

POR UMA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COM CIDADANIA: PERFIL E SITUAÇÃO DE VIDA DE EGRESSOS DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM PARANAÍBA, MATO GROSSO DO SUL¹

For a Psychosocial Rehabilitation with Citizenship: profile and life situations after psychiatric hospital discharge in Paranaíba, South Mato Grosso, Brazil

Renata Bellenzani²

Pedro Junior Rodrigues Coutinho³

Vitor Corrêa Detomini⁴

Artigo encaminhado: 22/09/2015

Aceito para publicação: 26/04/2018

RESUMO: A escassez de informações sobre egressos de internações psiquiátricas - situação de saúde e vida - impossibilita analisar sua reabilitação psicossocial, cuja definição varia quanto à ênfase na restauração do funcionamento prejudicado do indivíduo ou na promoção da cidadania. **Objetivos:** Quantificar pessoas de Paranaíba-MS, internadas (2008 a 2011) em um hospital psiquiátrico credenciado pelo SUS; verificar as hipóteses diagnósticas atribuídas; comparar subgrupos (transtornos mentais gerais versus álcool/drogas) quanto a indicadores de reabilitação psicossocial e cidadania. **Método:** Estudo quantitativo descritivo: sistematização/análise de dados secundários; entrevistas estruturadas domiciliares com subamostra de egressos (56). **Resultados:** 306 pessoas foram internadas no período. A maioria era de homens, internados uma vez, por transtornos de humor, orgânicos e psicóticos (50,3%), e por síndromes: de abstinência ou dependência química (42,5%). Embora a maioria dos entrevistados apresentasse relativa autonomia, atividades sociais e acesso a serviços de saúde e a medicamentos (inferior para os internados por álcool/drogas), vivenciavam circunstâncias de vulnerabilidade social - renda, escolaridade e inserção no trabalho aquém do que se espera em uma situação de plena cidadania. A exclusão educacional e profissional foi maior entre os internados por abuso de álcool/drogas. Para efetiva reabilitação psicossocial necessita-se, além do cuidado médico, atenção psicossocial pós-alta, ações de redução de danos, políticas públicas intersetoriais de inclusão cultural, educacional e profissional, insuficientes na cidade pesquisada e no país.

Palavras-chave: Hospitais Psiquiátricos; Reabilitação; Alta do Paciente; Síndrome de Abstinência a Substâncias; Dependência.

¹ Os dados apresentados neste artigo constituíram o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Psicologia do segundo autor, sob orientação da primeira autora, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba, sob o título: "Quais diagnósticos psiquiátricos têm justificado as internações em Paranaíba-MS? Um estudo sobre o perfil, situação de vida e de tratamento das pessoas internadas entre 2008 e 2011 no Instituto Adelina Thiago Dias".

² Psicóloga, Doutora pela Universidade de São Paulo (USP), Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAR e UFMS/FACH). renata.bellenzani@ufms.br.

³ Psicólogo, Mestre pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO). pedror.coutinho@hotmail.com.

⁴ Psicólogo, Mestre pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Pereira Barreto-SP. vcdetomini@outlook.com.

ABSTRACT: The scarcity of information on health and life situation of people discharged of psychiatric hospitals makes it impossible to analyse their psychosocial rehabilitation, whose definitions vary in emphasis on individual impaired functioning restoration or on citizenship promotion. **Objectives:** Quantify Paranaíba-MS townspeople, admitted in a SUS accredited psychiatric hospital (2008-2011; to check the assigned diagnostic hypotheses; and to compare subgroups (general mental disorders versus alcohol/drugs) as psychosocial rehabilitation and citizenship indicators. **Methods:** Descriptive quantitative study: secondary data systematization/analysis; structured interviews with egress subsample (56). **Results:** 306 people were hospitalized in the period. The majority were men hospitalized for mood, organic, and psychotic disorders (50.3%), and for abstinence syndromes or chemical dependence (42.5%). Although the majority of respondents were relatively autonomous, socially active and had access to health services and medication (lower for those hospitalized for alcohol / drugs problems), they experienced social vulnerability - income, schooling and work opportunities below what is expected for general citizens. Educational and professional exclusion was higher among those hospitalized for alcohol / drug abuse. In addition to medical care, post-discharge psychosocial care, harm reduction actions, and intersectoral public policies for cultural, educational and professional inclusion are not sufficient for effective psychosocial rehabilitation. **Keywords:** Psychiatric Hospitals. Rehabilitation. Patient discharge. Substance withdrawal syndrome. Dependency.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, no decorrer dos últimos 30 anos, muitas transformações vêm acontecendo na área da Saúde Mental. São novas formas de organização dos serviços, de abordagem das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e de modelos de atenção, reconfigurando-se novos saberes e novas práticas nessa área. O principal é que os hospitais psiquiátricos têm deixado de constituir o centro da assistência, devendo funcionar integradamente a uma rede, por meio de fluxos e protocolos de atendimentos compartilhados (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Marco e grande contribuição para essas transformações, a Lei Federal 10.216, de 2001, redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de cuidados em serviços abertos, de base comunitária, ante o modelo hospitalar/manicomial, além de garantir a proteção e os direitos das pessoas em situação de sofrimento psíquico. Assim, iniciou-se a expansão dos serviços com capacidade de oferecer cuidados e, ao mesmo tempo, serem substitutivos

às instituições psiquiátricas, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (RIBEIRO, 2004).

As equipes dos CAPS, com foco na reinserção social das pessoas com transtornos mentais, comportamentais e relacionados à dependência química, devem ofertar práticas terapêuticas bem como atividades voltadas à reabilitação psicossocial mediante ações comunitárias e articulações intersetoriais (Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho/Emprego, etc.). (BRASIL, 2004) - contando com a retaguarda das internações psiquiátricas para situações em que os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes (BRASIL, 2005).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, existem, ainda, mesmo que em declínio, 185 hospitais psiquiátricos em todos os estados brasileiros, totalizando 29.958 leitos do SUS para internação, neste tipo de instituição. Mesmo que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas preconize que as internações ocorram preferencialmente nos hospitais gerais, os hospitais psiquiátricos ainda são bastante atuantes, concentrando o número de leitos. Estão habilitados em torno de 3.910 leitos de psiquiatria distribuídos em 646 hospitais gerais por todo país, quantidade insuficiente em relação à demanda e muito inferior ao número de leitos em hospitais especificamente psiquiátricos (BRASIL, 2012a).

Portanto, simultaneamente ao fechamento de manicômios no Brasil, à redução de leitos em hospitais psiquiátricos e à abertura de leitos em hospitais gerais, sobrevivem, ainda, hospitais psiquiátricos sob “novas roupagens” - fenômeno que merece ser estudado na atualidade. Alguns desses costumam se apresentar como mais humanizados, adequados à reforma psiquiátrica, com modelo de internações de menor duração e integrados à rede substitutiva, embora, infelizmente, em determinadas localidades, instituições indiscutivelmente manicomiais também se mantenham atuantes (DIMENSTEIN, 2006).

Pode-se trabalhar com a ideia de que a produção dessas “novas roupagens” de hospitais psiquiátricos - mesmo que entendidos como uma fase de transição nas sociedades rumo sua superação completa, decorre da força econômico-política dos grupos que os gerenciam, da sua valorização e legitimação sociocultural, inclusive por setores da medicina e das ciências da

saúde, além da não superação da ideia, ainda socialmente muito presente, de que é necessário institucionalizar “o louco” e, mais recentemente, “o viciado”, mesmo que num tempo abreviado.

A perpetuação dos hospitais psiquiátricos no Brasil se deve, dentre outras questões, ao fato de a Lei 10.216 não instituir mecanismos claros para sua progressiva extinção, além de motivos econômicos, histórico-culturais e político-ideológicos de perpetuação de respostas manicomiais frente ao fenômeno da loucura, impulsionadas a partir do século XIX na Europa e disseminadas pelo mundo, como registrado por autores como Basaglia, Foucault e Goffman.

O fato é que hospitais psiquiátricos continuam em funcionamento no Brasil e há poucos estudos a respeito de suas práticas assistenciais, condições de funcionamento, perfis e condições de vida de usuários, anteriores às internações, e, principalmente, a respeito dos desdobramentos das internações, da situação de vida e reabilitação psicossocial dos egressos dessas internações junto à rede substitutiva.

Em estudo com 131 internas da ala feminina de um hospital psiquiátrico, Gradella Júnior (2002), além de constatar apenas o tratamento medicamentoso em seus prontuários, ressalta que não há descrição da resolutividade desta terapêutica. O autor também encontrou uma variedade de diagnósticos (63 para as 131 mulheres) e, apesar disso, destaca que, considerando o perfil dessas pessoas, o principal diagnóstico é caracterizado por seus problemas sociais: ocupação; escolaridade; moradia. Além das características da atenção ofertada na instituição revelar seu aspecto tradicional asilar e assistencialista.

Também entre os poucos trabalhos da área com resultados elucidativos, o estudo retrospectivo de Dalgalarondo, Botega e Banzato (2003), com amostra de 1615 pessoas, conclui a respeito dos perfis de pacientes que se beneficiam, e que não se beneficiam, de internações psiquiátricas em hospitais gerais. Pessoas que, antes das internações, não exerciam funções sociais relacionadas ao trabalho, estudo e tarefas domésticas, tinham 1,7 vezes mais risco de um desfecho pior das internações psiquiátricas do que os que exerciam. Ou ainda, os pacientes com diagnóstico de transtorno psicorgânico tinham 2,7 vezes mais risco de um desfecho pior das internações do que os pacientes com transtornos de humor.

Coelho et al. (2014), em estudo que objetivou descrever as internações e atendimentos nos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, no período de 2002 a 2011, observaram mudanças concomitantes à instauração de serviços comunitários de saúde mental na região. Os autores mencionam que houve redução no número total de atendimentos e aumento de internações de curtos períodos.

Buscando produzir dados neste âmbito, realizou-se uma pesquisa⁵ a partir de um dos dois hospitais psiquiátricos em funcionamento em Mato Grosso do Sul – o que se localiza em Paranaíba-MS⁶. Juntamente com o hospital psiquiátrico da capital Campo Grande, ambos somam 200 leitos psiquiátricos pelo SUS neste estado. Comparativamente, há aproximadamente 113 leitos psiquiátricos, pelo SUS, distribuídos em 29 hospitais gerais, porém, nenhum destes no município pesquisado (BRASIL, 2012b).

O hospital, cujos egressos de internação constituíram o conjunto dos participantes do presente estudo, tem 50 leitos, 40 destes conveniados ao SUS. Segundo profissionais e dirigentes são oferecidas *internações breves*, que variam de 30 a 60 dias, mediante encaminhamentos médicos da rede pública e/ou privada. Além de atender usuários de Paranaíba-MS, tem convênio com as Secretarias Municipais de Saúde de outros municípios da região.

As principais perguntas que mobilizaram a pesquisa foram: 1) Quais diagnósticos psiquiátricos justificam a maior parte das internações?; 2) Como estão vivendo as pessoas, após as altas dessas internações?; 3) Quais características de seus cotidianos e de cidadania nos informariam sobre a reabilitação psicossocial dessas pessoas?

⁵ O estudo desenvolveu-se entre 2011 e 2013: “*Caracterização sociodemográfica e reabilitação psicossocial de pessoas que vivenciaram internações psiquiátricas breves nos últimos três anos: um estudo em Paranaíba-MS*”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS), número de protocolo 1933, CAAE 0086.0.049.000-11 e pela Comissão de Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PROPP/UFMS). O projeto de pesquisa integrou o projeto maior da UFMS/CPAR, aprovado no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas (Edital Conjunto Nº 27, de 17 de setembro de 2010, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde). As bolsas oferecidas aos acadêmicos de graduação em Psicologia viabilizaram parte do trabalho de campo.

⁶ Instituto Adelina Thiago Dias, antigo Hospital Psiquiátrico Dr. Adolpho Bezerra de Menezes. Este hospital tem recebido boas avaliações pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH): 80,2 em 2004 e 92,5 em 2006.

1.1 Reabilitação psicossocial

Conceituar a reabilitação psicossocial é tarefa que exige recorrer à combinação de diversas fontes, uma vez que não se trata de um campo teórico consolidado. O conceito é abrangente e as definições múltiplas; algumas destas se fundamentam em conceitos operacionalmente precários (OADES; DEANE, 2007). Genericamente, as conceituações dividem-se em dois grupos. Um que dá ênfase ao indivíduo, à restauração de seu funcionamento prejudicado, sobretudo do funcionamento psicológico e social (KING; LLOYD; MEEHAN, 2007). Outro grupo de conceituações enfatiza a promoção da cidadania – Segundo Bertolote (2001 apud BONADIO, 2011, p. 268) a reabilitação psicossocial é “fundamentalmente um processo de remoção de barreiras que impeçam a plena integração de um indivíduo em sua comunidade e de barreiras que impeçam o pleno exercício de seus direitos, de sua cidadania [...]. A reabilitação psicossocial não é a reabilitação do doente”.

“O processo de reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania; [...] uma transição que leve efetivamente a uma maior contratualidade entre três grandes cenários: casa, trabalho e rede social” (SARACENO, 2001, p.150). Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida (SARACENO, 1999).

O objetivo principal da reabilitação psicossocial, comum às várias definições, é a reinserção social (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006), como um indicativo de que o processo de reabilitação está em curso ou que a mesma foi efetiva. Quando a própria pessoa se vê incapaz ou impotente para enfrentar a vida, emerge um estado de inércia e as capacidades de enfrentamento às dificuldades são enfraquecidas. Essa situação pode ser melhorada se o apoio da rede social for ampliado. A reabilitação psicossocial é, antes de tudo, um conjunto de práticas e ações, disponibilizadas no contexto do tratamento, que têm por objetivo promover a recuperação da pessoa que apresenta algum transtorno mental (PITTA, 2001).

Com ampla disseminação tem-se a definição de reabilitação psicossocial pela OMS (2002) enquanto um processo que facilita a oportunidade para indivíduos - prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental -

alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Implica o envolvimento de profissionais e usuários/pacientes no aprimoramento de competências desses indivíduos, e também, mudanças ambientais/contextuais, para criar uma vida com a melhor qualidade possível para pessoas que experimentam desordens mentais ou algum tipo de deterioração mental que produz certo grau de inaptidão.

2 OBJETIVOS

Inicialmente, a pesquisa objetivou verificar o número de pessoas do município de Paranaíba-MS que tiveram uma internação, ou mais, no hospital psiquiátrico local, no período que compreende janeiro 2008 a maio de 2011, por subgrupo de hipóteses diagnósticas (HDs) atribuídas ao paciente no/s momento/s da/s internação/ões. Em seguida, classificá-los em três subgrupos conforme as HDs que lhes foram atribuídas: a) transtornos mentais e/ou comportamentais; b) transtornos relacionados ao abuso de substâncias (ilícitas e álcool)⁷; c) transtornos de ambos os grupos anteriores (comorbidades /subgrupo “misto”). Por fim, caracterizar os pacientes, comparando os três subgrupos, com relação a um conjunto de variáveis que informem sobre sua reabilitação psicossocial e cidadania (circunstâncias de vida e tratamento): continuidade do acompanhamento pós-alta, em que tipo de serviço, presença ou não de suporte social e familiar, autonomia para atividades cotidianas, uso atual de substâncias, exercício profissional, entre outras.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Realizou-se um estudo exploratório descritivo, que congregou dados secundários (primeira etapa) e dados primários (segunda etapa). Os secundários foram obtidos em banco de dados de hospital psiquiátrico localizado em Paranaíba-MS, e os primários foram obtidos em trabalho de campo, a partir de entrevistas domiciliares com pessoas egressas de internações, segundo cadastro da instituição.

⁷ No curso da sistematização dos dados secundários, as HDs encontradas correspondentes aos problemas relacionados ao abuso de álcool e drogas ilícitas foram: síndrome de abstinência e síndrome de dependência.

3.1 Primeira etapa: análise de dados secundários

Os dados secundários que respondem ao primeiro objetivo do estudo foram extraídos do banco de dados da instituição, a fim de obter o total de pessoas de Paranaíba que, de janeiro de 2008 a maio de 2011, tivesse passado por pelo menos uma internação no local, bem como as hipóteses diagnósticas (HDs) a elas atribuídas na ocasião, por avaliação dos médicos/as psiquiatras do hospital. O total de pessoas identificadas no banco de dados foi agrupado em quatro diferentes blocos, conforme o número de internações de cada pessoa durante o período estudado: **bloco 1:** pessoas que tiveram apenas uma internação psiquiátrica; **bloco 2:** pessoas que tiveram duas internações; **bloco 3:** pessoas que tiveram três internações; **bloco 4:** pessoas que tiveram quatro ou mais internações.

3.2 Segunda etapa: dados primários quantitativos

De posse da lista geral de pessoas, obtida na primeira etapa, profissionais do hospital realizaram o primeiro contato com os participantes (ou com seus familiares, em alguns casos), quando lhes fora explicada a pesquisa, feito o convite à participação e solicitada sua anuência para receber, no domicílio (data, hora e identificação definidos previamente), dois pesquisadores-entrevistadores (duplas de alunos, a partir do 6º período do Curso de Psicologia, especificamente capacitados e supervisionados para realização da entrevista). Somente no domicílio, após detalhamentos e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ocorria a concordância, ou a recusa, em participar. Tanto as recusas por telefone, como no domicílio foram muito baixas.

Inicialmente definiu-se que se trabalharia com uma subamostra aleatória representativa do total (306), para coleta dos dados primários, o que se mostrou inviável. Constatou-se logo no início que a perda de potenciais participantes seria elevada por insuficiência de dados cadastrais. Pelas condições favoráveis na ocasião, em termos de recursos humanos e de tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa, convencionou-se que todas as 306 pessoas identificadas no banco de dados, tendo sido internadas no período estipulado, seriam contatadas e convidadas a participar.

Deste modo, a subamostra foi composta pelo total de participantes que uma vez contatados e visitados, aceitaram participar (56), o que corresponde a 18% do total. Esgotaram-se as possibilidades de prospecção quando todos os egressos constantes no banco receberam pelo menos três ligações em dias diferentes. Os pacientes cujos cadastros não constavam número telefônico de contato foram excluídos. Estes não foram contatados via visitação direta, para evitar possíveis constrangimentos e desrespeito ao sigilo sobre o episódio da internação, preocupações éticas convertidas em procedimentos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS.

Para a entrevista estruturada utilizou-se um instrumento do tipo questionário, contendo, em sua maioria, perguntas fechadas (cujas respostas são objeto de análise neste trabalho), elaborado, especificamente, para atender aos objetivos do presente estudo.

Para as análises descritivas dos dados objetivos foi utilizado o software *SPSS for Windows 16* e, também, desenvolvido um banco de dados.

4 RESULTADOS

Foram identificadas 306 pessoas, residentes em Paranaíba na ocasião das internações, internadas pelo menos uma vez, no período delimitado. 210 (68,6%) homens e 96 (31,4%) mulheres. A maioria (68%) teve apenas uma internação, conforme se observa no Gráfico 1.

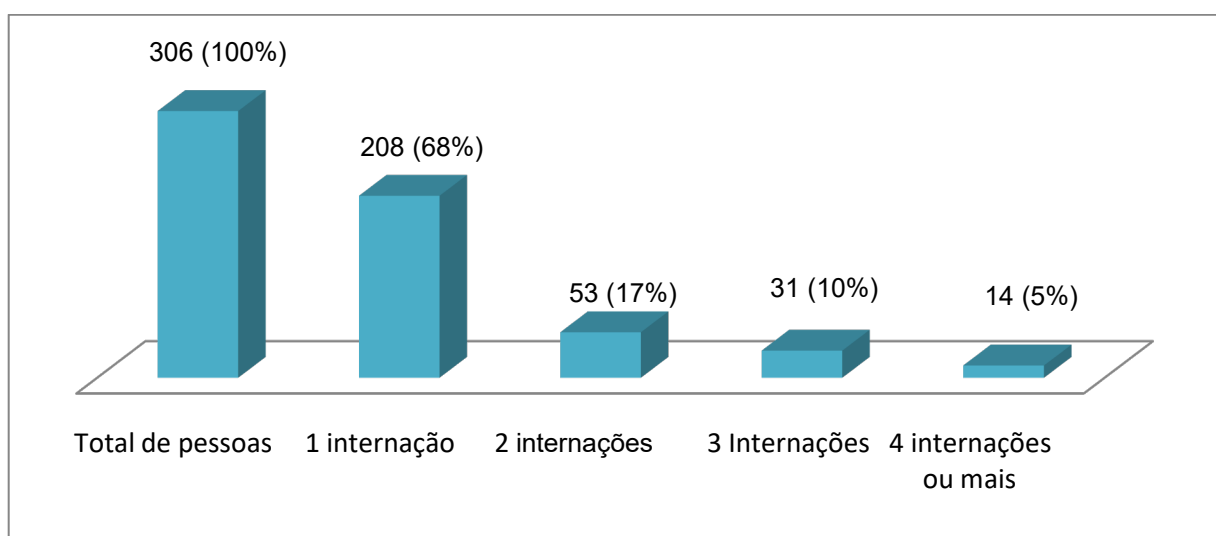


Gráfico 1- Total de pessoas internadas no período (jan. 2008 a maio 2011) e quantidade de pessoas por número de internação

As pessoas internadas somente uma vez constituíram o grupo cuja dificuldade de contato foi maior. Das 208 em potencial, proporcionalmente, sua representatividade na subamostra entrevistada foi muito inferior (somente 16), ante os subgrupos de pessoas dos blocos de duas, três e quatro ou mais internações. Tem-se a hipótese de que ao não retornarem à instituição no período pesquisado, atualizações cadastrais não foram feitas.

Os motivos pelos quais a maioria restante - 250 dos 306 participantes em potencial - não foi entrevistada, como foram os 56, constam na tabela 1.

Motivos	n = 250 (%)
Não aceitou participar/ Ou, segundo a família, o paciente não se encontrava em condição de participar.	17 (6,8)
Ausência de número telefônico e/ou endereço no cadastro	93 (37,1)
Falecimento	10 (4,0)
Chamada não atendida ou não completada	100 (39,08)
Mudança de município	25 (10,0)
Cumprindo pena em presídio	5 (2,0)

Tabela 1 - Motivos pelos quais participantes em potencial não integraram a segunda etapa (entrevistas)

Com relação às hipóteses diagnósticas, a maioria das 306 pessoas (154 / 50,3 %) foi atribuída, exclusivamente, uma HD do subgrupo 1 (Transtornos orgânicos, de humor e psicoses), e a pouco menos da metade atribuiu-se exclusivamente HDs do subgrupo 2 (130 pessoas/42,5%), conforme se vê na tabela 2. Os dados são apresentados, comparando-se entrevistados e não entrevistados.

Hipótese Diagnóstica Geral	Amostra Geral n = 306 (%)	Part. Entrevistado n = 56 (%)	Part. Não Entrevistados n = 256 (%)
Transtornos gerais (Orgânicos, de Humor e Psicoses)	154 (50,3)	36 (64,3)	118 (47,2)
Síndromes (Dependência e/ou Abstinência)	130 (42,5)	11 (19,6)	119 (47,3)
Transtornos e Síndromes ("misto")	17 (5,6)	9 (16,1)	8 (3,1)
Sem dados diagnósticos	5 (1,6)	0	5 (2,0)

Tabela 2 - Diagnósticos Psiquiátricos do total de pessoas internadas no período, entrevistadas e não entrevistadas

Enquanto na amostra potencial (306), a prevalência de pessoas com diagnósticos associados ao uso de substâncias era de 42,5%, entre os entrevistados sua representatividade foi menor (19,6%) - logo, houve maior dificuldade de contatar pessoas com este perfil diagnóstico. Já a prevalência de pessoas com transtornos gerais foi maior entre os entrevistados ante a amostra

geral (64,3% versus 50,3%). Na tabela 3, vemos dados referentes a cada bloco de internação.

	Bloco 1 (apenas 1 internação)	Bloco 2 (2 internações)	Bloco 3 (3 internação)	Bloco 4 (4 internações ou mais)
Hipótese Diagnóstica Geral	N=16	N= 18	N= 15	N= 7
Transtorno (Orgânicos, de Humor e Psicoses)	11 (68,7)	10 (55)	10	5 (71,4)
Síndromes (Dependência e/ou Abstinência)	5 (31,0)	5 (28)	1	0
Transtornos e Síndromes	0	3 (17)	4	2 (28,6)

Tabela 3 - Dados das hipóteses diagnósticas referentes aos 56 participantes entrevistados, agrupados por número de internações no período

4.1 Caracterização dos 56 entrevistados

Realizou-se a caracterização sociodemográfica (Tabela 4) e socioeconômica (Tabela 5) das 56 pessoas entrevistadas, que passarão a ser referidas como “participantes”, além do estudo de um conjunto de outras informações como será vislumbrado a partir de então. A descrição geral no corpo do trabalho não se pautou na subdivisão por hipóteses diagnósticas, mas isto foi contemplado nas tabelas. Utilizar-se-á “grupo 1” como correspondente ao dos Transtornos mentais e comportamentais gerais; “grupo 2” para as síndromes relacionadas ao uso de álcool/drogas e “grupo 3” para as pessoas com HDs de ambos os grupos anteriores. Ao longo do texto poderá ser tomado como base de comparação os grupos 2 e 3 como um único grupo, para se referir às pessoas que com ou sem outro tipo de transtorno associado, tiveram pelo menos uma internação por motivo relacionado ao uso de substâncias.

Dos 56 participantes, a maioria (62,5%) é do sexo masculino (35 pessoas). No entanto, ao analisarmos por subgrupos, tem-se igual proporção entre os sexos no grupo 1 e uma diferença maior nos grupos 2 e 3, respectivamente 72,7% e 100% de homens. Não houve predomínio considerável de alguma faixa etária. 50% das pessoas estão entre 30 a 50 anos. Em relação ao local de nascimento dos participantes, 38 (68%) nasceram em Paranaíba comparados aos 17 (30%) que nasceram em outros municípios. No que se refere à cor, os participantes se autodenominaram, equilibradamente, entre brancos (28) e negros/pardos (25); destes, 4 se autodenominaram negros.

Ao investigar o estado civil dos participantes buscou-se saber se as pessoas tinham companheiros afetivos, mais do que o estado civil jurídico. Constatou-se que do grupo 1 (transtornos), a maioria era solteira e não tinha parceiros afetivos no momento. Já no grupo 2/3⁸, a maioria era solteira e, no entanto, mantinha um relacionamento afetivo estável, de namoro. Isto sugere, talvez, que sofrer transtornos severos e persistentes traga mais prejuízos à iniciação ou à manutenção de relacionamentos afetivos se comparado a vivenciar problemas com abuso de substâncias. Isto considerando, também, que os casados/amasiados foram minoria no conjunto dos 56.

Em relação à paternidade e à maternidade, a maioria dos participantes tinha filhos, sendo (25) do grupo 1; e 14 do grupo 2/3, o que equivale à aproximadamente 70% para o conjunto total.

Quanto ao nível de escolaridade, este se mostrou baixa no conjunto, pois 46% (26 pessoas) não concluiu o ensino fundamental, além de 4 que se disseram analfabetos.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Transtornos (Orgânicos, Humor e Psicoses) N = 36 (%)	Síndromes (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Transtornos /Síndromes N= 9 (%)
Sexo dos participantes			
Masculino	18 (50,0)	8 (72,7)	9 (100,0)
Feminino	18 (50,0)	3 (27,3)	0
Idade			
18 a 24 anos	5 (13,9)	2 (18,2)	0
24 a 30 anos	8 (22,2)	0	1 (11,1)
30 a 40 anos	7 (19,4)	4 (36,4)	4 (44,4)
40 a 50 anos	8 (22,2)	3 (27,3)	2 (22,2)
50 a 60 anos	4 (11,1)	0	1 (11,1)
Mais de 60 anos	2 (5,6)	2 (18,2)	1 (11,1)
Não respondeu	2 (5,6)	0	0
Naturalidade			
Do Município (Paranaíba)	24 (66,7)	10 (90,9)	4 (44,4)
Outro Município	11 (30,6)	1 (9,1)	5 (55,6)
Não respondeu	1 (2,8)	0	0
Cor/Etnia			
Branca	17 (47,2)	6 (54,5)	5 (55,6)
Negra	3 (8,3)	1 (9,1)	0

⁸ Lembrando que se adotou a expressão “grupo 2/3” para referir-se conjuntamente às pessoas do grupo 2 (exclusivamente com diagnósticos relacionados ao uso de substâncias) e às pessoas do grupo 3 (internadas por abstinência ou dependência de álcool/drogas, mas que em algum momento também receberam diagnósticos de transtornos mentais/comportamentais, sugerindo a situação de comorbidade. Sendo assim quando mencionado “o grupo 2/3”, o N será relativo a soma dos dois grupos, ou seja, N=20.

Parda	14 (38,9)	3 (27,3)	4 (44,4)
Oriental	1 (2,8)	1 (9,1)	0
Indígena	0	0	0
Estado Civil			
Solteiro, mas tem um relacionamento/namoro	5 (13,9)	6 (54,5)	1 (11,1)
Solteiro, mas não tem um relacionamento/namoro	15 (41,7)	1 (9,1)	5 (55,6)
Casado ou amasiado	8 (22,2)	3 (27,3)	2 (22,2)
Viúvo	0	1 (9,1)	0
Separado	8 (22,2)	0	1 (11,1)
Filhos			
Sim	25 (69,4)	8 (72,7)	6 (66,7)
Não	11 (30,6)	3 (27,3)	3 (33,3)
Escolaridade			
Analfabeto	3 (8,3)	0	1 (11,1)
Ensino Fundamental incompleto	16 (44,4)	6 (54,5)	4 (44,4)
Ensino Fundamental Completo	0	1 (9,1)	0
Ensino médio incompleto	4 (11,1)	1 (9,1)	2 (22,2)
Ensino médio Completo	7 (19,4)	3 (27,3)	1 (11,1)
Ensino Superior Incompleto	3 (8,3)	0	1 (11,1)
Ensino Superior Completo	2 (5,6)	0	0
Não respondeu	1 (2,8)	0	0

Tabela 4 – Características Sociodemográficas

Em relação estar ou não trabalhando, a maioria, 75% (42 pessoas), não estava trabalhando no momento, sendo que destas, somente 07 nunca tinham trabalhado, ou seja, a maior parte das pessoas já trabalhou, mas atualmente não o fazia. Estavam distribuídos entre: desempregados, afastados do trabalho, aposentados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ou não “trabalhando fora por opção”.

Referente aos tipos de profissões/ocupações, independentemente de estarem exercendo-as, no grupo 1, a maioria (24 pessoas/quase 67%) afirmou ter uma profissão/ocupação, enquanto no grupo 2/3 a situação foi invertida: a maioria afirmou não ter uma profissão/ocupação, ou seja, 11 (55%) contra 9 (45%). Isto sugere algum tipo de associação a ser investigada entre a falta de possibilidades de empregabilidade por falta de formação profissional em algum ofício específico e o abuso e/ou dependência de substâncias.

Com relação às rendas (pessoal e familiar), predominou o perfil de menor poder aquisitivo. A renda pessoal da maioria, 41% dos participantes (23 pessoas), era de até um salário mínimo (R\$ 545,00 na época) e 36% (20 pessoas) afirmou não ter nenhuma renda ou que não sabiam dizer. Quanto à renda familiar, a maioria (30,3%) afirmou não ter renda ou não a saber, e 21,4% (12 pessoas) informou renda familiar de até dois salários mínimos.

Destaca-se uma limitação do estudo na coleta destes dados, ao abordar, unificadamente, duas condições na mesma alternativa: “não tem renda, ou não sabe dizer”. Por último, a grande maioria dos participantes (77%) informou residirem em casa própria.

	Grupo 1 Transtornos orgânicos, de humor e Psicoses N=36 (%)	Grupo 2 Síndromes (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Grupo 3 Transtornos/ Síndromes N=9 (%)
Trabalho			
Atualmente trabalha	9 (25,0)	3 (27,3)	2 (22,2)
Não trabalha, mas já trabalhou	22 (61,1)	7 (63,6)	6 (66,7)
Nunca trabalhou	5 (13,9)	1 (9,1)	1 (11,1)
Descrição do trabalho ou condição atual			
Trabalho Eventual (Bico)	1 (2,8)	1 (9,1)	1 (11,1)
Trabalho Regular (Informal)	5 (13,9)	2 (18,2)	1 (11,1)
Trabalho Regular (Registrado)	4 (11,1)	3 (9,1)	0
Desempregado	8 (22,2)	5 (45,5)	3 (33,3)
Afastado do trabalho	2 (5,6)	1 (9,1)	0
Aposentado INSS	7 (19,4)	1 (9,1)	2 (22,2)
Não trabalhando “fora” por opção	3 (8,3)	0	2 (22,2)
Trabalhando em casa (trabalhos domésticos e outros)	2 (5,6)	0	0
Não respondeu	4 (11,1)	0	0
Profissão ou Ocupação			
Sim, tem uma profissão ou ocupação	24 (66,7)	5 (45,5)	4 (11,1)
Não tem uma profissão ou ocupação	12 (33,3)	6 (54,5)	5 (13,9)
Renda Pessoal			
Não tem renda, ou não sabe dizer	11 (30,6)	5 (45,5)	4 (44,4)
Até um salário mínimo	16 (44,4)	4 (36,4)	3 (33,3)
Até dois salários mínimos	5 (13,9)	1 (9,1)	1 (11,1)
Até três salários mínimos	1 (2,8)	0	0
Mais de três salários mínimos	1 (2,8)	1 (9,1)	0
Outra	0	0	0
Não respondeu	0	0	1 (11,1)
Renda Familiar			
Não tem renda, ou não sabe dizer	12 (33,3)	1 (9,1)	4 (44,4)
Até um salário mínimo	7 (19,4)	2 (18,2)	1 (11,1)
Até dois salários mínimos	7 (19,4)	3 (27,3)	2 (22,2)
Até três salários mínimos	3 (8,3)	2 (18,2)	1 (11,1)
Mais de três salários mínimos	6 (16,7)	2 (18,2)	1 (11,1)
Outra	0	0	0
Não respondeu	1 (2,8)	1 (9,1)	0
Residência			
Própria	29 (80,6)	7 (63,6)	7 (77,8)
Alugada	4 (11,1)	1 (9,1)	1 (11,1)
Cedida/emprestada por conhecido/colega/amigo	1 (2,8)	0	0
Outra	1 (2,8)	2 (18,2)	1 (11,1)
Não respondeu	0	1 (9,1)	0

Tabela 5 – Características Socioeconômicas

4.2 Suporte Social e Familiar, grau de autonomia e participação em atividades

Trinta e sete pessoas (57%), a maioria, residiam com familiares ou parentes não matrimoniais, seguidas por outras 19 (34%) que moravam com esposa/marido e filhos. Isto sugere que a maioria não vivia segundo configuração familiar mais tradicional, ou seja, a conjugal. Nos três subgrupos, o modelo conjugal não foi o predominante. Destaque ao grupo 3, “de transtornos/síndrome”, em que o predomínio do modelo de coabitação com parentes não matrimoniais é ainda maior: 7 pessoas, o que equivale a quase 77,8%, contra somente uma pessoa. Outros tipos de investigação seriam necessários para explorar em que medida a organização familiar não conjugal e sim de coabitação com parentes tem relações com as experiências envolvendo os transtornos mentais ou decorrentes do abuso de substâncias. E se isto é especialmente mais significativo no caso de pessoas com comorbidades, cujas implicações podem ser mais incisivas sobre a manutenção de relações conjugais.

Para investigar a percepção da própria autonomia pelos participantes, lhes foi perguntado sobre terem ou não necessidade da presença de algum cuidador/acompanhante, diariamente, em suas atividades. No conjunto das 56 pessoas, predominou a resposta afirmativa, ou seja, 52% (29 pessoas). Isto sugere pouca autonomia geral de mais da metade dos respondentes ou, pelo menos, uma autoimagem de baixa autonomia/independência, associada a aspectos culturais, e não propriamente por uma falta real de autonomia.

Sobre o envolvimento em atividades externas ao domicílio, como idas aos lugares de lazer, entretenimento e sociabilidade, os dados apontam um cenário favorável, pois 78% dos participantes frequentavam igrejas, clubes, praças, feiras, pontos da cidade, parques, ginásios esportivos, escolas, cursos, casas de amigos/vizinhos/parentes, outros municípios a passeio, bares, restaurantes e lanchonetes. Em relação à comparação dos subgrupos, deve-se atentar para uma porcentagem considerável, mesmo que minoritária, de 22,2% das pessoas do subgrupo 1 que negam frequentar locais de lazer, significativamente maior se comparado ao grupo 2/3, com somente 5% (1 das 20 pessoas). Isto sugere a possibilidade de maiores limitações de autonomia, no ir e vir, na sociabilidade e no acesso a lazer e entretenimento entre as

peças com transtornos mentais gerais, diferentemente das peças com problemas ligados ao abuso de substâncias. Isto possivelmente porque a prática de consumo de substâncias tende a ser mais coletiva e ocorrer durante atividades de lazer.

Ainda sobre o grau de autonomia, investigou-se sobre o envolvimento nas atividades domésticas cotidianas, a maioria dos participantes (68%) o faz, com porcentagens semelhantes entre os subgrupos. No entanto, em relação a sair sozinho quando assim desejar, pouco mais da metade das peças, afirmou fazê-lo sempre (55%), ante 34% que responderam “nunca” sair sozinho ou fazê-lo poucas vezes. Comparando-se os subgrupos, nota-se que uma porcentagem levemente superior de peças do grupo 2/3 afirmou sair sozinha quando deseja - 60% ante 52,8%. Por sua vez, não diferiram tanto a proporção de respondentes que pouco, ou nunca, saem sozinhos - 36% no grupo 1 e 30% no grupo 2/3.

No que se refere ao **grau de acesso à seguridade e/ou proteção social**, considerando que a grande maioria não estava trabalhando, 61% não recebiam nenhum tipo de benefício social, governamental ou filantrópico. Comparando-se os subgrupos, tem-se uma porcentagem maior no grupo 1 de peças com algum tipo de recebimento, 25% ante 9% do grupo 2, ou 15% do grupo 2/3. Isto, possivelmente, se deve ao aumento nos últimos anos da concessão de benefícios do INSS para casos de transtornos mentais, ou em função dos programas “De Volta pra Casa” ou “Bolsa Família”, ambos do Governo Federal. No geral, o que se constata é que entre os participantes, as peças com transtornos mentais gerais tinham um pouco mais de acesso à proteção/seguridade social do que as peças com problemas decorrentes de abuso de substâncias.

	Grupo 1 Transtornos orgânicos, de humor e psicoses N = 36 (%)	Grupo 2 Síndromes (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Grupo 3 Transtornos /Síndromes N= 9 (%)
Moradia			
Mora sozinha	0	1 (9,1)	0
Com familiares (parentes, exceto esposas e filhos)	20 (55,6)	5 (45,5)	7 (77,8)
Com esposa-marido e/ou companheiro/a e filhos	14 (38,9)	4 (36,4)	1 (11,1)

Com amigos/colegas	1 (2,8)	1 (9,1)	0
Outra	1 (2,8)	0	1 (11,1)
Necessidades de Cuidador no dia-a-dia			
Sim	20 (55,6)	4 (36,4)	5 (55,6)
Não	15 (41,7)	6 (54,5)	4 (44,4)
Outra	1 (2,8)	1 (9,1)	0
Frequenta Locais de Lazer			
Sim	26 (72,2)	10 (90,9)	8 (88,9)
Não	8 (22,2)	0	1 (11,1)
Outra	2 (5,6)	1 (9,1)	0
Envolve-se no dia-a-dia, com atividades domésticas na casa			
Sim	25 (69,4)	8 (72,7)	5 (55,6)
Não	9 (25,0)	2 (18,2)	4 (44,4)
Outra	2 (5,6)	1 (9,1)	0
Sai sozinho quando quer			
Sempre	19 (52,8)	6 (54,5)	6 (66,7)
Às vezes	3 (8,3)	2 (18,2)	0
Pouco	5 (13,9)	2 (18,2)	2 (22,2)
Nunca	8 (22,2)	1 (9,1)	1 (11,1)
Outra	1 (2,8)	0	0
Recebimento de benefício financeiro ou material de programa governamental ou filantrópico			
Não	20 (55,5)	8 (72,7)	6 (66,7)
Sim, municipal	1 (2,8)	1 (9,1)	1 (11,1)
Sim, estadual	0	1 (9,1)	0
Sim, federal	9 (25,0)	1 (9,1)	2 (22,2)
Filantrópico	2 (5,6)	0	0

Tabela 6 - Rede de Suporte Social ou Familiar

4.3 Entendimentos sobre diagnósticos e uso de substâncias psicoativas

Sobre o conhecimento/entendimento dos participantes sobre os diagnósticos psiquiátricos (Tabela 7) que lhe foram atribuídos, a maioria (64%) tinha entendimento sobre ter sido diagnosticada com algum transtorno psiquiátrico, embora não soubesse especificar “o nome da doença mental” ou o diagnóstico em questão. No entanto, a porcentagem que tinha tal compreensão foi maior no grupo 1 (69,4%) comparada ao grupo 2 (45,5%), o que sugere (considerando comentários categorizados dos participantes) que as síndromes de dependência e/ou de abstinência são menos significadas como adoecimentos ou como questão de saúde, fortemente concebidas culturalmente como falhas morais, ou problemas de caráter.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Transtorno	Síndromes	Transtornos
	(Orgânicos, Humor	(Dependência e	/Síndromes
	e Psicoses)	Abstinência)	N= 9 (%)
	N = 36 (%)	N= 11 (%)	
Conhecimento quanto à doença Mental			
Sim, tem conhecimento	25 (69,4)	5 (45,5)	6 (66,7)

Não tem conhecimento / não sabe	10 (27,8)	6 (54,5)	3 (33,3)
Não respondeu	1 (2,8)	0	0

Tabela 7 - Conhecimento do participante acerca dos diagnósticos psiquiátricos

Quanto ao número de internações (Tabela 8)⁹ nessa instituição, 40 pessoas (71,4%) foram internadas mais de uma vez no período estudado, ante 16 pessoas (28,5%) que foram internados uma única vez. Comparando-se os subgrupos, houve mais pessoas internadas duas vezes no período entre aquelas em abuso de substâncias (mesmo que com transtornos associados - grupo 2/3), do que entre aquelas com transtornos gerais - 40% ante 27,8%, respectivamente.

Comparando os três subgrupos, é maior a porcentagem de pessoas internadas duas vezes, no subgrupo 2/3 (40%) ante o subgrupo 1 (27,8%). Conforme aumenta o número de internações (de duas para três), a lógica se inverte, mas a diferença é mais suave: 27,8% do subgrupo 1 ante 25% do 2/3.

Destaque às pessoas que cujos diagnósticos psiquiátricos sugerem comorbidade (subgrupo 3). Embora o N seja pequeno (=9), este subgrupo teve proporcionalmente mais pessoas internadas três vezes (44,4%) e quatro vezes (22,2%), no período. Caberia investigar, portanto, se a então suposta comorbidade implicaria maior vulnerabilidade geral, associada à reincidência de internações.

	Grupo 1 Transtorno (Orgânicos Humor e Psicoses) N = 36 (%)	Grupo 2 Síndromes (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Grupo 3 Transtornos /Síndromes N= 9 (%)
Número de internações			
Uma vez	11 (30,6)	5 (45,5)	0
Duas vezes	10 (27,8)	5 (45,5)	3 (33,3)
Três vezes	10 (27,8)	1 (9,1)	4 (44,4)
Quatro vezes ou mais	5 (13,9)	0	2 (22,2)

Tabela 8 - Frequência de internações psiquiátricas que o participante teve segundo dados da instituição

Foi investigado no conjunto, o uso atual e pregresso de algum tipo de droga (incluindo álcool e tabaco) (Tabela 9). A maioria, 69,6% (39 pessoas),

⁹ Considerando a ocorrência de internações durante o período estipulado para estudo, não a ocorrência de episódios durante a vida.

afirmou já ter feito ou ainda fazer uso. Destaca-se a porcentagem relativamente alta no grupo 1 (55,6%) de pessoas que afirmaram fazer ou já ter feito uso de algum tipo de droga. Isto porque, este subgrupo é constituído por pessoas cujas internações não ocorreram por motivo de abuso de substâncias. Ou seja, as pessoas internadas por transtornos mentais graves, que geralmente fazem tratamentos medicamentosos contínuos, tinham histórico de uso de algum tipo de substância psicoativa.

Em relação a qual tipo de droga, das 39 pessoas que afirmaram uso atual ou progresso, foi maior o uso de múltiplas drogas (pelo menos três entre álcool, maconha, cocaína e crack) - 16 das 39, o que equivale a 41%. Este tipo de uso mostrou-se maior nos três subgrupos - respectivamente: 7 (35%), 5 (45,5%) e 4 (44,4%). Foi superior, inclusive, às porcentagens de pessoas que faziam ou fizeram uso exclusivamente de álcool, também nos três subgrupos.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Transtornos (Orgânicos, Humor e Psicoses) N = 36 (%)	Síndromes (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Transtornos /Síndromes N= 9 (%)
Já utilizou algum tipo de Droga na vida			
Sim, já fez/faz uso	20 (55,6)	11 (100,0)	8 (88,9)
Não, nunca fez uso	15 (41,7)	0	0
Não respondeu	1 (2,8)	0	1 (11,1)
Quem já fez ou faz uso, qual tipo de droga usou ou usava			
N = referente às pessoas que fizeram uso (39)	N=20	N=11	N=8
Tabaco	2 (10,0)	1 (9,1)	1 (11,1)
Bebidas Alcoólicas	5 (25,0)	2 (18,2)	0
Maconha	2 (10,0)	0	0
Cocaína	0	0	0
Crack	0	0	0
Múltiplas drogas (sendo 3 tipos de substâncias citadas acima, menos o tabaco)	7 (35,0)	5 (45,5)	4 (44,4)
Tabaco e álcool	4 (20,0)	3 (27,3)	3 (33,3)

Tabela 9 - Uso de Substâncias Psicoativas

4.4 Acesso a tratamento

Em termos de acesso à assistência em saúde (Tabela 10), a maioria estava fazendo algum tipo de tratamento na rede de saúde no momento da entrevista. 39% (22 pessoas) eram atendidas por psiquiatra e psicólogo; 23% (13 pessoas) e 16% (9 pessoas) faziam acompanhamento exclusivamente

psiquiátrico e por equipes de saúde da família, respectivamente. Embora minoria, seis pessoas (três do subgrupo 1 e três do subgrupo 2) não estavam em nenhum tipo de atendimento. Em relação à periodicidade, a maioria, 66%, realizou o último atendimento nos últimos seis meses, o que sugere um nível de acesso razoável. No entanto, tais modalidades de atendimento não são necessariamente na rede pública, exceto, o seguimento pela Estratégia Saúde da Família.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Transtornos (Orgânicos, Humor e Psicoses)	Síndromes (Dependência e Abstinência)	Transtornos /Síndromes
	N = 36 (%)	N= 11 (%)	N= 9 (%)
Tratamento/acompanhamento que o participante fez ou está fazendo			
Medicação/Psiquiatria	11 (30,6)	1 (9,1)	1 (11,1)
Terapia individual com psicólogo	1 (2,8)	0	0
Apoio/ Seguimento com outros profissionais da ESF	6 (16,7)	0	3 (33,3)
Psiquiátrico e Psicológico	11 (30,6)	7 (63,7)	4 (44,4)
Outras atividades ou propostas	4 (11,1)	0	1 (11,1)
Não faz nenhum	3 (8,4)	3 (27,3)	0
Última vez que aconteceu o atendimento/consulta/atividade			
Há menos de um mês	18 (50,0)	3 (27,3)	4 (44,4)
Entre um e seis meses	8 (22,2)	3 (27,3)	1 (11,1)
Entre 7 e 12 meses atrás	2 (5,6)	0	0
Há mais de um ano	1 (2,8)	3 (27,3)	0
Não sabe dizer	3 (8,3)	2 (18,2)	3 (33,3)
Não respondeu	4 (11,1)	0	1 (11,1)

Tabela 10 - Acompanhamento e tratamento

Ao investigar os serviços, aonde as pessoas referem ocorrer seus atendimentos (Tabela 11), vê-se que o mais citado é o CAPS, no subgrupo 1 (11 pessoas = 30,6%). No entanto, nos grupos 2 e 3, somente duas e uma pessoa, respectivamente, referem o CAPS, o que é negativo, pois é o único serviço especializado na cidade. Destaque ao número de pessoas destes dois subgrupos que respondeu “não”, ou seja, não realizam acompanhamento em nenhum dos serviços apresentados: 7 pessoas do subgrupo 2 (63,6%) e uma pessoa do subgrupo 3 (11%). Enquanto quase 20% das pessoas do grupo 1 são seguidas pela Estratégia Saúde da Família, isto não ocorre com nenhuma pessoa do grupo 2, o que sugere que as pessoas com problemas por abuso de substâncias acessavam menos ainda a rede básica, “porta de entrada” para o SUS, além de acessarem pouco o serviço especializado (CAPS).

Configura-se assim baixo acesso ao tratamento, na rede local, para as pessoas egressas de internações psiquiátricas motivadas por abuso de álcool e outras drogas. O melhor nível/qualidade de acesso ao tratamento é identificado somente para 10 das 56 pessoas, o que equivale a 18%, referente às pessoas assistidas por mais de um serviço, no caso CAPS e Estratégia Saúde da Família. E, na pior condição, sem atendimento em algum destes serviços, estão 21%, 12 pessoas do total.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Transtornos (Orgânicos, Humor e Psicoses) N = 36 (%)	Síndrome (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Transtornos /Síndromes N= 9 (%)
Está sendo atendido em algum serviço de saúde?			
ESF (Estratégia Saúde da Família / UBS)	7 (19,4)	0	2 (22,2)
CAPS	11 (30,6)	2 (18,2)	1 (11,1)
Hospital Psiquiátrico	0	0	0
Pronto Socorro/Santa Casa	0	0	0
Outros serviços	2 (5,6)	1 (9,1)	1 (11,1)
Não	4 (11,1)	7 (63,6)	1 (11,1)
CAPS e ESF/UBS	6 (16,7)	1 (9,1)	3 (33,3)
Não respondeu	6 (16,7)	0	1 (11,1)

Tabela 11 - Serviço de saúde em que está sendo atendido

Em relação ao uso de medicamentos (Tabela 12) a maioria, 62,5% (35 pessoas), fazia uso de psicotrópicos. No entanto, embora predomine acesso a medicamentos no subgrupo 1 (26 pessoas = 72,2%), no subgrupo 2 o que predomina é que pouco mais da metade (54,5% / 6 pessoas) não está em seguimento com medicações. Obviamente, não se pode tomar como benéfico à priori, o uso de medicamentos psicotrópicos, mas os dados podem indicar insuficiente acesso ao suporte medicamentoso em caso de dependência química, ou pior adesão ao tratamento, por estas pessoas. Ou seja, não iniciam ou interrompem tratamento. Isto pode ter relação com questões culturais sobre o abuso de álcool e drogas ser visto mais como “fraqueza de caráter” ou “falta de vontade de parar de usar (a substância)”, do que uma questão, também, de saúde, que merece ações de assistência específica, entre elas prescrição de medicação para apoio à abstinência ou redução da compulsão ao uso. Estes aspectos merecem investigação mais aprofundada.

	Grupo 1 Transtornos (Orgânicos, Humor e Psicoses) N = 36 (%)	Grupo 2 Síndromes (Dependência e Abstinência) N= 11 (%)	Grupo 3 Transtornos /Síndromes N= 9 (%)
Uso de medicamentos			
Sim, psiquiátricos	26 (72,2)	5 (45,4)	4 (44,4)
Não	3 (8,3)	6 (54,5)	2 (22,2)
Outros Medicamentos (não psiquiátricos)	0	0	2 (22,2)
Vários (psiquiátricos e outros)	1 (2,8)	0	0
Não respondeu	6 (16,7)	0	1 (11,1)

Tabela 12 – Uso de medicamentos

5 DISCUSSÃO

O total de 306 pessoas de Paranaíba, internadas pelo menos uma vez, no intervalo de aproximadamente três anos, corresponde uma média 102 pessoas por ano - 0,25% da população - considerando 40.192 habitantes, segundo censo do IBGE-2010.

No que se refere à utilização dos hospitais psiquiátricos como recurso de atendimento, os resultados do presente estudo vão na mesma direção de outros trabalhos recentes que constatam que, até o momento, pacientes com um perfil específico ainda utilizam a assistência hospitalar, ainda que de curta duração¹⁰ (COELHO et al., 2014, p. 3614).

Se por um lado, a grande maioria (208 = 68%) teve somente uma internação no período, o que é positivo, algumas questões ficam em aberto. Dados ou estudos complementares seriam necessários para saber, por exemplo, se estas pessoas tiveram outras internações na mesma instituição em anos anteriores. Ou ainda, se de fato não vivenciaram crises ou surtos que demandassem cuidado hospitalar, caso não tenham sido internadas em outros locais. Noutro cenário, o de terem vivenciando-os, seria relevante identificar se receberam atendimento à crise suficientemente continente, em outros pontos da rede, ou até mesmo algum tipo de suporte familiar/comunitário/social, tornando a busca hospitalar menos necessária. Trabalhos internacionais, em países em desenvolvimento, apontam associação entre maior risco de frequentes hospitalizações com pouca disponibilidade de suporte para

¹⁰ Há uma considerável variabilidade do que seja considerada internação curta ou breve, nos estudos. Embora na instituição pesquisa, internações de 30 a 60 dias sejam consideradas breves, em alguns trabalhos pesquisados, seriam internações breves aquelas até 20 dias, ou até mesmo, de somente de 2 ou 3 dias (DALGALARRONDO; BOTEAGA; BANZATO, 2003; COELHO et al., 2014).

tratamento ambulatorial e com internações de prévias de maior duração (KUMAR; ROBINSON; SINHA, 2002).

Com relação aos tipos de transtornos das pessoas internadas, segundo avaliações psiquiátricas no momento das hospitalizações, os dados sugerem tendência de equiparação, na presente casuística, entre as internações por transtornos mentais e comportamentais gerais e por síndrome de abstinência e/ou de dependência química - 50,3% ante 48,1%, incluindo a proporção do subgrupo das comorbidades.

A tendência de crescimento de internações relacionadas ao álcool e às drogas ilícitas é apontada pela literatura. Estudo que analisou internações de 1615 pessoas, de 1986 a 1997, encontrou proporção bastante inferior de pessoas internadas por transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (7,3%) (DALGALARRONDO; BOTEAGA; BANZATO, 2003). No entanto, um trabalho mais recente aponta uma inversão, ou seja, prevalência de transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas superando a de transtornos psicóticos, nas internações ocorridas em 2011 nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte (COELHO et al., 2014).

No entanto, quando comparamos participantes em potencial (306) e participantes entrevistados (56), havia entre os primeiros uma porcentagem maior de pessoas diagnosticadas com síndromes de dependência/abstinência (42,5%), ante 19,6% delas no grupo dos entrevistados. Isto sugere que houve mais dificuldade de contatar as pessoas internadas por dependência química. Não é possível saber as causas disto, somente conjecturar a respeito, indagando sobre uma provável maior circulação (mudança de endereço, de cidade), mais óbitos, mais perda de contatos com parentes, mais detenção penitenciária, ou mesmo uma condição de vida “mais complicada”, que dificulta manutenção de endereço ou residência fixa.

Portanto, identificou-se maior representatividade do subgrupo de transtornos (orgânicos, de humor e psicoses), tanto nos participantes em potencial (50,3%), como entre os entrevistados (64,3%), sugerindo maior facilidade de contatá-los. Os resultados se assemelham a outros trabalhos com egressos de internações psiquiátricas, que também verificaram maior predomínio de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, transtornos

esquizotípicos, transtornos delirantes e transtornos de humor (CARDOSO; GALERA, 2011).

O perfil predominante encontrado entre os entrevistados também se assemelha ao apontado por outros trabalhos realizados com pacientes pós-internação psiquiátrica. Verificou-se que a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico afetam a vida de muitos pacientes psiquiátricos (BECHELLI, 2000).

Com relação ao sexo, a maioria de homens, ocorreu tanto na amostra geral, como na dos entrevistados (62,5%). Sua porcentagem também foi mais elevada, internamente, nos subgrupos de síndromes e de comorbidades. Houve, no entanto, maior equilíbrio entre homens e mulheres internamente no grupo dos transtornos. Isto, possivelmente, porque mais mulheres são internadas por transtornos de humor, especialmente por depressão. Tais achados são concordantes com os resultados encontrados no estudo de Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008), que investigou a incidência dos transtornos mentais em serviços de saúde mental (ambulatórios e instituição hospitalar psiquiátrica), constatando que os episódios depressivos constituíram o diagnóstico de maior incidência, sendo predominante em mulheres.

A predominância de homens converge com dados da literatura que os apontam como mais frequentemente internados em consequência do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2009). Culturalmente as drogas fazem parte mais do universo de sociabilidade masculina, o uso é mais aceito e presente na vida dos homens, entretanto tem-se observado um aumento no número de mulheres com problemas relacionados às drogas, tema que merece mais estudos.

Para Zilberman e Giusti (2007) o padrão de uso de drogas entre as mulheres vem se modificando com o passar dos anos, vem crescendo, tendendo a igualar-se à prevalência masculina, e, em alguns casos até ultrapassá-la. Os estudos epidemiológicos nacionais indicam um crescente aumento de mulheres com dependência química, considerando-se alta a prevalência de problemas relacionados ao consumo de drogas entre estas (CARLINI et al., 2006). Ações voltadas à prevenção de dependência química devem ser mais específicas e diferenciadas para homens e mulheres, ou seja, incluírem uma perspectiva analítica de gênero.

Outro dado destacável foi o percentual alto de consumo de drogas entre os egressos de internações que não foram motivadas, segundo avaliação médica na ocasião, por abuso de drogas, e sim por transtornos mentais gerais. A maioria fez/fazia uso de múltiplas drogas, inclusive ilícitas, não somente de álcool e tabaco. Esses resultados apontam a necessidade de incluir nas atividades de reabilitação, estratégias e ações de educação em saúde e de redução de danos não somente para pessoas diagnosticadas com dependência química, mas, sobretudo, no acompanhamento em saúde mental como um todo.

Sobre tratamento/acompanhamento, os resultados sugerem satisfatório nível de acesso a profissionais e serviços - somente 10% não tinham sido assistidos por profissionais de saúde; para a grande maioria o último atendimento/consulta havia ocorrido a menos de seis meses e 25% tinham o CAPS como local principal de acompanhamento, embora a minoria das pessoas com diagnósticos de álcool/drogas – 3 das 20 (15%) – frequentassem este serviço, que por sua vez também referiram menos tratamento com psicotrópicos.

A modalidade de acompanhamento predominante para todos foi o tratamento medicamentoso, seja com clínico geral ou psiquiatra, associado ou não a atendimento psicológico. Por outro lado, quando foi perguntado em que tipo de serviço do SUS as pessoas estavam sendo atendidas no momento, 21% (12 das 56 pessoas) afirmaram não estar em nenhum. Destas, a maioria (8) tinha diagnósticos relacionados ao abuso de álcool/drogas. Com menor acesso a acompanhamento na atenção primária e no serviço especializado, além de menos uso de psicotrópicos, os dados apontam para uma maior desassistência e, portanto, maior vulnerabilidade em saúde, do grupo de pessoas com problemas ligados à dependência química.

Ademais os indicadores sociais e de cidadania são também piores para as pessoas com dependência química, indicando que a vulnerabilidade ao abuso de álcool/drogas só pode ser compreendida articuladamente às condições sociais de vida, sejam estas determinantes do problema de saúde ou desdobramentos deste. Vejamos: no conjunto dos 56, 53% eram analfabetos e com ensino fundamental incompleto; 75% fora do mercado de trabalho; 41% com renda pessoal até um salário mínimo e 61% não

beneficiários de programas sociais. Para a maioria dos mesmos indicadores, a situação é pior para as pessoas com diagnóstico de álcool e drogas, tanto exclusivo como comorbidade, quando comparadas às com transtornos gerais – respectivamente: 55% X 52% (analfabetismo/baixa escolaridade); 70% X 55% (exclusão mercado de trabalho); 35% X 44% (baixa renda) e 70% X 55% (não beneficiários de programas sociais). Por outro lado, no que se refere à liberdade e autonomia para as atividades da vida diária e circulação social para lazer, a situação deste grupo é mais favorável do que a das pessoas com transtornos mentais gerais. Conforme sugerem os dados, seriam relevantes investigações qualitativas sobre que determinantes produzem uma situação geral de vida pior, das pessoas com problemas envolvendo abuso de substâncias.

Por fim, vale refletir sobre as implicações e os desdobramentos destes dados para o cenário mais amplo da reabilitação psicossocial dos egressos de internações psiquiátricas. Por utilizarem o nível terciário da atenção em saúde, poderíamos pensar em uma maior gravidade e/ou complexidade de suas trajetórias de vida e cursos dos adoecimentos.

Embora, as pessoas pesquisadas (e isto pode ser uma realidade comum a egressos de hospitais psiquiátricos no país todo), em sua maioria participassem de atividades em espaços sociais, tivessem certa autonomia, e acesso a algum tipo de tratamento, ainda que somente medicamentoso (não psicossocial/interdisciplinar), sua situação educacional e profissional mostra-se ruim. Excluindo aposentados do conjunto dos 56, só 17% trabalhavam formalmente ante 34,7% de desempregados e 24% de trabalhadores informais. Isto, associado à baixa escolarização e renda, e à condição de não beneficiários de programas sociais, sugere situação ampliada de vulnerabilidade social do conjunto como um todo, mas principalmente das pessoas com dependência química como se demonstrou acima. Dessas (n=20), pessoas desempregadas e em trabalhos informais somam 13 (65%) ante 03 (15%) com emprego formal, além de serem proporcionalmente menos escolarizadas na comparação com o grupo dos transtornos gerais e, também, menos formadas em algum ofício específico.

Os resultados do presente estudo nos desafiam a pensar em que medida a reabilitação psicossocial com vistas à inserção social plena das

peças – grande objetivo da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial no Brasil – tem se restringido a ampliar seu acesso aos psicotrópicos, serviços e, ainda, à hospitalização (ou seja, a recursos biomédicos). A utilização criteriosa de leitos psiquiátricos em hospitais gerais no âmbito de um modelo assistencial de base comunitária, que priorize ações de saúde articuladamente às ações intersetoriais voltadas para a garantia de direitos, não se mostra na realidade social do Brasil. Ademais, é incipiente o trabalho em rede na chamada *atenção pós-alta*, pensada não somente como encaminhamentos de egressos a atendimentos psiquiátricos ou terapêuticos em geral, mas também na forma de efetivação de ações com vistas à maior inclusão social que possibilite desenvolvimento humano. Na operacionalização daquilo que tem sido denominado como *alta assistida*, alguns trabalhos propõem o *acompanhamento terapêutico* como estratégia no processo de inserção mais qualificada de pessoas com sofrimentos severos na vida social (DIMENSTEIN, BEZERRA, 2009b), que, a nosso ver, deve ser pari passu à restituição/promoção de direitos humanos.

Pesquisadores ressaltam a necessidade de trabalhos com egressos de internações psiquiátricas, para a coleta de informações sobre suas necessidades e de seus cuidadores, que auxiliem a integração de ações e serviços pós-alta (CARDOSO, GALERA, 2011). Assim como a necessidade da promoção do trabalho com as famílias e o fortalecimento da rede de assistência social aos usuários, em seus territórios, o que possivelmente evitaria as reinternações (DIMENSTEIN, BEZERRA, 2009b; SALLES, BARROS, 2011).

Diante das falhas e não atualização das informações cadastrais dos pacientes da instituição pesquisada, uma das possibilidades é que isto esteja relacionado justamente com a falta de organização de ações de *atenção pós-alta* ou *alta assistida* (DIMENSTEIN, BEZERRA, 2009a) no município em questão. Esse tipo de atenção não é desenvolvida pela instituição pesquisada, tampouco por outros serviços da rede local, como o CAPS. Ambos não atuam articuladamente o suficiente, de modo a construir efetivamente as condições para a reabilitação psicossocial de egressos de internações. A descentralização e responsabilização pelo cuidado ao município, quando somadas à falta de sistematização das informações sobre a reinserção das

pessoas egressas de internações, evidencia uma falha no processo de cuidado (DIMENSTEIN, BEZERRA, 2009b).

Sem um modelo de cuidado em saúde mental com enfoque verdadeiramente psicossocial, a conclusão é a de que “a função principal da instituição psiquiátrica continua sendo a exclusão”, conforme afirmam os autores de um estudo retrospectivo, que também analisou perfil da população feminina internada em um hospital psiquiátrico, de 1964 a 1994. Concluem que “a construção de modelos substitutivos em saúde mental que valorizem a integridade e promovam a cidadania, tornam-se a única possibilidade de resistência do movimento antimanicomial” (GRADELLA JÚNIOR, 2002, p. 87).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista dos cursos das reformas sociais brasileiras (Sanitária e Psiquiátrica) e das políticas de saúde, “a manutenção do hospital psiquiátrico no circuito de atendimento da saúde mental nos leva à análise das dificuldades enfrentadas na efetivação da rede comunitária de saúde mental como substitutiva de fato [...]” (COELHO et al., 2014, p.3616).

A dificuldade de implosão do modelo hospitalocêntrico é identificada não somente no Brasil, como aponta o trabalho de Siqueira-Silva, Nunes e Moraes (2013) comparando-o a Portugal. Ambos os países não atingiram integralmente sua proposição de atendimento comunitário, oferecendo prioritariamente procedimentos biomédicos.

Para extrapolar o âmbito biomédico do cuidado, é necessário, sobretudo, a estruturação de modelos de atenção abrangentes e intersetoriais para a promoção de suporte social e condições de efetiva cidadania. O enfoque verdadeiramente psicossocial da reabilitação (que não se restringe a restaurar o funcionamento individual pela supressão de sintomas) deve ir muito além do acesso a medicamentos, médicos e psicólogos. É muito mais integral, incluindo ações concretas, em rede, de continuidade dos cuidados em saúde mental associada à viabilização da retomada de trajetórias educacionais, de formação e inclusão profissional, lazer, entretenimento, esporte e cultura.

Se em uma sociedade de classes, portanto, injusta e desigual, não orientada para o desenvolvimento humano pleno e sim para a acumulação de riqueza sem distribuição social equânime, essas oportunidades são limitadas

para a população geral, a situação é mais grave para as pessoas com trajetórias de vidas marcadas pelo adoecimento psíquico - este em boa medida determinado pelas características da estrutura social capitalista. É necessária a consciência dos profissionais da Atenção Psicossocial quanto a essa conjuntura desumanizadora. A finalidade da reabilitação psicossocial é, portanto, a ampliação de oportunidades e de condições que qualifiquem a existência humana e seus modos de vida, mesmo conscientes dos limites impostos pelo modo de produção e reprodução da vida.

Juntamente com a estrutura social capitalista que promove piores condições de vida para boa parte da população trabalhadora e o recuo do Estado no financiamento das políticas sociais, há, também, no nível sociocultural “processos ideológicos mais acirrados”, cuja inflexão se faz necessária (Coelho et al., 2014, p. 3616). Estes processos operam na forma do estigma e da discriminação que acentuam a negligência do Estado em não estruturar suficientemente políticas sociais que respeitem e promovam direitos civis e sociais básicos de determinados grupos sociais, como daqueles que chegaram ao aparato psiquiátrico da sociedade.

A tendência neste tipo de cenário é permanecer um movimento cíclico: internações seguidas de altas, egressos vivendo em situação de baixo suporte e bem-estar social, quando muito, acessando alguns recursos biomédicos oferecidos pela rede substitutiva em estruturação. Porém, esses indivíduos não acessam em seus municípios, ou regiões, outros recursos mais capazes de romper sua marginalização social, configurando-se, assim, um contexto psicossocial não promotor de saúde mental. A piora das condições psíquicas, de saúde e das condições sociais de vida aumenta a chance de novas internações, contribuindo para a perpetuação da função de regulação social do modelo hospitalocêntrico.

As internações psiquiátricas têm sido tema de intensos questionamentos; alguns apontam a ambígua finalidade de sua aplicação, uma opção nem simples, tampouco prática. Se por um lado seus defensores as justificam como meios de cuidar e proteger as pessoas com transtornos mentais, em momentos que implicam riscos a si e/ou aos outros, por outro, é preciso reconhecer que se trata de um recurso que limita o direito à liberdade, à autonomia e à convivência social (CARDOSO; GALERA, 2011).

A perpetuação do modelo hospitalocêntrico associada à falta de políticas de apoio e inclusão social via educação, trabalho, lazer e cultura dificultam, portanto, sobremaneira, a reabilitação psicossocial “de fato” – compreendida enquanto “reabilitação com cidadania”. Portanto, “a redução de leitos em hospitais psiquiátricos deve ser acompanhada da implantação de uma rede comunitária que atenda às necessidades dos usuários. Quanto mais abrangente e eficiente for este sistema menor a necessidade de admissão hospitalar” (COELHO et al., 2014, p. 3616).

Defende-se, portanto, a necessidade de políticas sociais, públicas e intersetoriais para as pessoas em situação de adoecimento psíquico e problemas de saúde e sociais relacionados à dependência química. Insuficientes ou ausentes, não somente na cidade pesquisada, mas no país de modo geral, as vidas deste segmento populacional correm o risco de sofrerem permanentes processos de medicalização, sem mudanças efetivas e qualitativas em termos de cidadania.

REFERÊNCIAS

BEHELLI, Luiz Paulo de Campos. Impacto e evolução do emprego dos neurolépticos no tratamento da esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 131-47, 2000.

BONADIO, Alessandra Nagamine. Reabilitação Psicossocial. In: DIEHL, Alessandra. (Org.). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 75, p. 267-273. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 10 jan. 2015.

_____. 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.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira

Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 11*. Ano VII, nº 11. Brasília, 2012a. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36 p. Disponível em: <http://www.mprn.mp.br/portal/transformando-destinos-arquivos/cartilhas-e-materiais-para-estudo/materiais-de-estudo/saude-mental-em-dados/3167-sm-em-dados-11/file>>. Acesso em 20 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*. ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012b.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CARLINI, Elisaldo de Araújo et al. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil: 2005*. São Paulo: CEBRID – centro brasileiro de informação sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade federal de São Paulo, 2006.

COELHO, Vivian Andrade Araújo et al. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3605-3616, 2014.

DALGALARRONDO, Paulo et al. Internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo; BOTEAGA, Neury José; BANZATO, Cláudio Eduardo Muller. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-83, 2006.

DIMENSTEIN, Magda; BEZERRA, Cíntia Guedes. Acompanhamento Terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: Relato de uma experiência. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-32, 2009a.

_____. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 929-948, 2009b.

GRADELLA JUNIOR, Osvaldo. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 87-102, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico de 2010*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Paranaíba, fornecidos em meio eletrônico, 2010. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=500630&search=mato-grosso-do-sul|paranaiba>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

KING, Robert; LLOYD, Chris; MEEHAN, Tom. Key concepts and definitions. In: KING, Robert; LLOYD, Chris; MEEHAN, Tom. *Handbook of psychosocial rehabilitation*. London: Blackwell, 2007.

KUMAR, Shailesh; ROBINSON, Elizabeth; SINHA, Vinod Kumar. What leads to frequent re-hospitalisation when community care is not well developed? *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, v. 37, p. 435–440, 2002.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

MIRANDA, Christiane Albuquerque de; TARASCONI, Carla Ventura; SCORTEGAGNA, Silvana Alba Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*, v. 7, n. 2, p. 249-257, 2008.

OADES, Lindsay G.; DEANE, Frank P. The framework for psychosocial rehabilitation: bringing it into focus. In: KING, Robert; LLOYD, Chris; MEEHAN, Tom. *Handbook of psychosocial rehabilitation*. London: Blackwell, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2001 – *Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa: OMS, 2002.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa. (Des) Construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 561-579, 2011.

SARACENO, Benedetto. A reabilitação como cidadania. In: SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999. p.111-42.

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.150.

SIQUEIRA-SILVA, Raquel; NUNES, João Arriscado; MORAES, Marcia Oliveira. Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-496, 2013.

ZILBERMAN, Monica Levit; GIUSTI, Jackeline Suzie. A mulher e a dependência química: uma perspectiva feminina. In: GIGLIOTTI, Analice; GUIMARÃES, Angela (org.). *Dependência, compulsão e impulsividade*. São Paulo: Editora Rubio, 2007.