em crise desta área programática para este hospital e só depois estes são transferidos para os CAPS. Isto vai de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que preconiza que as emergências psiquiátricas sejam em Hospitais Gerais, o que é um plano já antigo da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde: transferir a emergência psiquiátrica do IMPP para o Hospital Municipal Miguel Couto, o que até hoje não foi possível. O IPUB, com 12.7% dos pacientes analisados tendo realizado algum tipo de tratamento nesta instituição universitária, seja por internação ou acompanhamento ambulatorial, reforça o papel da assistência dos hospitais psiquiátricos de referência para o território estudado. Ao somarmos os pacientes com prontuários em ambos os hospitais psiquiátricos, sejam os que o possuem em apenas um deles ou nos dois, verifica-se que são 67 pacientes, o que representa 71.2% do total. Este número é muito próximo dos 70.2% do IMPP, o que permite que se conclua que a maioria dos pacientes do IPUB também acessaram em algum momento o IMPP.

Entretanto, para melhor compreensão acerca do cuidado em saúde mental aos pacientes deste estudo, é preciso verificar em que serviços foram acompanhados ambulatorialmente.

### Pacientes em acompanhamento ambulatorial

Serviço de saúde	Número de acompanhados ambulatorialmente	Proporção acompanhados ambulatorialmente
CMS AS	58	61.7%
IMPP	46	49.0%
CAPS MSS	45	47.8%
IPUB	8	8.5%
CMS PCR	2	2.1%

**Tabela 6** - Número e proporção de pacientes acompanhados ambulatorialmente por serviço

Os serviços comunitários já aparecem com uma relevância significativa na assistência psiquiátrica, liderados pela ESF no CMS AS, tendo realizado o acompanhamento de 61.7% dos pacientes, além dos cuidados clínicos, como será visto mais adiante (ver tabela 6). O CAPS MSS foi responsável pelo seguimento de 47.8% deles, número muito próximo ao IMPP: 49.0%. O ambulatório de psiquiatria do CMS PCR aparece como o serviço menos utilizado, com apenas 2.1% dos casos, o que sugere que este tipo de serviço não tenha um papel tão relevante no cuidado de pacientes com TMG. Só será possível, contudo, verificar se há uma mudança no padrão de utilização desses serviços, se os serviços hospitalares estão de fato sendo substituídos pelos serviços comunitários, observando-se a evolução deste acompanhamento ao longo dos anos, o que será feito mais adiante neste estudo. De todo modo, já é possível afirmar que o serviço que realizou o acompanhamento psiquiátrico da maioria dos pacientes do estudo foi o CMS AS, com 61.7% dos casos.

Para se saber com que frequência os pacientes do estudo são atendidos pela ESF, utilizou-se o ano de 2016 para contabilizar consultas e visitas realizadas por esses profissionais. Durante esse período, 72 pacientes estavam em acompanhamento.

Na primeira coluna da tabela 7, está a distribuição das frequências de atendimento por médico e enfermeiro da equipe, e na segunda coluna, a distribuição das frequências de atendimento realizados pelos ACS do CMS AS. Utilizou-se o artigo de Hetlevik et al. (2015), já citado na revisão bibliográfica, para comparação dos dados, embora as

## Distribuição de Pacientes por Frequência de Atendimentos em 2016

Atendimentos em 2016	Pacientes atendidos por médicos e enfermeiros	Pacientes atendidos por ACS
Nenhum	20.8%	29.1%
De 1 a 4	36.1%	37.5%
De 5 a 8	11.1%	12.5%
De 9 a 12	12.5%	9.7%
Mais que 12	19.4%	11.1%

**Tabela 7** - Distribuição dos pacientes atendidos por médicos, enfermeiros e ACS do CMS AS por número de atendimentos em 2016. Ex: 11.1% dos pacientes foram atendidos entre 5 e 8 vezes por médicos ou enfermeiros em 2016.

categorias de número de consultas não sejam as mesmas, e este tenha levado em conta apenas os atendimentos dos médicos generalistas.

É importante considerarmos que o maior grupo é o de pacientes que foram atendidos de 1 a 4 vezes ao longo do ano estudado, tanto por médicos e enfermeiros da ESF, quanto pelos ACS: 36.1% e 37.5%, respectivamente. Outro achado importante são os 20.8% que não tiveram nenhum atendimento com médico ou enfermeiro em 2016, número este bastante próximo aos 17% de Hetlevik et al. (2015). Os demais resultados são também semelhantes. O próprio autor do artigo considera as frequências de atendimentos reduzidas, propondo como hipóteses explicativas a possibilidade de outros profissionais terem uma maior responsabilidade por muitos desses pacientes ou muitos terem um acompanhamento abaixo do ideal pelos serviços de saúde em geral (HETLEVIK et al., 2015). No presente estudo, pode-se questionar se alguns pacientes estavam em acompanhamento em outros serviços, sobretudo no CAPS MSS, ou podem simplesmente ter abandonado o tratamento no período.

Um dado relevante no contexto do CMS AS e da maioria das unidades de saúde do Rio de Janeiro é a obrigatoriedade de prescrição mensal de psicotrópicos. Portanto, os pacientes que têm suas medicações psiquiátricas prescritas no CMS devem ter ao menos 12 atendimentos registrados no ano. Assim, é possível levantar a hipótese de que os quase 20% de pacientes que tiveram mais que 12 atendimentos sejam acompanhados

exclusivamente pela ESF e com boa adesão ao tratamento.

Verifica-se que os ACS atendem os pacientes com esquizofrenia e transtornos delirantes com frequências muito semelhantes às dos médicos e enfermeiros juntos, o que aponta para a importância de seu papel no cuidado dos mesmos, como ressaltaram Modesto e Santos (2007). Os pacientes mais graves exigem visitas frequentes, pois em alguns de seus projetos terapêuticos singulares (PTS) às vezes é incluído o fornecimento de medicação oral supervisionada, como no esquema *DOTS* de tratamento, que é realizado para tuberculose (FORTES et al., 2014).

Apesar de se saber que a expectativa de vida de pessoas com TMG é mais de 20 anos menor que a da população geral, até o presente momento não há dados claros de que haja um melhor prognóstico de saúde física para estes pacientes nos serviços de base comunitária, ou que haja um decréscimo nessa disparidade da mortalidade (THORNICROFT; TANSELLA, 2013). Para analisar o cuidado clínico que tem sido realizado pelo CMS AS em relação aos pacientes da pesquisa, foram escolhidos algumas comorbidades clínicas e verificou-se se estas estavam sendo tratadas em 2016.

### Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Clínicas

	Hipertensão	Diabetes	Dislipidemia	Obesidade	Outras comorbidades
Sem diagnóstico	70.8%	88.8%	91.6%	94.4%	44.4%
Diagnosticado e não tratado	2.6%	-	1.3%	1.3%	-
Tratado	26.3%	11.1%	6.9%	4.1%	55.5%

**Tabela 8** - Percentual de pacientes diagnosticados e tratados por comorbidade clínica em 2016 no CMS AS. Ex: Dos 72 pacientes em acompanhamento no CMS AS em 2016, 26.3% tinham diagnóstico de hipertensão arterial e receberam tratamento em 2016; 2.6% tinham o diagnóstico e não receberam tratamento em 2016 e 70.8% não tinham este diagnóstico.

A tabela 8 demonstra claramente que a maioria dos 72 pacientes que seguiam em acompanhamento pelo CMS AS ao longo de 2016 que tiveram comorbidades clínicas diagnosticadas estavam recebendo tratamento para as mesmas.

De acordo com Schmidt et al. (2009), a população geral brasileira apresenta prevalências de hipertensão arterial e diabetes de 21.6% e 5.3%, respectivamente. No Rio de Janeiro, são de 24.8% e 5.9%. A proporção de pacientes hipertensos do estudo foi de quase 29%,

um pouco superior, portanto, à prevalência da população geral. Já a proporção dos pacientes diagnosticados com diabetes foi quase o dobro da prevalência na população geral: 11.1%. Destes, 100% estavam em tratamento em 2016, e quase todos estavam sendo tratados para a hipertensão. Pelletier et al. (2015), como foi visto na revisão bibliográfica, atribuíram o risco maior de pacientes com esquizofrenia desenvolverem certas comorbidades clínicas a fatores ligados a estilo de vida, como falta de atividade física, uso de álcool ou tabaco, demora em procurar atendimento médico, acesso reduzido à APS, em parte por falta de uma investigação completa e por habilidades de comunicação limitadas. Alguns autores destacaram sobretudo o risco associado ao uso de antipsicóticos de segunda geração de causar ou exacerbar vários distúrbios metabólicos (HETLEVIK et al., 2015; SERNYAK, 2007; GOFF, 2007; MEYER, 2007). No estudo de Hetlevik et al. (2015), 8.5% dos pacientes com esquizofrenia tinham o diagnóstico de diabetes, o que significava na época 3.5 vezes mais que a população geral norueguesa, e 2.0% tinham hipertensão. Mai et al. (2011a) encontraram a prevalência de 9.3% para diabetes e Folsom et al. (2006), números mais próximos ao desta pesquisa: 31% para hipertensão 14% para diabetes. No caso do artigo de Hetlevik et al. (2015), ressalta-se que as prevalências de ambas as doenças na população geral são muito inferiores às encontradas no Brasil. Em pesquisa bibliográfica feita por Mogadouro et al. (2009) de artigos sobre mortalidade e esquizofrenia de 1997 a 2007, não foram encontrados dados sobre hipertensão arterial em pacientes com esquizofrenia no Brasil.

Os resultados para obesidade e dislipidemias foram distintos: em 27 cidades brasileiras pesquisadas, a frequência de adultos obesos foi de 17,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Já a prevalência de qualquer tipo de dislipidemia no estudo de Garcez et al. (2014) na população total paulistana foi de 59,74%. Esses números foram muito maiores que os 5.4% e 8.2% encontrados para obesidade e dislipidemias, respectivamente, nesta pesquisa. Isto provavelmente se deve ao menor cuidado com o registro desses diagnósticos, o que não quer dizer necessariamente que não estejam sendo feitos, e as comorbidades monitoradas e tratadas. Para esta e outras análises, foram pesquisados como os pacientes foram avaliados ou não através de exames físicos e laboratoriais, de acordo com suas comorbidades: pacientes com e sem o diagnóstico de hipertensão arterial que tiveram sua pressão arterial aferida em 2016; se os pacientes diabéticos e não diagnosticados para diabetes tiveram suas glicemias solicitadas; se foram solicitados lipidogramas para os que tinham dislipidemia ou não e se os que receberam diagnóstico

de obesidade e os que não, tiveram o peso medido. Os resultados podem ser observados na tabela 9.

### Avaliação Clínica de Comorbidades

	Pressão arterial aferida	Glicemia aferida	Lipidograma	Peso medido
Diagnosticados	90.4%	87.5%	83.3%	100%
Sem diagnóstico	31.3%	34.3%	33.3%	50%

**Tabela 9** - Porcentagens de pacientes com ou sem diagnóstico de comorbidades que foram avaliados clinicamente no CMS AS em 2016. Ex: 90.4% dos pacientes diagnosticados com hipertensão arterial tiveram sua pressão arterial aferida e 31.3% dos pacientes que não tinham este diagnóstico tiveram a pressão arterial aferida em 2016.

Assim, viu-se que para 33.3% dos pacientes sem diagnóstico de dislipidemias foi solicitado lipidograma em 2016 e para 50% daqueles sem diagnóstico de obesidade foi medido o peso. As porcentagens de pacientes diagnosticados com as comorbidades clínicas analisadas que foram avaliados clinicamente por exame físico ou laboratorial ao longo do ano foram altas, variando de 83.3% a 100%.

Verificou-se, portanto, que em sua maioria os pacientes estão sendo avaliados e tratados para estas comorbidades clínicas.

Com o intuito de se avaliar se o matriciamento de psiquiatria está capacitando os profissionais da ESF para a detecção dos casos de transtornos esquizofrênicos e delirantes, conferiu-se as proporções de diagnósticos registrados por cada categoria profissional, como descrito na tabela 10.

### Registro de diagnósticos por profissional

Profissional	Número de diagnosticados	Proporção dos diagnosticados
Psiquiatra NASF	46	48.9%
Médico ESF	45	47.8%
Enfermeiro ESF	3	3.2%

**Tabela 10** - Número e proporção de diagnósticos registrados por categoria profissional.

Observa-se que os médicos registraram os diagnósticos dos pacientes com transtornos esquizofrênicos e delirantes ao longo dos 6 anos analisados praticamente na mesma

proporção que a psiquiatra do NASF, que na maioria das vezes o fez na presença ou do médico ou do enfermeiro da equipe em consulta conjunta. Já os enfermeiros fizeram o registro apenas de 3 casos, porém tal função não é esperada para esta categoria profissional.

### Diagnósticos registrados por ano - CMS AS

	Número de diagnósticos	Proporção dos diagnósticos
2011	6	6.3%
2012	23	24.4%
2013	22	23.4%
2014	18	19.1%
2015	16	17.0%
2016	9	9.5%

**Tabela 11** - Número e proporção de diagnósticos registrados por ano.

Percebe-se um aumento significativo dos diagnósticos realizados de 2011 para 2012 (ver tabela 11), o que pode ser justificado em parte pelo início do prontuário eletrônico no CMS AS, que ocorreu apenas em maio de 2011, mas também pela implantação do matriciamento de psiquiatria em janeiro de 2012. A partir de 2014, nota-se um declínio no registro de diagnósticos, que é mais acentuado de 2015 para 2016. Pode-se inferir que este resultado seja um efeito de saturação, uma vez que ao longo dos anos a detecção dos casos foi se aproximando da prevalência esperada para a esquizofrenia.

Para se avaliar se os médicos passaram a diagnosticar mais os casos de esquizofrenia com o matriciamento de psiquiatria ao longo dos anos, separaram-se os registros dos diagnósticos por categoria profissional por ano.

Nota-se que a distribuição de 2012 a 2016 dos registros dos diagnósticos é bastante semelhante entre os médicos ESF e a psiquiatra do NASF, contudo em 2015 a psiquiatra registrou mais que o quádruplo de diagnósticos quando comparado aos registrados pelos médicos (ver tabela 12). Isto poderia ser devido ao absenteísmo e rotatividade mais elevados que poderiam ter ocorrido neste ano por parte dos médicos das equipes. Entretanto, averiguou-se que houve estabilidade da rotatividade dos médicos no CMS AS de 2011 a 2015, e em 2016 esta foi consideravelmente superior. Quanto ao absenteísmo,

## Diagnósticos registrados por categoria profissional e ano - CMS AS

	Médicos ESF	Psiquiatra NASF	Enfermeiros ESF
2011	6	-	0
2012	13	10	0
2013	11	9	2
2014	8	9	1
2015	3	13	0
2016	4	5	0

**Tabela 12** - Número de casos registrados por categoria profissional por ano.

não foi possível verificar. De todo modo, como já explicitado, as consultas de psiquiatria aqui consideradas em sua imensa maioria foram interconsultas da psiquiatra geralmente com os médicos das equipes e com menor frequência, com seus enfermeiros. Isto significa que os profissionais da ESF estão participando da maioria das consultas em que o diagnóstico dos transtornos é feito, da abordagem ao paciente durante a entrevista psiquiátrica e da elaboração de seu PTS.

Quando o CAPS MSS iniciou seu trabalho na Rocinha em 2010, recebeu logo em seu primeiro ano muitos pacientes oriundos de vários serviços de saúde, sobretudo do IMPP. Verificou-se que o maior afluxo de pacientes cadastrados no CMS AS ao CAPS foi justamente nesse ano, de acordo com a tabela 13.

Levando-se em conta a informação deste número de pacientes que iniciaram acompanhamento no CAPS MSS em 2010, pode-se questionar se os pacientes detectados pelo CMS AS teriam vindo por encaminhamentos do CAPS. Para isso, conferiu-se em que ano essas 14 pessoas tiveram seus diagnósticos registrados no CMS AS (ver tabela 14).

Embora a maior concentração dos 14 pacientes que iniciaram tratamento no CAPS MSS em 2010 tenham tido seus diagnósticos registrados no CMS AS em 2012 e 2013, anos estes em que houve maior concentração desses registros, a distribuição praticamente homogênea ao longo de 2012 a 2015 parece descartar a hipótese de que a maior parte

dos diagnósticos registrados no CMS AS tenham sido feitos devido a encaminhamentos do CAPS para a ESF.

### Início de acompanhamento por ano - CAPS MSS

	Número de pacientes que iniciaram acompanhamento no CAPS MSS (n=45)
2010	14
2011	4
2012	2
2013	8
2014	4
2015	8
2016	5

**Tabela 13** - Número de pacientes que iniciaram acompanhamento no CAPS MSS por ano.

### Diagnosticados no CMS AS entre os registrados no CAPS MSS em 2010

Ano de registro do diagnóstico	Médico ESF	Psiquiatra NASF
2011	0	-
2012	4	0
2013	4	1
2014	2	0
2015	1	2

**Tabela 14** - Número de diagnósticos registrados no CMS AS, por categoria profissional e ano, entre os pacientes que iniciaram acompanhamento no CAPS MSS em 2010 (n=14).

Estudos indicam que as pessoas com TMG fazem uso nocivo de substâncias com maior frequência que a população geral (DIXON; HOLOSHITZ; NOSSEL, 2016). Com o objetivo de saber se o mesmo ocorre com os pacientes da pesquisa e se o registro do uso de

substâncias tem sido feito nos serviços, foram obtidos os dados contidos nas tabelas 15 e 16.

### Pacientes não avaliados para uso de drogas

	2009	2016
Tabaco	86.5%	40%
Álcool	86.5%	74.6%
Maconha	86.5%	82.6%
Cocaína	83.7%	78.6%
Crack	86.5%	82.6%
Outras	86.5%	82.6%

**Tabela 15** - Porcentagens de pacientes que não foram avaliados quanto ao uso de substâncias em nenhum serviço em 2009 e 2016. Ex: em 2009 86.5% dos pacientes em acompanhamento não foram avaliados quanto ao uso de tabaco em nenhum serviço.

### Uso de substâncias por pacientes

	Acompanhados	Avaliados
Tabaco	26.6%	44.4%
Álcool	13.3%	52.6%
Maconha	5.3%	30.7%
Cocaína	9.3%	43.7%
Crack	0	0
Outras	1.3%	7.7%

**Tabela 16** - Porcentagens de pacientes cujo uso de substâncias foi detectado em 2016 em algum serviço: a primeira coluna entre o total de pacientes acompanhados e a segunda coluna somente entre os pacientes que foram avaliados quanto ao uso. Ex: entre os pacientes acompanhados, 13.3% tiveram o uso de álcool registrado e entre os pacientes que foram avaliados quanto ao uso de álcool, excluindo-se os não avaliados, 52.6% tiveram o uso de álcool registrado em 2016.

Na tabela 15, na primeira coluna, temos as porcentagens dos pacientes acompanhados em 2009 que não foram avaliados em nenhum serviço em relação ao uso de cada

substância; na segunda, as porcentagens dos pacientes acompanhados em 2016 que não foram avaliados quanto ao uso da substância em nenhum serviço. É importante lembrar que em 2009 os pacientes estavam em acompanhamento apenas nos hospitais psiquiátricos e em 2016, isto já praticamente não ocorria, e assim estão sendo avaliados os registros feitos principalmente no CMS AS, CAPS MSS e CMS PCR. Na categoria "outras" citada na última linha, registraram-se as drogas não discriminadas anteriormente ou quando havia registro de uso de drogas sem especificação.

Os números relativos aos pacientes que não foram avaliados nos anos mencionados são bastante semelhantes, apenas um pouco menores em 2016, exceto pela porcentagem referente ao tabaco, em que houve uma diferença significativa: os não avaliados caíram para menos da metade dos demais valores. Apenas 40% não foram avaliados quanto ao uso de tabaco. Este número menor se deve ao registro frequentemente sistemático pelos ACS do uso do tabaco, o que foi possível verificar nos prontuários.

Na tabela 16, na primeira coluna, tem-se as porcentagens do total de pacientes acompanhados em 2016 que foram registrados como fazendo uso da substância em algum serviço e na segunda coluna, as porcentagens do total de pacientes acompanhados em 2016 que foram registrados como fazendo uso da substância em 2016 em algum serviço, excluindo-se o grupo que "não foi avaliado" no período. Isto é, na segunda coluna tem-se as porcentagens de pacientes que fizeram o uso da substância apenas entre aqueles que foram avaliados em 2016 para esta questão. Alguns dos problemas ligados a este registro é o fato de que os profissionais, como vimos, não costumam perguntar sobre o uso de drogas e ainda quando o fazem e a resposta é negativa, frequentemente não registram que o paciente não as usa, ficando este paciente, portanto, no grupo dos "não avaliados". Assim, os valores mais próximos à realidade provavelmente se situam entre os valores da primeira e da segunda colunas da tabela 16.

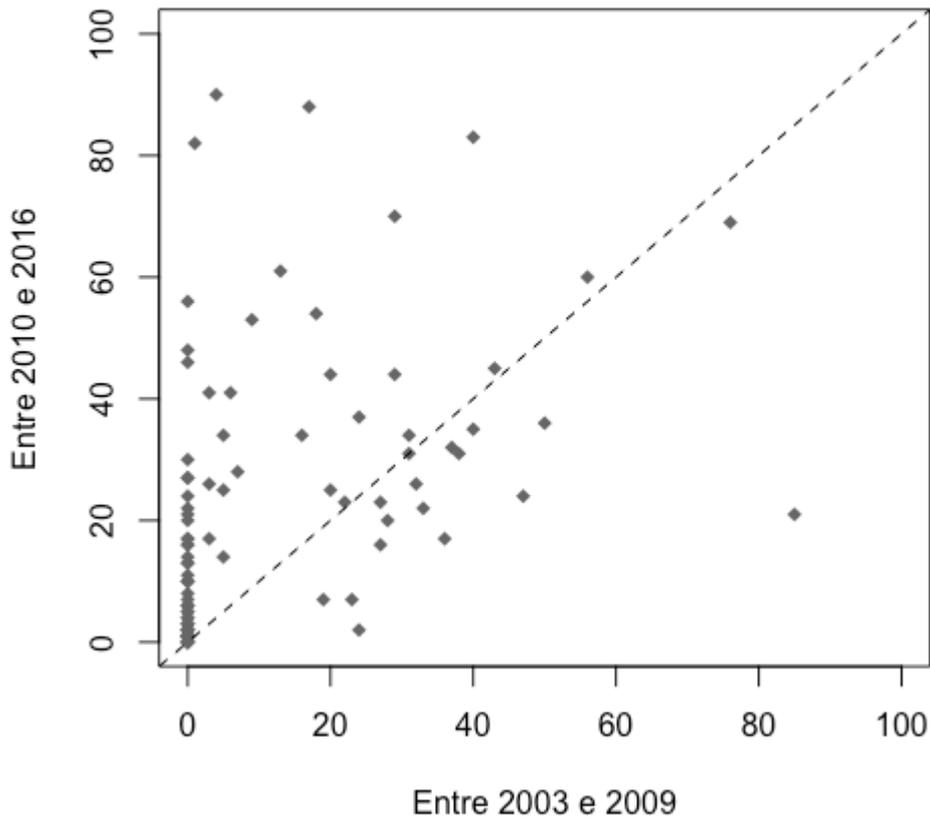
Os resultados encontrados indicam quão elevado é o uso de drogas pelos pacientes e parecem estar de acordo com a literatura: na dissertação de Vainer (2016), 30.5% dos pacientes que estiveram no acolhimento noturno do CAPS João Ferreira relataram fazer uso de drogas; no artigo de Dixon, Holoshitz e Nossel (2016), afirma-se que estudos apontam para um uso de substâncias por pessoas com TMG muito superior ao de pessoas sem o transtorno, e comorbidade de transtorno por uso de substância de 50 a 60% entre as pessoas com esquizofrenia. O uso do tabaco pelos pacientes também é

muito elevado em relação ao da população geral brasileira, cuja frequência de adultos fumantes foi de 11,3% em 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A exceção de nossa pesquisa é o crack: não houve referência de nenhum paciente que o usasse em 2016. Isto provavelmente se deve ao fato de que se sabe que a prevalência de seu uso é baixa, de 0.7% ao longo da vida segundo o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil (CARLINI et al., 2006) e esta droga não é comercializada na Rocinha, pois a ADA tem por política não vendê-la nos territórios sob seu domínio.

Buscou-se analisar como evoluiu a quantidade de atendimentos realizados pelos psiquiatras dos serviços da pesquisa de 2003 a 2016. Assim, separaram-se os números de atendimentos realizados por psiquiatras, excetuando-se os realizados em internações, acolhimentos noturnos ou na emergência do IMPP, em dois períodos: 2003 a 2009, em que só havia consultas psiquiátricas no IPUB e IMPP, e 2010 a 2016, em que se contabiliza este tipo de atendimento nos 5 serviços estudados. Contudo, neste segundo período houve uma redução significativa do papel dos hospitais psiquiátricos no acompanhamento desses pacientes, como será discutido mais aprofundadamente no próximo tópico. Com esses dados, foi feito o gráfico 3.

Conclui-se que o número de consultas psiquiátricas por paciente é superior no segundo período para a maioria dos pacientes. Vários pacientes só tiveram atendimentos com psiquiatra, excetuando-se em internações e emergências, a partir de 2010, como é possível observar pela concentração de pontos na linha de zero atendimento entre 2003 e 2009. No primeiro período, a concentração maior dos pontos está em até cerca de 50 atendimentos, enquanto no segundo até 80 atendimentos, ou seja, 1.6 vez maior aproximadamente. Alguns casos cujo padrão parece destoar da maioria podem ser discutidos, como é o caso da paciente com 85 consultas no primeiro período e 21 no segundo. Trata-se de uma paciente muito grave que foi acompanhada ambulatorialmente pelo IMPP desde 2002 intensivamente, com várias e longas internações, e iniciou acompanhamento no CAPS MSS em 2010. Frequenta pouco o CAPS desde então, e seu acompanhamento é feito sobretudo pelo CMS AS, que assumiu as aplicações quinzenais de haldol decanoato e seu ACS leva as medicações orais semanalmente com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso. Um outro paciente teve 76 consultas no primeiro período e 69 no segundo. Era atendido no IMPP desde 2003, sendo encaminhado ao CMS AS mais tardiamente que a maioria, apenas em 2014, pois resistiu a ser desvinculado deste hospital. Só após algumas visitas domiciliares feitas pela equipe

### Número de consultas psiquiátricas por paciente



**Gráfico 3** - Cada paciente (n=94) é representado por um losango cinza representando o número total de consultas efetuadas com um médico psiquiatra (soma de todos os serviços de saúde analisados) entre 2003 e 2009 (abscissas) e entre 2010 e 2016 (ordenadas). A linha pontilhada à 45° representa a igualdade entre o número de atendimentos nos dois períodos. Os pacientes que se encontram acima/abaixo da linha tiveram mais/menos atendimentos entre 2010 e 2016 do que entre 2003 e 2009.

ESF com a psiquiatra do NASF, aceitou fazer seu acompanhamento psiquiátrico nesta unidade. Foi acompanhado nas interconsultas psiquiátricas, totalizando 19 atendimentos com a psiquiatra matriciadora de 2014 a 2016. Os outros 50 atendimentos do segundo período foram realizados no ambulatório do IMPP de 2010 a 2014. Não foi atendido no CAPS MSS no período analisado. Outra paciente apresentou somente 4 consultas no primeiro período e teve o maior número de consultas no segundo: 90, todas realizadas no IMPP. Não fez acompanhamento psiquiátrico no CMS AS. Seu cadastro nesta unidade foi feito em 2014 e finalizado no mesmo ano, pelo motivo de não residir mais no território de abrangência. Seu acompanhamento no IMPP foi realizado na UTA até 2016, o último ano de análise deste estudo. Como já foi descrito anteriormente, o ambulatório da UTA foi

definitivamente fechado muito mais tardiamente que o ambulatório geral do IMPP, apenas em 2018.

A quantidade de atendimentos registrados nos prontuários por profissionais de saúde mental, exceto psiquiatra, também foi analisada, comparando-se sua realização em 2009 no IMPP e IPUB, e em 2016 no CMS AS, CMS PCR e CAPS MSS. Não foram contabilizados atendimentos realizados em internações, acolhimentos noturnos e na emergência do IMPP.

### Atendimentos por Profissional de Saúde Mental não Médico

Atendimentos	Hospitais 2009	Serviços Comunitários 2016
Nenhum	50	86
De 1 a 4	1	19
De 5 a 8	-	6
De 9 a 12	-	1
Mais que 12	1	8

**Tabela 17** - Número de prontuários de pacientes atendidos por profissional de saúde mental não médico em Hospitais 2009 (IMPP e IPUB) e Serviços Comunitários 2016 (CMS AS, CAPS MSS, CMS PCR). Foram excluídos atendimentos realizados em internações, acolhimentos noturnos e na emergência do IMPP. Ex: em 2009, havia registro de 1 a 4 atendimentos por profissional de saúde mental não médico em 1 prontuário de um dos hospitais psiquiátricos; em 2016, havia registro de 1 a 4 atendimentos por profissional de saúde mental não médico em 19 prontuários dos serviços comunitários.

Na tabela 17, percebe-se uma quantidade mínima de apenas 2 de 52 prontuários de pacientes que estavam em acompanhamento nos hospitais psiquiátricos em que houve registro de atendimentos ambulatoriais por profissionais de saúde mental em 2009, apontando para um modelo médico-centrado. Sabe-se também que os profissionais de saúde mental, excetuando-se médicos e enfermeiros, registram pouco seus atendimentos. Já ao se avaliar os serviços de base territorial, tem-se que em 34 de 120 prontuários havia o registro de atendimentos deste tipo, o que indica a maior participação de outros profissionais além do psiquiatra no cuidado desses pacientes, ressaltando o trabalho da equipe multiprofissional.

Quanto à participação em grupos terapêuticos, excetuando-se grupos de recepção, em 2009, apenas 3.2% do pacientes o fizeram em 2009 no IMPP e no IPUB, enquanto 30.8% deles participaram em 2016 nos 5 serviços pesquisados, ou seja, quase 10 vezes mais. Pode-se concluir que os serviços comunitários valorizam mais as abordagens grupais,

além de a participação dos pacientes ser mais facilitada nesses serviços, por serem próximos de suas residências, uma vez que os grupos geralmente são semanais.

Em relação ao término do acompanhamento dos pacientes nas unidades, este foi registrado em 128 dos 219 prontuários analisados, ou 58.4% do total. Quanto aos 91 prontuários restantes, ou os pacientes seguem acompanhados nas unidades respectivas, ou a finalização de seu acompanhamento não ficou claramente registrada. Sua distribuição entre os serviços pode ser conferida na tabela 18.

### Término de Acompanhamento por Serviço

Serviços	Número de prontuários por serviço	Número de prontuários com registro de término de acompanhamento	Percentual de prontuários encerrados
CMS AS	94	31	32.9%
CAPS MSS	45	21	46.6%
IMPP	66	65	98.4%
IPUB	12	11	91.6%
TOTAL	217	128	-

**Tabela 18** - Número e percentual de prontuários encerrados por serviços.

Os 2 prontuários do CMS PCR não foram computados na tabela 18 porque os dois pacientes seguem em acompanhamento neste serviço.

É importante compreender quais foram os motivos para a finalização do acompanhamento dos pacientes nos serviços avaliados.

Pode-se verificar nas tabelas 18 e 19 o enfraquecimento do modelo hospitalocêntrico com o esvaziamento dos "hospícios" ao constatar-se que 98.4% dos pacientes que foram acompanhados no IMPP o deixaram de ser, sendo encaminhados para outro serviço em 73.8% dos casos, enquanto no IPUB os números foram semelhantes, apontando para o mesmo processo: 91.6% tiveram seus prontuários encerrados e 54.5% foram encaminhados. O encaminhamento para outras unidades foi a principal razão para a conclusão do seguimento dos pacientes nos dois hospitais psiquiátricos, bem como no CAPS MSS também, com 42.9% dos casos. Já no CMS AS, a principal razão registrada foi a mudança de endereço das pessoas, com 35.5%, o que traz à tona uma característica

## Motivos de Término de Acompanhamento

	CMS AS (n=31)	CAPS MSS (n=21)	IMPP (n=65)	IPUB (n=11)
Mudança endereço	35.5% (11)	4.8% (1)	-	-
Sem registro	22.6% (7)	38.1% (8)	4.6% (3)	-
Óbito	19.4% (6)	14.3% (3)	-	-
Encaminhamento	9.7% (3)	42.9% (9)	73.8% (48)	54.5% (6)
Não reside na área	6.5% (2)	-	-	-
Alta por abandono	3.2% (1)	-	16.9% (11)	27.3% (3)
Alta psiquiátrica	3.2% (1)	-	3.1% (2)	-
Evasão de internação	-	-	1.5% (1)	18.2% (2)

**Tabela 19** - Percentual de prontuários encerrados por motivo por serviço e número absoluto entre parênteses.

da ESF: a adscrição territorial da população. Isto significa que quando o paciente muda para uma área que não é coberta por aquela unidade de saúde da família, seu acompanhamento deve ser transferido para outra unidade. Como discutiu Streit (2014) em sua dissertação, em locais onde há intensa mobilidade populacional como na Rocinha, a adscrição territorial da população pode se tornar uma barreira a atributos da APS, sobretudo à longitudinalidade do cuidado e ao acesso.

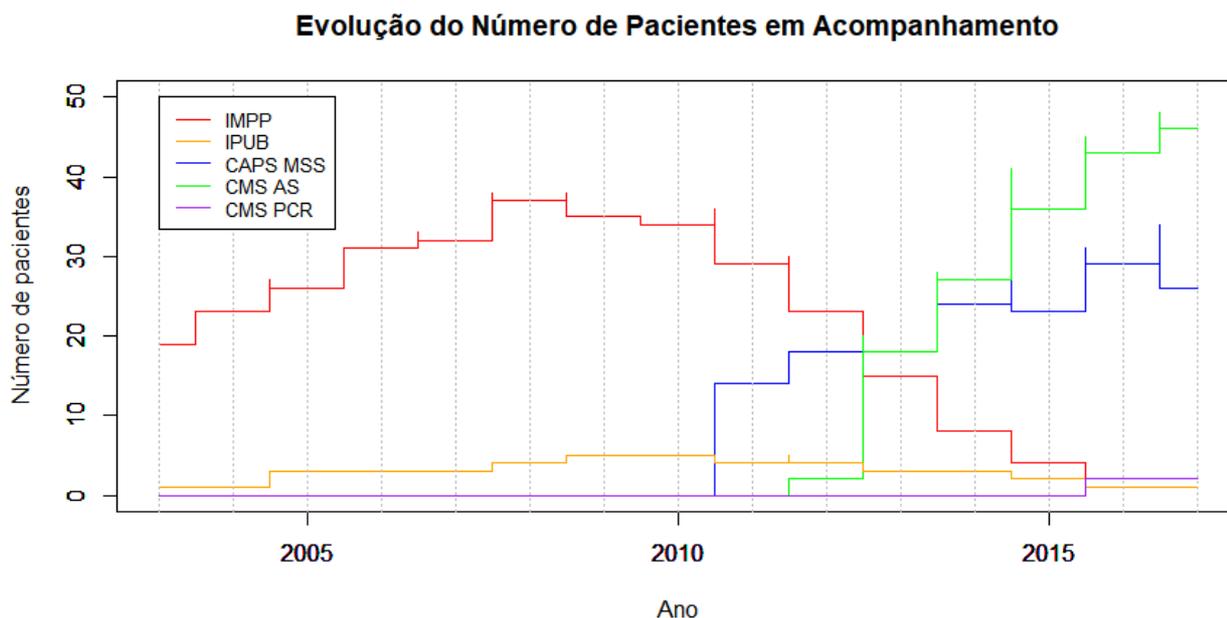
A alta por abandono corresponde à segunda causa do fim do acompanhamento dos pacientes em ambos os hospitais IMPP e IPUB, com 16.9% e 27.3%, respectivamente. O mesmo não ocorre com os dois serviços comunitários, CMS AS e CAPS MSS, uma vez que estes serviços têm como dever fazer a busca ativa dos pacientes que abandonam o tratamento. O único caso do CMS AS cujo acompanhamento psiquiátrico foi encerrado e considerado como "alta por abandono" foi o de uma pessoa que optou por fazer seu acompanhamento na rede privada.

Outro grupo que deve ser analisado e que se configurou como segundo maior motivo de término de acompanhamento, tanto no CMS AS como no CAPS MSS, é aquele justamente em que não foi possível identificá-lo, com 22.6% e 38.1%, respectivamente.

Isto pode ser resultado da baixa qualidade dos registros ou ainda exatamente de uma certa incoerência em se dar alta a pacientes que abandonaram o tratamento devido às características dos serviços de base territorial já apontadas. No CMS AS, há 4 pacientes entre os 94 que nunca aderiram a tratamento psiquiátrico algum, por mais que fossem feitas visitas domiciliares e algumas estratégias como abordagem familiar e *etc.* Dois deles permanecem vinculados a suas equipes. Nenhum dos quatro foi considerado em acompanhamento psiquiátrico pelo CMS AS e portanto não foram registrados "abandonos" em seus seguimentos, uma vez que não é possível abandonar o tratamento se nunca houve adesão.

### 5.3. A Reforma Psiquiátrica em Ação na Rocinha

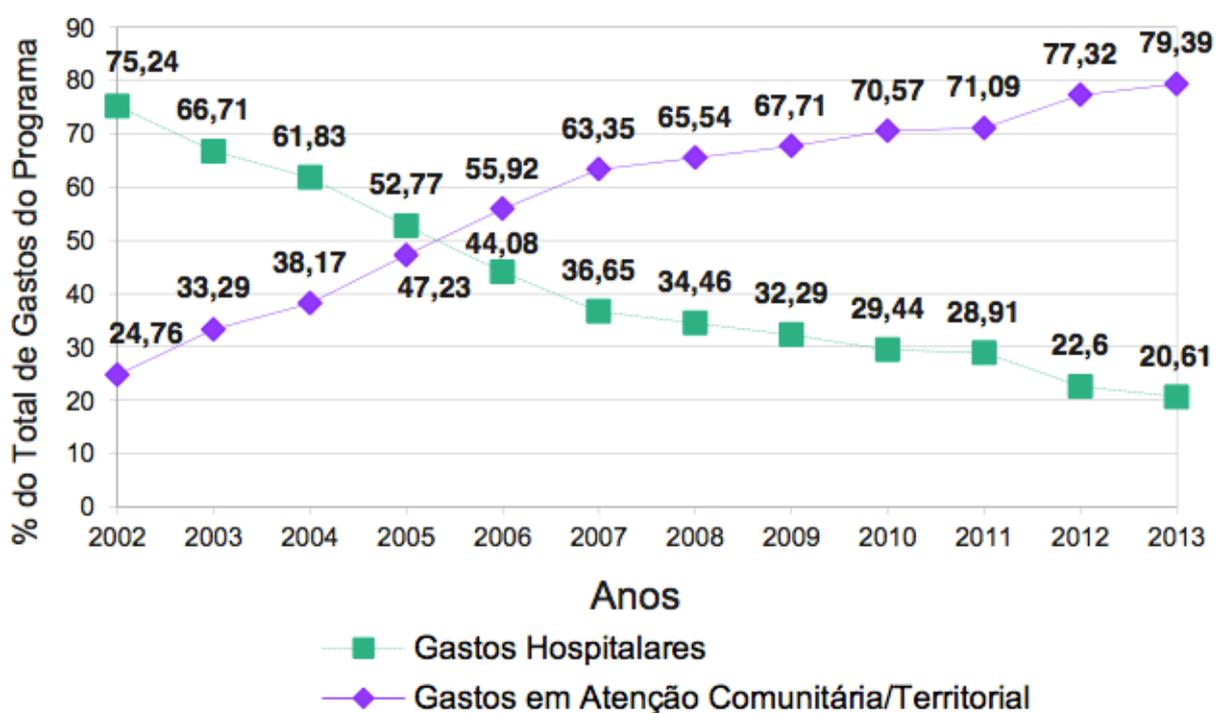
Já analisamos algumas características do acompanhamento dos pacientes em cada serviço de saúde mental do território, mas agora vamos avaliar a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado em serviços comunitários que é proposta pela Reforma Psiquiátrica. O gráfico 4 apresenta a evolução do acompanhamento em saúde mental, a partir do número de pacientes acompanhados por serviço ao longo do período analisado de 2003 a 2016.



**Gráfico 4** - Evolução do número de pacientes em acompanhamento ambulatorial (entre os 94 considerados no estudo) por serviço de saúde e durante o período de análise (2003-2016). Os picos no meio do ano mostram chegadas de pacientes compensada por saídas de antigos (queda imediata). As linhas pontilhadas em cinza se situam no dia 1 de Janeiro de cada ano.

Observa-se um número crescente de pacientes em acompanhamento psiquiátrico a partir de 2003, tanto no IMPP quanto no IPUB. Este número começa a decair muito no IMPP em meados de 2008, e 2 anos depois, no IPUB. Em 2016, o número de pacientes acompanhados nos hospitais psiquiátricos é próximo a zero. Com a implantação do CAPS MSS e do CMS AS, em 2010 e 2011, respectivamente, nota-se o número ascendente de casos acompanhados por estes serviços, que superam o número de pacientes acompanhados ambulatorialmente pelo IMPP em meados de 2012. Estes resultados corroboram a mudança da política pública de saúde mental do Brasil em que se passa a investir mais em serviços comunitários, superando os gastos hospitalares a partir de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), o que pode ser constatado no gráfico 5.

**Gráfico 5 – Inversão dos gastos (2002 a 2013)**

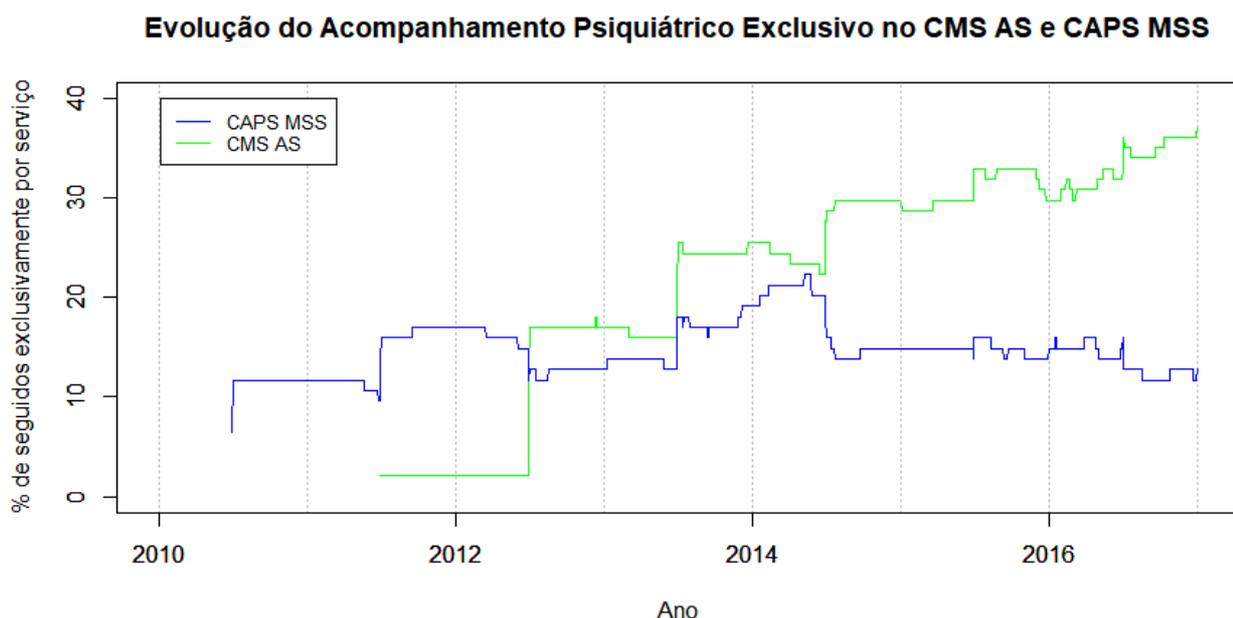


Fonte: Saúde Mental em Dados, BRASIL, 2015.

O investimento de recursos financeiros federais na expansão da rede substitutiva de atenção comunitária e territorial permitiu de fato a mudança de modelo no território da Rocinha poucos anos depois.

Outra informação importante representada no gráfico é o fato de que de 2013 em diante o número de pacientes acompanhados pelo CMS AS supera o número de pacientes do

CAPS MSS. Ambos os serviços mantêm uma relação muito próxima em que os casos são compartilhados em reuniões presenciais mensais, discussão de casos por celular e em grupo de whatsapp, visitas domiciliares conjuntas e atendimentos conjuntos. Os números refletem essa parceria no cuidado: dos 49.145 dias de acompanhamento dos pacientes do CMS AS, apenas em 7.176 dias, ou em 14,6% do tempo, este foi realizado exclusivamente pelo serviço. A média de tempo por paciente acompanhado somente pelo CMS AS foi de 22,2%. O gráfico 6 apresenta o percentual de pacientes acompanhados exclusivamente por cada um dos dois serviços.



**Gráfico 6** - Evolução do percentual de pacientes em acompanhamento exclusivo (entre os 94 considerados no estudo) no CMS AS e no CAPS MSS entre 2010 e 2016. Foram excluídos pacientes que estavam em abandono de tratamento (ausência por mais de 6 meses consecutivos). As linhas pontilhadas em cinza se situam no dia 1 de Janeiro de cada ano.

O percentual de casos acompanhados, exclusivamente, pelo CMS AS mantém um padrão ascendente, enquanto se observa uma certa estabilidade na porcentagem de casos do CAPS MSS. Em meados de 2012, o percentual de pacientes seguidos exclusivamente pelo CMS AS superou o percentual do CAPS MSS, como demonstra o gráfico 6. Vale lembrar estudos citados na revisão que apontam que 18 a 30% dos pacientes com TMG estão em acompanhamento exclusivo pela APS (REILLY et al., 2012; GUTACKER et al., 2015). Eram atendidos apenas na APS 30,8% dos pacientes com TMG ao longo de 12 meses, de acordo com a pesquisa de Reilly et al. (2012). No presente estudo, 44,4% dos 72 pacientes que estavam cadastrados no CMS AS ao longo de 2016 foram

acompanhados exclusivamente pelo mesmo, número este, portanto, superior ao percentual encontrado por Reilly et al. (2012). Tem-se ainda que 66.6% dos 48 pacientes que estavam em acompanhamento ambulatorial psiquiátrico no CMS AS nesse período foram acompanhados por este serviço exclusivamente. Dos 24 pacientes cadastrados restantes que não estavam em acompanhamento ambulatorial psiquiátrico no CMS AS durante 2016, 75% foram acompanhados por algum dos quatro demais serviços da pesquisa. E apenas 8.3% dos 72 pacientes cadastrados no CMS AS ao longo de 2016 não foram acompanhados ambulatorialmente em psiquiatria por nenhum dos 5 serviços, o que indica que a rede analisada na pesquisa tem possibilitado o acompanhamento psiquiátrico da grande maioria dos pacientes com transtornos esquizofrênicos e delirantes.

Após constatar que houve de fato a mudança de modelo proposta pela Reforma Psiquiátrica no território analisado da Rocinha, será avaliado qual foi seu impacto para a qualidade do cuidado em saúde mental para os usuários dos serviços da pesquisa.

#### **5.4. Avaliação da Mudança de Modelo a partir de 3 Indicadores: Abandono de Tratamento, Internação e Emergência**

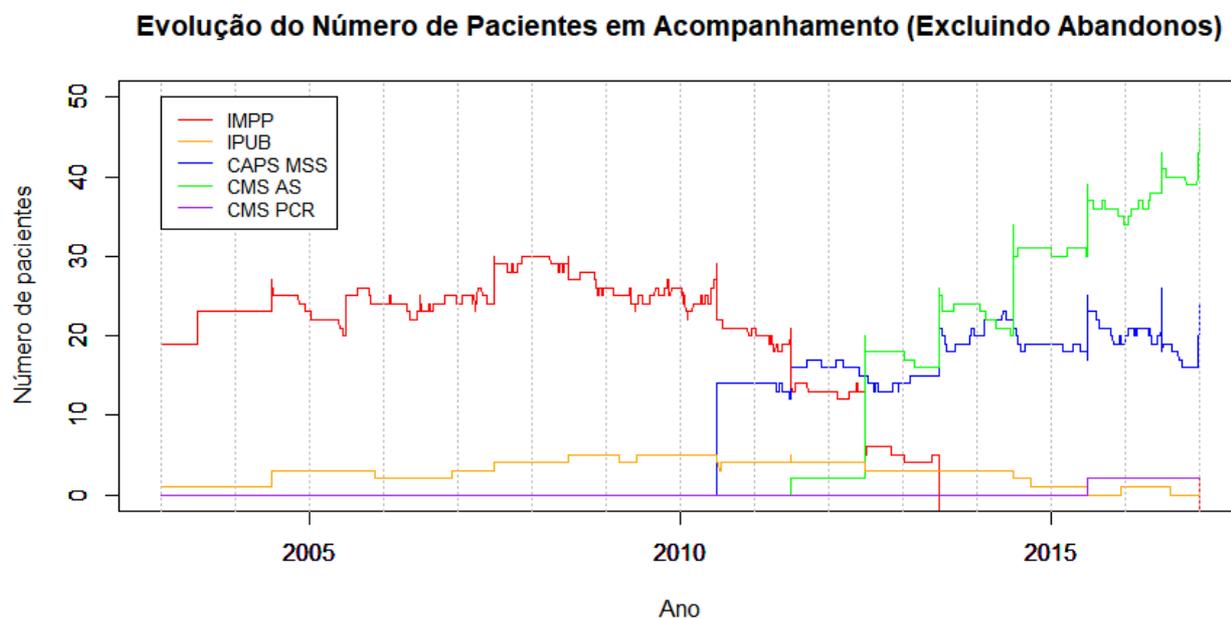
##### **5.4.1. Abandono de Tratamento**

O abandono de tratamento é um indicador importante para se avaliar a qualidade dos serviços. Entender os motivos que dificultam ou facilitam a adesão ao tratamento possibilita que estratégias sejam elaboradas para enfrentar de modo mais eficaz o problema do abandono.

Abandono de tratamento é aqui definido como um período, superior a 6 meses, em que o paciente não teve contato com o serviço, seja por não comparecimento às consultas, seja pela ausência de visitas domiciliares. Ambulatórios, como os do IMPP, IPUB e CMS PCR, tradicionalmente consideram que o paciente abandonou o tratamento quando este se ausenta por mais de 6 meses, arquivando o prontuário e declarando que houve "alta por abandono". Idealmente as consultas psiquiátricas são agendadas de 1 a 3 meses. Vale lembrar que "alta por abandono" não deve ser dada pelos CAPS e pelas unidades de

Saúde da Família. Esses serviços têm a responsabilidade de fazer a busca ativa do paciente que abandonou o tratamento. Quando a "alta por abandono" é dada, geralmente há processos mais ou menos burocráticos, de acordo com os serviços, para que o paciente retome seu acompanhamento.

O gráfico 7 apresenta o número de pacientes acompanhados ao longo de 2003 a 2016 por serviço, agora excluídos aqueles considerados em abandono.



**Gráfico 7** - Evolução do número de pacientes em acompanhamento ambulatorial (entre os 94 considerados no estudo) por serviço de saúde e durante o período de análise (2003-2016). Foram excluídos pacientes que estavam em abandono de tratamento (ausência por mais de 6 meses consecutivos). Os picos no meio do ano mostram chegadas de pacientes compensada por saídas de antigos (queda imediata). As linhas pontilhadas em cinza se situam no dia 1 de Janeiro de cada ano.

Observa-se um aplainamento das curvas de cada serviço no gráfico 7 quando comparado ao gráfico 4, em virtude dos abandonos de tratamento, menos acentuado no CMS AS. No caso do CMS PCR, não houve alteração, porque não houve abandono por seus dois pacientes no período.

Calcularam-se o número de abandonos e o tempo médio de abandono por serviço durante o acompanhamento ambulatorial de psiquiatria dos pacientes no período estudado de 2003 a 2016, como é possível observar na tabela 20. O CMS PCR não foi incluído nos cálculos referentes a abandono, pois sua amostra de apenas 2 pacientes é muito pequena e ambos não abandonaram o acompanhamento por mais de 6 meses.

## Número de abandonos e tempo médio de abandono por serviço

	Número de abandonos	Tempo médio de abandono
CMS AS	11	296 dias
CAPS MSS	25	206 dias
IMPP	50	276 dias
IPUB	04	229 dias

**Tabela 20** - Número de abandonos e tempo médio de abandono por serviço. Abandono é definido como um período de 6 meses durante o qual o paciente não tem contato com o serviço de saúde. O número de dias de abandono, utilizado para o cálculo do tempo médio de abandono, é contabilizado a partir dos 6 meses de ausência de contato com os serviços.

O CMS AS, tendo o maior número de pacientes em acompanhamento ambulatorial psiquiátrico (58, como se viu na tabela 6), apresentou um número menor de abandonos se comparado ao CAPS MSS e IMPP, porém seu tempo médio de abandono foi o maior entre os serviços analisados, com 296 dias.

Calculou-se o tempo médio do período analisado em que houve abandono de tratamento pelos pacientes em acompanhamento de acordo com os serviços, exceto pelo IPUB e CMS PCR, por possuírem amostras muito pequenas. Assim, foram obtidas as taxas de abandono dos outros serviços e os intervalos de confiança.

### Taxas de abandono por serviço

	Taxa de abandono	Intervalo de confiança (99%)
CMS AS	10.8%	[10.5% - 11.1%]
CAPS MSS	14.1%	[13.8% - 14.5%]
IMPP	14.0%	[13.8% - 14.3%]

**Tabela 21** - Taxas de abandono por serviço (média no período de análise) e intervalo de confiança a 99% do estimador da taxa de abandono média.

De acordo com os resultados expostos na tabela 21, tem-se que 10% é o tempo médio do período analisado em que houve abandono dos pacientes em acompanhamento no CMS AS e 14% tanto no CAPS MSS quanto no IMPP. Ou seja: de 100 pacientes, 10 estão em abandono no CMS AS e 14 no CAPS MSS e IMPP. Portanto, as taxas de abandono do CAPS MSS e do IMPP são 1.4 maiores que a do CMS AS.

Levando-se em conta a totalidade do período de observação (CMS AS: 46 meses, CAPS

MSS: 69 meses, IMPP: 110 meses), a taxa de abandono no CMS AS é significativamente inferior às taxas do CAPS MSS ( $p\text{-valor} < 2.2e-16$ ) e do IMPP ( $p\text{-valor} < 2.2e-16$ ). Por outro lado, a diferença entre as taxas de abandono do CAPS MSS e do IMPP não aparece como estatisticamente significativa ( $p\text{-valor} = 0.4974$ ).

A princípio, são resultados que surpreendem e ao se refletir sobre hipóteses acerca das diferenças nas taxas de abandono, procurou-se averiguar se não se deveriam ao fato de que em teoria as unidades de Saúde da Família acompanham os casos menos graves. Para verificar tal hipótese, calcularam-se as taxas de abandono para cada serviço dos mesmos pacientes acompanhados e também dos pacientes acompanhados simultaneamente pelos serviços, como se observa nas tabelas 22 e 23.

### Taxas de abandono CMS AS vs CAPS MSS

	Pacientes que passaram por ambos serviços (i)	Pacientes em períodos de acompanhamento conjunto (ii)
CMS AS	13.6%	11.9%
CAPS MSS	24.0%	23.2%

**Tabela 22** - Taxas de abandono por serviço. Pacientes em comum no CMS AS e CAPS MSS (i) independente do período e (ii) em acompanhamento conjunto.

### Taxas de abandono IMPP vs CAPS MSS

	Pacientes que passaram por ambos serviços (i)	Pacientes em períodos de acompanhamento conjunto (ii)
IMPP	14.1%	26.8%
CAPS MSS	13.8%	6.5%

**Tabela 23** - Taxas de abandono por serviço. Pacientes em comum no IMPP e CAPS MSS (i) independente do período e (ii) em acompanhamento conjunto.

Nota-se que quando se selecionam os mesmos pacientes que foram acompanhados tanto no CMS AS e no CAPS MSS, descartando-se assim as diferenças de gravidade do transtorno, a taxa de abandono do CMS AS aumenta para 13.5%, mas a do CAPS MSS aumenta ainda mais, para 24%, sendo quase o dobro da do CMS AS. Para avaliar ainda se as diferenças não seriam originadas por momentos distintos de vida dos pacientes, estes foram selecionados nos momentos em que estavam fazendo acompanhamento

conjunto em ambos os serviços. No caso do CMS AS e do CAPS MSS, os números pouco se alteraram: 12% e 23%. Já no caso do CAPS MSS e do IMPP, as taxas pouco se alteraram ao se fazer a seleção dos pacientes em comum: CAPS MSS com 13.7% e IMPP com 14%; mas divergiram bastante quando selecionamos os pacientes que fizeram acompanhamento em ambos os serviços no mesmo período: a taxa do CAPS reduziu para 6.5% enquanto a do IMPP aumentou para 26.8%, talvez em decorrência de que o período comum de acompanhamento de seus pacientes coincida com o período em que o IMPP estava no processo de encaminhamento de seus pacientes para o CAPS.

Assim, as características que parecem ser diferenciais do CMS AS no acompanhamento dos pacientes com transtornos esquizofrênicos, que fazem com que suas taxas de abandono sejam inferiores às dos demais serviços, é a busca ativa através das visitas domiciliares realizadas pela ESF, uma relação mais próxima com a comunidade e o papel do ACS no cuidado (FORTES et al., 2014). A forte presença dos ACS no território e a relação mais horizontal que estabelece com os pacientes por pertencerem a meios culturais e sociais semelhantes permitem que sejam acessados mais rapidamente que os demais profissionais de saúde e possam sinalizar para a equipe quando o paciente apresenta agravamento do quadro ou não está fazendo o tratamento adequado. Visitas domiciliares não são realizadas geralmente por ambulatórios tradicionais de saúde mental, como o do IMPP. O CAPS deve realizar as visitas, no entanto suas atribuições no tocante ao atendimento à crise, entre outras, frequentemente prejudicam que as façam na medida do necessário. É importante ressaltar, como afirmaram Patel et al. em seu estudo de 2007, que as taxas de abandono de tratamento por portadores de transtornos esquizofrênicos são elevadas e a adesão ao acompanhamento nos serviços de saúde são inadequados em todos os países em qualquer nível de desenvolvimento. Reneses et al. (2009) afirmaram em seu artigo que as taxas de abandono de serviços psiquiátricos por pacientes ambulatoriais variam de 20 a 60%. Essa ampla variação pode ser atribuída a discrepâncias nas definições de abandono, a diferenças na composição da amostra, aos locais em que o fenômeno é analisado e aos desenhos dos estudos. Em seu estudo, a definição de abandono baseou-se na ausência de contato com o serviço de saúde mental por mais de 6 meses. As taxas encontradas variaram de 28.9% a 51.4% entre os 4 serviços estudados (RENESES et al., 2009). Outros artigos encontraram taxas de abandono dentro da variação sugerida por Reneses et al. (2009): 39.2% (MELO; GUIMARÃES, 2005); 25.6% (RIBEIRO et al., 2012), 37.6% (SAGAYADEVAN et al., 2015).

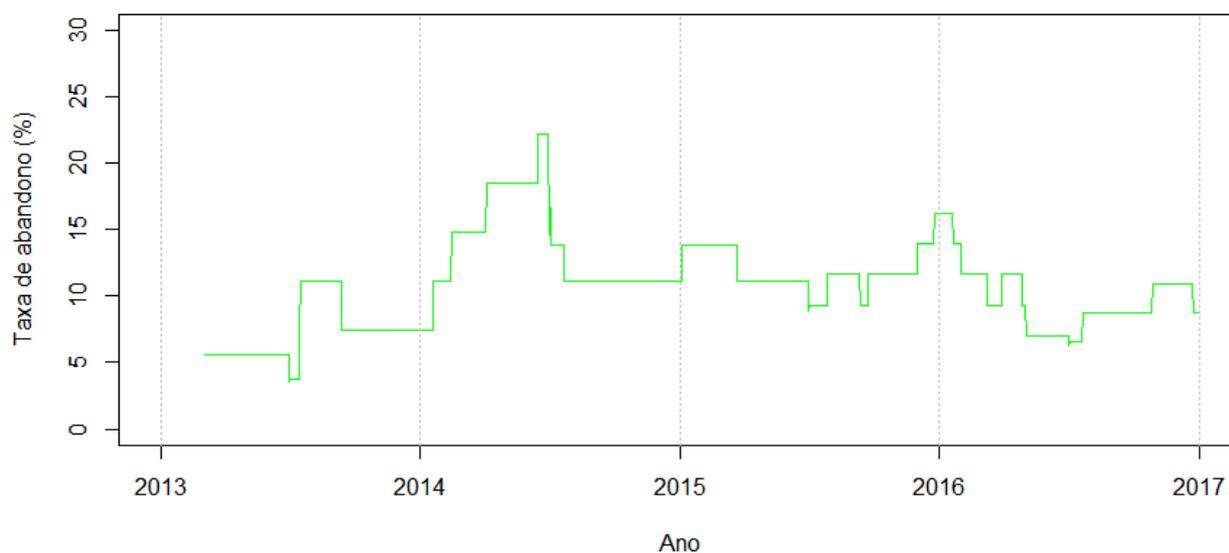
A exceção foi Villeneuve et al. (2010), que em sua meta-análise envolvendo 74 estudos, obtiveram uma taxa de abandono do tratamento psicossocial entre pacientes com esquizofrenia de 13%. Afirmam ainda que a taxa encontrada é muito inferior às taxas de abandono do tratamento farmacoterápico entre esses pacientes, cujo valor alguns estudos apontam para uma média de 42%. Apesar das diferenças de critérios para definir abandono de tratamento nos estudos, observa-se que as taxas encontradas nesta pesquisa são inferiores às encontradas na literatura.

Entre as causas ou fatores de risco identificados em algumas pesquisas para a ocorrência do abandono de tratamento, estão o uso de álcool ou drogas, não ter história de internação psiquiátrica anterior, residir fora da área de abrangência do serviço, não receber vale-transporte, vir ao serviço por demanda espontânea, contar com menos de quatro consultas ambulatoriais (MELO; GUIMARÃES, 2005), idade mais jovem, sexo masculino, pertencer a uma minoria étnica, baixo funcionamento social e início precoce da esquizofrenia (KREYENBUHL; NOSSEL; DIXON, 2009). Em nosso meio, deve ser incluída entre esses fatores a violência urbana, como será discutido mais amplamente adiante.

Dixon, Holoshitz e Nossel (2016) fizeram uma revisão de estratégias para aumentar a adesão ao tratamento baseadas em evidências: uso de eletrônicos e internet, a participação de pares no tratamento de saúde mental e a incorporação da Entrevista de Formulação Cultural para prover um cuidado centrado na pessoa culturalmente competente.

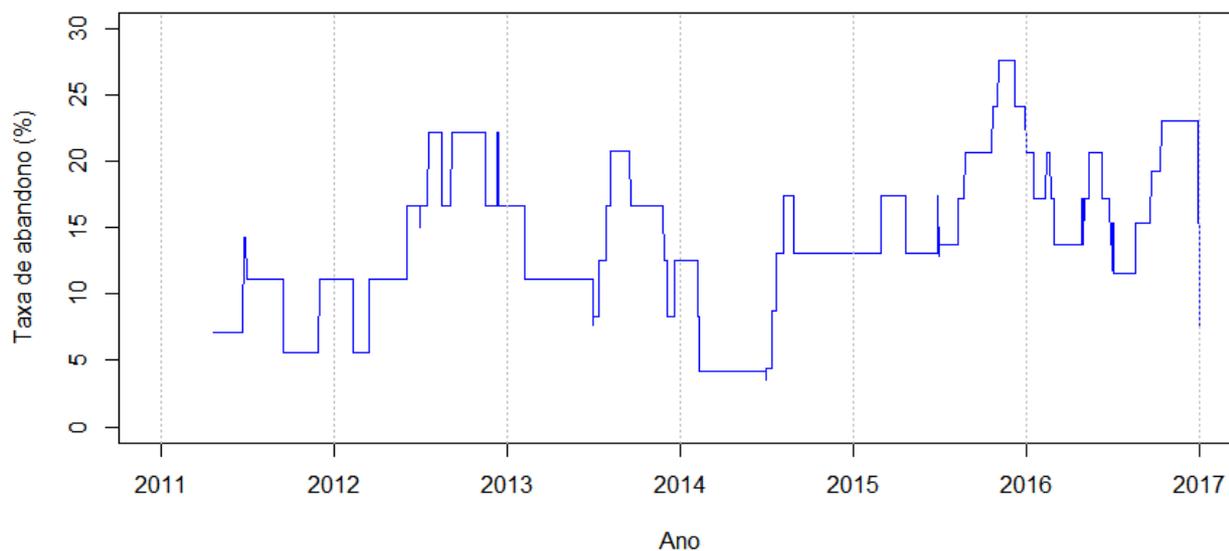
Nos gráficos 8, 9 e 10, encontram-se as taxas de abandono ao longo do período analisado do CMS AS, CAPS MSS e IMPP.

### Evolução da Taxa de Abandono no CMS AS



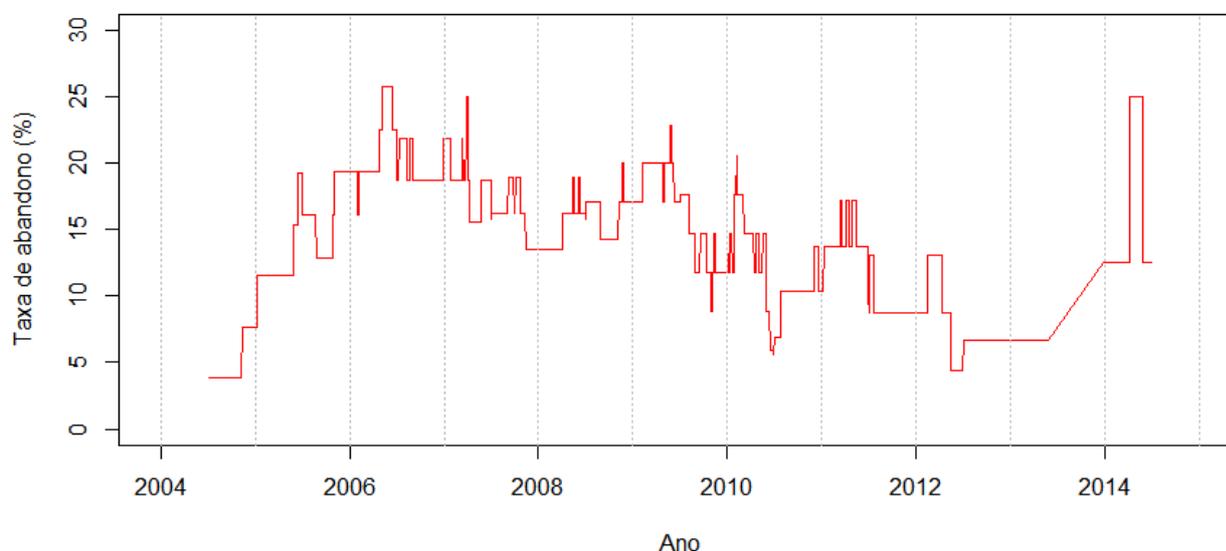
**Gráfico 8** - Evolução da taxa de abandono entre pacientes em acompanhamento exclusivo (entre os 58 considerados no estudo) no CMS AS entre 2013 e 2016. As linhas pontilhadas em cinza se situam no dia 1 de Janeiro de cada ano.

### Evolução da Taxa de Abandono no CAPS MSS



**Gráfico 9** - Evolução da taxa de abandono entre pacientes em acompanhamento exclusivo (entre os 45 considerados no estudo) no CAPS MSS entre 2011 e 2016. As linhas pontilhadas em cinza se situam no dia 1 de Janeiro de cada ano.

### Evolução da Taxa de Abandono no IMPP



**Gráfico 10** - Evolução da taxa de abandono entre pacientes em acompanhamento exclusivo (entre os 46 considerados no estudo) no IMPP entre 2004 e 2014. As linhas pontilhadas em cinza se situam no dia 1 de Janeiro de cada ano.

#### 5.4.2. Internações

Foram coletadas as datas das internações dos pacientes do estudo no IMPP e IPUB, bem como as datas em que ficaram em acolhimento noturno no CAPS MSS, de 2003 a 2016, obtendo-se assim os resultados indicados na tabela 24.

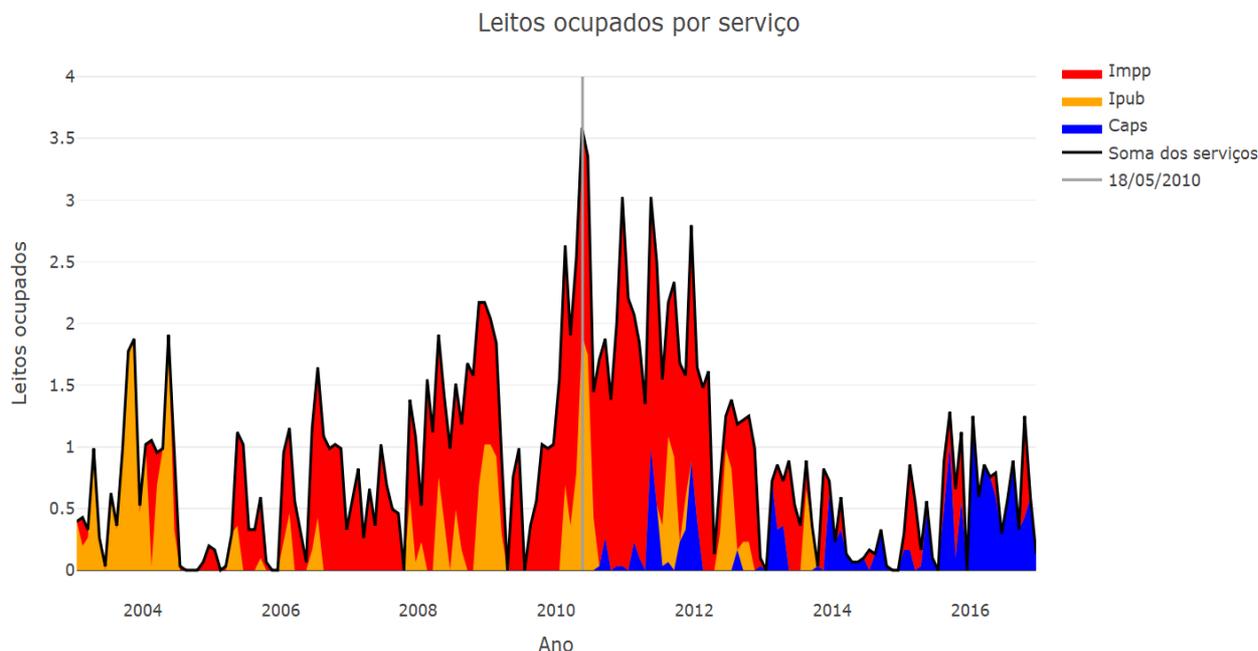
#### Internações entre 2003 e 2016 por serviço

	Número total	Duração média	Duração máxima
CAPS MSS	95	5.8 dias	44 dias
IMPP	115	27.1 dias	921 dias
IPUB	28	36.7 dias	120 dias

**Tabela 24** - Número total de internações, duração média e duração máxima.

O CAPS MSS, como já era esperado, apresenta acolhimentos noturnos mais curtos, enquanto o IPUB faz internações em média mais longas. No entanto, o IMPP apresentou a internação de maior duração máxima: 921 dias, referente a uma paciente muito grave

de longa permanência que voltou a morar em sua casa na Rocinha, sendo atualmente acompanhada pelo CMS AS e CAPS MSS, principalmente através de visitas domiciliares. Quanto ao número de internações, por um lado, o CAPS possui um número inferior de pacientes acompanhados em relação ao IMPP e superior ao IPUB, por outro é o serviço de implantação mais recente entre os três, participando apenas em metade do período analisado. É preciso, portanto, verificar o número de internações ao longo do tempo.



**Gráfico 11** - Gráfico de áreas empilhadas do número de leitos ocupados por dia (média mensal) por serviço de 2003 a 2016. A linha preta representa a soma de leitos ocupados pelos três serviços.

Percebe-se no gráfico 11 a existência de três padrões de número de leitos ocupados distintos no tempo: 2003 a 2006; 2007 a 2012 e 2013 a 2016.

O primeiro e o terceiro períodos não têm diferença estatisticamente significativa (conferir na tabela 25), ou seja, não houve redução de internações após a implantação dos serviços comunitários, se se contabilizarem os acolhimentos noturnos do CAPS entre as internações. Contudo, é importante enfatizar as diferenças entre internação e acolhimento noturno. Vainer (2016), em sua dissertação, cita a descrição do procedimento Acolhimento Noturno no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), na portaria nº 854/2012:

## Internações por períodos

	Média de leitos ocupados	Intervalo de confiança (99%)
Antes: 2003 - 2006	0.62	[0.39 - 0.86]
Transição: 2007 - 2012	1.40	[1.12 - 1.69]
Depois: 2013 - 2016	0.49	[0.32 - 0.65]

**Tabela 25** - Número médio de leitos ocupados por dia em três períodos e intervalo de confiança a 99% do estimador de média para cada período. Os intervalos de confiança correspondem às médias + ou - 3 desvios-padrões do estimador de média. O desvio-padrão do estimador de média corresponde ao desvio-padrão do número de leitos ocupados durante o período dividido pela raiz quadrada do número de dias no período ( $\sigma/\sqrt{n}$ ).

Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias (BRASIL, 2012 apud VAINER, 2016).

Experiências já consolidadas indicam que o CAPS III, que funciona 24 horas por dia e dispõe de leitos para acolhimento noturno, é capaz de prover cuidado de maneira a prescindir na maioria dos casos da internação (VAINER, 2016), o que também constatamos nesta pesquisa. Contudo, frequentemente o recurso do acolhimento noturno é utilizado, como se viu no gráfico 11. As vantagens do acolhimento noturno em relação às internações em hospital psiquiátrico são muitas: a continuidade do cuidado pela equipe de referência, intervenções mais focadas na integralidade do sujeito, maior brevidade do período de afastamento da vida em comunidade com estímulo ao fortalecimento dos vínculos comunitários e interpessoais, ênfase nos recursos pessoais, maior proximidade com o território do sujeito, facilitando as visitas de familiares e outros profissionais ligados ao cuidado. Viu-se ainda na pesquisa de Ruud et al. (2016) que os pacientes estavam mais satisfeitos com os serviços ambulatoriais e de internação locais, do que com a internação hospitalar. As internações locais em serviços comunitários provavelmente são semelhantes aos acolhimentos noturnos dos CAPS.

A seguir, verificou-se as porcentagens dos 94 pacientes que foram internados a cada ano do período analisado, primeiramente incluindo os acolhimentos noturnos no CAPS MSS, e depois, excluindo-os (conferir na tabela 26).

### Proporção de pacientes em acompanhamento internados por ano

	Pacientes internados <i>incluindo</i> o CAPS MSS	Pacientes internados <i>excluindo</i> o CAPS MSS
2003	4.2%	4.2%
2004	10.6%	10.6%
2005	8.5%	8.5%
2006	7.4%	7.4%
2007	9.5%	9.5%
2008	8.5%	8.5%
2009	6.3%	6.3%
2010	12.7%	10.6%
2011	9.5%	7.4%
2012	8.5%	6.3%
2013	9.5%	5.3%
2014	4.2%	3.1%
2015	10.6%	3.1%
2016	9.5%	2.1%

**Tabela 26** - Proporção de pacientes em acompanhamento internados por ano

Assim, observa-se claramente que a partir da implantação do CAPS MSS em 2010 há uma redução gradativa e contínua do número de internações em hospitais psiquiátricos, atingindo 2.1% em 2016. Na Inglaterra, Reilly et al. (2012) verificaram que quase 12% de uma coorte representativa de pacientes com TMG tiveram ao menos uma internação psiquiátrica ao longo de 12 meses. Na Rocinha, temos que a maior taxa de pacientes internados foi muito semelhante, de 12.7%, em 2010, e mesmo assim apenas quando se inclui os acolhimentos noturnos do CAPS MSS. Nos demais anos, as taxas são menores. O número maior de internações no período de 2007 a 2012 pode ser compreendido por

ter sido justamente o período de transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado em serviços comunitários, o que pode ter gerado mais internações na medida em que muitas vezes há resistência por parte das pessoas para mudar de local de tratamento. Pode ainda ter havido um tempo significativo entre o término do acompanhamento nas unidades hospitalares até seu ingresso no serviço comunitário para onde foram encaminhados, ou ainda períodos maiores de abandono de tratamento, que acabaram provocando o aumento das internações.

Outra possibilidade seria pensar se neste período a violência urbana teria se acentuado no território, pois se sabe que a violência produz agravos à saúde da população, além de constituir barreira ao acesso aos serviços de saúde e aumentar o risco para os profissionais que atuam nesses territórios (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017; DELGADO, 2012). No caso de portadores de transtornos mentais graves, a exposição a confrontos e o acesso facilitado às drogas agravam significativamente seus quadros clínicos, o que acaba produzindo mais comportamentos de risco (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017). Muitas vezes é preciso recorrer à internação para evitar agressões e até a morte. Portanto, infere-se que a violência urbana pode aumentar o número de internações e de idas a emergências psiquiátricas pelo agravamento dos quadros dos pacientes com TMG, porém o oposto também pode ocorrer, uma vez que pode prejudicar o acesso a tratamento. As taxas de abandono de tratamento podem aumentar em sua decorrência. Contudo, de 2007 a 2012 não houve conflitos mais duradouros e violentos como o que a Rocinha vive hoje enquanto este trabalho é escrito. Glenny (2015) nomeia o período de 2007 a 2009 como "a idade de ouro da Rocinha", em que a favela tinha a merecida fama de ser segura e que todo mundo queria visitar. Em 2011, porém, houve a prisão do Nem e em 2012 a implantação da UPP, como já mencionamos anteriormente. Difícil avaliar como tais acontecimentos impactaram tanto o imaginário quanto a vida real desses pacientes. O fato é que seu sofrimento, agravado pela violência armada, foi registrado em seus prontuários nos serviços que os acompanharam.

### **5.4.3. Emergências**

A procura pela Emergência dos hospitais psiquiátricos é um indicador importante para se

avaliar se os serviços comunitários estão conseguindo acompanhar seus pacientes, evitando as crises ou acolhendo-as no território. As idas dos pacientes à Emergência psiquiátrica do IMPP foram analisadas ao longo do período de 2003 a 2016. Foram obtidos os resultados presentes na tabela 27.

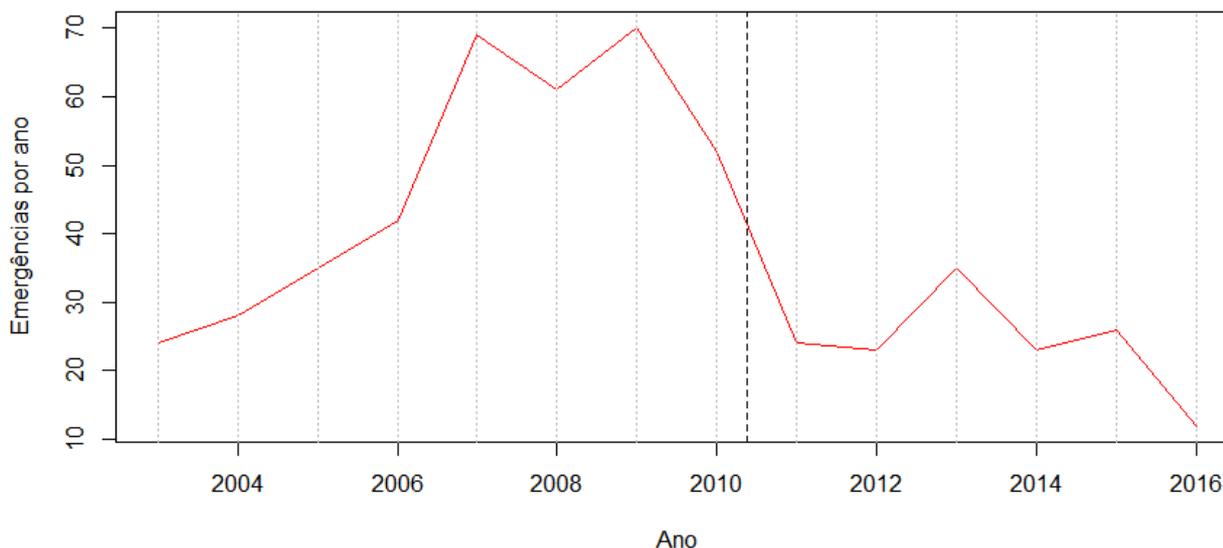
### Atendimentos emergenciais

	Média por ano	Intervalo de confiança (95%)
Entre 2003 e 2009	47.0	[32.3 - 61.7]
Entre 2010 e 2016	27.8	[18.3 - 37.4]

**Tabela 27** - Média de atendimentos emergenciais por período e intervalo de confiança (95%).

Nota-se uma grande queda em relação às idas à emergência do IMPP a partir de 2010, que é estatisticamente significativa ( $p$ -valor=0.0357). O gráfico 12 demonstra essa redução ao longo dos anos de análise.

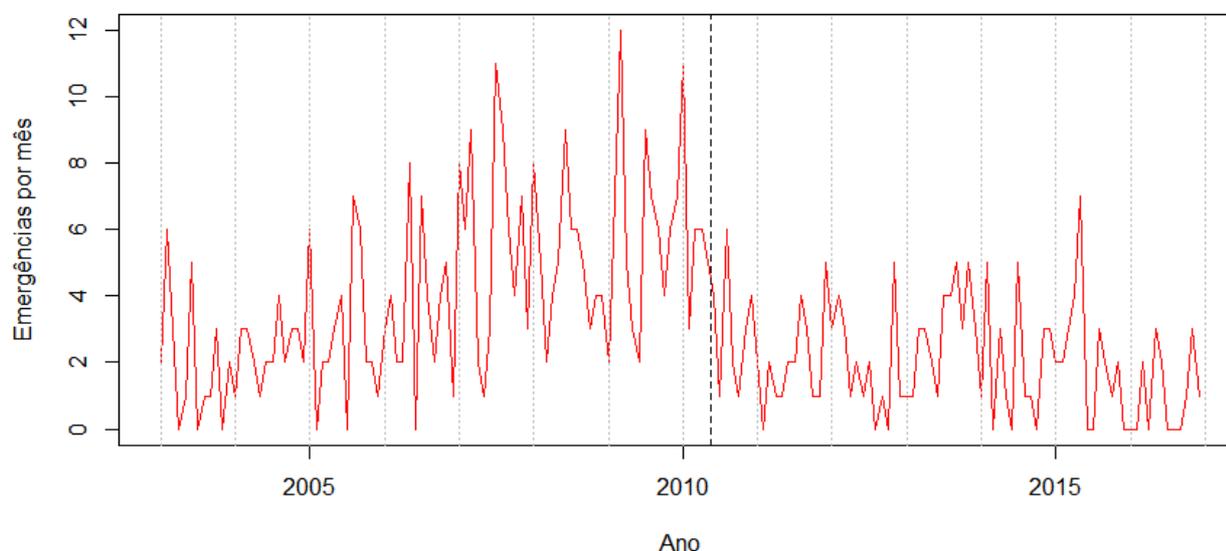
#### Evolução do Número Anual de Atendimentos Emergenciais no IMPP



**Gráfico 12** - Número de atendimentos emergenciais por ano no IMPP de 2003 a 2016. As linhas pontilhadas correspondem aos anos. A linha tracejada corresponde a 18 de maio de 2010.

O gráfico 13 indica as idas à emergência desagregadas por mês no período do estudo.

### Evolução do Número Mensal de Atendimentos Emergenciais no IMPP



**Gráfico 13** - Número de atendimentos emergenciais por mês no IMPP de 2003 a 2016. As linhas pontilhadas correspondem aos anos. A linha tracejada corresponde a 18 de maio de 2010.

É importante lembrar o que foi comentado anteriormente de que é difícil se esperar que os pacientes da Rocinha não compareçam mais à emergência do IMPP, uma vez que a ambulância do SAMU quando acionada precisa conduzir o paciente até este instituto. Frequentemente os pacientes foram acompanhados "ambulatorialmente" na emergência do IMPP por longos períodos até que se definisse para qual serviço seria encaminhado, como foi possível constatar através do estudo dos prontuários. Ainda assim, foi possível verificar a partir dos dados expostos que houve uma drástica redução das idas à emergência por esses pacientes, marcadamente em 2016 (gráfico 12).

Constatou-se, portanto, que a mudança para o modelo centrado nos serviços comunitários reduziu consistentemente a frequência das idas dos pacientes à emergência do IMPP, o que pode indicar que a rede territorial de saúde tem conseguido acolher a crise em seu meio.

## CONCLUSÃO

A partir da análise dos percursos de tratamento de 94 pacientes com transtornos esquizofrênicos e delirantes da Rocinha ao longo de 14 anos, foi possível demonstrar através dos dados obtidos em seus prontuários em 5 serviços distintos que a mudança do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o modelo baseado nos serviços comunitários de fato ocorreu. A transição de modelos pode ter gerado um período de relativa instabilidade no acompanhamento dos pacientes, provocando o aumento de internações, o que deve servir de alerta para que se elaborem estratégias ainda mais cuidadosas na implementação desse processo. Apesar disso, evidenciou-se que a rede de saúde local construída na Rocinha tem promovido a assistência clínica e psiquiátrica desses pacientes. Em 2016, apenas um número muito reduzido de pacientes não estava em acompanhamento em nenhum dos serviços do estudo, e a maioria segue em acompanhamento no CMS AS e no CAPS MSS nos últimos anos. Destacou-se sobretudo a relevância do CMS AS nesse cuidado, seja em parceria com o CAPS MSS, seja no acompanhamento exclusivo dos pacientes, que foi superior ao acompanhamento exclusivo pela APS visto na revisão da literatura. O matriciamento de psiquiatria tem capacitado as equipes da ESF para a detecção e tratamento dos pacientes com esquizofrenia. As menores taxas de abandono de tratamento foram as do CMS AS, que apresenta características importantes para uma maior adesão, como uma maior proximidade com as pessoas e recursos da comunidade, a realização mais frequente da busca ativa através de visitas domiciliares e o vínculo dos ACS com os pacientes. Constatou-se ainda que as longas internações em hospitais psiquiátricos foram efetivamente substituídas pelo acolhimento noturno no CAPS MSS e os pacientes e suas famílias praticamente não mais recorrem à emergência psiquiátrica do IMPP.

Trata-se de uma pesquisa realizada em território muito particular, pois possui marcante vulnerabilidade social e é foco de intensa violência urbana, e ao mesmo tempo apresenta uma rede de saúde robusta, com 100% de cobertura da ESF e CAPS III localizado na comunidade, facilitando o acesso. Outros estudos fazem-se necessários em contextos com características diferentes.

Os resultados obtidos neste estudo reafirmam a importância de análises quantitativas em

saúde mental, que são escassas na literatura nacional. A Reforma Psiquiátrica tem avançado nos últimos anos no Rio de Janeiro e no Brasil, e ainda são poucas as evidências de seu impacto na atenção aos pacientes com TMG. Portanto, mais pesquisas são necessárias, e para isso também é fundamental que a qualidade dos registros dos serviços seja aprimorada, para que informações relevantes sejam mais facilmente obtidas e avaliadas de modo mais sistemático. Isto melhoraria a qualidade do acompanhamento realizado pelos profissionais e forneceria mais elementos à elaboração de políticas públicas mais efetivas e adequadas às distintas realidades do país. Uma participação mais ativa das universidades em pesquisas quantitativas de avaliação de serviços e políticas públicas poderia trazer contribuições preciosas ao campo.

O desenvolvimento da RAPS na Rocinha tornou os hospitais psiquiátricos prescindíveis. A crise, enfim, é acolhida no território. O esvaziamento do IMPP e do IPUB não gerou desassistência. Mais importante que fechar hospitais psiquiátricos é oferecer uma rede de serviços no território que promova cuidado e saúde mental. O presente estudo revela ainda o papel fundamental da ESF no acompanhamento dos pacientes com transtornos esquizofrênicos. Para ampliação da Reforma Psiquiátrica, o investimento nas unidades de Saúde da Família deve ser um dos pontos centrais.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. H. *Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes*. 2010. 160 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ANDRADE, L. H.; WANG, Y.-P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C. M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE* 7(2): e31879. doi:10.1371/journal.pone.0031879. 2012.
- ASHER, L.; DE SILVA, M.; HANLON, C.; WEISS, H.A.; BIRHANE, R.; EJIGU, D.A.; MEDHIN, G.; PATEL, V.; FEKADU, A. Community-based Rehabilitation Intervention for people with Schizophrenia in Ethiopia (RISE): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials* 17, 299. 2016.
- ASSIS, J.T. et al. Política de Saúde Mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em Saúde para Debate*. n. 52, p. 88-113. Rio de Janeiro, 2014.
- ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 8, n. 26, p. 64-74, fev. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/536/530>>. Acesso em: 15 set. 2017. doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536).
- ATHIÉ, K.; MENEZES, A.L. do A.; DA SILVA, A.M.; CAMPOS, M.; DELGADO, P.G.; FORTES, S.; DOWRICK, C. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*, v. 16, n.1, p. 532, 2016.
- BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, Botucatu v. 17, n. 45, p. 287-300, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Mai 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno da Atenção Básica no 27 – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* –. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados* – 12, Ano 10, n. 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.

CAMPO, J.V. Youth suicide prevention: does access to care matter? *Curr Opin Pediatr.*, v. 21, n. 5, p. 628–634, 2009.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. de S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Abr 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CAMPOS, R. O. et al . Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 21 Mai 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, A. S.; MOURA, Y.G.; SANCHEZ, Z. van der M. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2006

CARROLL, L. *Aventuras de Alice no País das Maravilhas & Através do Espelho e o que Alice Encontrou por Lá*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE PÍNDARO DE CARVALHO RODRIGUES. Quem

Somos. Disponível em: <<http://smsdc-sf-gavea.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>>  
Acesso em: 13 Abr. 2018.

CHANDER, G.; ZHANG, Y.; DOS REIS, S.; STEINWACHS, D.M.; FORD, D.E.; GUALLAR, E. et al. Is serious mental illness associated with earlier death among persons with HIV? Ten year follow up in Maryland Medicaid Recipients. *J AIDS HIV Res.* v. 4, p. 213–218, 2012.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CHWASTIAK, L. A.; ROSENHECK R. A.; KAZIS, L. E. Utilization of primary care by veterans with psychiatric illness in the National Department of Veterans Affairs health care system. *J Gen Intern Med*, v. 23, n.11, p.1835–1840, 2008.

CORRIGAN, P.W.; MITTAL, D.; REAVES, C. M.; HAYNES, T.F.; HAN, X.; MORRIS, S.; SULLIVAN, G. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*, v. 218, n. 1–2, p. 35–8. 2014.

CORSON, K. et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom veterans. *J Affect Disord*, v.149, n.1, p. 291–298, 2013.

DE JESUS MARI, J.; TÓFOLI, L. F.; NOTO, C.; LI, L. M.; DIEHL, A.; CLAUDINO, A. M. et al. Pharmacological and psychosocial management of mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries: issues and current strategies. *Drugs*. v.73, p.1549–68, 2013.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano 15, n. 28; p.187-198, 2012.

DÍAZ, N. S.; OSORIO, A. D.; RESTREPO, C. G.; PEÑARANDA, A. P. B. Implementación de la guía de práctica clínica para el manejo de adultos con esquizofrenia en Colombia. *Rev. colomb. psiquiatr*, v. 45, n. 2, p. 60-66, abr.-jun. 2016.

DIXON, L.B.; HOLOSHITZ, Y.; NOSSEL, I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*, v. 15, n.1, p. 13–20, fev. 2016.

DIXON, R.P.; ROBERTS, L.M.; LAWRIE, S.; JONES, L.A.; HUMPHREYS, M.S. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Med Educ*, v. 42, n. 11, p. 1080–7, 2008.

DOMINO, M. E.; KILANY, M.; WELLS, R.; MORRISSEY, J. P. Through the Looking Glass:

Estimating Effects of Medical Homes for People with Severe Mental Illness. *Health Services Research*, 2016.

DOMINO, M.E.; JACKSON, C.; BEADLES, C. A. et al. Do primary care medical homes facilitate care transitions after psychiatric discharge for patients with multiple chronic conditions? *Gen Hosp Psychiatry*, v. 39, p. 59–65, 2016.

FIOCRUZ. *Reforma da atenção Primária*. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?url=http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_782042831.ppt&ct=j&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjcgdvToqLJAhURPZAKHeluD\\_kQFggvMAU&sig2=6dHSRqsD1-4jznVslboylw&usg=AFQjCNHIE8t5HrFGXyztFKw7JDRdUCKpJQ](http://www.google.com.br/url?url=http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_782042831.ppt&ct=j&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjcgdvToqLJAhURPZAKHeluD_kQFggvMAU&sig2=6dHSRqsD1-4jznVslboylw&usg=AFQjCNHIE8t5HrFGXyztFKw7JDRdUCKpJQ)> Acesso em: 21 Nov. 2015.

FOLSOM, D.P.; MCKIBBIN, C.; JESTE, D.V.; PATTERSON, T. Use of primary care and by middle aged and older persons with schizophrenia. *Prim Care Community Psychiatr*, v.11, p. 101–106, 2006.

FORTES, S.; MENEZES, A.; ATHIÉ, K.; CHAZAN, L. F.; ROCHA, H.; THIESEN, J.; RAGONI, C.; PITHON, T.; MACHADO, A. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

GARCEZ, M. R. et al . Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 103, n. 6, p. 476-484, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014002400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014002400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Mai 2018. Epub Oct 14, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140156>.

GLENNY, M. *O dono do morro: um homem e a batalha pelo Rio*. Trad. Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. 353 p.

GOFF, D. C. Integrating general health care in private community psychiatry practice. *Journal of Clinical Psychiatry*. v. 68 (Suppl 4), p. 49–54, 2007.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R. de; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 17-23, Apr. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922017000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000100017&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Apr. 2018.

<http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>.

GUREJE, O.; CHISHOLM, D.; KOLA, L.; LASEBIKAN, V.; SAXENA, S. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* v. 6, p. 42–48, 2007.

GUTACKER, N.; MASON, A. R.; KENDRICK, T. et al. Does the quality and outcomes framework reduce psychiatric admissions in people with serious mental illness? A regression analysis. *BMJ Open*, v. 5., 2015.

HENDRIE, H. C.; LINDGREN, D.; HAY, D.P.; LANE, K. A.; GAO, S.; PURNELL, C. et al. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry*. v. 21, n. 12, p. 1267–76, 2013.

HETLEVIK, Ø.; SOLHEIM, M.; GJESDAL, S. Use of GP services by patients with schizophrenia: A national cross-sectional register-based study. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 15, 2015.

HIPPISLEY-COX, J.; PARKER, C.; COUPLAND, C.; VINOGRADOVA, Y. Inequalities in the primary care of patients with coronary heart disease and serious mental health problems: a cross-sectional study. *Heart*. v. 93, p. 1256–62, 2007.

HUNT, C. M.; SPENCE, M.; MCBRIDE, A. The role of boundary spanners in delivering collaborative care: a process evaluation. *BMC Fam Pract*. v. 17, p. 96, 2016.

IPUB. História. Disponível em: < <http://www.ipub.ufrj.br/portal/institucional/historia> > Acesso em: 13 Abr. 2018.

IVBIJARO, G.O.; ENUM, Y.; KHAN, A.A.; LAM, S.S.K.; GABZDYL, A. Collaborative care: models for treatment of patients with complex medical-psychiatric conditions. *Curr Psychiatry Rep*. v. 16, n. 11, p. 506, 2014.

JONES, M.; KRUGER, M.; WALSH, S.M. Preparing non-government organization workers to conduct health checks for people with serious mental illness in regional Australia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016.

KEOGH, C.; O'BRIEN, K. K.; HOBAN, A. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. *BMC Health Serv Res*, v. 15, p. 58, 2015.

KISELY, S.; XIAO, J.; LAWRENCE, D. et al. Is the effect of compulsory community treatment on preventable deaths from physical disorders mediated by better access to specialized medical procedures? *Can J Psychiatry*. v. 59, n. 1, p. 54–58, 2014.

KREYENBUHL, J.; NOSSEL, H. R.; DIXON, L. B. Disengagement from mental health

treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, v. 35, p. 696–703, 2009.

LARA–MUÑOZ, M.; ROBLES–GARCÍA, R.; OROZCO, R.; SALTIJERAL, M. et al. Estudio costo–efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental* v. 33, p. 211–218, 2010.

LESAGE, A.; ROCHETTE, L.; EMOND, V.; PELLETIER, E.; ST-LAURENT, D.; DIALLO, F. B.; KISELY, S. A surveillance system to monitor excess mortality of people with mental illness in Canada. *Can J Psychiatry*. v. 60, n. 12, p. 571–579, 2015.

MACHADO, L. de F.; DAHL, C. M.; CARVALHO, M. C. de A.; CAVALCANTI, M. T. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. *J Bras Psiquiatr*, v. 56, n. 3, p. 208-218, 2007.

MAI, Q.; HOLMAN, C. D. A. J.; SANFILIPPO, F. M.; EMERY, J. D.; PREEN, D. B. Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: A population-based longitudinal study. *BMC Medicine*, v. 9, n. 1, p. 118, 2011.

MAI, Q.; HOLMAN, C. D. A.; SANFILIPPO, F. et al. The impact of mental illness on potentially preventable hospitalisations: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*. v. 11, p.163, 2011.

MALONE, D.; MARRIOTT, S.; NEWTON-HOWES, G. et al. Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Schizophr Bull* v. 35, p. 13–4, 2009.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 15-17, maio 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 julho 2016.

MARSTON, L.; NAZARETH, I.; PETERSEN, I.; WALTERS, K.; OSBORN, D.P. Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study. *BMJ Open*, v. 4, n. 12, e006135. 2014.

MARTIN, J.L.; LOWRIE, R.; MCCONNACHIE, A.; MCLEAN, G.; MAIR, F.; MERCER, S. W. et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. *Br J Gen Pract*, v. 64, p.649–656, 2014.

MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental em Belo Horizonte. *Rev Bras*

*Psiquiatr*, v. 27, n. 2, p. 113-8, 2005.

MEYER, J. M.; Strategies for the long-term treatment of schizophrenia: real-world lessons from the CATIE trial. *J Clin Psychiatry*, v. 68 (suppl 1), p. 28–33, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL Brasil 2013. Disponível em: <<https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>> Acesso em: 13 Abr. 2018.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. *Rev. Baiana Saude Publica*, v.31, n.1, p.19-24, 2007.

MOGADOURO, M.A.; CORDEIRO, Q.; ZUNG, S.; VALLADA, H. Mortalidade e esquizofrenia. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*. São Paulo, v. 54, n. 3, p. 119-26, 2009.

MORÉ, M.A.; JIMÉNEZ, M.A.; MUÑOZ, P.E.; MUÑOZ, A., y ZUFÍA, J. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, v. 36, n. 4, p. 210-217, 2008.

MORRATO, E. H.; CAMPAGNA, E.J.; BREWER, S. E.; DICKINSON, L. M.; THOMAS, D. S.; MILLER, B. F.; DEARING, J.; DRUSS, B. G.; LINDROOTH, R. C. Metabolic testing for adults in a state medicaid program receiving antipsychotics: remaining barriers to achieving population health prevention goals. *JAMA Psychiatry*, v. 73, p. 721, 2016.

NAQVI, H. A.; HUSSAIN, S.; ZAMAN, M.; ISLAM, M. Pathways to care: duration of untreated psychosis from Karachi, Pakistan. *PLoS ONE*, v. 4, e7409, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica. Genebra: OMS, 2010.

ODD, M. J.; SCHULING, J.; SLOOFF, C. J.; MEYBOOM-DE JONG, B. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract*. v. 8, p. 37, 2007.

PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 370, Issue 9591, p. 991 – 1005, 2007.

PECKHAM, E.; MAN, M. S.; MITCHELL, N. et al. Smoking Cessation Intervention for severe Mental Ill Health Trial (SCIMITAR): a pilot randomised control trial of the clinical effectiveness and cost- effectiveness of a bespoke smoking cessation service. *Health Technol Assess*. v. 19:1–148, 2015.

PELLETIER, J.F.; LESAGE, A.; BOISVERT, C.; DENIS, F.; BONIN, J.P.; KISELEY, S. Feasibility and acceptability of patient partnership to improve access to primary care for

the physical health of patients with severe mental illnesses: an interactive guide. *Int J Equity Health*. v. 14:14–78. 2015.

PEREZ, J.; RUSSO, D. A.; STOCHL, J.; SHELLEY, G. F.; CRANE, C. M.; PAINTER, M.; KIRKBRIDE, J. B.; CROUDACE, T. J.; JONES, P. B. Understanding causes of and developing effective interventions for schizophrenia and other psychoses. *Southampton (UK): NIHR Journals Library*; 2016.

PERITOGIANNIS, V.; TATSIONI, A.; MENTI, N.; GRAMMENIATI, A.; FOTOPOULOU, V.; MAVREAS, V. Treatment engagement of psychotic patients with a mobile mental health unit in rural areas in Greece: a five-year study. *Schizophr Res Treat*, 2013.

PETERSEN, I; LUND, C.; BHANA, A.; FLISHER, A. J. A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings. *Health Policy Plan*, v. 27, n. 1, p. 42–51, 2012.

PIRRAGLIA, P. A.; ROWLAND, E.; WU, W. C.; FRIEDMANN, P. D.; O'TOOLE, T. P. et al. Benefits of a primary care clinic co-located and integrated in a mental health setting for veterans with serious mental illness. *Preventing chronic disease* 9: E51. 2012.

PLATZ, C.; UMBRICH, D.; CATTAPAN-LUDEWIG, K.; DVORSKY, D.; ARBACH, D.; BRENNER, H. et al. Help-seeking pathways in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. v. 41, n. 12, p. 967–74, 2006.

RAMOS, F. A. C.; GEREMIAS, L. Instituto Philippe Pinel: origens históricas. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5842109-Instituto-philippe-pinel-origens-historicas.html>>. Acesso em: 23 Abr. 2018.

REILLY, S.; PLANNER, C.; HANN, M.; REEVES, D; NAZARETH, I. et al. The Role of Primary Care in Service Provision for People with Severe Mental Illness in the United Kingdom. *PLoS ONE* v. 7, n. 5, 2012.

RENESES, B.; MUÑOZ, E.; LÓPEZ-IBOR, J. J. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*. v. 8, p. 173–7, 2009.

RIBEIRO, M. S. et al. Abandono de tratamento em serviço secundário de saúde mental. *Trends Psychiatry Psychother.*, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 207-214, 2012.

Rocinha. Wikipédia - a enciclopédia livre. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Rocinha>>. Acesso em 24 de set. 2017.

RUUD, T. et al. Satisfaction with Primary Care and Mental Health Care among Individuals with Severe Mental Illness in a Rural Area: A Seven-Year Follow-up Study of a Clinical Cohort. *International Journal of Mental Health Systems* 10, p. 33, 2016.

SAGAYADEVAN, V.; SUBRAMANIAM, M.; ABDIN, E.; VAINGANKAR, J. A.; CHONG, S. A. Patterns and predictors of dropout from mental health treatment in an Asian population. *Ann Acad Med Singapore*, v. 44, p. 257–65, 2015.

SANTOS, É. G. dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 junho 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>.

SCHAFFER, A.; SINYOR, M.; KURDIK, .; VIGOD, S.; SAREEN, J.; REIS, C. et al. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*. v.15, n. 2, p. 135–145, 2016.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; HOFFMANN, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, R. M. S. V.; et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. v. 43, n. 2, p. 74-82, 2009.

SERNYAK, M. J. Implementation of monitoring and management guidelines for second-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. v. 68, n. 4, p. 14–18, 2007.

SHIBRE, T; HANLON, C.; MEDHIN, G.; ALEM, A.; KEBEDE, D.; TEFERRA, S.; KULLGREN, G.; JACOBSSON, L.; FEKADU, A. Suicide and suicide attempts in people with severe mental disorders in Butajira, Ethiopia: 10 year follow-up of a population-based cohort. *BMC Psychiatry*. v. 14, p.150, 2014.

SICRAS-MAINAR, A.; MAURINO, J.; RUIZ-BEATO, E.; NAVARRO-ARTIEDA, R. Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population-based study. *BMC Psychiatry* v. 14, p. 225, 2014.

SMITH, D. J.; GRIFFITHS, E.; KELLY, M.; HOOD, K.; CRADDOCK, N.; SIMPSON, S. A. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry* v. 199, p.49–56, 2011.

STREIT, M.B. *Atenção primária em saúde e mobilidade populacional na favela da Rocinha, Rio de Janeiro*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fiocruz, Rio de Janeiro.

SULLIVAN, G.; MITTAL, D.; REAVES, C. M.; HAYNES, T. F.; HAN, X.; MUKHERJEE, S.; MORRIS, S.; MARSH, L.; CORRIGAN, P. W. Influence of schizophrenia diagnosis on providers' practice decisions. *J Clin Psychiatry*. v. 76, n. 8, p. 1068–74, 2015.

TAPSELL, R.; MELLISOP, G. The Contributions of Culture and Ethnicity To New Zealand Mental Health Research Findings. *Int J Soc Psychiatry*. v. 53, p. 317–324, 2007.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *Br. J. Psychiatry*. v. 185, p.283–290, 2004.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *The balanced care model for global mental health. Psychol. Med.* v. 43, p. 849–863, 2013.

TIZÓN, J. L.; FERRANDO, J.; ARTIGUE, J. et al. Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophr Res.* v. 112, p. 143–148, 2009.

TIZÓN, J.L.; FERRANDO, J.; PARÉS, A; ARTIGUE, J.; PARRA, B.; PÉREZ, C. Los trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental. *Atención Primaria*, v. 39, p. 61-67, 2007.

TRACHTENBERG, F. L.; POBER, D. M.; WELCH, L. C.; MCKINLAY, J. B. Physician styles of decision-making for a complex condition: Type 2 diabetes with co-morbid mental illness. *European Journal for Person Centered Healthcare*, v. 2, n. 4, p. 465–476, 2014

TRIVEDI, R. B.; POST, E. P.; SUN, H. et al. Prevalence, comorbidity, and prognosis of mental health among US veterans. *American journal of public health*, v. 105, n.12, p. 2564–2569, 2015.

TROINA, M. (coord.). *Rocinha: Plano de Desenvolvimento Sustentável*. PAC 2008/2009.

VAINER, A. A. *Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro*. 2016. Dissertação (Mestrado em Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

VALENZUELA, M. T.; PASTORINO, M. S.; ALVARADO, R.; VILLALÓN, M.; DURÁN, E.; HIRMAS, M.; VANEGAS, J. Diseño y evaluación de proceso de una intervención comunitaria para la detección precoz del primer episodio de psicosis en Chile / Design and evaluation of a community intervention for early detection of the first episode of schizophrenia. *Rev. chil. salud pública*, v. 16, n. 2, p. 123-130, 2012.

VILLENEUVE, K.; POTVIN, S.; LESAGE, A.; NICOLE, L. Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum

disorder. *Schizophrenia Research*, v. 121, p.266–270, 2010.

WAGENAAR, B. H.; CUMBE, V.; RAUNIG-BERHÓ, M.; RAO, D.; NAPÚA, M.; HUGHES, J. P.; SHERR, K. Health facility determinants and trends of ICD-10 outpatient psychiatric consultations across Sofala, Mozambique: Time-series analyses from 2012 to 2014. *BMC Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 227, 2015.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 19, n. 55, p. 1121-1132, Dec. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000401121&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401121&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Sept. 2017. Epub Aug 21, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.

WOODHEAD, C.; ASHWORTH, M.; BROADBENT, M. Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care. *Br J Gen Pract.* v. 66, p.374–381, 2016.

# ANEXOS

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi convidado (a) participar do projeto de mestrado “As Redes Tecidas pelos Usuários: Percursos de Saúde e Doença no Território”. Trata-se de um estudo em que iremos avaliar a adesão e o abandono do tratamento em saúde mental dos pacientes atendidos em uma unidade da Saúde da Família: o Centro Municipal de Saúde (CMS) Dr. Albert Sabin. Informações contidas nos prontuários dos pacientes poderão ser utilizadas, como atendimentos clínicos e de saúde mental, sua frequência, por quais profissionais foi atendido, encaminhamentos para outros serviços, incluindo internações, diagnósticos clínicos e psiquiátricos, exames solicitados, evolução dos sintomas, medicações e outros tratamentos prescritos, efeitos colaterais e dificuldades relatadas na adesão dos tratamentos. Estas informações serão acessadas no segundo semestre de 2017. As informações colhidas nos prontuários ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, Dra. Joana Thiesen, e somente esta terá acesso às mesmas com a identificação dos pacientes e profissionais. A identificação será omitida e mantida em sigilo para outras pessoas que terão acesso à pesquisa. O descarte dessas informações será realizado no final do primeiro semestre de 2018.

O benefício esperado é que este contato favoreça a retomada do acompanhamento em saúde mental, se houver necessidade, e contribua para a melhor compreensão dos motivos do abandono do tratamento, com o intuito de melhorar sua qualidade.

Não se espera que a sua participação venha trazer problemas à sua saúde ou ao seu tratamento. Caso haja algum problema, a equipe do projeto se disponibiliza a sanar situações que possam causar quaisquer danos, mal-estar ou piora dos sintomas do transtorno psiquiátrico. Se for necessário, ofereceremos pronto atendimento e/ ou acionaremos a unidade ou equipe responsável pelo seu acompanhamento em saúde mental. A sua identidade ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal será mantida como informação confidencial. Sempre que solicitado e/ou indicado será dado acesso aos resultados das avaliações realizadas no estudo.

Não será oferecida recompensa por participar deste estudo. Não haverá custos para você

caso você decida participar do estudo. Porém, caso haja despesas adicionais realizadas por você ou seu acompanhante, a equipe de pesquisa irá garantir o pagamento direto para cobrir os custos com o transporte ou qualquer outro custo decorrente de sua participação na pesquisa.

Você pode aceitar ou não participar desta atividade. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para interromper a sua participação a qualquer momento, sem que haja prejuízo à sua saúde e ao seu tratamento.

A sua participação é muito importante. Desta maneira você estará contribuindo para o avanço do conhecimento científico e para o fortalecimento e aprimoramento da rede de serviços comunitários em saúde mental.

A equipe do projeto se coloca disponível para maiores esclarecimentos no decorrer do trabalho.

Este termo é para certificar que eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade  
\_\_\_\_\_, estou ciente das informações acima e firmo este  
**‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’**, concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o autor deste trabalho.

Rio de Janeiro, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do participante

Joana Thiesen  
Instituto de Psiquiatria da UFRJ  
Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo  
CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil.  
Cel: (21) 98384.9080  
jothiesen@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040

site: [www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa)

e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)/[cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Telefone: 2215-1485

Comitê de Ética e Pesquisa IPUB/UFRJ (Brasil):

Responsável: Jorge Adelino Rodrigues da Silva

Av. Venceslau Brás, 71 – fundos- Botafogo, Rio de Janeiro.

Telefone para contato: (21) 3873-5510

Horário de funcionamento do CEP/IPUB:

9:00h às 12:00h e 14:00 às 16:00h

## Instrumento de Coleta de Dados dos Prontuários

30/04/2018

Pesquisa CMS AS

### **Pesquisa CMS AS**

**\*Obrigatório**

1. **endereço de email \***

---

2. **ID \***

---

3. **nome \***

---

4. **sexo \***

*Marcar apenas uma oval.*

- feminino  
 masculino

5. **data de nascimento \***

*Exemplo: 15 de dezembro de 2012*

---

6. **equipe**

*Marcar apenas uma oval.*

- vilas  
 199  
 cesareo  
 atalho  
 laboriaux  
 macega

7. **microarea**

*Marcar apenas uma oval.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6

**8. cid**

CID ativo registrado no CMS AS  
*Marcar apenas uma oval.*

- F20
- F21
- F22
- F23
- F24
- F25
- F28
- F29

**9. especificacao**

registrada no CMS AS  
*Marcar apenas uma oval.*

- F20.0
- F20.1
- F20.2
- F20.3
- F20.4
- F20.5
- F20.6
- F20.8
- F20.9

**10. unidade analisada \***

*Marcar apenas uma oval.*

- cms as
- caps mss
- cms pcr
- impp
- ipub

**Historia do acompanhamento psiquiatrico****11. ano de inicio dos sintomas**

---

**12. ano de inicio do tratamento**

tratamento psiquiátrico em qualquer serviço

---

**13. ano de início do tratamento na unidade analisada \***

Seja ambulatorial ou por internação. No cms as, ano do primeiro atendimento clínico e ano do psiquiátrico.

---

**14. ano de término do tratamento na unidade analisada**

término do acompanhamento ambulatorial de psiquiatria incluindo abandono

---

**15. motivo do término**

Marcar apenas uma oval.

- alta psiquiátrica
- alta por abandono
- encaminhamento para outra unidade
- evasão de internação
- não foi possível avaliar
- Outro: \_\_\_\_\_

**16. serviço em que iniciou tratamento**

tratamento psiquiátrico

Marcar apenas uma oval.

- cms as
- caps mss
- cms pcr
- impp
- ipub
- Outro: \_\_\_\_\_

**17. serviços em que realizou tratamento**

Inclui atendimento clínico ou psiquiátrico em emergência, ambulatorial, internações e acolhimento noturno ao longo da vida, que esteja registrado na unidade analisada.

Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao
cms as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
caps mss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cms pcr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
impp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ipub	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18. ano em que foi registrado o diagnóstico no cms as**


---

**19. profissional que registrou o diagnostico no cms as***Marcar apenas uma oval.*

- medico ESF  
 enfermeiro ESF  
 psiquiatra NASF

**Acompanhamento 2003 - 2009**

aplicável apenas para IMPP e IPUB

**20. transtornos psiquiatricos 2009 \***

registrados em 2009 na unidade analisada

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	sim	nao
esquizofrenico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
depressivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
retardo mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uso de substancia organico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Substancia 2009 \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	sim	nao	nao avaliado no periodo
tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cocaina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. Comorbidades clinicas 2009 \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	nao diagnosticado	diagnosticado e nao tratado	diagnosticado sem referencia a tratamento	tratado
hipertensao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dislipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23. Exames 2009 \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	sim	nao
afericao de PA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glicemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lipidograma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medir o peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24. Dieta 2009**

Marcar apenas uma oval.

sim

nao

**25. Atividade fisica 2009**

Marcar apenas uma oval.

sim

nao

**26. numero de atendimentos com psiquiatra 2003-2009**

Atendimentos ambulatoriais individuais feitos por psiquiatra nos ambulatórios do IMPP, IPUB, CMS PCR, CAPS MSS e NASF, na unidade analisada.

---

**27. Atendimentos realizados por outros profissionais de saude mental 2009 \***

Atendimentos ambulatoriais individuais feitos por profissionais de saúde mental exceto psiquiatra nos ambulatórios do IMPP ou IPUB.

Marcar apenas uma oval.

nenhum

1 a 4

5 a 8

9 a 12

mais que 12

**28. participacao em grupos terapeuticos 2009**

não inclui grupo de recepção

Marcar apenas uma oval.

sim

nao

**29. numero de atendimentos em emergencia psiquiatrica 2003-2009**

aplicável apenas ao IMPP

---

**30. numero de internacoes 2003-2009**

IMPP, UTA, IPUB

---

**31. numero de abandonos 2003-2009**

abandono sendo considerado como não comparecimento ao ambulatório por 6 meses ou mais

---

**32. medicacao psiquiatrica 2009 \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	sim	nao
haloperidol vo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
haldol decanoato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros antipsicoticos de primeira geracao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
risperidona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
olanzapina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
clozapina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros antipsicoticos de segunda geracao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benzodiazepinicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fluoxetina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidepressivos triciclicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
litio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros estabilizadores do humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dots	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33. contatos de familiares com a unidade 2009**

número de vezes em que algum familiar é citado como tendo feito contato com a unidade

*Marcar apenas uma oval.*

- nenhum
- 1 a 4
- 5 a 8
- 9 a 12
- mais que 12

**34. trabalho 2009***Marcar apenas uma oval por linha.*

	sim	nao
emprego formal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
emprego informal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
desempregado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aposentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beneficio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
estudante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oficina de geracao de renda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trabalho protegido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nao avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**35. atividades comunitarias 2009 \****Marcar apenas uma oval por linha.*

	sim	nao
atividade fisica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
centros religiosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nao avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Acompanhamento 2010 - 2016

### 36. transtornos psiquiátricos 2016 \*

registrados com cid ativo em 2016 na unidade analisada  
 Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao
esquizofrenico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
depressivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
retardo mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uso de substancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
organico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 37. Substancia 2016 \*

cid ativo ou descrição nas consultas de 2016  
 Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao	nao avaliado no periodo
tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cocaina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 38. Comorbidades clínicas 2016 \*

cid ativo em 2016  
 Marcar apenas uma oval por linha.

	nao diagnosticado	diagnosticado e nao tratado	diagnosticado sem referencia a tratamento	tratado
hipertensao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dislipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 39. Exames 2016 \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao
afericao de PA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glicemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lipidograma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medir o peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 40. Dieta 2016

Marcar apenas uma oval.

sim

nao

**41. Atividade física 2016**

*Marcar apenas uma oval.*

- sim  
 nao

**42. numero de atendimentos com psiquiatra 2010-2016**

Atendimentos ambulatoriais individuais feitos por psiquiatra nos ambulatórios do IMPP, IPUB, CMS PCR, CAPS MSS e NASF, na unidade analisada.

---

**43. Atendimentos realizados por outros profissionais de saude mental 2016 \***

Atendimentos ambulatoriais individuais ou interconsultas feitos por profissionais dos ambulatórios do IMPP, IPUB, CMS PCR, CAPS MSS e NASF exceto psiquiatra na unidade analisada. No CMS PCR e no NASF inclui apenas psicólogo.

*Marcar apenas uma oval.*

- nenhum  
 1 a 4  
 5 a 8  
 9 a 12  
 mais que 12

**44. Atendimentos realizados por medico e enfermeiro ESF 2016**

*Marcar apenas uma oval.*

- nenhum  
 1 a 4  
 5 a 8  
 9 a 12  
 mais que 12

**45. Atendimentos pelo ACS 2016**

*Marcar apenas uma oval.*

- nenhum  
 1 a 4  
 5 a 8  
 9 a 12  
 mais que 12

**46. participacao em grupos terapeuticos 2016**

não inclui grupo de recepção

*Marcar apenas uma oval.*

- sim  
 nao

**47. numero de atendimentos em emergencia psiquiatrica 2010-2016**

aplicável apenas ao IMPP

---

**48. numero de internacoes 2010-2016**

IMPP, UTA, IPUB

---

**49. numero de acolhimentos noturnos 2010-2016**

No CAPS

---

**50. numero de abandonos 2010-2016**

abandono do tratamento psiquiátrico sendo considerado como não comparecimento ao serviço por 6 meses ou mais. Se feita busca ativa, avaliar adesão a medicação.

---

**51. medicacao psiquiatrica 2016 \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao
haloperidol vo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
haldol decanoato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros antipsicoticos de primeira geracao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
risperidona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
olanzapina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
clozapina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros antipsicoticos de segunda geracao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benzodiazepinicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fluoxetina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidepressivos triciclicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
litio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros estabilizadores do humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dots	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**52. contatos de familiares com a unidade 2016**

número de vezes em que algum familiar é citado como tendo feito contato com a unidade

Marcar apenas uma oval.

- nenhum
- 1 a 4
- 5 a 8
- 9 a 12
- mais que 12

**53. trabalho 2016**

Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao
emprego formal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
emprego informal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
desempregado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aposentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beneficio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
estudante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oficina de geracao de renda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trabalho protegido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nao avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**54. atividades comunitarias 2016 \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	sim	nao
atividade fisica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
centros religiosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nao avaliado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>