

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E O DIREITO À DESINTERNAÇÃO:
AVALIAÇÃO DO PERFIL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM UNIDADE
HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA, NO
PERÍODO DE 2008 - 2020**

Robert de Oliveira Gusmão.

Graduado em Medicina pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). ORCID:
ORCID 0000-0001-9517-1758

Fabio Felix Ferreira.

Professor Titular na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DCSA/UESB).

Doutor em Ciências Penais (UPO/ES) e Doutorando em Psicologia Institucional
(PPGPSI/UFES). ORCID 0000-0002-7392-0831

Lisandra Maria Fontes Pereira Chagas

Professora na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Graduada em Medicina e Especialista em Medicina do Adolescente (UFBA), Dependência
Química (UNIFESP), Saúde Mental (UFRJ) e em Psiquiatria (ABP). Preceptora da
Residência Médica de Psiquiatria do Hospital Esaú Matos, Vitória da Conquista. Bahia.

Resumo: Após perverso histórico de desrespeito aos Direitos Humanos, o Brasil passa por profundas mudanças em marcos legais do cuidado à saúde mental, por meio da organização de uma rede de atenção psicossocial, que possibilitou a criação de substitutivos ao retrógrado modelo asilar. Este estudo visa avaliar se houve evolução significativa no perfil de internação dos pacientes psiquiátricos, no município de Vitória da Conquista - BA, à luz da reforma psiquiátrica de 2001, culminada com a implementação e consolidação de políticas públicas voltadas para a saúde mental no Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico com informações disponibilizadas no *site* DATASUS, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Os dados passaram por tratamento estatístico, considerando-se as variáveis: sexo, idade e diagnóstico principal ao longo do recorte temporal estudado. A cidade em questão abrange 19 municípios de sua região de saúde, destacando-se como referência em internações psiquiátricas de curta permanência na região Sudoeste da Bahia. Na análise dos dados, constatou-se 4623 autorizações para Internações Hospitalares (2008-2020), com maior frequência de internações em indivíduos do sexo masculino (60,02%); predomínio de internações por *esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes* (52,43%) –

principalmente em homens (34%) – seguido de *transtornos de humor* (31%) – mormente em mulheres (19%) –; e que a média de idade das internações é de $35,47 \pm 1,82$. Assim, o elevado e crescente índice de internações por esquizofrenia, transtornos esquizotímicos e delirantes deixa clara a necessidade de um maior planejamento e fortalecimento da rede de apoio psicossocial no município.

Palavras-chave: Hospitais Psiquiátricos. Internação. Perfil nosocomial.

Introdução

Desde 1990, o Brasil vem se movimentando politicamente para apagar seu terrível passado associado a um modelo assistencial higienista e hospitalocêntrico, que, no âmbito da saúde mental, se utilizava de práticas segregacionistas, por meio da institucionalização da loucura. Além disso, tais modelos de internamento em asilos também se configuraram, no passado, como uma forma de marginalização de mendigos, ociosos, libertinos, dentre outros considerados inaptos para o trabalho e para o convívio social (Soares, 2006).

Tais aberturas políticas ensejaram a construção de novas diretrizes para uma assistência psíquica humanizada, a partir de alterações nos marcos legais nacionais, iniciadas via assinatura da Declaração de Caracas e, posteriormente, por meio da aprovação da Lei Federal 10.216/01, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e criou mecanismos de proteção para os portadores de doenças mentais, em especial aqueles que foram submetidos a longos períodos de internação compulsória (Hirdes, 2009). Além disso, no contexto legal, tais mudanças se deram por meio de portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, gerando, assim, ampla modificação no atendimento à clientela psiquiátrica (Berlinck, Magtaz & Teixeira, 2008).

As rupturas sociolegais, unidas aos crescentes ideais de luta antimanicomial, originaram profundas reformas nas diretrizes assistenciais que visam garantir o cuidado ao paciente com transtornos mentais, possibilitando a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Amancio & Elia, 2017). Além disso, essa política proporcionou a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitem a atenção à pessoa em sofrimento mental no seu território; viabilizou ainda a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, além de ações que permitam a sua reabilitação psicossocial por meio da inserção ao trabalho, cultura e lazer (Ministério da Saúde, 2005).

A estrutura organizacional dessa nova rede de cuidados em saúde mental, também chamada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), serviu de base para a criação de Centros de

Atenção Psicossociais (CAPS) por todo o país; assim como para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de Centros de Convivência, de consultórios de rua, integração dos serviços do SAMU 192 à atenção de Urgência e, ainda, de leitos de atenção integral em hospitais gerais (Nóbrega, Mantovani & Domingos, 2020).

A nova Política de Saúde Mental no Brasil, que passou a vigorar a partir de 2001, promoveu a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, fazendo com que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração (Ministério da Saúde, 2017). Contudo, em muitas localidades, não se observa o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a adequação dos marcos legais da Saúde Mental em serviços substitutivos à hospitalização.

O município de Vitória da Conquista atualmente conta com 341.128 pessoas, sendo a terceira maior cidade da Bahia e, embora seus gestores venham se adequando às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a RAPS local enfrenta diversos problemas no gerenciamento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para atender esse público em específico. O município não possui leitos psiquiátricos em seu hospital geral, mantendo um hospital psiquiátrico para internações de curta duração, tampouco tem CAPS em número suficiente para o atendimento da demanda crescente da população – sendo que, apenas recentemente, foram criados os SRT integrados ao CAPS para alojarem os pacientes que, após duas décadas da homologação da Lei Federal 10.216/01, ainda residiam em unidade hospitalar.

Contudo, os elevados índices de hospitalização psiquiátrica e atendimento ambulatorial, descritos em estudos anteriores, levam-nos a acreditar que a RAPS do município não está suportando as demandas oriundas da própria região, sobrecarregando, portanto, a unidade hospitalar que, a princípio, deveria exercer papel de atendimento emergencial em psiquiatria.

Em seu estudo, Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) relatam que os gastos em saúde mental no Brasil cresceram 51,3%, de 2001 a 2009, sendo que houve importante aumento em gastos extra-hospitalares (404,2%) e defasagem do gasto hospitalar (-39,5%), demonstrando, assim, a inversão do modelo hospitalocêntrico, pois, antes da homologação da Lei Federal 10.216/01, quase 92% do orçamento público voltado para saúde mental era gasto com internações de longa permanência (Silva et al., 2014).

De acordo com dados do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR, 2017), das 40.942 unidades psiquiátricas existentes no Brasil em 2005, restavam 25.097 em dezembro de 2016, o que representa uma redução de 38,7% na oferta de leitos psiquiátricos. Por outro lado, o Ministério da Saúde (2012) afirma que o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que era de 424 no ano de 2002, passou para o total de 1.803 em 2012. Assim sendo, o

contraste desses dados pode, em uma análise mais aprofundada, evidenciar uma alteração do perfil de internações psiquiátricas, em nível nacional.

Faz-se importante salientar que a internação psiquiátrica de curta permanência é uma parte fundamental da rede de tratamento, principalmente para os casos de pacientes que necessitem de atendimento de urgência e emergência, uma vez que este tipo de internação visa a estabilização do paciente, minimizando os riscos, readeguando a farmacoterapia e tendo como foco a reinserção deste paciente no convívio social (Cardoso & Galera, 2011). Atualmente, as diretrizes de saúde mental preconizam a internação em hospital geral, com envolvimento e participação da família do paciente, bem como de uma equipe multidisciplinar, com um plano terapêutico humanizado (Marchewka, 2007).

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2017), 3% da população no país sofre de algum transtorno mental grave, com crises recorrentes, enquanto 6% da nossa população geral desenvolve outros transtornos devido à utilização indiscriminada de álcool e outras drogas.

Sabe-se que tais doenças, quando não evitáveis, são tratáveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (doravante SUS) a partir do entendimento nosológico regional para que se possa pensar em políticas públicas voltadas para a clientela local. Para isso, faz-se necessário o levantamento epidemiológico de modo que, com base nele, se possa construir, planejar e consolidar estratégias de saúde mental, em nível regional (Amarante, Lepre, Gomes, Pereira & Dutra, 2011).

A partir dessas constatações, o presente trabalho tem como objetivo avaliar se houve evolução significativa no perfil de internação dos pacientes psiquiátricos no município de Vitória da Conquista - BA, no período de 2008 a 2020, à luz da reforma psiquiátrica de 2001, que culminou com implementação e consolidação de políticas públicas voltadas para a saúde mental no Brasil.

1 Metodologia

1.1 Tipo de estudo

Com a intenção de se alcançarem os objetivos propostos, optou-se pela realização de um estudo descritivo, analítico e exploratório, de abordagem quantitativa, por se entender que essa abordagem permitiria compreender melhor o fenômeno abordado neste estudo.

1.2 Caracterizações da amostra

Este estudo foi realizado por meio da coleta de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no *site* do DATASUS, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Os dados fornecidos pelo sistema referem-se à Autorização para Internações Hospitalares (AIH) faturadas pelo Hospital Afrânio Peixoto e Hospital Crescêncio Silveira em Vitória da Conquista – Bahia, e associam-se com internações ocorridas de 2008 até 2020, período em que há um registro adequado de dados no DATASUS.

Para dar início à pesquisa, optou-se por realizar um levantamento e contabilização das internações, levando-se em conta o recorte temporal proposto. A fim de organizar o *corpus*, decidiu-se por agrupá-lo anualmente.

1.3 Variáveis de estudo

Neste estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, diagnóstico principal e ano de internação.

1.4 Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* Excel, por meio de frequências relativas e absolutas e teste de correlação de Pearson.

1.5 Considerações éticas

Por se tratar de banco de dados de domínio público, disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS à toda população, não se fez necessária a submissão deste trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

2 Revisão de literatura

2.1 Histórico da loucura

Sabe-se que, na antiguidade, o tratamento médico era resguardado para indivíduos socialmente privilegiados, sendo a “loucura” pouco compreendida (Lago, 2009). Estudiosos da era clássica como Hipócrates e Galeno até reconheceram processos orgânicos relacionados ao domínio da razão (Soares, 2006), mas, com a ascensão do poder da igreja católica na Idade Média, associada à lentidão do desenvolvimento cultural, prevaleceu o obscurantismo e a ignorância, o que serviu de obstáculo para o entendimento do processo de adoecimento mental. Dessarte, a “loucura” foi rotulada de processos de possessão demoníaca.

Já no período renascentista, a loucura que, outrora era “demonizada”, passou a ser vista como um estigma de imperfeição, sendo patologizada (Henna, 2014), trazendo à sociedade da época a necessidade de se esconder aquilo que não se queria mostrar. Sobre isso, Foucault (2006) diz que:

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação – a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação que ela tinha na época de Shakespeare e de Cervantes (Foucault, 2006, p. 163).

As primeiras instituições de acolhimento, com caráter asilar e sem finalidades terapêuticas, surgiram como recurso de segregação para todos aqueles que se situavam à margem da sociedade e/ou perturbavam a ordem social, em um ambiente de inquietação político-econômica, em que a desordem social promovia a miséria dos marginalizados (Soares, 2006). A respeito disso, Foucault (2002) ressalta que:

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido (Foucault, 2002, p. 56).

Nesse contexto social, nascia a “ciência médica da loucura” não com intenções filantrópicas e como forma de humanização, mas como forma de proteção social para o risco que os indivíduos marginalizados representavam àqueles em prol do *status quo*, o que Soares (2006) chama de psiquiatrização da desordem, com características fortemente repressivas e morais. Ali inaugurava-se o modelo de assistência hospitalocêntrico e higienista.

2.2 O modelo hospitalocêntrico higienista

O modelo hospitalocêntrico preconizava o exílio, a segregação e a disciplina como princípios norteadores. Sendo assim, qualquer paciente psiquiátrico que, até então, estava à margem da sociedade, era considerado alienado e incapaz e estaria “apto” à internação manicomial – internação esta que, segundo Foucault (2007), privaria o sujeito de sua liberdade e dos direitos de cidadania.

O Hospício Pedro II foi fundado no Brasil, em 1852, na então capital do Brasil, Rio de Janeiro, e, mais tarde, passou a se chamar Hospital dos Alienados, sendo considerado o início da “assistência” psiquiátrica no país (Teixeira & Ramos, 2012, p. 367).

Contudo, a história da criação e expansão de instituições asilares privadas no país está implicitamente ligada, e, por vezes, até se confunde, com o período da Ditadura Militar no Brasil. Momento em que, segundo Fonte (2012), hospitais psiquiátricos foram usados como locais estratégicos para se torturarem e assassinarem presos políticos (Amarante,1995), além de fomentarem a “indústria da loucura” – a qual era financiada pela indústria farmacêutica conveniada com o governo militar; juntos articularam a internação asilar associada à sua privatização.

Devido a isso, clínicas privadas passaram a receber remuneração governamental, sendo pagas por internação ou mesmo por diária, favorecendo-se, assim, o desmonte dos manicômios públicos em detrimento do clientelismo privado (Fonte, 2012). De acordo com Kinoshita (2011), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) gastava 95% do Fundo de Saúde Mental com 269 hospitais da rede privada e, em 1981, financiava 357 instituições hospitalares privadas.

Tabela 1
Produção INAMPS/ 1981 – SUS 1999 – considerando a população geral

	Consultas	Consultas 1000 hab./ano	Internações	Internações 1000 hab./ano	Diagnóstico
INANPS^a 1981	238.392.279	1967	13.219.231	109,1	190.141.791
SUS^b 1999	453.376.999	2.765	12.438.286	75,8	975.445.818
%	+90,18		- 5,9%		513%

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de informações SIH/SUS”. Dados de 2008-2020.
^aPopulação previdenciária: 121.154.159. ^bPopulação: 163.947.554.

Tabela 2
Produção INAMPS/ 1981 – SUS 1999 – considerando a população previdenciária x geral

	Consultas	Consultas 1000 hab./ano	Internações	Internações 1000 hab./ano	Diagnóstico
INANPS^a 1981	238.392.279	2383	13.219.231	132,1	190.141.791
SUS^b 1999	453.376.999	2.765	12.438.286	75,8	975.445.818

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de informações SIH/SUS”. Dados de 2008-2020.
^aPopulação previdenciária: 121.154.159. ^bPopulação: 163.947.554.

A partir de 1980, ocorreu a eclosão de sucessivas crises financeiras no INAMPS, que culminaram no desnudamento da “indústria da loucura”, revelando à sociedade o aumento

explosivo no número de internações psiquiátricas sem nenhum controle técnico (Delgado, 2019). Faz-se mister salientar que um terço da população não era assistida pelo INAMPS, e essa parcela só poderia acessar os serviços de saúde mental por meio dos asilos públicos estaduais e federais (Kinoshita, 2011).

Há vários relatos de pacientes internados em instituições asilares cujo diagnóstico realizado por parte da equipe médica de algum acometimento mental não era claro. Branco (2015) descreve a realidade do Asilo de alienados de Juquery, fundado no município de Franco da Rocha - SP, onde muitos dos quase 80 “moradores” não dispunham de nenhum diagnóstico. Sonim & Farias (2014) relata que, na mesma instituição, estavam pessoas com síndrome de Down, presos políticos, usuários de drogas e alcoólatras, estando em consonância com o que afirma Soares (2006), que descreve esses “hospitais” como sendo verdadeiros depósitos higienistas para os marginalizados e ditos inaptos para o convívio social.

2.3 A reforma psiquiátrica

O início da reforma psiquiátrica ~~teve início~~ ocorreu em um contexto de insatisfação e inquietação sociopolítica e busca por mudanças no cenário econômico, político e cultural, coincidindo com o período de lutas pela redemocratização do país (Ferreira, 2006). Neste cenário de efervescência, surgia o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), pleiteando a reformulação da assistência psiquiátrica, baseando-se no modelo de psiquiatria comunitária americana. O MTSM, então, teve papel fundamental nas lutas políticas que desencadearam na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu as bases ideológicas para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Amarantes & Nunes, 2018).

A 8ª Conferência de Saúde surgiu como uma resposta à ausência de políticas sociais nacionais voltadas à saúde, com efeitos na política de Saúde Mental. Por meio dessas conferências, apresentaram-se denúncias acerca da violência e dos maus tratos a que estavam expostos os internos dos hospitais psiquiátricos no país (Ferreira, 2006).

Tais discussões resultaram na intervenção e no fechamento da Clínica Anchieta, em Santos - São Paulo (Brasil, 2001), e, posteriormente, na propositura do Projeto de Lei nº 3.657, apresentada pelo deputado Paulo Delgado, em 1989, a qual marcou o início das mudanças legais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, a redemocratização do Estado Brasileiro e a universalização do SUS, os defensores do movimento antimanicomial encontraram terreno fértil para propagarem seus princípios, culminando, assim, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e, a partir desta, segundo Ferreira (2006), sucederam-se três momentos importantes:

1º - A fragmentação de grandes hospitais públicos em unidades autônomas com pluralidade de ofertas terapêuticas. No Rio de Janeiro, os velhos pavilhões dos três grandes hospitais federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Philippe Pinel) transformam-se em centros comunitários, hospitais-dia, clubes de lazer, etc.;

2º - Com a implantação de serviços que substituem os manicômios surgem unidades de serviços extra-hospitalares com investimento em ações de sociabilidade e de desenvolvimento de potencialidades. Desse modo, é implantada uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de atenção diária, com oferta de atenção ambulatorial e expressão criativa;

3º - A preocupação com a questão de moradia leva à criação de residências terapêuticas (Ferreira, 2006, p. 77).

Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, que levou à promulgação da Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999, por meio da qual se permitia o desenvolvimento de programas psicossociais para os pacientes psiquiátricos, possibilitando, desse modo, o seu acompanhamento em serviços comunitários, além de uma maior humanização no atendimento a esse público (Berlinck et al. 2008).

Apesar da inquietação política, a aprovação da Lei 10.216/2001 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que vivem com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2004) –, tendo como precursor o Projeto de Lei nº 3.657, proposto pelo deputado Paulo Delgado, encontrou resistência no legislativo brasileiro. Com isso, enfrentou uma tramitação arrastada e demorada, sendo sua aprovação final fruto de intenso diálogo e consenso entre os legisladores e a sociedade civil (Devera & Rosa, 2007).

Nas duas últimas décadas, promovido pelo movimento de reforma psiquiátrica, o Brasil passou por um processo de reestruturação e reorganização na sua política do cuidado à saúde mental (Tenório, 2002). Com isso, houve uma ressignificação do papel dos hospitais psiquiátricos por todo o país, com o consequente fechamento de várias unidades hospitalares, redução programada de leitos hospitalares psiquiátricos remanescentes, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criação de serviços de residência terapêutica e modificações nas condutas terapêuticas dos usuários desse campo médico. Tais alterações nas diretrizes assistenciais promoveram mudanças no perfil nosológico da internação psiquiátrica no Brasil.

Em nível global, ocorreu a reclassificação de alguns transtornos mentais e comportamentais baseada em evidências científicas mais sólidas (Araújo & Neto, 2014), auxiliando em diagnósticos e tratamentos mais satisfatórios. Observa-se, na literatura anterior a 2001, que o número de pacientes sem diagnóstico conclusivo era consideravelmente elevado,

sendo que, de acordo com Silva Coutinho e Amarante (1999), até 15,8% dos pacientes não tinham nenhum diagnóstico.

Por meio do Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Portaria nº 3.088, 2011) republicado no DOU nº 96, de 21 de maio de 2013, ficou instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa Portaria definiu, em seu art. 3º, os objetivos principais e organizacionais para a criação das RAPS, quais sejam:

- I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- e
- III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Portaria nº 3.088, 2011).

A Portaria determinou, ainda, em seu art. 5º, o papel de cada nível de atenção à saúde, dentro da construção dessa rede de atenção, bem como os componentes dessa rede, a saber:

- I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial. (Portaria nº 3.088, 2011).

De acordo com Ribeiro (2004), o primeiro CAPS do Brasil surgiu em 1986, na Cidade de São Paulo, inspirado nas práticas externas da Psiquiatria Democrática Italiana e a bem-sucedida experiência em Manágua (Nicarágua). Tal instituição surgiu com o intuito de acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para pessoa com doenças mentais.

Para superar o modelo asilar, foi proposta a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental, sendo o CAPS a principal estratégia no contexto dessa reforma, por meio do qual pessoas com transtornos mentais severos e persistentes seriam devidamente assistidas, sob a lógica da territorialidade (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009). Dessa forma, a organização desse serviço se deu com base na Portaria nº 3.088/2011 (Portaria nº 3.088, 2011), em seu Art. 7º, § 4, o qual dispõe que:

- I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e
- VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (Portaria nº 3.088, 2011).

Embora cada região do país possua características epidemiológicas específicas (o que torna o indicador CAPS/100.000 habitantes menos sensível para desenho e formulação de políticas voltadas para saúde mental), o Ministério da Saúde (2009), como nesse indicador, considera que a implementação do CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, enquanto o

CAPS III atende a 150.000 habitantes e os CAPS II, CAPSi e CAPS AD dão cobertura a 100.000 habitantes.

Contudo Lejderman (2010) faz críticas severas ao modelo de cobertura assistencial realizado pelo CAPS no país, afirmando que apenas 63% das regiões do Rio Grande do Sul estariam cobertas, com 43,5% da população vivendo em municípios com índice de cobertura 30%, abaixo do esperado. Segundo o IBGE (2020), o país conta com 212 milhões de habitantes, o que gera uma demanda por 2.120 centros (1 para cada 100 mil pessoas). Enquanto isso, Brasil (2020) informa que há 2.661 CAPS e 1.622 leitos em 305 hospitais gerais, em todo o país.

2.4 Desafios da reforma no Brasil

O cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando, paulatinamente, desde 2001, com a implementação de políticas públicas que visam reduzir, de forma programada, os leitos psiquiátricos, ao passo que existe tendência de aumento de serviços substitutivos a estes, como os CAPS, que constituem pontos de atenção estratégicos nas RAPS.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2020), o SUS conta, atualmente, com 2.661 CAPS (dos quais, 226 localizam-se na Bahia), 686 SRT, 65 Unidades de acolhimento, além de 1.622 leitos em 305 hospitais gerais no país. Logo, em muitas regiões do Brasil, houve redução programada de leitos psiquiátricos (Brasil, 2001). Contudo, as RAPS não foram preparadas adequadamente para absorverem essa demanda assistencial (Sampaio & Bispo Júnior, 2020).

Sendo o Brasil um país de proporções continentais, com 8.514.876 km² de extensão geográfica (IBGE, 2020), constituído de 26 estados (além do Distrito Federal), bem como de toda sua diversidade cultural igualmente vasta, não se devem pensar modelos assistenciais de cuidado à saúde, aplicando-se o mesmo modelo para todas as regiões, estados e municípios, por isso as noções de rede e território tornam-se centrais às proposições da reforma (Bezerra, 2007). Nessa seara, observa-se a importância de estudos populacionais e epidemiológicos para a construção de políticas públicas centradas nas comunidades locais, cuja demanda tem especificidades inerentes à sua região (Brasil, 2013).

A própria formação médica no Brasil ainda não se adequou às políticas públicas oriundas dessa reforma, existindo, portanto, um abismo entre o conhecimento acadêmico, rico e abstrato, e a prática e vivência clínica, demandando, assim, do profissional médico novas formas de clinicar e praticar o tratamento. A reforma psiquiátrica criou vivências e atividades eminentemente práticas e integrativas com as demais áreas da saúde, anteriormente desconhecidas da saúde mental (Berlinck et al., 2008). Assim, o trabalho da equipe

multidisciplinar e o entendimento dos níveis de integralidade são indispensáveis a um tratamento eficiente e que consiga, de fato, amparar a pessoa em sofrimento mental (Del'olmo & Cervi, 2017).

Além disso, desde o ano de 2016, o SUS vem sofrendo um desmonte legal e orçamentário, com estrangulamento do orçamento da saúde. E, como consequência desses cortes, tem ocorrido ataques sucessivos às políticas assistenciais de saúde mental, criando, com isso, um ambiente fértil para uma contrarreforma, por meio da qual o governo restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada. Além disso, nessa linha, foi recomendado a não utilização da palavra “substitutivo” para se designar qualquer serviço de saúde mental; e, embora seja uma medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara negar a mudança de modelo de atenção.

Nesse contexto, o governo federal reduziu o cadastramento de novas pessoas no sistema do CAPS e ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajustes acima de 60% no valor das diárias (Delgado, 2019).

2.5 Alterações do perfil de internação

De acordo com Kilsztajn, Lopes, Lima, Rocha & Carmo (2008), em 1994, o Brasil dispunha de 87.134 leitos, ao passo que, em 2003, esse número subiu para 63.660 leitos; já em 2011, eram 3.284 (Duarte & Garcia, 2013), chegando, hoje, aos 1.622 leitos. Enquanto isso, o número de unidades de CAPS subiu de 424, no ano de 2002, para o total de 1.803, em 2012 (Lara & Volpe, 2019), alcançando a cifra de 2661, nos dias de hoje (Brasil, 2020). Tais dados, refletem, portanto, uma alteração profunda no perfil de internação de pacientes psiquiátricos no território brasileiro.

Coelho, Volpe, Diniz, Silva & Cunha (2014) relatam alterações no perfil nosológico prevalente de internação, predominando internações devido ao uso de substâncias psicoativas, em função de transtornos psicóticos, que, antes, eram mais prevalentes. Sabe-se que, como principais substitutivos do modelo centrado em hospitalização, os CAPS desenvolvem seu papel absorvendo a demanda remanescente dos hospitais, de forma ambulatorial e por meio do acompanhamento a esses pacientes, para que, assim, alcancem a devida estabilização clínica (Mielke et al., 2009). Com base nisso, o que se espera é que a internação por esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes tenham acentuada redução de internações.

De acordo com Silva, Coutinho e Amarante (1999), a respeito do perfil nosológico encontrado nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, a razão entre homens e mulheres em internação geral era de 1:93:1, ou seja, 42,1% dos pacientes tinham diagnóstico predominante

de esquizofrenia, sendo que as mulheres apresentavam uma tendência maior do que os homens de internação por essa patologia. Os autores salientam, ainda, que apenas 5,4% desses pacientes apresentaram psicose alcoólica e 4,6% síndrome de dependência do álcool. É curioso, também, que 15,8% dos pacientes não foram diagnosticados, embora estivessem internados. Santos, Sena e Aguiar (2017), por outro lado, encontraram predominância de internação na população masculina (67,90%), com 45,63% dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia e transtornos esquizotímicos, sendo que os transtornos associados ao uso de álcool figuravam-se entre os mais prevalentes (20,41% da população internada). Tais mudanças parecem ter caráter regional e levam em consideração as peculiaridades de cada região, bem como a sua “clientela”.

2.6 A rede de atenção psicossocial em Vitória da Conquista - BA

De acordo com dados do IBGE (2020), o município de Vitória da Conquista- BA abarca uma população de 341.128 habitantes, com densidade demográfica de 91,41 hab./km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,678, sendo o terceiro maior município do estado baiano e despontando, na região do sudoeste da Bahia, como uma referência em atendimento à saúde.

A demanda por serviços dos CAPS no município, utilizando a fórmula dada pela Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (2015)¹, seria de 3 Centros. Atualmente, o município conta com o CAPS IA, CAPS II e CAPS AD III, o que, em uma primeira análise, contemplaria a demanda municipal. Contudo, o indicador é pouco sensível para mensurar as especificidades regionais (Lejderman, 2010).

Sampaio e Bispo Júnior (2020), ao avaliarem a dimensão, estrutura e composição da RAPS em Vitória da Conquista, analisaram a disponibilidade e suficiência dos serviços de saúde, com atendimento aos usuários do sistema, com base no cálculo da média de suficiência dos serviços CAPS, chegando, assim, ao resultado de 1,03 CAPS por 100 mil habitantes, sendo que o quantitativo considerado adequado é de 0,7 CAPS de todos os tipos para cada 100 mil habitantes. No entanto, ressalta-se a insuficiência de psiquiatras nas unidades, sobrecarregando o serviço com longas filas.

De acordo com Brito, Amaral e Viana (2019), o CAPS AD III atende a uma demanda de, em média, 300 pessoas semanalmente, sendo maior a procura por parte de alcoolistas, se comparado com o consumo de outras drogas, sendo estes responsáveis por 68% dos atendimentos no ano de 2018. Os autores relatam que, desde o início de seu credenciamento em

¹ Média de Suficiência de Serviços de Saúde = [(nº CAPS I x 0,5) + (nº CAPS II) + (nº CAPS III x 1,5) + (nº CAPS IA) + (nº CAPS ad) / população] * 100.000 habitantes.

2012, já passaram mais de 7 mil pacientes. De acordo com eles, 36% dos atendimentos alcançaram sucesso desde o início da implementação do CAPS AD III no; os outros 64% se subdividem em tratamentos interrompidos por falta de apoio familiar, não comparecimento às etapas de tratamento ou, até mesmo, devido a recaídas ao consumo de entorpecentes, dentre outras razões.

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (PMVC, 2015), o CAPS II, cujo atendimento iniciou-se em 14 de setembro de 2002, teria atendido, até o ano de 2015, 1.410 pacientes, tendo, em 2013, 318 pacientes em tratamento. O CAPS II oferece aos usuários maiores de 18 anos e pessoas com transtornos mentais a oportunidade de receberem um tratamento inclusivo. Nesse serviço, existe uma equipe multiprofissional, que fornece atendimento médico e terapêutico, por meio de terapia em grupo e individual, além de oficinas de artes (PMVC, 2013).

No ano de 2019, o município implementou o Serviço Residencial Terapêutico (doravante STR) tipo II, visando atender a uma antiga demanda de moradores que permaneceram por mais de dois anos, de forma ininterrupta, vivendo em hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia e não puderam retornar para suas casas, por já não existirem mais vínculos ou referências familiares (PMVC, 2019).

A atenção primária, nessa cidade, é composta por sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), que cobrem 47,8% da população, 45 equipes de saúde da família, cinco NASF-AB e uma equipe de Consultório na Rua. Sampaio e Bispo Junior (2020) apontam falhas importantes no conhecimento dos fluxos e componentes da rede, com encaminhamentos que não correspondem ao perfil de serviço/paciente. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que correspondem à rede de urgência, encontram resistência em participar ativamente da rede, deixando lacunas e sobrecarregando outros serviços.

O município, até o ano de 2017, também contava com o hospital psiquiátrico Afrânio Peixoto, que surgiu em 06 de novembro de 1966, como referência assistencial para a região do Sudoeste da Bahia e Norte de Minas Gerais, baseado no conceito de internação a longo prazo. O hospital foi construído para atender à população de cerca de 200 municípios da região, em 2015, seguindo a redução programada de leitos psiquiátricos, instituída pela ~~da~~ Lei Federal 10.216/01. Essa instituição dispunha de 30 leitos, segundo os dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB, 2015).

Após 50 anos de funcionamento, o Afrânio teve seus serviços ambulatoriais de urgência e internação transferidos para o Hospital Crescêncio Silveira, anexo do Hospital Geral de

Vitória da Conquista (HGVC). Para que não houvesse descontinuidade no atendimento psiquiátrico da região, 20 leitos psiquiátricos foram disponibilizados em enfermaria mista, para internações de curta duração, objetivando-se conter as crises e estabilizar pacientes necessitados desse tipo de atendimento (SESAB, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), os leitos especializados em saúde mental devem obedecer à proporção de 01 leito para cada 23 mil habitantes. Segundo o IBGE (2020), Vitória da Conquista atende 19 cidades da sua região, com população geral de 640.306 habitantes nessa área, o que implica a necessidade de 27,8 leitos psiquiátricos, ou, uma média de 0,71 leitos/23 mil habitantes.

Dado o exposto, pode-se observar que a média encontrada está bem aquém do preconizado; o que explicita a insuficiência do serviço para a demanda existente. Além disso, a inexistência de um CAPS III, para manejar situações mais complexas, sobrecarrega o serviço, fazendo com que a unidade hospitalar extrapole as suas funções enquanto ponto de atendimento emergencial, que tem demandas específicas, como a de internação (Melo, 2017). Segundo a PMVC (2019), o hospital contava, até 2019, com 5.400 pacientes cadastrados entre serviços ambulatoriais e internações.

3. Resultados e discussão

A amostra deste estudo foi composta por 4.623 autorizações para internações hospitalares (AIH) que ocorreram no período de 2008 a 2020. As características das internações são descritas na Tabela 3.

Tabela 3

Caracterização das internações psiquiátricas em Vitória da Conquista – BA, 2008-2019 (n = 40623)

Características	n	%	r
Sexo Masculino	2775	60,02	-
Sexo Feminino	1848	39,98	-
15 – 19	200	4%	0,63
20 – 29	1156	25%	0,24
30 -39	1411	30%	0,30
40 – 49	1070	23%	0,45
50-59	600	13%	0,68
60-69	146	3%	0,23
70-79	63	>1%	0,53
> 80	34	>1%	0,63
Capítulo CID 10			

F10 Transtornos mentais e comportamentais devido uso de Álcool	396	8,56	- 0,27
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos uso de substâncias psicoativas	229	4,95	-0,14
F20-F29 Esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes	2424	52,43	0,59
F30-F39 Transtornos de Humor	1435	31,04	-0,23
Outros Transtornos Mentais e Comportamentais	139	3	0,75

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008-2020.

Das 4.623 internações que ocorreram no município, no período relatado, 2.775 (60,02%) das internações estão associadas ao sexo masculino, enquanto o sexo feminino é responsável por 1.848 (39,98%) das internações. Foi observada uma diferença significativa na frequência de internação por sexo. O número de internações do sexo masculino foi proporcionalmente maior do que do feminino, na ordem de 1,50:1. Ademais, uma maior frequência de internação psiquiátrica por homens foi encontrada por Santos et al. (2017) no município de Salvador, onde havia 67,90% dos leitos psiquiátricos ocupados por homens, numa frequência de 2,11:1. Vieira et al., (2019) relatam, também, uma maior frequência de ocupação, no Sul Catarinense, de 58,9% dos leitos psiquiátricos ocupados pelo sexo masculino.

Segundo Hyany et al. (2018), as internações psiquiátricas do sexo masculino são duas vezes maiores do que do sexo feminino. Os autores relatam, ainda, que as mulheres buscam atendimento ambulatorial mais precocemente do que os homens. A resistência masculina em buscar ajuda médica especializada pode estar associada com uma agudização do quadro psiquiátrico, culminando com a internação (Teixeira & Cruz, 2016). Essa resistência, encontrada no sexo masculino, está ligada a múltiplos fatores que constituem barreiras estruturais, financeiras e, até mesmo, culturais para o acesso adequado a serviços de saúde mental (Hyany et al., 2018).

O principal motivo de internação geral (Tabela 3) ocorre devido à esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes (52,43% dos pacientes). Tais dados foram também similares aos encontrados por Santos et al. (2017), que apontaram o CID-10 F20-F29 como a principal causa (45,63%) das internações psiquiátricas em Salvador - BA. Em Minas Gerais, Lara e Volpe (2017) encontraram a mesma patologia protagonizando as internações hospitalares, cujo percentual figura 43,6% dos internados.

Com base em um comparativo com o perfil epidemiológico de pacientes psiquiátricos antes da vigência da Lei Federal 10.216/01, Silva, Coutinho e Amarante (1999) fazem um

levantamento epidemiológico dos 20 hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, em 1995, onde encontraram prevalência de 66% dos pacientes do sexo masculino, sendo o diagnóstico de esquizofrenia predominante em 42,1% dos pacientes (n=3.223). Esses resultados são compatíveis com os dados trazidos neste estudo, sugerindo, portanto, que, em alguns locais, como em Vitória da Conquista, o perfil epidemiológico de internações psiquiátricas se mantém apesar do estabelecimento das RAPS.

Além disso, Garcia (1997) descreve o predomínio de internações por esquizofrenia (72%), seguido de transtornos de humor (27%), no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (Campinas, SP), em 1997 – sendo que 70% dos internados são do sexo masculino. Sabe-se que o CID F20-F29 acomete mais a população masculina, chegando a afetar em 40% mais homens do que mulheres (Silveira, Vargas, Reis & Silva, 2011).

Isso demonstra que o tipo de transtorno está implicitamente associado ao gênero. A respeito disso, Silva et al. (2014) apontam para a alta incidência de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e substâncias psicoativas na população masculina, o que corrobora com o presente estudo. Por outro lado, Chaves (2000) sugere que o estrógeno pode atuar como fator protetor no desenvolvimento de esquizofrenia nas mulheres.

Conforme dados apresentados na Tabela 4, torna-se perceptível a prevalência de internações por esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes no sexo masculino (34%), ao passo que no sexo feminino são apenas 18%; ou seja, a proporção é de 1,92: 1. Tais dados são compatíveis com dados descritos na literatura, os quais acenam que a razão homem/mulher é de 2:1 e que a agudização das crises, no sexo masculino, está ligada a piores fatores prognósticos (Chaves, 2000). Geralmente, os homens são acometidos mais cedo pela esquizofrenia e apresentam quadros mais críticos do que as mulheres, necessitando de um melhor acompanhamento (Mari & Leitão, 2000).

Tabela 4

Internações psiquiátricas em Vitória da Conquista – BA, distribuídas por gênero, entre 2008 e 2019 (n = 4.0623)

Tipos de transtornos	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
F10 Transtornos mentais e comportamentais devido uso de Álcool	350	8%	46	1%
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos uso de substâncias psicoativas	195	4%	51	1%
F20-F29 Esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes	1556	34%	809	18%
F30-F39 Transtornos de Humor	546	12%	865	19%

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados de 2008 – 2020.

Assim como os já apresentados, diversos outros estudos apontam diferenças significativas entre os dois gêneros no que tange à prevalência e adesão ao tratamento de transtornos mentais e comportamentais (Andrade, Viana & Silveira, 2006). Por exemplo, de acordo com Quadros, Quevedo, Gonçalves, Horta, Motta e Gigante (2020), a prevalência de problemas, como crises ansiosas e depressão, apresenta frequência duas a três vezes maior em mulheres. Em nosso estudo, podemos perceber, também, que as internações por transtorno de humor foram maiores para o gênero feminino.

Nossos dados também apontam que transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de álcool, bem como os transtornos mentais e comportamentais causado por substâncias psicoativas levaram mais homens à internação em comparação às mulheres. Conforme o estudo de Oliveira, Nascimento e Paiva (2007), à população masculina, está associada a elevação da frequência de acometimento de transtornos por uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool e outras drogas; transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção; e hiperatividade na infância e na vida adulta (Vasconcelos et al., 2003). Ao gênero masculino, também está ligada a má adesão ao tratamento e altas taxas de reinternação (Hyany et al., 2018).

Foram avaliadas as internações psiquiátricas, em Vitória da Conquista, de pessoas com transtornos mentais por faixa etária, de 10 a 80 anos (Figura 1). Nesse recorte, a média de idade das internações, no período de 2008 a 2019, é de $35,47 \pm 1,82$, com mediana de 30 a 39; neste período, a idade média se manteve constante ao decorrer dos anos. Lara e Volpe (2017) descrevem a idade média de internação de $39,1 \pm 12,5$, enquanto Santos et al., (2017) relatam que existe um predomínio de alguns transtornos em jovens e adultos, na faixa etária de 30 a 34 anos.

Distribuição Total das internações por transtornos mentais e comportamentais (CID-10) segundo faixa etária

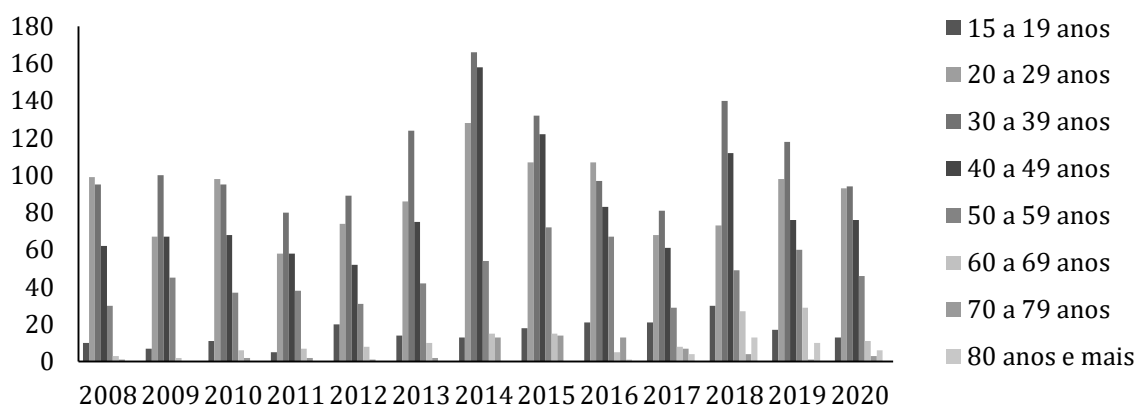


Figura 1. Distribuição total das internações por transtornos mentais e comportamentais (CID-10) segundo faixa etária, em Vitória da Conquista – BA

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 – 2020.

Conforme se pode analisar, por meio da figura acima, o número total de internações apresentou significativa tendência à elevação, atingindo seu platô em 2014, seguindo-se de uma tendência à redução até meados de 2017. Na Tabela 3, podemos observar que, até 2014, a média de internações por esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes era de $101,49 \pm 20,95$, e que, a partir de 2013, as internações por estes transtornos iniciaram uma tendência de elevação, alcançando, em 2014, 300 internações. Contudo, acompanhando o número total de internações após este período, essas sofreram uma queda, com média de $217,4 \pm 51,2$ internações/ano (Figura 2).

Tais alterações impactaram fortemente no número geral de hospitalização, que, como se pode perceber, não se manteve linear. A média geral de todas as internações é de $355,61 \pm 89$, enquanto a relação entre o tempo e as internações foi moderada, sendo o coeficiente de relação de Pearson $r = 0,47$. Em 2017, houve interrupção do serviço no Hospital Afrânio Peixoto e remanejamento do serviço de emergência psiquiátrica para o Hospital Crescêncio Silveira. A média dos últimos 4 anos de internação neste hospital foi de $364,50 \pm 61,41$, sugerindo, portanto, que a diferença de médias ocorre por dois fatores. O primeiro é a realocação e readequação do serviço de urgência, o que pode ter afetado, de alguma forma, as internações no ano de 2017 que, como se pode observar na Tabela 3, teve uma queda significativa na admissão dos pacientes com Esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes e Transtornos de Humor. O segundo fator é a pandemia de COVID-19, gerada por conta do novo

coronavírus, pois as medidas de isolamento social podem precipitar crises em pacientes com diagnóstico psiquiátrico e causar impactos na saúde mental da população em geral, como menciona Faro (2020). O que se observou, portanto, foi uma redução no número de internações, conforme Figura 1, provavelmente, associada ao medo do contágio intra-hospitalar.

Tabela 5
Recortes temporais, associando CID-10

ANO	Número de Internações de acordo com o capítulo CID-10 ^c				
	F10	F10-F19	F20-F29	F30-F39	Outros
2008	09	11	156	104	4
2009	27	08	133	111	1
2010	33	19	116	138	3
2011	47	22	86	86	4
2012	33	28	96	106	3
2013	35	20	157	136	3
2014	72	31	300	136	8
2015	43	16	293	113	14
2016	31	17	216	115	15
2017	16	23	144	80	32
2018	21	21	261	102	24
2019	11	08	270	97	15
2020	08	05	196	111	13

Nota. Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 - 2020.

^cF10: transtornos mentais e comportamentais devido uso de álcool; F10-F19: transtornos mentais e comportamentais devidos usam de substâncias psicoativas; F20-F29: esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes; F30-F39: transtornos de humor.

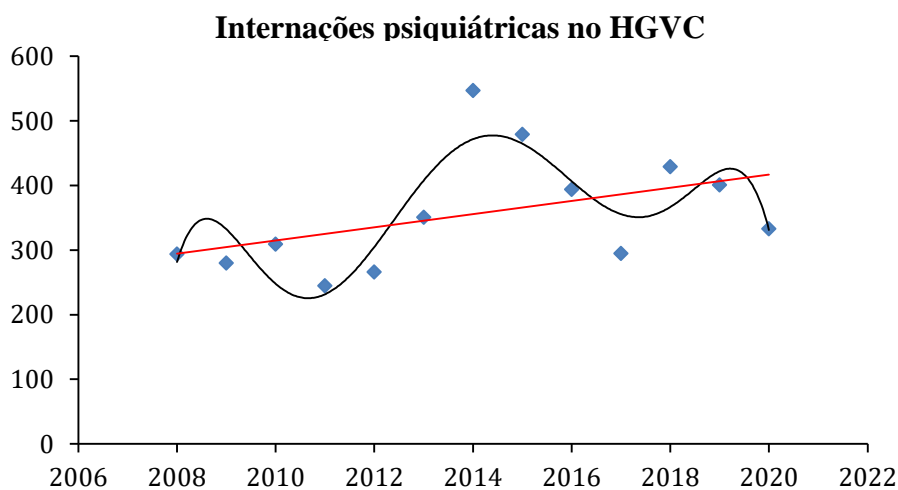


Figura 2. Evolução do número de internações psiquiátricas no Hospital Geral de Vitória da Conquista - Ba, 2008-2020 (N=4623) r^2 : 0,74

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 – 2020.

Como mostra a figura 2, foi observada uma tendência de queda nas internações por transtorno de humor, com uma correlação negativa fraca no recorte temporal estudado (coeficiente de relação de Pearson: $r = -0,23$). A média geral das internações por transtorno de humor foi de $110,3 \pm 18,09$, representando 31,04 % das internações gerais. Em relação ao período em que ocorreu a transição dos atendimentos para o Hospital Crescêncio Silveira, a média foi de $97,5 \pm 13$.

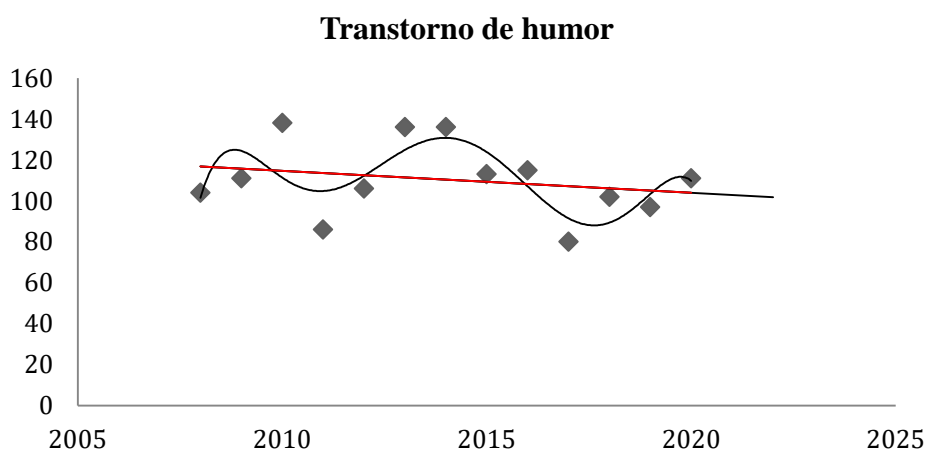


Figura 3. Evolução das nosologias psiquiátricas prevalentes no Hospital Geral de Vitória da Conquista - BA, 2008-2010 (n =4623) r : 0,50

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 – 2020.

Os transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso excessivo de álcool representam 8,56% de todas as internações, com média geral de $31 \pm 17,8$ internação/ano. Eles também apresentam uma fraca tendência de queda (coeficiente de relação de Pearson: $-0,27$). A partir de 2017, a média de internações ficou em $17,47 \pm 5,7$, demonstrando, assim, um comportamento de queda na variável em análise. A média geral foi impulsionada, principalmente, pelo ano de 2014, que foi atípico em todos os internamentos, tendo 72 pacientes internados (Tabela 2). Sugere-se que tais quedas possam estar relacionadas ao bom funcionamento da RAPS no município, no qual conta-se com um CAPS AD III, por meio do qual cerca de 300 pessoas são atendidas semanalmente, além do acompanhamento ambulatorial do próprio Hospital Crescêncio Silveira (Brito et al., 2019).

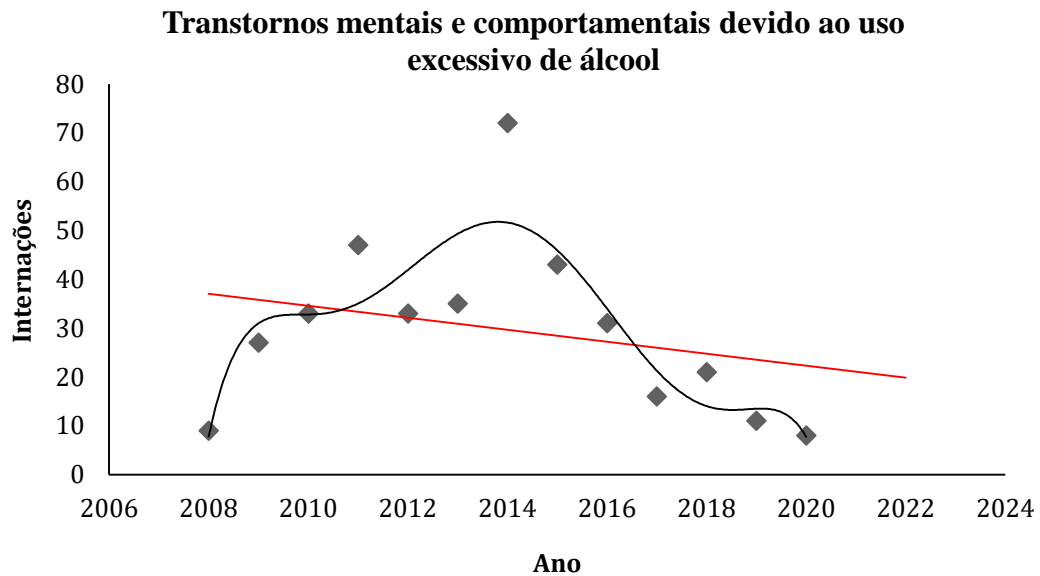


Figura 4. Evolução das nosologias psiquiátricas prevalentes no Hospital Geral de Vitória da Conquista - Ba, 2008-2010 (N=4623) r^2 : 0,75
 Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 – 2020.

Já os transtornos mentais e comportamentais causados devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas representam 4,95% das internações no município, com uma tendência de leve diminuição (coeficiente de relação de Pearson - 0,27), apresentando, portanto, uma média de $17,6 \pm 7,8$, com queda brusca nos últimos quatro anos, cuja média é de $14,2 \pm 9$.

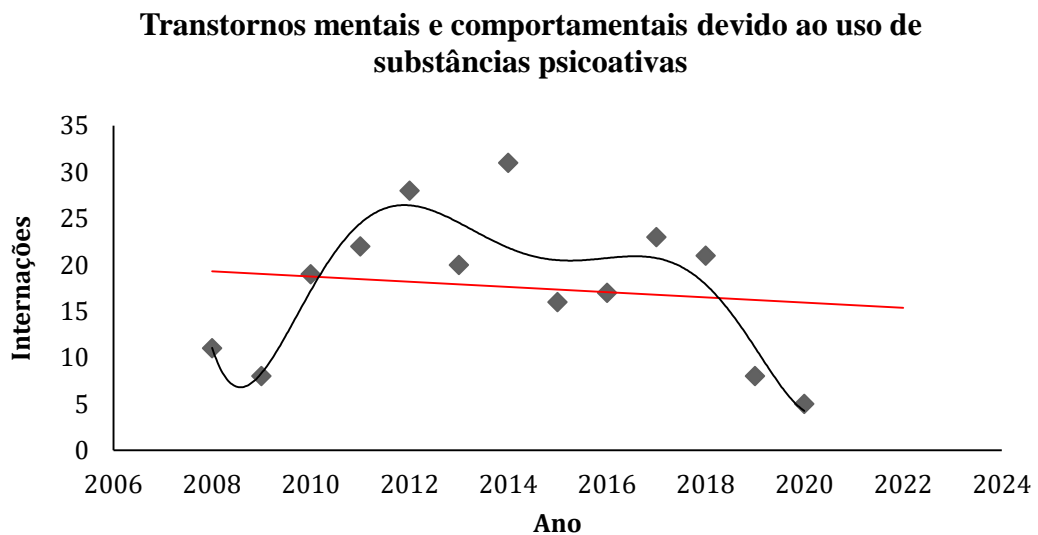


Figura 5. Evolução das nosologias psiquiátricas prevalentes no Hospital Geral de Vitória da Conquista - BA, 2008-2010 (N=4623) r^2 : 0,76
 Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 – 2020.

Historicamente, a esquizofrenia e os transtornos esquizotímicos e delirantes foram responsáveis por grande parte das internações no Brasil. Os estigmas a elas relacionados faziam com que as pessoas que viviam com essas patologias sofressem diversas situações terríveis e, até mesmo, fossem marginalizadas e excluídas do convívio social; aliás, esse cenário ainda não muito.

A evolução crônica desses distúrbios implica prejuízos e sofrimento à vida de quem convive com eles, necessitando de acompanhamento e apoio constantes. As novas abordagens terapêuticas e medicamentosas transformaram o tratamento hospitalar em ambulatorial (Shirakawa, 2000). Nesse sentido, torna-se importante a existência de RAPS bem estruturadas, para que se possa atender às demandas dos pacientes e de suas famílias. Os CAPS e NAPS têm um importante papel nesse contexto, fazendo o acompanhamento, orientação, apoio e reabilitação do paciente, visando o bem-estar deste.

Na Figura 1, mostra-se uma tendência de crescimento nas internações de pacientes com esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes, em que o coeficiente de Pearson (r) está em 0,59, apontando, portanto, uma correlação moderada com os recortes temporais. A média geral de internações/ano é de $186,4 \pm 74,9$; sendo que, a partir de 2017, essa média subiu para $228,5 \pm 59,1$ – o que confirma a tendência de crescimento. Apresentando 52,43% das internações gerais de 2008 até o período de 2020, a Figura 5 se assemelha muito com a tendência e comportamento da Figura 1. Ao se analisar o quanto os dados gerais se correlacionam com os dados de internações de pacientes com esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes, a correlação de Pearson (r) sinaliza uma correlação quase perfeita $r = 0,94$.

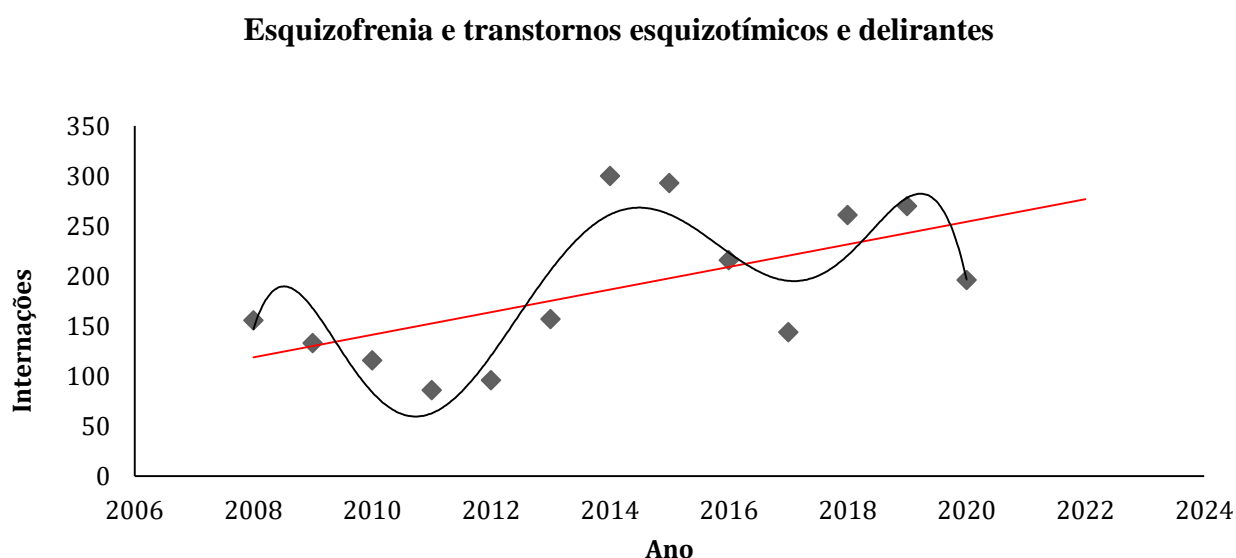


Figura 6. Evolução das nosologias psiquiátricas prevalentes no HGVC, 2008-2010 (N=4623)
 $r^2 = 0,81$

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do “Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)”. Dados de 2008 – 2020.

Tais dados sugerem uma deficiência na RAPS municipal, tendo em vista que, após a reforma, coube ao CAPS absorver a demanda hospitalar de internação a longo prazo, a partir do acompanhamento ambulatorial dos pacientes. Sabe-se que o Brasil saiu de quase 80 mil leitos psiquiátricos para 1.622 leitos (Brasil, 2020), ao passo que o número de instalações do CAPS subiu de 424, no ano de 2002, para o somatório de 1.803, em 2012 (Lara & Volpe, 2019), havendo, assim, uma inversão na política de hospitalização. A crescente demanda de internação para esta clientela pode representar uma má adesão ao tratamento, além da insuficiência de vagas para atendimentos em serviços substitutivos ou mesmo falhas na RAPS.

Sampaio e Bispo Júnior (2020), ao avaliarem a RAPS do município de Vitória da Conquista, apontam falhas graves. Embora o município atenda aos critérios quantitativos e populacionais do Ministério da Saúde para o funcionamento e implantação dos CAPS, estes passam por diversos problemas estruturais, não conseguindo absorver toda a demanda, o que acaba desestabilizando a rede e sobrecarregando o serviço hospitalar. De acordo com os autores, a cidade em questão ainda apresenta uma média abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, de 0,76 leitos para cada 23 mil habitantes, tendo em vista que os CAPS analisados cobrem 19 cidades de sua região de saúde.

Atualmente, o Hospital Crescêncio Silveira conta, apenas, com 20 leitos em enfermaria mista, o que diminui, ainda mais, a razão leitos/23 mil habitantes que, segundo o Ministério da Saúde (2015), representa 0,04 leitos para cada mil habitantes.

Considerações finais

Por meio da utilização de dados secundários do SIH/SUS, foi possível agrupar informações e conhecer o perfil de internação dos pacientes psiquiátricos do município de Vitória da Conquista, no estado da Bahia. A frequência de hospitalização se deu, predominantemente, em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos, predominando as internações por esquizofrenia, transtornos esquizotímicos, delirantes e transtornos de humor.

Os hospitais especializados têm sua importância como atendimento de urgência, visando a estabilização do paciente em quadros agudos de crise, com possibilidade de um maior

acompanhamento interdisciplinar, integrativo e humanizado. Desse modo, sua existência deve ser defendida enquanto peça chave fundamental para a constituição das RAPS.

Evidenciou-se, neste estudo, que, assim como em muitas localidades, no município analisado, após 20 anos de reforma, as RAPS ainda são mal estruturadas. Os CAPS ainda não absorveram toda a demanda assistencial e contam, ainda, com problemas estruturais, visto que os municípios não conseguiram acompanhar o ritmo de fechamento dos leitos psiquiátricos, gerando lacunas assistenciais no acompanhamento da saúde mental das pessoas assistidas.

Dito isso, quando se analisa o elevado e crescente índice de internações por esquizofrenia e transtornos esquizotímicos e delirantes, fica clara a necessidade de um maior planejamento e fortalecimento da rede de apoio psicossocial no município. Este estudo espera, portanto, contribuir com o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o fortalecimento da assistência à saúde mental na região.

Referências

- Amancio, V., Elia, L. (2017). Panorama histórico - político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9 (24), 22-49. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69616/41690>. doi: 10.5007/cbsm.v9i24.69616.
- Amarante, A. L., Lepre, A. dos S., Gomes, J. L. D., Pereira, A. V., & Dutra, V. F. D. (2011). As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 85–93. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000100010&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-07072011000100010.
- Andrade, L. H. S. G. de, Viana, M. C., & Silveira, C. M.. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 43–54. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rpc/a/fjvW8JgthHDhGjhyDxyVRZj/?lang=pt#>. doi: 10.1590/S0101-60832006000200003.
- Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21–28. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/3wsBnYKDjF5jvnRQkmpj4s/abstract/?lang=pt#>. doi: 10.1590/S1415-47142008000100003.

- Branco, T. C. (2015). Holocausto manicomial 2: trechos da história velada do Juquery. *Jusbrasil*. Recuperado de <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/o-holocausto-manicomial-2-trechos-da-historia-velada-do-juquery/220848550>.
- Brito, A. D., Amaral E. de O., Viana, V. S. (2019). O centro de atenção psicossocial – álcool e drogas (CAPS-AD - III) do município de Vitória da Conquista: instrumento de tratamento e inserção social, 7(7), 5080-5093. *Seminário Gepráxis*. Recuperado de <http://anais.uesb.br/index.php/semgepraxis/article/viewFile/9012/8674>.
- Chaves, A. C. (2000). Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 22(1), 21-22. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000500008&lng=en&nrm=iso. doi: 1590/S1516-44462000000500008.
- Coelho, V. A. A., Volpe, F. M., Diniz, S. S. L., Silva, E. M. da. & Cunha, C. de F. (2014). 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*, 19(8), 3605–3616. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/vxTRJv6TTsKMmfLpkqRn7wR/abstract/?lang=pt#>. doi: 10.1590/1413-81232014198.11922013.
- Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. (2017, 21 de março). Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria. *CRM-PR*. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/Em+11+anos+SUS+perde+quase+40+de+seus+leitos+de+internacao+em+psiquiatria+11+47847.shtml>.
- Del’olmo, F. de S.; Cervi, T. M. D. (2017). Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Sequência (Florianópolis)*, 38 (77), 197-220. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217770552017000300197&lng=en&nrm=iso. doi: 10.5007/2177-7055.2017v38n77p197.
- Devera, D.; Rosa, A. da C. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6 (1), 60. Recuperado de <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/39/42>.
- Ferreira, G. (2006). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. *Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise*, 4(1), 77–85. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicanalise&barrocoemrevista/2006/vol4/no1/7.pdf>.
- Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Revista estudos de sociologia da UFPE*, 1 (18). Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>.
- Foucault, M. (2002). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (2006). Loucura, literatura, sociedade. In: Motta, M. B. (org.). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise* (pp. 232-258). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., & Delgado, P. G. G. (2012). Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 51–58.

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dHkQcq4vB6RS7Cn53VLg59B/abstract/?lang=pt#>. doi: 10.1590/S0034-89102011005000085.

Gonçalves, V. M., Candiago, R. H., Saraiva, S. da S., Lobato, M. I. R., & Belmonte-de-Abreu, P. S. (2010). A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(1), 16–18. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rprs/a/CGvPGgYkspzYkgdrJbxVHfp/abstract/?lang=pt#>. doi: 10.1590/S0101-81082010000100003.

Hiany, N., Vieira, M. A., Gusmão, R. O. M., & Barbosa, S. F. (2020). Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 86(24). Recuperado de <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/676>. doi: 10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.676.

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1), 297-305. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232009000100036&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232009000100036.

Kilsztajn, S., Lopes, E. de S., Lima, L. Z., Rocha, P. A. F. da, & Carmo, M. S. N. do. (2008). Leitões hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 (10), 2354-2362, out. de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001000016&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2008001000016.

Kinoshita, R. T. (2011). Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(1), 223–231. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443>. doi: 10.5007/cbsm.v1i1.68443.

Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

Lima, M. G. (1997). *Avaliação de custos do tratamento hospitalar da esquizofrenia: um estudo retrospectivo* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, Brasil. Recuperado de: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311624>.

Marchewka, T. M. N. (2007). A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, 8(1), 43-60. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80040>. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v8i1p43-60.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. da R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159–164. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

[81232009000100021&lng=en&nrm=iso](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021).
81232009000100021.

doi: 10.1590/S1413-

Ministério da Saúde. (2005). *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*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2009). Área Técnica de Saúde Mental/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (ATSM/DAPES/SAS/MS). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). *Saúde Mental em Dados* (ano VII, n. 11). Recuperado de <https://psiquiatriabh.com.br/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>.

Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados* (Ano 10, n. 12). Recuperado de https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_1_2-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.

Ministério da Saúde. (2017). *Guia de Vigilância em Saúde* (1a ed., vol. 3). Secretaria de Vigilância em Saúde. atual. Recuperado de <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/27134117-guia-de-vigilancia-em-saude-2017-volume-3.pdf>.

Nóbrega, M. do P. S. de S., Mantovani, G. dos S., & Domingos, A. M. (2020). Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170864. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000100157. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0864.

Oliveira, J. F. de, Nascimento, E. R. do, & Paiva, M. S. (2007). Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Escola Anna Nery*, 11(4), 694–698. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414452007000400022∓lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414452007000400022&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S1414-81452007000400022.

Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. (2013). Caps II comemora 11 anos de implantação. *PMVC – notícias*. Recuperado de <https://www.pmvc.ba.gov.br/caps-ii-comemora-11-anos-de-implantacao>.

Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. (2018). CAPS AD III. Recuperado de <https://www.pmvc.ba.gov.br/tag/caps-ad-iii/>.

- Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. (2018). CAPS-AD III. Recuperado de <https://www.pmvc.ba.gov.br/tag/caps-ad-iii/>.
- Quadros, L. de C. M. de, Quevedo, L. de A., Gonçalves, H. D., Horta, B. L., Motta, J. V. dos S., & Gigante, D. P. (2020). Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: corte de nascimentos de 1982. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180162. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z7gbHWDxJTKK8jpJKnZrMQx/abstract/?lang=pt#>. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0162.
- Ribeiro, S. L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 92–99. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000100168&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1414-98932004000300012.
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2020). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00042620. Recuperado de <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1344/rede-de-atencao-psicossocial-avaliacao-da-estrutura-e-do-processo-de-articulacao-do-cuidado-em-saude-mental>. doi: 10.1590/0102-311X00042620.
- Santos, É. G. dos, & Siqueira, M. M. de. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238–246. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>. doi: 10.1590/S0047-20852010000300011.
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 56–58. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500019&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1516-44462000000500019.
- Silva T. L da, Maftum, M. A., Kalinke, L. P., Mantovani, M. de F., Mathias, T. A. de F., & Capistrano, F. C. (2014) Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Rev. Min. Enferm.*, 18(3), p. 644-651. Recuperado de <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/952>. doi: 10.5935/1415-2762.20140047.
- Silveira, M. S. Vargas, M. M., Reis, F. P., Silva, P. da. (2011). Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19(1). Recuperado de
- Soares, I. de A. (2006). *Institucionalização da loucura: um recorte histórico sobre o município de Barbacena/MG*. Fundação Biblioteca Nacional – Ministério da Cultura. Recuperado de https://www.gov.br/bn/pt-br/atuacao/pesquisa-e-editoracao/programa-nacional-de-apoio-a-pesquisa/pnap-2006/ilka_soares.pdf.
- Sonim, D. N., & Farias, W. (2014). O capa-branca – de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. São Paulo, Editora Terceiro Mundo. Recuperado de

- Teixeira, D. B. S., & Cruz, S. P. L. (2016). Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Revista Cubana de Enfermería*, 32 (4). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209>.
- Teixeira, M. O. L., & Ramos, F. A. de C. (2012). As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 364–381. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CDJLGj8ZFKZgdwcSHMwN4LQ/#>. doi: 10.1590/S1415-47142012000200011.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 9(1), 25–59. doi: 10.1590/S0104-59702002000100003.
- Vasconcelos, M. M., Werner Jr. J., Malheiros, A. F. de A., Lima, D. F. N., Santos, Í. S. O., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 61(1), 67–73. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000100012&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0004-282X2003000100012.