

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO
LOCAL**

CELSON GONÇALVES ALVES

**QUALIDADE DE VIDA E REINTERNAÇÕES DE MULHERES EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA-ES

2023

CELSON GONÇALVES ALVES

**QUALIDADE DE VIDA E REINTERNAÇÕES DE MULHERES EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES

2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

A474q Alves, Celso Gonçalves
Qualidade de vida e reinternações de mulheres em hospital
psiquiátrico do Espírito Santo / Celso Gonçalves Alves - 2024.
95 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local –
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2024.

1. Hospitalização psiquiátrica – mulheres – Espírito Santo (Estado).
2. Qualidade de vida – mulheres – Espírito Santo (Estado). 3. Saúde da
mulher – Espírito Santo (Estado). I. Morais, Tassiane Cristina da. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 305.4

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

CELSO GONÇALVES ALVES

**QUALIDADE DE VIDA E REINTERNAÇÕES DE MULHERES EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO SANTO**

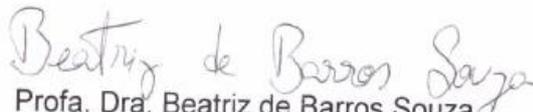
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 31 de outubro de 2023.

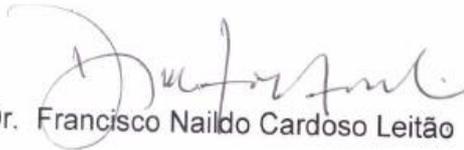
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Prof. Dr. Francisco Naildo Cardoso Leitão
UFAC
Membro Titular Externo

Aos meus pais Durval Gonçalves Alves (*in memoriam*) e Maria Corrêa Gonçalves dedico este trabalho.

Quanto orgulho em receber de pessoas tão simples e humildes a oportunidade de estudar e caminhar até aqui.

Pai e Mãe, a minha gratidão!

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser a minha luz nesta caminhada!

À minha esposa Denise Vieira dos Santos e meus filhos Augusto, Renata e Maria Augusta que sempre foram a minha inspiração e motivação. Aos que sempre estiveram comigo dividindo e somando a vida, minha eterna gratidão.

À Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra que em todos os momentos me incentivou e abriu espaços para minha caminhada na construção deste trabalho.

À Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes pelas orientações valiosas desde o planejamento até a análise dos dados, sempre com muita dedicação.

Ao Prof. Dr. Cesar Albenes De Mendonça Cruz por compartilhar conosco tantos saberes conquistados pela sua vasta experiência.

Ao corpo docente do mestrado que sempre me acolheu com muito carinho.

Aos meus colegas 2021/1 pela oportunidade de trocarmos experiências e aprender sempre mais.

Às mulheres que participaram desta pesquisa permitindo assim o cumprimento dos objetivos propostos.

Aos Diretores e funcionários do Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC) que não mediram esforços para a realização desta pesquisa.

À banca examinadora, meus sinceros agradecimentos por suas contribuições valiosas e críticas que foram essenciais para minha dissertação de mestrado.

"Suponhamos que um explorador chegue à região pouco conhecida, na qual as ruínas despertam seu interesse [...] ele poderá contentar-se em examinar a parte visível [...], mas poderá atacar o campo das ruínas, praticar escavações e descobrir, a partir dos restos visíveis, a parte sepultada".

Sigmund Freud

RESUMO

Introdução: Entendemos que a internação é o último recurso a ser buscado enquanto forma de tratamento para qualquer ser humano. Sendo assim, quando utilizada para tirar uma pessoa de um momento de crise, torna-se apenas uma medida paliativa, pois, quando o indivíduo retorna ao seu mesmo “modus vivendi” é questão de tempo para que retorne também seu sofrimento psíquico. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a reinternação e qualidade de vida de mulheres em um Centro de Atendimento Psiquiátrico. **Método:** Trata-se de estudo de metodologia mista que foi realizado com 20 mulheres que foram reinternadas em hospital psiquiátrico em 2022. As informações sociodemográficas e de qualidade de vida foram obtidas por meio de um estudo transversal, enquanto que para análise das percepções das mulheres no que tange a saúde mental e reinternação foi realizado através de um estudo qualitativo. A pesquisa foi realizada no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), um hospital psiquiátrico público estadual localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, Brasil. Os dados foram coletados por meio dos prontuários das mulheres reinternadas e por meio de entrevista. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva para variáveis quantitativa e as variáveis qualitativas foram analisadas por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** O melhor índice de qualidade de vida descrito foi observado no domínio físico, seguido de relações sociais, psicológico e meio ambiente. Observou-se também que a família, a religião e as finanças são elementos essenciais para a saúde mental. **Considerações finais:** uma análise aprofundada dos fatores preponderantes que moldam a qualidade de vida e a recorrência da internação de mulheres em hospitais psiquiátricos constitui um alicerce crucial na elaboração de Políticas Públicas que realmente garantam um atendimento adequado e respeitoso à saúde mental dessas mulheres.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Hospital Psiquiátrico. Hospitalização. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: We understand that hospitalization is the last resort to be sought as a form of treatment for any human being. Therefore, when used to take a person out of a moment of crisis, it becomes just a palliative measure because when the individual returns to their same "modus vivendi," it is a matter of time before their psychological suffering also returns. **Objective:** To evaluate the relationship between readmission and the quality of life of women in a Psychiatric Care Center. **Method:** This is a mixed-methodology study conducted with 20 women who were readmitted to a psychiatric hospital in 2022. Sociodemographic and quality of life information were obtained through a cross-sectional study, while the analysis of women's perceptions regarding mental health and readmission was carried out through a qualitative study. The research was conducted at the Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), a state public psychiatric hospital located in the municipality of Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, Brazil. Data were collected through the medical records of readmitted women and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics for quantitative variables, and qualitative variables were analyzed using content analysis. **Results:** The best quality of life index described was observed in the physical domain, followed by social relationships, psychological, and the environment. It was also observed that family, religion, and finances are essential elements for mental health. **Final considerations:** An in-depth analysis of the preponderant factors that shape the quality of life and the recurrence of hospitalization of women in psychiatric hospitals constitutes a crucial foundation in the development of Public Policies that truly guarantee adequate and respectful care for the mental health of these women.

Keywords: Quality of life. Psychiatric Hospital. Hospitalization. Women's Health.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Escore médio de qualidade de vida de mulheres reinternadas em um hospital psiquiátrico distribuídas de acordo com facetas relacionadas ao domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. 55

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Prevalência de morbidade psiquiátrica: resultados de 5 estudos de base populacional realizados em países ocidentais. | 38 |
| Tabela 2 – Pacientes internados no CAPAAC, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022 distribuídos segundo faixa etária e sexo. | 46 |
| Tabela 3 – Reinternações de mulheres em Hospital Psiquiátrico do Espírito Santo segundo idade, etnia, estado civil, escolaridade, tabagismo, município de residência e profissão. | 51 |
| Tabela 4 – Hipótese diagnóstica das mulheres e tempo de internação. | 52 |
| Tabela 5 – Estatística descritiva dos escores dos domínios Físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, auto-avaliação da qualidade de vida e total relatados por mulheres reinternadas em um hospital psiquiátrico. | 53 |
| Tabela 6 – Média dos escores de qualidade de vida auto relatada por mulheres reinternadas em um hospital psiquiátrico distribuídos pelos domínios Físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e total. | 53 |
| Tabela 7 – Percepções das entrevistadas quanto às condições que poderiam contribuir para melhorar a sua saúde mental e qualidade de vida. | 55 |
| Tabela 8 – Percepções das entrevistadas distribuídas de acordo com a principal fonte no qual a mulher busca suporte para saúde mental. | 57 |
| Tabela 9 – Percepções das entrevistadas segundo o motivo principal que levou a necessidade de sua internação. | 59 |
| Tabela 10 – Distribuição das mulheres segundo a percepção sobre se há diferença em se internar pela primeira vez. | 61 |
| Tabela 11 – Distribuição das pesquisadas sobre a realização de tratamento em saúde mental. | 62 |
| Tabela 12 – Percepção das entrevistadas sobre o seu maior desejo atual. | 64 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPAAC – Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEF – Constituição Federal

DALYs – Disability Adjusted Life Years

Deams – Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HD – Hipótese Diagnóstica

HJM – Hospital Dr. João Machado

ICEPI – Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

Lai HG – Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NCS – National Comorbidity Survey

NERI – Núcleo Especial de Regulação de Internação

NIR – Núcleo Interno de Regulação.

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPCS – Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain,

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PVC – Programa de Volta para Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAPS – Sul - Rede de Atenção Psicossocial da Região Sul

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

RTs – Residências Terapêuticas

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESA – Secretaria de Estado da saúde do Espírito santo

SIDH – DATASUS Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

SM – Saúde Mental

SPA – Substâncias Psicoativas

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | JUSTIFICATIVA | 19 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 2.1 | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL | 21 |
| 2.1.1 | Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil | 21 |
| 2.2 | SAÚDE MENTAL, QUALIDADE DE VIDA E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE | 26 |
| 2.3 | SAÚDE MENTAL HOSPITALIZAÇÃO E REINTERNAÇÕES | 27 |
| 2.4 | SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA MULHER | 36 |
| 3 | OBJETIVOS | 43 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 43 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 43 |
| 4 | MÉTODO | 44 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 44 |
| 4.2 | LOCAL DE ESTUDO | 44 |
| 4.3 | POPULAÇÃO DE ESTUDO | 46 |
| 4.4 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO | 46 |
| 4.5 | VARIÁVEIS DE ESTUDO E COLETA DE DADOS | 47 |
| 4.6 | ANÁLISE DOS DADOS | 48 |
| 4.7 | ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS | 49 |
| 4.8 | RISCOS | 49 |
| 4.9 | BENEFÍCIOS | 50 |
| 5 | RESULTADOS | 51 |
| 6 | DISCUSSÃO | 66 |
| 6.1 | DOMÍNIO FÍSICO PARA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DO SONO E ADESÃO AO TRATAMENTO | 67 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6.2 | 6.2 CUIDANDO DA MENTE: OS DESAFIOS PSICOLÓGICOS PARA SAÚDE MENTAL | 68 |
| 6.3 | CONEXÕES QUE (DES)FORTALECEM: OS ELOS DAS RELAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL | 69 |
| 6.4 | EQUILIBRANDO AS CONTAS DA SAÚDE MENTAL: O PAPEL DO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE E FATORES SOCIOECONÔMICOS | 70 |
| 6.5 | REINTERNAÇÃO | 71 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| | REFERÊNCIAS | 76 |
| | ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE . | 87 |
| | ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 89 |
| | ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA | 92 |

1 INTRODUÇÃO

Quando falamos em políticas públicas de saúde a partir do Sistema Único de Saúde-SUS, é mandatório que a universalidade, equidade e integralidade sejam destacados como doutrina.

O princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Porém, mediante as ferramentas teóricas propostas por Foucault (1995) em termos de eixos de investigação, discurso, poder e sujeito, o campo social deve ser tratado como um **problema**, e não como uma **evidência**. Assim, as ferramentas foucaultianas nos permitem analisar como determinadas práticas foram historicamente produzindo rupturas, demarcações de campos discursivos e saberes sobre sujeitos, a partir de exercícios do poder. Portanto, não se trata de operar com o conceito, mas de olhar como as noções são construídas, não as tomando como uma realidade independente.

A saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga das responsabilidades com o trabalho doméstico. Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. Esse percentual aumenta para 23% em países desenvolvidos. Das dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (Lopez; Murray, 1998 *apud* Andrade; Viana; Silveira, 2006).

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública não é recente, ocorrendo a partir de publicação realizada pela Organização Mundial da Saúde e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1994 (Lopez; Murray, 1998 *apud* Andrade, Viana; Silveira, 2006).

Utilizando como medida uma combinação do número de anos vividos com incapacidade, e conseqüente deterioração da qualidade de vida, e do número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (medidos pela unidade Disability Adjusted Life Years - DALYs), verificou-se que doenças como transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas em países subdesenvolvidos, onde vivem quatro quintos da população do mundo. Em países da Ásia e da América Latina, essa transição epidemiológica vem ocorrendo sem a devida adequação do planejamento de serviços e assistência à saúde pública (Thornicroft; Maingay, 2002 *apud* Andrade; Viana; Silveira, 2006).

Ainda que as internações por transtornos mentais e comportamentais venham apresentando tendência de queda nos últimos dez anos, o Espírito Santo vem vivenciando um aumento vertiginoso das internações compulsórias desde 2014, principalmente para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras SPA (Espírito Santo, 2018). No ano de 2017, a SESA registrou 724 internações compulsórias por motivo de saúde mental. Destas, 684 foram por uso de SPA, o que permite concluir que, embora as internações por transtornos mentais e comportamentais de maneira geral venha em tendência de queda, o mesmo não se verifica com as internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras SPA (Espírito Santo, 2018).

Portanto, analisar os reais motivos que culminaram com a internação hospitalar não é tarefa fácil. Diante disso muitas são as informações que podemos encontrar na busca da etiologia da internação e assim ampliar o olhar que pode ajudar nortear o caminho para que esta mulher possa ter qualidade de vida. Desafiador é às vezes conseguir informações para obter uma história social junto à família, ou cuidadores ou conhecidos, ex-companheiros, enfim, ter criatividade para conseguir chegar até a quem possa dar informações aos que vivem pelas ruas e sem rumo.

A proposta de mudança no modelo assistencial brasileiro em saúde mental através da Reforma Psiquiátrica, e os avanços da ciência exigem adequações e revisões, pois a Lei nº 10.216 de 6 de abril 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental assegura aos portadores de transtornos mentais este direito sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção

política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e o grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Brasil, 2001).

Depois da implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei nº 10.216), foi publicada a Portaria nº 3.088 que criou 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 (Brasil, 2001). Assim, foi instituída uma rede territorializada com o objetivo de agregar todos os serviços necessários ao cuidado, desde a atenção primária até a atenção hospitalar, quando necessária, sendo de curta duração até estabilização do quadro clínico. Desta forma estaria garantida a efetividade do cuidado. Entre as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial destacamos: O desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares e o combate a estigmas e preconceitos.

O componente de Atenção Hospitalar da RAPS oferece suporte em Hospital Geral, de Pediatria e Maternidade, por meio de internações de curta duração, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É considerada um recurso necessário e estratégico para o cuidado em momentos nos quais os usuários se encontrem fragilizados e podem colocar a si e outros em risco.

Levando em conta a necessidade de articulação com os demais pontos da RAPS, o hospital é considerado um 'ponto estratégico para o fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial. São serviços geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios'.

A experiência de construção de redes com diferentes pontos de atenção na RAPS evidencia um conjunto de desafios, dentre eles: a necessidade de articulação com os serviços de urgência (SAMU, UPA e Pronto Socorro), o fortalecimento da possibilidade de acolhimento imediato pelos CAPS e a instituição de processos que garantam a regulação do acesso aos leitos, considerando critérios clínicos e de gestão, com vistas à promoção da atenção contínua do cuidado.

Embora, tenha-se hoje alcançado certo consenso sobre a importância dos Determinantes Sociais de Saúde, construído ao longo da história, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Nancy Krieger (2001 *apud* Buss; Pellegrini Filho, 2007) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996 *apud* Buss; Pellegrini Filho, 2007) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Dentro deste contexto partimos do pensamento de que as experiências cotidianas vivenciadas pelas mulheres, dentre elas, destacam-se a vida no lar, estão relacionadas com a necessidade de internações e reinternações psiquiátricas. Embora existam evidências sobre a ocorrência do fenômeno em diferentes localidades (Gastal *et al.*, 2000; Parente *et al.*, 2007; Oyffe *et al.*, 2009; Bezerra; Dimenstein, 2011), estudos brasileiros sobre o tema ainda são escassos (Donisi *et al.*, 2016 *apud* Zanardo *et al.*, 2018).

A reinternação em hospital psiquiátrico, é de altíssima incidência na maioria das instituições, indicando a relevância de conhecer suas causas e pensar estratégias que o evitem, por isto o objetivo deste estudo é avaliar a relação entre a reinternação e qualidade de vida em mulheres em tratamento em um Centro de Atendimento Psiquiátrico.

Observa-se que a saúde mental da mulher ao longo da história não tem recebido a devida atenção, com um olhar mais focado em sua qualidade de vida. Cada vez mais participativa em nossa sociedade, na vida política e social do país esta nova mulher, busca se inserir neste contexto e continua acumulando os tradicionais afazeres domésticos sendo o centro de toda a família.

As consequências se mostram visíveis em seu cotidiano, interferindo frontalmente em sua qualidade de vida. E vivendo em uma sociedade multirracial e pluricultural, emergem novas necessidades que contemplem qualidade de vida e saúde mental desta mulher.

No Brasil de hoje ela representa mais da metade (51,5%) da população (Agência Brasil, 2023, online) e como a saúde mental um dos grandes desafios do mundo atual

com sérias consequências sócio econômicas e na qualidade de vida é necessário repensar como o seu tratamento está sendo enfrentado.

1.1 JUSTIFICATIVA

Qualidade de vida e Reinternações de mulheres em Hospital Psiquiátrico do Espírito Santo foi um tema escolhido pela necessidade de criar um espaço para ampliar o olhar sobre a saúde da mulher de uma forma integralizada.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O novo programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004).

Na construção do SUS desde as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde até a pactuação tripartite, em 2011, que priorizou cinco redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a saúde mental da mulher deixa um vácuo em sua assistência.

Na Atenção Básica, a saúde mental encontra espaço para ser mais eficazmente incluída e trabalhada em substituição ao hospital que deixa de ser foco do cuidado, passando a ter papel complementar, integrando uma rede de serviços no campo da saúde mental.

Um trabalho realizado entre 2000 e 2014 com o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e verificar como aspectos da nova política de

saúde mental influenciaram a taxa de pacientes internados no referido período, mostrou o seguinte resultado: Houve um grande avanço na Política Nacional de Saúde Mental, mesmo em um contexto de adversidades, com alcance das metas de redução progressiva dos leitos hospitalares e aumento dos serviços substitutivos, sendo atribuído às duas estratégias a taxa de redução de pacientes internados. O que chamou a atenção é que nos últimos anos estas mudanças tornaram-se menos intensas (Rocha *et al.*, 2021).

Especial atenção deve ser dada para as relações entre os TMC e as desigualdades de gênero, uma vez que um dos achados mais persistentes na literatura é que as mulheres têm uma prevalência de ansiedade e depressão duas a três vezes maior que os homens (Patel *et al.*, 1999; Ludermir; Lewis, 2005).

As mudanças atuais do mundo do trabalho e o conseqüente aumento do desemprego masculino *versus* o emprego das mulheres, configurando para elas uma somatória de atribuições tradicionais de gênero e novas identidades, com jornadas ampliadas de trabalho, devem ser mais consideradas (Giffin, 2002). Múltiplos papéis podem gerar conflitos e uma sensação de sobrecarga (*role overload*) levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos (Power; Mannor; Fox, 1991; Bartley; Popay; Plewis, 1992; Macran, 1993).

Classe social e gênero tem sido amplamente investigada pela sua associação com a saúde mental. As desigualdades sociais envolvem os principais sentimentos relacionados à depressão e a outros transtornos mentais, como humilhação, inferioridade, percepção de falta de controle sobre o meio e impotência (Ludermir, 2008).

Com esta pesquisa pretende-se identificar e compreender os fatores relacionados ao processo de adoecimento dessas mulheres e os motivos que levam à reinternação como única alternativa. Conhecer os dados epidemiológicos e o perfil sociodemográfico das mulheres com reinternações permite um cuidado específico num contexto em que a saúde é tão fragmentada sensibilizando gestores e profissionais de saúde na prevenção dos transtornos mentais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Na história da psiquiatria existem séculos de intervenções, pois na Grécia Antiga 2.000 anos A.C os loucos possuíam ‘poderes divinos’. Na Idade Média, ‘demônios’ que passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome. No século XXVIII, loucos, quando apresentavam um comportamento diferente e no século XIX com Philippe Pinel a loucura tornou-se uma questão médica sendo vista como doença e que deveria ser tratada. No século XX com Freud a psicanálise se populariza em todo o mundo e se impõe como marco na saúde mental (Figueiredo, 2019).

Os movimentos de reforma psiquiátrica no mundo ocorreram em diferentes momentos históricos (Itália, França, Estados Unidos e outros países). O contexto social, econômico e político foi condição comum a todos na reorganização do sistema de saúde.

Muitas obras tiveram destaque a partir de Michel Foucault que questionava o próprio saber psiquiátrico. Foucault com sua obra ‘História da Loucura da Idade Clássica’ passa a ser um autor de referência. Foi proposta uma rede de relações inclusivas de práticas, saberes e discursos que vêm a fundar a psiquiatria. Entre outras obras citamos ainda de Erving Goffman, ‘Manicômios, Prisões e Conventos’, de Robert Castel ‘A Ordem Psiquiátrica e a Idade de Ouro do Alienismo’, e outras produções de Ronald Laing e Robert Cooper (Bezerra Junior, 1994).

2.1.1 Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil

Na década de 1830, membros da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fizeram os primeiros questionamentos sobre os alienados mentais que estavam internados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, e ainda protestavam contra a livre circulação de loucos pelas ruas da capital do Império do Brasil. Assim iniciaram-se os debates que culminaram com a inauguração do primeiro Hospício da América Latina, O Hospício Pedro II (Gonçalves, 2013).

No Brasil no final da década de **1970** emergiram os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica além da criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. O objetivo era romper com o modelo nosocomial vigente expandindo serviços

comunitários e reduzindo leitos, buscando a reestruturação do sistema de saúde e transformando os cuidados em saúde mental.

As décadas de décadas de 1960 e 1970 acompanharam mudanças na organização do modo de produção capitalista através da alta e globalizada circulação do capital monetário, que tiveram como consequência alterações importantes no interior do Estado e nas relações trabalhistas e de organização do trabalho (Pereira, 2019, p. 79).

Bezerra Junior (1994) chama atenção para a criação da Rede internacional 'Alternativas à Psiquiatria', em 1975, constituída por muitos dos autores críticos à psiquiatria e às instituições, com importante impacto no plano internacional, inclusive no brasileiro.

Na América Latina, a expansão capital-imperialista, para a qual chama atenção Fontes (2010), encontrou, nas décadas de 1940/60 uma classe trabalhadora em processos anti-imperialistas. As formas de convencimento não se deram, senão, por um apassivamento marcado por forte violência de Estado e suspensão de direitos civis, enraizando-se na vida social, econômica e cultural.

Para Mazzeo (2018, *apud* Pereira, 2019, p.85, destaque do autor),

O Estado brasileiro, naquele momento, apontava para uma sociedade civil fragmentada, frente a uma revolução burguesa incompleta, realizada “pelo alto” e marcada, ainda atualmente, pelo elemento colonial como decisivo. A base histórica de garantia da burguesia nacional encontraria nas restrições das liberdades democráticas e na fragilidade das instituições públicas, acompanhadas pela ideologia propagandista (desde jornais reacionários a articulações com segmentos religiosos bem demarcados) a superexploração do trabalho e os lucros de uma economia predatória.

Os fatores acima citados pelo autor estavam presentes no golpe de 1964, e tinham o respaldo das forças armadas. A limitação de partidos políticos, além da intervenção em movimentos sociais tinham um foco claro de desarticular o movimento dos trabalhadores. Para Mazzeo (2018 *apud* Pereira, 2019, p.86), “[...] as mobilizações populares daquele período teriam apontado para contrapontos presentes no país desde o final do século XIX, nas lutas pela abolição e que retomaram nas lutas contra a ditadura civil-militar”.

Nos diversos movimentos a mobilização social era crescente como o das lutas pela reforma agrária, urbana e sanitária, também o movimento negro, os feministas e neste cenário destacou-se a movimentação operária do ABC paulista, igreja católica setores da esquerda.

O cenário da assistência psiquiátrica centrava-se em grandes hospitais psiquiátricos, centenas de clínicas privadas e 97% da verba pública destinada a estes espaços e ficando apenas 3% voltada para espaços extra hospitalares, como ambulatórios e outros serviços. Resumidos a escassos ambulatórios da Previdência, as reinternações e a cronificação dos ambulatórios, quando existentes, eram a regra (Bezerra Junior, 1994, p. 86).

Por uma sociedade sem manicômios, este foi o projeto político que envolveu diversos movimentos sociais e institucionais passando por construções acadêmicas e assim a Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1970 foi iniciado. No momento de lutas pela democratização do país, surgem grupos de associações de usuários, de familiares, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental somando forças pela qualidade da assistência em saúde mental como conquista e direito, pois o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) foi organizado desde a universidade, sindicatos profissionais, movimento popular e com representação mesmo no Congresso Nacional e em seu início este em articulação muito próxima ao MTSM (Furtado; Campos, 2005).

Apesar dos dois movimentos (Movimento da Reforma Sanitária e Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental) terem nascido de corporações intelectuais e a partir das perspectivas das classes trabalhadoras, o MRS optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal enquanto o movimento pela Reforma Psiquiátrica priorizou o estabelecimento de articulações inter-setoriais e a inclusão de familiares, usuários e associações e manifestações de maneira que essa iniciativa extrapolasse o setor saúde, o que está relacionado com o entendimento da desinstitucionalização como um processo mais amplo (Furtado; Campos, 2005, p. 88).

Em 1979 Franco Basaglia, que foi um líder importante no sistema de saúde mental italiano realizou diversos encontros e conferências pelo sudeste brasileiro mobilizando muitos profissionais do campo da saúde mental.

Um fato a ser destacado na década de 1990 foi a cogestão das unidades de assistência psiquiátrica da Previdência Social e do Ministério da Saúde e a participação de psiquiatras críticos através de cargos de gestão no Estado. Tal fato possibilitou a realização de encontros e discussões de propostas e estratégias concretas com Coordenadores de Saúde Mental da região sudeste para a reformulação da assistência. No interior dos movimentos e processos que se voltavam para a Psiquiatria, Bezerra Junior (1994, *apud* Pereira, 2019, p. 91),

[...] localiza que o debate foi deixando de ser assunto restrito a profissionais e técnicos e se expandiu para as próprias pessoas que haviam ou estavam internadas, seus familiares e, mais do que isso, à sociedade de maneira mais ampla. Para ele, tanto a construção de movimentos sociais quanto os debates políticos e teóricos daí decorrentes abriram espaço para a análise da

Psiquiatria como um espelho da própria sociedade, seus mecanismos de exclusão e a natureza de suas instituições.

A organização dos movimentos sociais especialmente no campo da saúde, teve um marco histórico que foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987. Com a Promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 a saúde passa a ser um direito social sendo responsabilidade de todos os níveis de governo. A implantação do SUS, promulgação da Lei Orgânica nº 8.080/90 (Brasil, 1990a) e a Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990b) se constituem na verdadeira materialização da política de saúde no Brasil.

Não podemos deixar de destacar a importância dos movimentos de mulheres brasileiras, desde o início próximo das lutas populares e da democratização do país, com pautas voltadas para a anistia, a garantia de creches públicas, na descriminalização do aborto. As propostas apresentadas foram contempladas em 80% na **C88**, o que teve importante impacto sobre o status jurídico das mulheres brasileiras. Novos organismos institucionais foram introduzidos no âmbito público, como as **Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (Deams)**, os abrigos institucionais para a proteção de mulheres em situação de violência; o treinamento de profissionais da segurança pública e a Lei Maria da Penha (Carneiro, 2003, p. 11).

As mobilizações dos movimentos sociais e coletivos, já identificados como antimanicomiais, mantinham-se durante a década de 1990. Já nos seus primeiros anos, foi realizado o I Encontro Nacional de Usuários e Familiares em São Paulo (1991), visando ser preparatório para a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). Este foi um período no qual a atenção psicossocial marcou as mobilizações e direcionamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (Martins, 2017).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas em 1992 e 2001 foram importantes no avanço de formação de recursos humanos, além do financiamento e controle social, pois as instituições manicomiais deveriam ser substituídas, com foco em cuidado integral, através do trabalho em equipes interdisciplinares. Este espaço novo tinha como proposta ampliar e diversificar a Atenção Psicossocial (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001).

A década de 2000 foi palco da consolidação de uma rede de serviços. Depois de doze anos de debate do parlamento brasileiro foi aprovado um projeto substituto, porém fortemente inspirado no projeto original apresentado por Paulo Delgado em 1989. Este novo projeto foi consubstanciado como a Lei Psiquiátrica nº 10.216, em 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001). Esta lei não abarcou algumas das proposições centrais do projeto

primeiro, como, por exemplo, no que diz respeito à extinção dos hospitais psiquiátricos, mas revogou a antiga legislação de 1934 (Amarante, 2007).

A participação do Ministério Público na regulação e acompanhamento das internações involuntárias ou compulsórias deu-se através da Lei nº 10.126 de 04/2001 e constituiu-se também um grande avanço à proteção e aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, 2001). A Portaria nº 336 de 2002 também foi destaque na Nova Política Nacional de Saúde Mental, e destacamos o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos além de uma Rede de Atenção Psicossocial composta por diversos serviços territoriais de saúde (Brasil, 2002).

Estamos falando aqui da implantação de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), **Residências Terapêuticas (RTs)**, **Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (Lai HG)**, além da expansão da atenção psicossocial na atenção básica, em especial via Estratégia de Saúde da Família, fazendo com que o fechamento de mais de 60.000 leitos não tenha representado apenas uma desospitalização ou desassistência, mas, com seus limites, a implementação de serviços substitutivos e territoriais (Pereira, 2019, p. 94).

Com a implantação de 500 CAPS no Brasil em 2004 quando se realizava o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foi celebrado este importante marco (Brasil, 2004). Em 2018 já eram quase 2000 mil CAPS segundo relatos do Ministério da Saúde. Outro acontecimento durante este evento foi a criação da Escola de Supervisores com o objetivo de capacitar profissionais para desenvolverem um trabalho institucional e também clínico na consolidação de cada CAPS.

Entretanto, desde 2016, com a assunção de grupos conservadores e ultraliberais nos espaços de poder do país, foram desencadeadas mudanças na organização e no direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2017) e da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019). Dentre as principais alterações, estão a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o aumento do repasse financeiro para instituições hospitalares especializadas, o foco na abstinência e o fortalecimento e financiamento das comunidades terapêuticas (Brasil, 2017; 2019). As mudanças vão na contramão das proposições da RPB e representam importante retrocesso nos avanços alcançados e no modelo de desinstitucionalização defendido

2.2 SAÚDE MENTAL, QUALIDADE DE VIDA E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

O conceito de 'Saúde Mental' (SM) é amplo, portanto, nem sempre é fácil a sua definição, e muito menos a identificação daquilo que a determina. No entanto, da mesma forma que o conceito de 'saúde' se refere a "[...] um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", (Who, 2001, online), também a SM se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves; Rodrigues, 2010).

Os fatores sociais e econômicos que influenciam a Saúde Mental, são destacados pelos seguintes determinantes: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes (Alves; Rodrigues, 2010, p. 127).

Entre os diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, em meados do século XIX predominava a teoria miasmática, que conseguia responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 10). Estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais, trouxeram importante reforço para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública (Susser, 1998).

Virchow, um dos mais destacados cientistas vinculados a essa teoria, entendia que a 'ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social', que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo 'saúde pública' expressa seu caráter político e que sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população (Rosen, 1980).

Os Determinantes Sociais da Saúde nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, mostram um extraordinário avanço no estudo das relações entre

a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (Almeida-Filho *et al.*, 2003).

Diversos são os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os diversos fatores estudados através desses diversos enfoques. Dois modelos são referenciados: o modelo de Dahlgren e Whitehead (Gunning-Schepers, 1999) e o modelo de Didericksen (Evans *et al.*, 2001).

O modelo de Didericksen e Hallqvist, de 1998, foi adaptado por Didericksen, Evans e Whitehead (2001). Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. As intervenções sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) tanto no modelo de Dahlgren e Whitehead e o de Didericksen permitem identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema 'Saúde para todos no ano 2000' recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais.

Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirmam com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

O termo 'integral' faz parte dos títulos dos programas/políticas de saúde para mulheres, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulheres (Brasil, 2004) destacando que a atenção deve ser integral.

2.3 SAÚDE MENTAL HOSPITALIZAÇÃO E REINTERNAÇÕES

O Brasil apresenta altos índices de prevalência de transtornos mentais na população adulta, variando entre 20-56% (Santos; Siqueira, 2010). Gonçalves e colaboradores (2014) destacam que estudos realizados nas principais capitais brasileiras mostraram

que a taxa de transtornos mentais comuns (TMC) na atenção primária é maior que **50%** ().

A rápida redução dos leitos hospitalares psiquiátricos não foi acompanhada por significativa implantação de cuidados efetivos em nível comunitário (Jorge; Franca, 2001; Silva *et al.*, 2017).

Em 2014, em todo o Brasil havia cerca de 25.988 leitos psiquiátricos no SUS, e apenas 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 697 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 4.349 beneficiários do “Programa de Volta para Casa” (Fiocruz, 2015).

No Brasil, o processo de desinstitucionalização não ocorreu da mesma forma em todas as regiões. Em algumas delas, como é caso de Barbacena e Sorocaba, onde o número de pacientes internados em leitos hospitalares era muito elevado, o processo de desinstitucionalização ultrapassou a capacidade de assimilação dos serviços ambulatoriais ofertados (Vidal; Bandeira; Gontijo, 2008).

A Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 acelerou o processo e definiu que a hospitalização é o último recurso no tratamento dos transtornos mentais e assegurou o direito das pessoas a serem tratadas por meio de serviços na comunidade (Brasil, 2001).

Os censos hospitalares em todo o país foram reduzidos e novas entradas de pacientes em hospitais psiquiátricos foram bloqueadas (Brasil, 2005). No período de 1995 a 2011, o orçamento total de saúde mental do Brasil alocado aos hospitais psiquiátricos diminuiu de 95% para 28,9%, enquanto a alocação dos recursos para serviços baseados na comunidade aumentou de 0,8% para 71,1% (World Health Organization, 2014).

Vale ressaltar que a desinstitucionalização vai além da desospitalização/transinstitucionalização ou do fechamento dos portões dos hospitais psiquiátricos ou do deslocamento dos pacientes para instituições similares e inadequadas (tais como, delegacias, penitenciárias, asilo de idosos, etc.) (Oliveira; Conciani, 2008).

A despeito das conquistas e dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, são evidenciados, por meio de alguns estudos (Castro, 2009; Consoli; Hirdes, Costa, 2009; Parente *et al.*, 2007; Alverga; Dimenstein, 2006; Bandeira, Barroso, 2005), altos índices de reinternações psiquiátricas. A “porta giratória” da psiquiatria, consoante Bandeira e Barroso (2005), configura-se como sendo um fenômeno caracterizado pelas reospitalizações frequentes dos portadores de transtornos mentais, obedecendo a um ciclo recidivo de internação/alta/internação (Ramos; Guimarães; Enders, 2011, p. 520).

Para o cumprimento da meta de internação como último recurso terapêutico no processo da desinstitucionalização devemos focar prioritariamente nos egressos de instituições psiquiátricas hospitalares, evitando assim o fenômeno da reinternação psiquiátrica, historicamente associada à pouca resolubilidade e alta cronificação da condição da pessoa internada (Ramos; Guimarães; Enders, 2011).

Cardoso e Galera (2009 *apud* Ramos; Guimarães; Enders, 2011) afirmam sobre as reinternações psiquiátricas, que este fenômeno está atravessado por representações social, cultural e econômica, tanto dos profissionais que decidem por esse procedimento, quanto dos familiares e também a sociedade em geral.

O alívio das famílias ao passarem para o hospital a responsabilidade do cuidado evidencia a fragilidade do conceito de 'cura' da doença mental, que atribui um caráter natural à ruptura dos laços familiares e do convívio social provocados pela internação.

Estudo feito no **Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, um Hospital Psiquiátrico Regional**, através de levantamento dos dados nos prontuários em 2006 e 2007, relatou 681 reinternações, a maioria por abandono de tratamento. O tempo de permanência na internação é maior nas mulheres de 40 a 49 anos. Este estudo mostrou, também, associações positivas dos dados sociodemográficos com internações anteriores, tipo de alta, estado físico e mental, os quais estão de acordo com outros dados da literatura. Conclui-se que há associações das reinternações com indicadores sociodemográficos e clínicos que podem direcionar o cuidado e políticas públicas na saúde mental (Castro; Furegato; Santos, 2010).

Dentre os 627 prontuários, onde estavam registradas as informações sobre a cor, observou-se que 66% eram brancos, 10% negros e 16% pardos. O grau de escolaridade, registrado em 67% dos prontuários, mostrou que os analfabetos correspondem a 8% do total, sendo que 157 pessoas do sexo masculino (38%) iniciaram o nível fundamental, porém, não o concluíram. O ensino médio, iniciado por 34 homens (8%) e 44 mulheres (16%) foi concluído por 21 (5%) e 30 (11%), respectivamente. Seis homens e sete mulheres iniciaram o nível superior, mas apenas três mulheres conseguiram concluir (Castro; Furegato; Santos, 2010).

Dos prontuários que tinham o estado civil registrado, constatou-se que o número de solteiros reinternados foi mais elevado entre os homens (66%) do que entre as mulheres (45%). Há mais mulheres viúvas (16) e separadas (38) do que homens nessas condições.

O teste do qui-quadrado mostrou resultado significativo ($p=0,000$) para comparação de sexo e escolaridade entre os sujeitos, mostrando que as mulheres estudaram mais que os homens. Na associação entre estado civil e sexo, observou-se diferença significativa, mostrando que havia maioria de homens reinternados solteiros (**Fischer=0,000**) (Castro; Furegato; Santos, 2010).

A média do tempo de permanência na internação hospitalar é maior para as mulheres (34,5%), especialmente na faixa dos 40 aos 49 anos ($T>t=0,032$).

Um Estudo Transversal realizado com uma amostra de 96 participantes. Em um **hospital geral de Porto Alegre**, mostrou que mais da metade da amostra (53,1%) era do sexo feminino, 51% eram solteiros e a idade média foi de 44,33 anos. Dos usuários, 36,5% ($n = 35$) estavam em sua primeira internação e 36,5% ($n = 35$) preencheram o critério para reinternação frequente. Destacamos a importância do hospital como ponto articulador da rede e estratégico para realizar a ponte com os serviços da RAPS. Apesar da literatura internacional investigar e registrar o fenômeno da porta giratória, percebe-se que esse é um campo que necessita de maiores investigações no território brasileiro (Zanardo *et al.*, 2017, p.460 destaques dos autores).

Os usuários com reinternações frequentes referiam um número significativamente menor de pessoas com as quais consideravam que poderiam contar. Já os usuários de primeira internação viviam com um número significativamente maior de pessoas que o restante da amostra e possuíam, com menor frequência, vínculo com serviço de saúde, utilizando o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental (Zanardo *et al.*, 2017).

A equipe multiprofissional e a assistência integral na atenção básica auxiliam na reinserção social para que a internação não seja necessária e quando ocorrer por colocar em risco a vida do usuário e de outros seja de curta duração.

Na conclusão deste trabalho os autores destacam a importância do hospital como ponto articulador da rede e estratégico para realizar a ponte com os serviços da RAPS (Zanardo *et al.*, 2017).

Outro estudo com o objetivo de avaliar as reinternações no Hospital Dr. João Machado (HJM), em Natal, RN, e identificar os efeitos da proposta de alta assistida desse hospital foi realizado no período de janeiro de 2007 a julho de 2008. O HJM efetuou o seguinte quantitativo: um total de 2.516 internações, com 1.428 provenientes da capital e 1.088 do interior do RN. Aponta-se que muitas dessas internações correspondem, na verdade, a reinternações. Em

2007 foram 1047 pacientes reinternados (62,77%) e 622 de primeira internação e no primeiro semestre do ano de 2008 foram 512 reinternações (60,38%) e 336 de primeira (Bezerra; Dimenstein, 2011, p. 421).

Em 2004, este hospital registrou um índice de reinternação elevado e um menor número de casos de primeira internação comparado com os anos seguintes.

No ano de 2005, alguns profissionais do (HJM), preocupados com o alto índice de reinternação, passaram a realizar uma prática diferenciada: acompanhar o usuário no seu momento de alta hospitalar, na tentativa de assegurar um tratamento na comunidade do mesmo a fim de evitar o fenômeno do *revolving-door*. (Bezerra; Dimenstein, 2011, p. 427).

A iniciativa de monitoramento da Alta Hospitalar transformou-se em um projeto da instituição intitulado 'Alta-Assistida': uma prática dentro do processo de humanização do HJM.

Apesar do início do projeto relatam os autores que houve até um pequeno aumento das reinternações nos anos de 2005 a 2007. Constatam eles que a estratégia de dar assistência após a alta hospitalar, precisava estar inserida no meio social e familiar, sendo fundamental para evitar a reinternação.

As pesquisas apontaram alta taxa de reinternação associada à interrupção da medicação nos relatos de casos do HJM. Outro ponto destacado é referente ao uso de álcool e outras drogas.

Outro estudo com o objetivo de verificar a ocorrência de **reinternações em hospitais psiquiátricos do Piauí em 2004**, foi realizado em duas instituições sendo uma pública e outra privada, com uma amostra de 280 prontuários e fichas de identificação. Os resultados mostraram que 55,7% dos pacientes foram reinternações. Desses, 64,1% eram do sexo masculino; 80,1% estavam na faixa etária de 20 e 49 anos e 75,6% procedentes da capital (Parente *et al.*, 2007, p. 381).

Os 78,20% dos pacientes com reinternações psiquiátricas era de indivíduos sem relacionamento conjugal, a saber: solteiros (68,59%), seguidos pelos divorciados/separados (6,4%) e viúvos (3,2%).

Analisando a Hipótese Diagnóstica (HD) verifica-se que a maior frequência dos casos de reinternação foi de pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F2x), o que corresponde a 58,3% da amostra. Os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F1x) mostrou um índice de 28,8% dos pacientes estudados (Parente *et al.*, 2007, p. 386).

Quanto à Hipótese Diagnóstica, à semelhança de outros estudos, houve maior frequência dos casos de reinternação psiquiátrica com Classificação F2x. 9,22 (Gastal *et al.*, 2000; Santos, 2003). De fato, a esquizofrenia é um distúrbio comum, que afeta 1% da população geral em diferentes culturas (Laranjeira; Dratcu; Almeida, 1996).

Ao contrário de estudos que apresentam um perfil masculino para F2x, 22, 23, 24, porém, não houve diferença significativa nos resultados aqui discutidos, o que vai ao encontro da literatura clássica, que apresenta igual prevalência entre os sexos (Kastrop, 1987; Lewis; Joyce, 1990; Santos, 2003; Sadock; Sadock, 2007).

Concluem os autores que este estudo demonstra a veracidade do fenômeno que vivenciamos atualmente nos serviços de internação integral em hospitais psiquiátricos: a reinternação sucessiva de pacientes. Relatam também que para subsidiar o planejamento de ações e construção de projetos terapêuticos, várias informações técnicas deste estudo podem ser utilizadas como parte integrante do mesmo.

A construção de uma rede de alternativas à internação psiquiátrica é o grande desafio a ser vencido o que exige investimento político e aplicação de mais recursos na prestação de serviços extra-hospitalares, terapêuticos, eficazes e resolutivos.

Os elementos da vida comunitária dos portadores de sofrimento psíquico se relacionam de alguma forma com a frequente necessidade de hospitalização?

Um estudo foi realizado na unidade de internação psiquiátrica (4º norte) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e buscou investigar a percepção sobre apoio comunitário em usuários com alto número de internações e comparando com a de usuários de primeira internação.

Os resultados mostraram que a comunidade é uma potente fonte de ajuda em situações de crise, porém os usuários de múltiplas internações ficam mais afastados da Atenção Básica e o distanciamento da comunidade enfraquece este importante vínculo. O mesmo não ocorre com aqueles usuários de primeira internação. Neste contexto a família passa a ser a principal fonte de apoio e o hospital ganha um *status* diferenciado na vida desses usuários, passando a ser a única alternativa na hora das crises (Silveira *et al.*, 2016, p.325).

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) o CAPS não é o único serviço de saúde responsável pelo cuidado do portador de sofrimento psíquico, apesar de o cenário atual apresentar uma centralização neste dispositivo (Scheibel; Ferreira, 2012).

Toda a rede tem que estar integrada incluindo os serviços da Atenção Básica (AB), a fim de que o cuidado seja longitudinal e ampliado. Destaca-se ainda que no âmbito da AB existe um campo fértil para pensar a Promoção da Saúde, que só consegue sucesso em sua execução quando somados esforços intersetoriais. “As parcerias intersetoriais são uma estratégia fundamental de enfrentamento dos problemas relacionados com meio ambiente, urbanização, desemprego, moradia, uso de substâncias, entre outros” (Campos; Barros; Castro, 2004, p. 327).

O estudo citado acima na unidade de internação psiquiátrica do HCPA foi descritivo e exploratório de abordagem qualitativa (Poupart *et al.*, 2008). A Unidade hospitalar, tem um total de 36 leitos, desses, 26 atendem aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A entrevista tinha como objetivo conhecer sobre o convívio comunitário de todos os participantes, com seus sentimentos relacionados ao bairro onde residiam, e também obter informações quanto ao uso dos serviços de saúde de seus territórios ou regiões (Poupart *et al.*, 2008).

Conforme citamos acima, a comparação entre usuários com alto número de internações e os de primeira internação teve foco em investigar a percepção dos mesmos sobre o apoio que recebiam de suas comunidades. Na comparação das respostas de um grupo e outro, delimitou-se alguns conteúdos que foram relatados mais de uma vez, o que permitiu duas categorias de análises, a saber: ‘Relação com a doença e os serviços de saúde’ e ‘Vínculo com o bairro e pessoas ao redor’.

Considerando a relação com a doença e os serviços de saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, mostra que a busca pelos serviços de saúde tem uma diferença importante entre homens e mulheres. As mulheres frequentam mais os dispositivos da atenção básica e os homens acabam acessando o sistema de saúde por meio da atenção especializada, trazendo como consequência os agravos causados pelo retardamento da atenção e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa resistência ao acesso é primordialmente cultural, como estereótipos de gênero, medo da vulnerabilidade que a doença pode trazer e perda da posição de provedor (Brasil, 2009).

Aparentemente, na saúde mental, esse padrão se repete, talvez de forma ainda mais complexa, já que a doença mental está mais ligada aos aspectos emocionais e subjetivos do ser humano. Há uma dicotomia, como se cuidar da saúde mental não fizesse parte dos cuidados básicos em saúde, quando,

na verdade, os cuidados primários para a saúde mental formam uma parte essencial dos cuidados primários gerais (OMS, 2009, p. 330).

Os usuários com mais internações restringem sua vida social consequente a doença. Os próprios sintomas (comportamentos fóbicos, estados paranóides ou depressivos) levam o sujeito ao isolamento.

Existe ainda uma cultura de exclusão do 'louco', apesar das mudanças nos modelos de atenção à saúde mental (Salles; Barros, 2007).

Quanto ao 'vínculo com o bairro e pessoas ao redor', perceberam-se muitas diferenças, porém, uma foi quase unanimidade: todos os participantes relataram gostar do lugar onde moram e expressaram sentimentos de identificação com o seu bairro, exceto uma pessoa que estava vivendo em situação de rua.

Esse usuário, porém, recordou o tempo em que viveu por 14 anos no mesmo bairro, em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, e relatou uma experiência muito positiva, deixando evidente, inclusive, a associação entre a mudança desse bairro e o início dos sintomas e internações (Salles; Barros, 2007, p. 331).

Sobre a relação com seus vizinhos, as experiências relatadas foram positivas no convívio, porém com dois tipos diferentes de relação: Uma de cordialidade, más, distante e apenas de cumprimento ao passar pela rua; e também uma relação de ajuda em que há um sentimento de que os vizinhos são pessoas com quem se pode contar em situações de necessidade.

Usuários de primeira internação trouxeram experiências de relação de ajuda com mais frequência e os de múltiplas internações uma relação de cordialidade apenas de cumprimentar.

Dahlan e colaboradores (2013) encontraram o apoio social como único fator associado a menores taxas de reinternação. Os autores desta pesquisa destacam que nos resultados encontraram o reconhecimento da vizinhança como fonte de ajuda, mais comum entre aqueles com menor número de internações. Os entrevistados com múltiplas internações relatam uma experiência de maior afastamento em relação aos membros da comunidade.

Quanto à família, mesmo sem qualquer questionamento sobre este assunto, o grupo de usuários com internações mais frequentes fazia menção à mesma. Alguns citavam a família como fator importante na comunidade descrevendo que moravam perto de

parentes. A frequência foi pequena no grupo de primeira internação (Ramos.; Guimarães; Enders, 2011).

Segundo Salles e Barros (2007, p.74),

[...] as reinternações podem desencadear rupturas nos laços familiares e na permanência desses indivíduos no seu entorno social; durante a internação se desaprendem as regras básicas de convivência e ao sair, a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito.

Outros temas surgiram na fala dos participantes de uma forma espontânea, tais como, estrutura dos locais de moradia, segurança, mobilidade urbana, acesso a opções de lazer e localização do bairro em relação a pontos centrais da cidade. A questão do tráfico de drogas também foi citada por participantes do grupo de múltiplas internações e apenas um do grupo de primeira internação (Silveira *et al.*, 2016).

A diferença na frequência dos conteúdos nessa pesquisa mostra que os moradores de bairros com menos recursos e mais insegurança, ou seja, bairros mais pobres tinham internações mais frequentes. Há uma associação entre a pobreza e maior incidência ou gravidade de problemas de saúde mental, que é uma temática que vem sendo abordada em estudos atuais (Rocha *et al.*, 2012).

Esta pesquisa mostra a comunidade identificada como uma fonte de relações de apoio e ajuda em situações de crise e que os usuários com maior número de internações vivem as relações comunitárias com certo afastamento e vínculos mais superficiais. A família passa a ser a única fonte de suporte para essas pessoas, que naturalmente evitam o espaço público por medo da discriminação. Além de ser prejudicial à pessoa ainda traz uma sobrecarga aos familiares, que podem encontrar na internação hospitalar uma possibilidade de “descanso” dessa responsabilidade.

Assim nas crises enfrentadas pelo grupo de múltiplas internações o hospital passa a ser a única solução possível.

Os laços sociais existentes nas comunidades precisam ser fortalecidos e as políticas públicas de saúde devem atuar em conjunto com a rede de apoio às pessoas para o empoderamento das comunidades.

Fato é que a pesquisa aponta que quanto mais internações psiquiátricas a pessoa tem, mais suscetível ela está a internar novamente. O isolamento social é característica do sofrimento psíquico, portanto o estímulo à participação na vida em

comunidade vai ajudar a prevenir reinternações que é um objetivo primário no cuidado em saúde mental.

2.4 SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA MULHER

A assistência à saúde mental da mulher é dinâmico e urge que seja integral, pois pela sua complexidade, extrapola o campo da saúde. Existem diferentes elementos que criam tensões e atravessamentos sendo um deles o gênero, dentre outros.

A doença mental é complexa em sua análise por envolver as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas classes sociais e nas relações gênero (Ludermir, 2008).

Pensar mulheres no contexto do campo da saúde mental implica considerar que tanto os saberes quanto as instituições ligadas à loucura e à Psiquiatria apresentam intersecções de gênero, mas também de raça, classe, assim como outras categoriais, relacionadas diretamente com questões ideológicas (Cunha, 1989; Engel, 2000; Fachinetti; Cupello, 2011; Lima, 2017) e que se encontram na base de sustentação de uma sociedade capitalista (Basaglia; Ongaro, 2010; Davis, 2018).

Existem grandes diferenças entre homens e mulheres quanto aos transtornos mentais, sendo que a mulher se apresenta mais vulnerável a sintomas ansiosos e depressivos, principalmente relacionados ao período reprodutivo. A doença que mais causa incapacitação em mulheres é a depressão, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. A segunda causa de morte de mulheres na idade entre 15 e 44 anos no mundo é o suicídio precedida somente pela tuberculose. Dentre as dez principais causas de mortalidade prematura e incapacitação em mulheres no ano de 1990 em países desenvolvidos, foi encontrado além da depressão, a esquizofrenia em segundo lugar, o transtorno afetivo bipolar, em quarto, transtorno obsessivo-compulsivo, em quinto, abuso de álcool, em sexto e suicídio, em nono lugar. Outras importantes condições que se mostraram direta ou indiretamente associados aos transtornos mentais da mulher são o tabagismo, abuso de drogas ilícitas e sexo desprotegido (Andrade; Viana; Silveira, 2006).

Aliados à depressão, subsistem nas cidades a ansiedade e sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, definidos por Goldberg e Huxley (1992) como Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Diversos autores têm encontrado alta prevalência dos TMC em mulheres, nos excluídos do mercado formal de trabalho, nos indivíduos de baixa renda e nos de baixa escolaridade (Ludermir, 2008).

Os TMC são frequentemente encontrados nas cidades, sendo causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde, representando alto custo social e econômico (Goldberg; Huxley, 1992).

Nos estudos de base populacional realizados em países industrializados, sua prevalência varia de 7% a 30% (Goldberg; Huxley, 1992). No Brasil, estudo realizado em 1994 revelou que 22,7% da população adulta urbana de Pelotas-RS sofrem com os TMC (Lima *et al.*, 1996). Em Pernambuco, o estudo conduzido em adultos residentes na cidade de Olinda encontrou uma prevalência de 35% (Ludermir; Melo Filho, 2002).

Quanto à diferença de gênero na ocorrência de transtornos mentais, vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso dos transtornos e do comportamento.

No Brasil um estudo realizado na Área de Captação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Andrade *et al.*, 2002) avaliou 1.464 indivíduos, uma amostra representativa da população geral domiciliada com idade igual ou superior a 18 anos.

Nesse estudo, as mulheres apresentaram maior frequência de transtornos afetivos (com exceção de episódios psicóticos de exaltação maníaca e distímia), transtornos ansiosos (exceto transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada e fobia social), transtornos dissociativos (transes e perdas de consciência) e transtornos alimentares. Os homens apresentaram maiores taxas de uso nocivo ou dependência de drogas, incluindo tabaco e álcool. Excluindo a dependência de tabaco, o risco de sofrer um transtorno mental durante a vida foi 1,5 vez maior para as mulheres que para os homens.

A maioria dos estudos epidemiológicos realizados em países ocidentais repete este padrão encontrado no Brasil. O National Comorbidity Survey (NCS), em um estudo de cobertura nacional que avaliou 8.098 indivíduos de 15 a 54 anos, uma amostra probabilística da população geral americana (Kessler, 1994); estudo Nemesis, Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, realizado na Holanda, com amostra

nacional de 7.076 indivíduos entre 18 e 64 anos de idade (Bijl; Ravelli; Van Zessen, 1998).

OPCS Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain, publicou em 1995 um estudo realizado na Inglaterra, Escócia e País de Gales no início da década de 1990, avaliando 10.108 indivíduos de 16 a 64 anos residentes na comunidade (Meltzer *et al.*, 1995); estudo realizado em Santiago, no Chile, avaliando 3.870 residentes da região metropolitana com idade entre 16 e 64 anos (Araya *et al.*, 2001).

A Tabela 1 apresenta a prevalência de morbidade psiquiátrica tendo como base os resultados de 5 estudos de base populacional realizados em países ocidentais.

Tabela 1 - Prevalência de morbidade psiquiátrica: resultados de 5 estudos de base populacional realizados em países ocidentais.

| Morbidade psiquiátrica | São Paulo ¹ (N = 1.464) | NCS ² (N = 8.098) | NEMESIS ³ (N = 7.076) | OPCS ⁴ (N = 10.108) | Santiago/ Chile ⁵ (N = 3.870) |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | % (°) mulheres/ homens | % (°) mulheres/ homens | % (°) mulheres/ homens | % mulheres/ homens | % mulheres/ homens |
| Qualquer transtorno | 46,3/45,3 | 47,3/48,7 | 39,9/42,5 | 19,5/12,3 ^a | 35,2/17,3 ^a |
| Qualquer transtorno afetivo | 21,0/15,0 | 23,9/14,7 | 24,5/13,6 | 2,5/1,7 ^a | 8,0/2,7 ^a |
| Depressão maior | 19,2/13,5 | 21,3/12,7 | 20,1/10,9 | | |
| Distímia | 4,7/3,7 | 8,0/4,8 | 8,9/3,8 | | |
| Episódio maníaco | 0,9/1,1 | 1,7/1,6 | 2,1/1,5 | | |
| Qualquer transtorno de ansiedade | 15,6/8,2 | 30,5/19,2 | 25,0/13,8 | 3,4/2,8 ^a | 6,9/3,2 ^a |
| Transtorno de ansiedade generalizada | 4,9/3,3 | 6,6/3,8 | 2,9/1,6 | 0,9/0,8 ^a | 1,5/1,1 ^a |
| Transtorno do pânico | 2,3/0,7 | 5,0/2,0 | 5,7/1,9 | 1,4/0,7 ^a | 5,6/2,9 ^a |
| Fobia simples | 6,7/2,2 | 15,7/6,7 | 13,6/6,6 | | |
| Esquizofrenia/ Esquizofreniforme | 2,0/1,7 | 0,8/0,6 | | 0,4/0,4 ^a | NA |
| Abuso ou dependência de qualquer substância, incluindo tabaco | 23,0/33,1 | 17,0/35,4 | 7,4/29,7 | 2,1/7,5 ^b | NA |
| Abuso ou dependência de álcool | 3,8/7,8 | 8,2/20,1 | 1,9/9,0 | 1,5/2,9 ^b | |
| Abuso ou dependência de qualquer droga | 0,6/1,9 | 5,9/9,2 | 1,5/2,1 | | |
| Bulimia nervosa | 2,4/0,3 | Não avaliada (NA) | 1,1/0,2 | NA | NA |
| Somatização | 6,9/4,7 | NA | NA | NA | NA |
| Prejuízo cognitivo (atual) | 1,1/1,3 | NA | NA | NA | NA |

¹Andrade *et al.*, 2002; ²Kessler, 1994; ³Bijl *et al.*, 1998; ⁴Meltzer *et al.*, 1995; ⁵Araya *et al.*, 2001;

^a Prevalência na última semana; ^b Prevalência nos últimos 12 meses; ^c Prevalência na vida.

Fonte: (Andrade; Viana; Silveira, 2006, p. 45, adaptado pelo autor).

Kessler e colaboradores (2001) mostram que um transtorno mental ativo está fortemente associado ao uso de substâncias psicoativas. Foi o resultado de sete estudos epidemiológicos realizados em seis países (Estados Unidos, Brasil, Canadá, México, Alemanha e Holanda) utilizando o mesmo instrumento de avaliação diagnóstica. Mulheres apresentam maior comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade, particularmente transtorno de pânico e fobias simples.

Os estrógenos agem na modulação do humor e isto em parte explicaria a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher. Os hormônios gonadais que flutuam no período da menarca à menopausa modulam o sistema neuroendócrino durante todo este período. Dunn e Steiner (2000) propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Entendem os autores que haveria um desequilíbrio na interação entre o eixo hipotálamo-hipotalâmico-gonadal e outros neuro moduladores. Segundo os mesmos o ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos.

Episódios psicóticos agudos ocorrem em períodos do ciclo com baixos níveis de estradiol (Huber *et al.*, 2001).

Observações documentadas de diversos estudos epidemiológicos mostram maior prevalência de depressão em mulheres que em homens. Um relato brasileiro advém do estudo realizado em uma pequena cidade de Minas Gerais, no qual Vorcaro e colaboradores (2008) observaram uma prevalência de depressão no mês anterior à entrevista de 8%, e as mulheres apresentaram um risco três vezes maior que os homens.

Além das especificidades biológicas, já citadas anteriormente, outras teorias têm sido exploradas para explicar as diferenças de gênero na prevalência da depressão, acometendo mais as mulheres que os homens. A influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação, associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou ainda pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e buscar soluções (Vorcaro *et al.*, 2008).

Outro argumento que tem sido amplamente divulgado para explicar as diferenças de gênero é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e de buscar ajuda, enquanto os homens não o fazem. A evidência

disponível não permite esta conclusão, e entre outros estudos, verifica-se também que os padrões de resposta a testes psicométricos não mostraram diferenças por gênero.

Entre os fatores de risco associados à depressão têm sido identificados, história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes. As pesquisas em genética em gêmeos também têm demonstrado forte e equivalente hereditariedade para depressão em homens e mulheres (Andrade; Viana; Silveira, 2006).

Quanto ao ciclo reprodutivo diversos transtornos estão associados como a Disforia pré-menstrual, os transtornos mentais do puerpério, a perimenopausa e menopausa, entre outros.

Existem evidências recentes de que os sintomas perimenstruais são um fenômeno mais biológico do que primariamente psicológico ou psicossocial. Kendler e colaboradores (1998) demonstraram que existem fatores genéticos envolvidos.

A depressão pós-parto tem um quadro clínico de instabilidade do humor e sintomas intensos de ansiedade, incluindo ataques de pânico. Em casos mais graves pode haver ideação suicida e pensamentos obsessivos e até mesmo ocorrer violência contra a criança e agitação psicomotora intensa.

As alterações hormonais próprias da perimenopausa e menopausa ocorrem em todas as mulheres e o desenvolvimento dos transtornos de humor nesta fase dependem de outros fatores, além da flutuação hormonal que confirmam vulnerabilidade e predisposição. As alterações de humor mais prevalentes são irritabilidade, labilidade emocional, episódios frequentes de choro imotivado, ansiedade, humor depressivo, falta de motivação e energia, dificuldade de concentração, memorização e insônia.

Pesquisadores da Universidade de Harvard, em um acompanhamento prospectivo de 996 mulheres durante 3 anos, identificaram que a presença de história prévia de depressão mostrou-se um fator de risco para o início mais precoce de sintomas perimenopausais (Harlow *et al.*, 1999).

A possível influência de outros determinantes, como fatores genéticos, psicológicos, sociais e culturais, incluindo estilo de vida e características nutricionais ou dietéticas são relatadas na sintomatologia da menopausa e perimenopausa dependendo das diferenças culturais da mulher.

A violência contra a mulher é um fator de risco para vários agravos à sua saúde física, mental e reprodutiva. É ainda associada à pior qualidade de vida, com maior procura por serviços de saúde, maior exposição a comportamentos de risco (sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas), maiores taxas de suicídio e de tentativas de suicídio.

Muitas são as formas de violência contra a mulher sendo que as mais comuns são perpetradas por seus próprios familiares e parceiros íntimos, envolvendo violência física, psicológica e sexual contra meninas e mulheres adultas, inclusive durante a gravidez e na terceira idade.

Brown e colaboradores (1986) descrevem que a educação tem um efeito direto na saúde mental, proporcionando maior possibilidade de escolhas na vida e influenciando aspirações, melhorando a autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis. Vários autores (Lima *et al.*, 1996; Ludermir; Melo Filho, 2002; Araya *et al.*, 2003) encontraram uma associação inversa entre anos de estudo e saúde mental.

Um estudo recente comparando Chile e Reino Unido - países com diferentes graus de desenvolvimento - demonstrou que o nível educacional foi responsável pelas diferentes prevalências de transtornos afetivos entre as chilenas e britânicas, sendo o maior risco encontrado nas chilenas de baixa escolaridade (Rojas; Araya; Lewis, 2005).

Os desempregados têm pior saúde mental quando comparados aos que estão trabalhando (Brown; Harris, 1978; Bebbington *et al.*, 1981; Warr, 1987; Bartley; Popay; Plewis, 1992; Jenkins *et al.*; 1997; Lima *et al.*, 1996; Ludermir; Lewis, 2003; Almeida-Filho *et al.*, 2004).

A relação do desemprego com os transtornos mentais apresenta claras desigualdades de gênero e de classes sociais. A associação entre desemprego e transtornos mentais é mais frequente entre homens do que entre mulheres (Rodgers, 1991; Lahelma, 1992; Virtanen *et al.*, 2003).

Estudos recentes (Virtanen *et al.*, 2003) demonstram que há maior risco de depressão entre os desempregados de baixa renda, sugerindo que o efeito do desemprego na saúde mental pode ser atribuído a dificuldades financeiras (Weich; Lewis, 1998; Virtanen *et al.*, 2003) para os já vulneráveis por sua posição de classe.

Dois inquéritos epidemiológicos no Brasil (Santana, 1997; Ludermir; Lewis, 2005) encontraram associação entre a informalidade das relações de trabalho e a saúde mental das mulheres. O estudo de Ludermir e Lewis (2005), mostrou que a prevalência de TMC entre as trabalhadoras informais (54,4%) foi maior que a encontrada entre as desempregadas (45,2%).

Outro aspecto importante a ser considerado, é que a associação entre renda e TMC é uma das mais estudadas e consistentes na literatura nacional e internacional sobre os determinantes sociais da saúde mental (Lima *et al.*, 1996; Weich; Lewis, 1998; Patel *et al.*, 1999; Ludermir; Melo Filho, 2002).

Wilkinson (1996, p.158) afirma que, “[...] a associação da distribuição de renda com os homicídios, os crimes violentos, as mortes relacionadas ao uso de álcool e aos acidentes de trânsito reforçam a concepção de que as desigualdades de renda têm disseminado efeitos psicossociais”.

A associação das desigualdades de gênero e o sofrimento ou comprometimento mental, mediado pela baixa autoestima das mulheres e seu menor controle sobre o meio ou contexto de vida tem sido estudado por diversos autores (Rosenfield, 1989; Jenkins, 1985).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação entre a reinternação e qualidade de vida em mulheres em tratamento em um Centro de Atendimento Psiquiátrico.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico de mulheres que foram reinternadas em um Centro de Atendimento Psiquiátrico.
- Analisar a influência da qualidade de vida e seus fatores associados para a saúde mental;
- Identificar as percepções da paciente no que tange aos fatores associados ao processo de adoecimento, internação e reinternação.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com método misto que analisou a qualidade de vida por meio de um estudo transversal quantitativo e fatores associados a reinternação por meio de abordagem qualitativa em mulheres com histórico de reinternação hospitalar em um hospital psiquiátrico público.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi feita no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), pertencente à Rede de Saúde Pública do Estado do Espírito Santo, localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim, no estado do Espírito Santo, Brasil. Segundo o Núcleo Interno de Regulação do CAPAAC, trata-se de um hospital de pequeno porte, cujos serviços ofertados estão destinados, em sua totalidade, ao atendimento psiquiátrico especializado de pessoas adultas com transtornos mentais graves.

A Unidade é referência para a assistência hospitalar psiquiátrica de urgência e emergência (pronto-socorro) e de internação de curta permanência, atendendo aos 26 (vinte seis) municípios que compõem a Rede de Atenção Psicossocial da Região Sul (RAPS-Sul), como também as demandas encaminhadas pelo Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI/SESA), que tem direcionado, principalmente, 08 (oito) municípios da Região Metropolitana.

Assim, segue breve descrição dos serviços ofertados no CAPAAC:

- Pronto-Socorro com assistência psiquiátrica 24h

O atendimento é na modalidade de “porta-aberta” para o acolhimento das demandas de urgência e emergência em Psiquiatria, sejam elas espontâneas (por procura dos usuários e/ou seus familiares) ou referenciadas (trazidas por unidades de saúde, órgãos de segurança pública, serviços intersetoriais, Poder Judiciário, dentre outros). Neste setor são disponibilizados 03 (três) leitos de retaguarda, para observação dos usuários por até 72h (setenta e duas horas), conforme critério médico. A distribuição interna prevista é de 02 (dois) leitos masculinos e 01(um) leito feminino, podendo

haver remanejamento, conforme a demanda diária. A assistência é iniciada por meio do Acolhimento com Classificação de Risco, e tem por objetivo finalístico tanto a estabilização da crise psiquiátrica, modulando as urgências e emergências, como o desempenho da função reguladora e normalizadora das internações psiquiátricas.

- Internação de Curta Permanência

O setor é composto por 22 (vinte e dois) leitos distribuídos em 03 (três) enfermarias masculinas, e por 13 (treze) leitos distribuídos em 02 (duas) enfermarias femininas, totalizando 35 (trinta e cinco) leitos para internação hospitalar psiquiátrica de curta permanência. O acesso ocorre através do Pronto-Socorro, conforme critério da avaliação médica especializada. O cuidado é desenvolvido por equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar, com assistência integral e sistematizada. Este setor dispõe de espaços coletivos de vivência, refeitório, auditório, unidade de terapia ocupacional, além das salas reservadas para atendimento médico, psicossocial e de enfermagem.

O CAPAAC através do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi constitui campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, por meio do desenvolvimento de programas de capacitação, formação profissional, aperfeiçoamento, residências médicas e multiprofissional em saúde.

- I. a Residência Médica em Psiquiatria funciona sob a orientação de profissionais médicos (Coordenador, Tutor e Preceptores) de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais;
- II. a Residência Multiprofissional em Saúde Mental constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde: Enfermagem, Psicologia, Farmacêutica, Terapia Ocupacional, Nutricionista e serviço Social, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

Durante o período de 2021 e 2022, o CAPAAC teve um total de 729 pacientes internados (Tabela 2).

Tabela 2 – Pacientes internados no CAPAAC, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022 distribuídos segundo faixa etária e sexo.

| Faixa etária | Sexo | | Total | |
|--------------|---------------------|---------------------|------------|------------|
| | Masculino | Feminino | Nº | % |
| | Nº | Nº | | |
| 16 a 20 | 32 | 23 | 55 | 7,55 |
| 21 a 30 | 131 | 78 | 209 | 28,66 |
| 31 a 40 | 93 | 90 | 183 | 25,10 |
| 41 a 50 | 62 | 64 | 126 | 17,28 |
| 61 a 60 | 60 | 57 | 117 | 16,04 |
| 61 a 70 | 24 | 15 | 39 | 5,34 |
| TOTAL | 402 (55,14%) | 327 (44,85%) | 729 | 100 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram do estudo 20 mulheres. O número amostral foi determinado considerando os critérios de garantia de diversidade da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Também foi considerado o processo de saturação dos dados, as respostas desse número amostral foram suficientes para obtenção dos dados, durante o processo das entrevistas não estava mais havendo novas informações e percepções diferentes, indicando um ponto de saturação, no qual a coleta adicional dos dados não acrescentaria valor significativo à pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO

Foram incluídas no estudo mulheres, maiores de 18 anos, com alta hospitalar autorizada pelo médico assistente e que possuíam histórico de reinternação no Hospital Psiquiátrico.

Foram excluídas do estudo indivíduos que apresentassem dificuldade significativa de comunicação que pudessem limitar sua capacidade de compreender e responder adequadamente às perguntas durante as entrevistas. Essa decisão foi tomada com base em considerações éticas e metodológicas, visando garantir a integridade da pesquisa e o bem-estar das participantes. No estudo, foi excluída uma paciente, pois apesar de ela contemplar os critérios de inclusão do estudo e concordar em participar da pesquisa durante a condução das entrevistas para este estudo, foi observado que

ela apresentou dificuldades em fornecer respostas adequadas relacionadas às perguntas formuladas, gerando respostas inconsistentes e não informativas, ou seja, que não contribuíam com os objetivos da pesquisa. A decisão de excluir essa participante do estudo foi tomada com base na necessidade de manter a qualidade e a validade dos dados coletados.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2022. A coleta de dados foi realizada após anuência por escrito das participantes do estudo. Inicialmente, foram coletados dados de prontuário hospitalar (data da internação, data da alta, registro de internação anterior, tabagismo, diagnóstico segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, e variáveis sociodemográficas tais como: faixa etária, etnia, estado civil, escolaridade e município de residência), e informações sobre a qualidade de vida e as percepções das mulheres no que tange, saúde mental e reinternação, via entrevista.

As entrevistas individuais das mulheres somente foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) e seguiu o roteiro previamente definido via o questionário da pesquisa, como descrito no Anexo 2.

As entrevistas foram realizadas com flexibilidade, num clima apropriado, em uma sala fora da área de internação, em um ambiente de serenidade, confiança e segurança. Para cada mulher o pesquisador através da percepção e interação enfatizou o total sigilo das informações. A entrevista foi gravada, transcrita e submetida para análise dos dados, garantindo em todas as etapas a privacidade e confidencialidade dos participantes.

Durante a entrevista, com o objetivo de compreender como a participante percebe o seu cotidiano e as condições que poderiam contribuir para a sua qualidade de vida e saúde mental aplicamos o questionário WHOQOL-BREF que foi criado e validado pela Organização Mundial de Saúde para ilustrar as percepções do indivíduo no que tange sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. O instrumento WHOQOL-BREF, produz um perfil de qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico,

relações sociais e meio ambiente. Para cada domínio é possível obter um escore, além de um escore geral resultante de todos os domínios (Skevington *et al.* 2004).

Posteriormente, a participante também respondeu a questões abertas com liberdade de se expressarem livremente sobre as condições que ela acredita ser importantes para melhorar a sua qualidade de vida; o local no qual ela procura atendimento quanto há um problema relacionado a saúde mental; o motivo principal que teria levado à necessidade da reinternação; a existência de diferença de se internar pela primeira vez e outras vezes; a realização de tratamento médico ou uso de medicamento; e também qual era o seu maior desejo naquele momento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Como trata-se de uma pesquisa com método misto, as análises dos dados foram realizadas de acordo com métodos apropriados respeitando a natureza das variáveis.

Os dados foram tabulados e apresentados em formas de gráficos e tabelas utilizando o programa Microsoft Excel[®]. As variáveis categóricas foram analisadas utilizando a estatística descritiva, os dados foram ilustrados em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para o Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-BREF, foi utilizado a ferramenta desenvolvida e validada por Pedroso *et al.* (2010) para análise dos escores utilizando o programa Microsoft Excel[®], o download da ferramenta pode ser realizado através do site: <http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>. Desta forma os cálculos dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-BREF foram calculados de modo automatizado, cabendo ao pesquisador a tabulação dos dados coletados na aplicação do WHOQOL-BREF, a ferramenta também faz uma análise estatística descritiva dos escores dos domínios Físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, auto-avaliação da qualidade de vida e total com apresentação dos seguintes parâmetros: média, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo, valor máximo e amplitude.

As perguntas abertas tiveram suas respostas transcritas, as quais foram analisadas de forma qualitativa por meio de análise de conteúdo.

Este tipo de análise é uma abordagem qualitativa amplamente utilizada para analisar e interpretar dados textuais. Foi utilizada a abordagem de análise de conteúdo de Minayo, assim, os dados passaram por um processo de organização, codificação e categorização. A análise e interpretação dos resultados envolveram uma compreensão aprofundada dos significados subjacentes, relacionando os temas e categorias identificadas (Minayo, 2012).

Os resultados foram então apresentados em tabela ilustrando a frequência das respostas das entrevistadas segundo a categoria apresentada, seguido da transcrição dos principais relatos que representavam as compreensões evidenciadas.

4.7 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

A pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM, CAAE 57700422.7.0000.5065 (Anexo 3). Os pesquisadores respeitaram todos os protocolos técnicos da instituição envolvida e todos os aspectos éticos de pesquisa conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi mantido sigilo total da identificação do paciente (Brasil, 2012). Destacamos também a Resolução 510/16 que determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais (CHS), foi plenamente respeitada.

Para as entrevistas, as pacientes foram convidadas a participar do estudo, com sigilo da sua identidade e livre de coação ou conflitos de interesses da instituição e das pessoas envolvidas. Elas foram previamente informadas sobre os objetivos de estudo e os dados foram coletados apenas após consentimento via assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

4.8 RISCOS

A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes. O maior risco estava relacionado à possibilidade de exposição da sua identidade, entretanto, o pesquisador se comprometia a manter a confidencialidade e o anonimato dos pacientes. Os dados foram analisados sem identificação individual do paciente e os relatos foram transcritos utilizando nomes fictícios, através da Astrologia.

Além do mais, era possível haver constrangimento durante a entrevista, uma vez que a participante teria que expor sua percepção quanto aos fatores associados à reinternação. Mas, para minimizar os riscos a entrevista foi realizada em local apropriado com garantia da privacidade da paciente.

4.9 BENEFÍCIOS

Acredita-se que a percepção da própria mulher quanto aos fatores associados ao processo de adoecimento e que a levaram à reinternação, contribuirão na identificação e compreensão dos mesmos a partir da realidade de quem viveu a experiência.

Além do mais, conhecer as condições em que as pessoas vivem e trabalham, principalmente os grupos mais vulneráveis também permitem lacunas de reflexão sobre o impacto na saúde mental. As informações e a produção de conhecimento sobre os determinantes sociais e saúde poderão fundamentar políticas e programas voltados à mulher.

5 RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres reinternadas que participaram do estudo foram ilustradas na Tabela 3.

Tabela 3 – Reinternações de mulheres em Hospital Psiquiátrico do Espírito Santo segundo idade, etnia, estado civil, escolaridade, tabagismo, município de residência e profissão.

| Variáveis sócio demográficas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Faixa etária | | |
| 18 a 29 | 6 | 30 |
| 30 a 39 | 7 | 35 |
| 40 a 49 | 3 | 15 |
| 50 a 59 | 1 | 5 |
| 60 ou mais | 3 | 15 |
| Raça/Cor | | |
| Branca | 10 | 50 |
| Parda | 9 | 45 |
| Negra | 1 | 5 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 11 | 55 |
| Casada | 4 | 20 |
| Divorciada | 5 | 25 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental incompleto | 8 | 40 |
| Ensino fundamental completo | 7 | 35 |
| Ensino médio incompleto | 2 | 10 |
| Ensino médio completo | 3 | 15 |
| Tabagismo | | |
| Sim | 4 | 20 |
| Não | 16 | 80 |
| Município de residência | | |
| Alegre | 2 | 10 |
| Atilio Vivacqua | 1 | 5 |
| Cachoeiro | 6 | 30 |
| Guaçu | 2 | 10 |
| Itapemirim | 2 | 10 |
| Muqui | 1 | 5 |
| Marataízes | 1 | 5 |
| Piúma | 3 | 15 |
| Venda Nova | 1 | 5 |
| Vargem Alta | 1 | 5 |
| Profissão | | |
| Do lar | 9 | 45 |
| Outros* | 10 | 50 |
| Não informado | 1 | 5 |

*Outros = Cabeleireira (n=1); Doméstica (3), Lavradora (n=2), Motoboy (n=1), Vistoria de Veículos (n=1), Vendedora (n=2).

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

No perfil sociodemográfico observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas (65%) possuía idade de 18 a 39 anos de idade, sendo a idade mínima e máxima encontrada de respectivamente: 18 e 61 anos. A maior parte das pacientes (80%) não

viviam com seu companheiro, autodeclararam-se brancas (50%), possuía ensino fundamental incompleto (40%), não fumavam (80%), **não eram residentes** do município de Cachoeiro de Itapemirim (30%), além do mais quase metade (45%) se autodeclararam profissionais “do lar” (Tabela 3).

As variáveis clínicas relacionadas à última internação das entrevistadas foram ilustradas na Tabela 4.

Tabela 4 – Hipótese diagnóstica das mulheres e tempo de internação.

| Variáveis Clínicas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---|-------------------------|-------------------------|
| CID 10 da internação | | |
| Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência | 1 | 5 |
| Esquizofrenia paranóide | 1 | 5 |
| Transtornos psicóticos agudos | 1 | 5 |
| Mania sem sintomas psicóticos | 1 | 5 |
| Transtorno afetivo bipolar | 9 | 45 |
| Episódios depressivos | 5 | 25 |
| Transtorno depressivo recorrente | 1 | 5 |
| Retardo mental leve | 1 | 5 |
| Tempo de internação atual (em dias) | | |
| Menos de 30 dias | 15 | 75 |
| 30 dias ou mais | 5 | 25 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Considerando as variáveis clínicas da última internação das entrevistadas, observamos que a maioria apresentava transtorno afetivo bipolar (45%), seguido de e episódios depressivos (25%) e ficaram internadas (75%) num período inferior a 30 dias (Tabela 4). Observamos que o menor período médio de internação foi de 13 e o maior de 52 dias.

Os domínios relacionados a qualidade de vida foram descritos na Tabela 5, variando de uma escala de 0 a 20 por domínio. Verificou-se que o meio ambiente apresentou menor escore (11,12 ±3,02).

Tabela 5 – Estatística descritiva dos escores dos domínios Físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, auto-avaliação da qualidade de vida e total relatados por mulheres reinternadas em um hospital psiquiátrico.

| DOMÍNIO | MÉDIA | DESVIO PADRÃO | COEFICIENTE DE ARIAÇÃO | VALOR MÍNIMO | VALOR MÁXIMO | AMPLITUDE |
|-------------------------------------|--------------|---------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Físico | 12,08 | 4,30 | 35,58 | 5,14 | 17,71 | 12,57 |
| Psicológico | 11,63 | 4,07 | 34,97 | 4,00 | 18,67 | 14,67 |
| Relações Sociais | 11,77 | 5,12 | 43,47 | 4,00 | 18,67 | 14,67 |
| Meio Ambiente | 11,12 | 3,02 | 27,14 | 5,50 | 15,50 | 10,00 |
| Auto avaliação da Qualidade de vida | 12,00 | 5,31 | 44,26 | 4,00 | 20,00 | 16,00 |
| Total | 11,64 | 3,55 | 30,46 | 5,69 | 16,15 | 10,46 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Os escores foram convertidos numa escala de 0 a 100 e ilustrados na **tabela 6**.

Tabela 6 – Média dos escores de qualidade de vida auto relatada por mulheres reinternadas em um hospital psiquiátrico distribuídos pelos domínios Físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e total.

| DOMÍNIO | Escore (0-100) * |
|------------------|------------------|
| Físico | 50,48 |
| Psicológico | 47,71 |
| Relações Sociais | 48,54 |
| Meio Ambiente | 44,49 |
| Total | 47,78 |

*Escore convertido numa escala de 0 a 100.

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

As mulheres reinternadas apresentaram um escore de qualidade de vida total de 47,78 sendo o domínio meio ambiente (44,49) e psicológico (47,71) que apresentaram os menores escores na população estudada (Tabela 6).

O escore médio de cada faceta investigada, considerando uma escala de 0 a 100 foram descritos no Gráfico 1.

Figura 1 – Escore médio de qualidade de vida de mulheres reinternadas em um hospital psiquiátrico distribuídas de acordo com facetas relacionadas ao domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Na população estudada verificou-se que a faceta recursos financeiros (Escore = 27,50), dependência de medicação ou de tratamento (Escore = 31,25) e sono e repouso (Escore=36,25) apresentaram os menores índices relatados. A auto-avaliação da qualidade de vida relatadas pelas entrevistadas apresentaram um escore de 49,84 ou seja, aproximadamente, metade do total máximo da escala avaliada (100).

As principais categorias relacionadas as percepções das entrevistadas no que tange as condições que poderiam contribuir para melhorar a sua saúde mental e qualidade de vida foram descritas na Tabela 7.

Tabela 7 – Percepções das entrevistadas quanto às condições que poderiam contribuir para melhorar a sua saúde mental e qualidade de vida.

| Variáveis relatadas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Ambiência | 1 | 5 |
| Acesso / controle a medicação | 3 | 15 |
| Melhorar a relação entre os familiares | 8 | 40 |
| Drogadição | 1 | 5 |
| Retomar os estudos | 1 | 5 |
| Paciência para entender o problema | 1 | 5 |
| Vínculo empregatício | 4 | 20 |
| Sem sugestão de melhorias | 1 | 5 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Quando as mulheres foram questionadas sobre suas percepções quanto às condições que poderiam contribuir para melhorar a sua saúde mental e qualidade de vida, observou-se que melhorar a relação entre os familiares foi a percepção mais relatada com 40%, como pode ser representado pelo depoimento de *Regulus*:

Minha família, a minha família não tem estrutura, meu pai é uma pessoa que xinga muito, muito grosso, ignorante e dentro da minha casa há muita briga entre minha mãe e o meu pai, né? E antes, minha mãe já tem cinco anos que ela tem esse problema de depressão, e o dela é depressão mesmo. Mas ela demorou muito para pedir socorro, ela viu que não estava mais aguentando e ela foi procurar um médico. Porque na época ela não era aposentada ainda e o senhor sabe né, eu sou da zona rural e tudo depende do dinheiro do marido para a mulher sobreviver. Infelizmente lá na minha casa é assim. Aí depois que ela conseguiu aposentar que ela começou a se cuidar e agora ela está mais controlada. E isso toda briga, tudo que aconteceu lá influenciou eu ficar aqui no CAPAAC, eu tentar me suicidar oito vezes, igual eu falei com aquela moça que me trouxe aqui, eu não sei se eu vou sair daqui e vou melhorar porque minha cabeça não está legal, o que falta para melhorar em mim é ter uma família mais unidade, mais de paz. Entendeu, Doutor? Ter uma família unida, de paz, uma família que entenda o que você está sentindo. O senhor está me entendendo, Doutor?.

Sim, estou te entendendo.

Eu acho que isso é essencial para um lar. E se você não tiver Deus também, não adianta Doutor. E a segunda vez que estou aqui e o senhor acha que estou gostando de ficar aqui? Não. A mamãe ontem já veio aqui e já falou: ah, você quer sair? Eu vou tirar você daqui. Ai, eu falei: mãe, eu não posso sair daqui, eu tenho que tentar me tratar porque eu sei que a minha cabeça é uma bomba relógio. Porque eu sair daqui e ir lá para casa de novo, vai acontecer a mesma coisa, o mesmo ritmo e eu estou tomando remédio há mais de dois anos e não adianta, não adianta. Entendeu?.

Observando todos os relatos das mulheres que descreveram ser a família fundamental na qualidade de vida e saúde mental, ficou bem evidente a dificuldade

de relacionamento com um ou mais de seus componentes. Em dois casos foi mencionada a necessidade de ficar sozinha como no relato de *Betelgeuse*:

No momento eu moro com minha família, então eu não tenho o direito de ficar sozinha, e eu gostaria de ficar sozinha na minha casa tranquila. Eu não tenho nenhum benefício, não tenho nada, nenhuma renda para que eu possa pagar um aluguel para poder morar sozinha. Para eu poder viver a minha vida sozinha. Aí eu dependo dos outros.

Sendo ainda destacada no relato de *Rigel*:

A minha saúde mental um pouco seria se eu não tivesse meus filhos. Amo meus filhos de paixão, mas se eu **não tivesse eles** me ajudariam muito. Outra coisa é a convivência com a minha mãe. Eu acho que eu não sirvo para viver em conjunto. Eu sou mais para viver isolada no meu canto. Apesar de me dar muito bem em grupo, quando eu estou sozinha eu me sinto melhor.

Foi evidenciado também pelas entrevistadas que os desafios do mercado de trabalho estão relacionados à discriminação, baixos salários e o grande enfrentamento de fazer o trabalho doméstico, cuidar dos filhos ou trabalhar fora de casa, quando em uso de medicamentos. Às vezes são obrigadas a não tomar os medicamentos prescritos para conseguir trabalhar devido aos efeitos colaterais como por exemplo sonolência entre outros. Dificuldades de cuidar dos filhos menores durante a noite em uso de ansiolíticos, também foi evidenciado. “Melhor mentir e não tomar”, disseram algumas das participantes. Muitos são os desafios da mulher que precisa trabalhar e conseguir conciliar o tratamento farmacológico com as tarefas mais simples de casa.

Assim a necessidade do emprego foi relatada por *Fomalhaut*:

Eu precisaria trabalhar, porém eu não consigo mais. Eu fui cabelereira durante 40 anos, trabalhava como uma louca e de repente fiquei doente e parei aqui. E hoje eu não consigo fazer nada. Tenho medo de pegar uma tesoura, de pintar um cabelo e aí estacionei, parei. E eu não trabalho, e eu tenho vontade. Então, trabalhar, ser eu mesma, sem estar dependendo do meu marido. (choro).

Outra percepção quanto a falta de oportunidade, preconceito e relações familiares que impediram a busca de obtenção de vínculo empregatício e inserção no mercado de trabalho foi assim descrito por *Vega*:

Oportunidade. Eu não tenho muitas oportunidades, e não consigo mostrar o que posso fazer por preconceito. Eu tentei um emprego em uma marmoraria para ganhar um salário bom e não consegui, porque eu sou mulher. Então não tive oportunidade de estudar, trabalhar, da minha família ter deixado eu crescer, entendeu? Não tive oportunidade de viver normalmente. Desde pequena eu fui cortada, então isso me machuca até hoje, e eu tento viver uma coisa que me machuca.

Quanto ao acesso e controle da medicação, a falta de recursos financeiros para adquiri-los quando o governo não disponibiliza, e ainda que o uso diário a faz sentir-se melhor foram relatados por *Hadar* e *Capella* respectivamente.

A percepção quanto às condições que poderiam contribuir para melhorar a saúde mental e qualidade de vida foi assim descrita por *Procyon*:

Saúde mental é fazer meu tratamento direito, tomar meus remédios certinho, sem ele estar me dopando, me dava remédio a mais, e me deixava babando.

Archenar, uma das mulheres entrevistadas relatou sua percepção com descrição a seguir e consideramos “sem sugestões de melhoria”

Eu vou bem, eu estou me sentindo muito bem. Eu estou feliz e com saudade de casa, eu estou muito feliz com a vida, feliz comigo. Bem antes de ser internada, eu já me sentia bem. Essas duas internações, se dependesse de mim eu não estaria aqui não.

Na sequência buscamos saber das mulheres entrevistadas qual o principal ponto de apoio em que ela busca auxílio para a saúde mental (Tabela 8). Observou-se na fala das pesquisadas que foram descritos o envolvimento de diversos atores no ato da internação envolvendo família, autoridades policiais, amigos e parentes entre outros.

Tabela 8 – Percepções das entrevistadas distribuídas de acordo com a principal fonte no qual a mulher busca suporte para saúde mental.

| Variáveis relacionadas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Saúde /RAPS | 8 | 40 |
| Hospital | 2 | 10 |
| Posto de Saúde | 1 | 5 |
| Médico | 3 | 15 |
| Psicólogo | 1 | 5 |
| Drogadição | 2 | 10 |
| Religião | 2 | 10 |
| Trabalho | 1 | 5 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Quando necessário procurar espaço para conseguir equilíbrio de sua saúde mental e qualidade de vida as informações foram manifestadas sob diversos aspectos e aqui destacamos que houve total liberdade para que as mesmas se colocassem à vontade acreditando em suas verdades. As opções de busca mostram uma multiplicidade de percepções. Observa-se que a maioria (75%) buscou instituições de saúde mostrando

que a Rede de Atenção Psicossocial através dos Centros de Atenção Psico Social (40%), foram os mais citados. *Vega* assim descreveu:

Eu faço acompanhamento no CAPS AD, porque eu sou ex-usuária e quis parar e faço tratamento lá e aqui. No Capaac eu procuro ajuda quando... dessa vez eu vim porque eu estava com pensamento suicida e não queria morrer, entendeu? Eu não queria morrer. Então eu sabia que aqui eu não ia morrer e ia me tratar. Tinha algo errado.

Questionada sobre quando tem algum problema relacionado à saúde mental, onde procura atendimento assim, *Spica* descreveu:

Hospital. Ajuda médica. Nunca você consegue encontrar aquela ajuda médica certa, o remédio certo para o seu problema. Você fica batendo de porta em porta, até conseguir o remédio exato. Por isso vou direto ao hospital mesmo.

Observou-se que as entrevistadas descreveram com objetividade a percepção sobre a procura do local de atendimento, sendo assim descrito por *Shaula*:

Meu filho fez 17 anos, já tem 17 anos que eu conheci a droga. Eu conheci a droga como escape na minha vida, e dessa válvula de escape, eu parei, tive recaída, fui internada, voltava, parava. Essa é a quarta vez, quarta internação. E daqui fui transferida duas vezes para outras clínicas, onde eu fico mais tempo, por causa de três dias de recaída, eu vou ter que pagar um preço bem alto. Estou aqui já tem umas três semanas e daqui eu vou para outra clínica. A válvula de escape que eu arrumei na minha vida.

Na descrição de outra mulher entrevistada observou-se que o medo de perder a liberdade a assusta, diante da possibilidade de ser internada, e assim se expressou *Canopus*:

Na verdade, eu não gosto de procurar, porque eu não gosto de ficar internada. Eu tenho medo, tipo assim dessas pessoas que me ajudam a melhorar. Porque preciso ter a minha liberdade, porque eu sei que naquela vida lá usando drogas eles vão me pegar mais cedo ou mais tarde. Eu sinto medo porque eles tiram a minha liberdade e eu gosto da minha liberdade. Eu posso até parar de usar não tem...? Mas eu quero a minha liberdade. Posso até buscar melhorar lá fora, mas eu quero a minha liberdade. Eu procuro, quando eu estou assim sentindo falta de ar, sentindo que estou quase surtando, eu procuro a usar drogas, porque quando eu uso a droga eu me sinto satisfeita me sinto bem, e isso acaba.

Observou-se que a busca da religião na percepção de 10% das entrevistadas foi o espaço encontrado, sendo enfatizado “Deus” **como principal fonte de apoio** assim relatado por *Sirius*:

Primeiro de tudo você pensa em Deus, assim você já entra resolvendo o problema. O segundo é o médico que vai me passar o remédio.

O relato do motivo que levou à necessidade de internação das mulheres entrevistadas, com suas percepções, está descrito na Tabela 9. Como prioridade neste estudo, escutando esta mulher, observam-se as múltiplas realidades de vida que podem culminar na necessidade de retirá-la do convívio familiar e comunitário.

Tabela 9 – Percepções das entrevistadas segundo o motivo principal que levou a necessidade de sua internação.

| Variáveis relatadas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|--|-------------------------|-------------------------|
| Falta de adesão medicamentosa | 2 | 10 |
| Sintomas (tais como alucinação, alteração de humor ou episódios depressivos) | 3 | 15 |
| Ideação suicida | 4 | 20 |
| Tentativa de suicídio | 2 | 10 |
| Conflitos familiares | 4 | 20 |
| Solidão | 1 | 5 |
| Finanças | 1 | 5 |
| Drogadição | 2 | 10 |
| Não sabe | 1 | 5 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Um olhar sem barreiras para identificar as causas que levaram à necessidade da reinternação, a partir da realidade de quem viveu a experiência mostrou que a tentativa de suicídio (30%), conflitos familiares (20%) e depressão (15%) representou para a maioria delas os motivos que exigiram internação hospitalar.

Ao serem questionadas sobre as percepções quanto ao maior motivo de sua reinternação, observou-se que são diversos os fatores que podem desencadear situações colocando a si e outros em risco. A ideação suicida e tentativa de suicídio apresentou o maior percentual de reinternações e assim foi a descrição de *Fomalhaut*:

Não sei explicar como. Mas eu tive um surto e quando se tem um surto, você tem alguns flashes, você não tem a noção do que está fazendo. Entendeu? Estou aqui por quê? Porque eu tentei me matar. Eu entrei na frente do carro, me joguei, quebrei os dentes. Agora quer dizer, com o acidente entro mais em depressão até eu terminar de fazer o tratamento. E vai por aí.

Conflitos conjugais, relacionamento entre pais e filhos, e com outros membros da família, além de questões ditas como pessoais, representou 20% do motivo principal que levou à necessidade da internação entre as mulheres entrevistadas.

Capella e Hadar, assim descreveram suas percepções sobre os relacionamentos com seus parceiros:

Tristeza. Muito triste. A convivência com meu marido não está muito legal. Eu estava trabalhando e ele estava ficando muito sozinho, pois eu preciso trabalhar para ajudar ele, porque estamos construindo a nossa casinha e foi isso, um pouco disso ajudou também. Aí eu vim para cá. (choro)

Eu quis vir porque meu marido estava reclamando que eu estava perturbando, que eu acordava 5 hs da manhã, aí eu queria ir à rua e ele não deixava, eu queria fazer as coisas e ele não deixava, aí falava você está perturbando. Então era isso que estava acontecendo Dr. Ele não me deixava cuidar da casa. Ele achava que eu queria mandar nele e que eu queria ser o macho da casa.

Alucinação auditiva, alteração de humor, além de depressão foram relatados pelas entrevistadas (15%) como causas de suas reinternação, na qual assim se expressou

Pólux:

Eu estava dentro de casa com depressão, tomando meus remédios, e não conseguia nem me deitar na cama pois sentia vômito, e sabia que se eu vomitar, eu vou urinar, aí o que que eu fiz? Eu me deitei no tapete e ali eu ficava tomando meus remédios, duas sacolas de remédios, e a água. E ali eu fiquei, e só sei que minha menina foi lá, me tirou de dentro de casa e me levou para a casa da minha mãe, onde fiquei por 10 dias. Eu fiquei 10 dias na casa da minha mãe e foi uma luta porque eu também não queria comer, a boca amargava. Sei de que lá, eu acho que é por causa de me cortar, eles me trouxeram para cá.

Observou-se que a drogadição representou 10% da amostra sendo um dos casos muito vinculado à solidão e ao medo de ficar sozinho em casa, momento que perdia o controle (*Canopus*) e saía para usar droga na rua, e neste contexto outro caso foi assim descrito por *Shaula*:

Foram três dias, mas foram três dias cerrados, sem dar uma pausa. E se eu continuo por pelo menos mais uma semana como eu estava, eu não ia longe. Ou ia longe para outro lugar, não sei, para outro mundo. Entendeu? Não cheguei a deformar muito a minha fisionomia, porque foram poucos dias, mas deu para dar uma baqueada.

Nos relatos das percepções quanto ao maior motivo das reinternações, observamos que a dificuldade para seguir a prescrição dos medicamentos nos horários corretos e sem trocas, pois, são vários, e ainda a decisão de parar por conta própria representou 10% da amostra das mulheres entrevistadas, e assim descreveu *Rigel*:

Essa é uma pergunta complexa que envolve muita coisa. Eu estava em um momento de crise, e me recusando a tomar os medicamentos, sendo indicado um outro médico, porém continuei me recusando e assim fui internada. Mas eu poderia não ter vindo, se eu tivesse aceitado tomar os medicamentos em casa. Dessa vez eu fui obrigada a me internar, porém no meio do caminho tive um surto, e quis quebrar a ambulância então vieram os carros de polícia, o Samu e juntou todo mundo, então o que aconteceu no transporte foi o que me fez ficar internada. Não o que aconteceu comigo lá na minha cidade. Você já esteve internada em outro momento. Você se lembra motivo da primeira

internação? Sim, a recusa do tratamento. Eu só queria morrer, me suicidar. Então eu ia fazer tratamento para quê? Não fazia sentido para mim.

Na descrição das causas das internações pelas entrevistadas, observou-se que são diversos os motivos que na percepção de cada uma podem ser atribuídos e assim *Arcturos* descreveu:

Digamos que foi a falta de dinheiro. Foi o aperto das coisas faltando e eu não estava tendo sonhos, planos, projetos para a minha vida porque eu não estava tendo condições de ter dinheiro para poder realizar, esta foi a maior questão.

A distribuição das mulheres segundo a percepção quanto há diferença em se internar pela primeira vez foi ilustrada na Tabela 10. Em seus relatos, observou-se que a vivência de diversas internações é percebida pelas mulheres de modos bem diversificados pois os olhares às vezes são focados na equipe multiprofissional que as assiste ou mesmo entre elas que se sentem terapeutas uma das outras e se ajudam mutuamente nas conversas que têm em comum.

Tabela 10 – Distribuição das mulheres segundo a percepção sobre se há diferença em se internar pela primeira vez.

| Variáveis relatadas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Existe diferença entre internar pela primeira vez e outras vezes | | |
| Sim | 13 | 65 |
| Não | 4 | 20 |
| Não sabe ou não relatou diferenças | 3 | 15 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Observou-se que 20% das entrevistadas não descreveram diferenças entre as internações referindo-se ao mesmo estilo, mesmo jeito de acolhimento e de ritmo, citando ser sempre bem tratada desde a primeira vez. Porém observou-se que a maioria das mulheres (65%) percebe ser diferente e justificam assim.

Rigel

[...] a primeira você não sabe, você está completamente perdido, o desespero é ... absurdo né? Você tá indo para um lugar, que não sabe como que é, que tipo de pessoa você vai encontrar, principalmente quando se trata de um hospital psiquiátrico, já a segunda vez você conhece.

Spica

[...] a primeira vez que você tá num lugar, você observa tudo, vê tudo que está acontecendo a sua volta. Observa enfermeiro, médico, o pessoal da limpeza. As pessoas que estão dividindo o mesmo quarto com você. Você

observa tudo. Você foca torcendo para chegar o dia de ter sua alta. Já na terceira internação, você sabe o que vai acontecer.

Shaula

[...] a primeira a gente acha que vai sair curada, né? Que vai ser... mas infelizmente não é a internação que vai valer. É a sua cabeça, é o seu psicológico, é o seu ser, é você que vai mudar isso. *A primeira vez existe esta expectativa então. Vou lá e sair dessa...?* [...] Sim, agora internei, nunca mais vou voltar nessa, mas é engano, engano! Puro engano! Ilusão da cabeça de quem pensa dessa forma. *Esse é fato da primeira vez. E qual a diferença que tem da segunda, terceira ou a quarta vez aqui?* Só o arrependimento porque errei mais uma vez. Não era para eu ter errado.

Canopus

[...] tem por que cada vez que você interna...você está pior do que a outra. E dessa vez eu fiquei pior. Dessa vez eu entrei pior e fiquei pior ainda, porque desta vez eu sinto mais falta da minha família do que das outras vezes.

Ainda na lógica de oportunizar a mulher a revisar seu modo de vida e compartilhar sua percepção, incluímos na entrevista um espaço para que ela pudesse descrever o tratamento ou não que estava fazendo por ocasião da reinternação, e assim conhecermos as condições do cuidado que estaria ou não sendo dispensado à sua saúde mental naquele momento (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das pesquisadas sobre a realização de tratamento em saúde mental.

| Variáveis relacionadas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Antes da reinternação estava fazendo algum tratamento médico e/ou estava usando os medicamentos conforme prescrito. | Sim | 9 |
| | Não | 11 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Os tratamentos informados em todas as entrevistas incluíam consultas com Psiquiatra, Psicólogo, Clínico Geral, Oficinas Ocupacionais e a terapia farmacológica. Considerando o foco deste estudo em conhecer a partir da percepção de cada mulher os reais motivos de sua reinternação, observamos que mais da metade delas não estava em tratamento quando foram reinternadas.

Deneb e Archenar assim descreveram, respectivamente o que estavam fazendo em termos de tratamento naquele momento:

[...] eu estava há meses meses sem tomar medicamento nenhum, mas pela primeira vez eu suspendi por conta própria, e fiquei bem. Aí fui ao CAPS, o médico me disse que eu precisava de psicoterapia. Eu estava sem tomar o remédio há pelo menos seis meses, antes de internar aqui.

[...] não estava fazendo nada não, doutor. Eles estavam me obrigando a tomar o remédio. Eu não preciso tomar remédio, porque eu não sinto nada. Eu estou bem.

Amamentar e cuidar do filho à noite, e os afazeres domésticos foram motivos para não usar os medicamentos, assim relatado por *Capella*:

[...] nenhum. Quando o remédio acabou, eu vi que estava melhor, então parei por conta própria. Fui ao médico e ele me perguntou se estava tomando os remédios direitinho e falei que sim, mas na verdade, eu fiquei com medo dele brigar comigo. Porque quando eu tomo o remédio à noite tenho muito sono e não posso cuidar do meu filho. Toda hora me dava vontade de dormir, de dia e à noite. Eu tive de parar de amamentar porque o remédio era muito forte. O meu marido também estava me cobrando porque eu não conseguia tomar conta dos meus filhos. Ele não teve muita paciência comigo e quando eu voltei da internação, eu não estava cem por cento ainda. Para andar eu tinha dificuldade, para lavar uma louça eu tinha dificuldade.

A redução no uso dos medicamentos prescritos, conseqüente à sua falta na farmácia popular, e a impossibilidade de compra dele, foi assim informada por *Arcturus*:

[...] eu estava tomando o remédio certo, porém como foi acabando e a farmacinha popular não estava tendo, e eu não estava tendo condições de ficar comprando até a próxima consulta, então foi aí que eu cheguei ao ponto de ao invés de tomar cinco medicamentos estava só com um.

Quanto aos tratamentos que estavam sendo feitos por ocasião da reinternação, chamou-nos a atenção que os medicamentos estavam sendo usados conforme prescrição, porém o retorno ao prescritor não havia ocorrido há meses conforme relato de *Betelgeuse*:

Eu estava usando só os medicamentos. Só não estava indo na consulta com o médico. *Quanto tempo você estava sem consulta médica?* Nove meses.

Considerando as diferentes percepções e desejos, e ainda os sentimentos às vezes nunca compartilhados, e observando também que por vezes há um impacto na alta hospitalar, finalizamos as entrevistas deixando-as bem à vontade para que falassem do seu maior desejo atual (Tabela 12).

Tabela 12 – Percepção das entrevistadas sobre o seu maior desejo atual.

| Variáveis relacionadas | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Maior desejo | | |
| Boa saúde mental | 6 | 30 |
| Garantia a igualdade de direitos | 1 | 5 |
| Aposentadoria | 1 | 5 |
| Retorno ao lar | 8 | 40 |
| Rever a filha distante | 1 | 5 |
| Casar, desejo de ter uma família | 1 | 5 |
| Retomar o trabalho | 1 | 5 |
| Não relatou desejo / descrença da realidade | 1 | 5 |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Após mais uma internação, já com alta e retorno autorizado ao seu “modus vivendi” cada mulher entrevistada pode externar seu maior desejo naquele momento. Assim observou-se a intensidade na expressão dos diversos sonhos, retomadas de descaminhos ou mudanças em suas realidades, sendo algumas possíveis e outras que pareciam depender de cada uma delas em suas palavras e depender mais de outros para que suas metas sejam alcançadas.

Observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas (70%) tinham naquele momento o maior desejo de retornar ao lar (40%) e ter boa saúde mental (30%).

Ir embora, estar na minha casa com meu marido, ver meus filhos, estou com muita saudade de casa, ter o amor da minha família, conviver com ela foram alguns dos desejos externados com emoção e às vezes choro. Assim foi o relato de *Procyon*:

Hoje, seria ver minha filha. Está com 13 anos. Vai fazer 14 anos em dezembro. E já vai fazer um ano que eu não a vejo.

Nas descrições e expressões das entrevistadas quando o assunto é família a sensibilidade fica aguçada com mais emoção e por diversas vezes, choro.

Em uma das entrevistas ao ouvir da mulher que seu desejo maior era ir embora, a questioneei comentando: Você diz que seu problema é em casa. Como você se vê quando sai de uma internação, você está se sentindo melhor do que quando chegou? Isso te faz pensar ou te dá algumas pistas de como deveria ser essa volta tão desejosa

para casa? O que te faz mais falta? Assim respondeu *Spica* objetiva e sem qualquer outra palavra:

[...] Voltar para dentro de casa.

Ter boa saúde mental representou 30% do desejo das participantes (6) com a descrição de situações com membros da família em algum nível (66%). A percepção de *Arcturus* foi assim narrada:

[...] meu desejo maior é estar bem psicologicamente, mentalmente e em casa, tendo meus afazeres como esposa, mãe, filha também e tomando meus medicamentos certos para não ter que voltar, porque aqui bate muita saudade, às vezes dá tristeza. Então eu quero fazer de tudo para não ter que voltar e estar bem para eles e principalmente para mim. Para eles estarem bem eu preciso estar bem.

Entre os relatos do desejo de ter boa saúde mental a expressão “ser uma pessoa normal” foi assim descrita por *Shaula*:

[...] ah..... de poder nunca ter experimentado essa porcaria, ter uma vida própria, normal, ser uma pessoa normal, viver sem essa quantidade de remédio que eu vivo, pois eu uso muitos remédios. Eu levanto é remédio, dez e pouca é remédio, uma hora é remédio, dia inteiro, a minha vida se resume na função de tomar remédio. Para eu ter uma vida digna, como é difícil, como para mim é triste, muito triste! (choro).

Nas entrevistas diversos assuntos foram levantados espontaneamente pelas mulheres, tais como: discriminação racial, injustiça social, ter condição física e mental para voltar a trabalhar, direitos iguais para todos, previdência social e aposentadoria.

Assim disse *Adhara*:

[...] meu desejo maior é ir para minha casa, construir a minha história, minha estrutura, continuar meu trabalho lá fora, porque eu sou microempresendedora, trabalho por conta própria, tenho estudo, sou muito esforçada, meu maior sonho é ir para casa.

Pólux e Hadar respectivamente assim descreveram seus desejos:

[...] não tem volta, doutor! Não tem volta! Eu queria tanto que Deus me levasse, porque eu não gosto de viver aqui na Terra. (choro...) Porque lá em casa parece que ninguém gosta de mim. E para falar a verdade, eu acho que nem mesmo o psiquiatra quer saber de mim mais.

[...] sair daqui e poder viver a minha vida tranquila, sem problema e sem nada, sem falar que eu estou com problema de cabeça, falar que eu estou com problema de AIDS É isso que é o meu desejo.

6. DISCUSSÃO

As mulheres reinternadas não estão tendo seus problemas vistos com objetividade e conseqüentemente não solucionados, pois os fatores que corroboram para a saúde mental destas pacientes são complexos e perpassam pelos domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Na população estudada, o melhor índice de qualidade de vida descrito foi observado no domínio físico, seguido de relações sociais, psicológico e meio ambiente. Estes achados corroboram com o descrito em estudo que foi realizado na cidade de Porto Alegre, que analisou a qualidade de vida em 94 pacientes da clínica médica (38%), 72 da cirúrgica (29%), 54 da psiquiatria (22%) e 30 da ginecologia (12%). Os autores evidenciaram que os pacientes da psiquiatria têm uma tendência a ter os piores escores em três dos quatro domínios, sendo que mais baixos também foram nos pacientes da psiquiatria. Observou-se ainda que o melhor desempenho foi no domínio físico, semelhante ao encontrado no atual estudo (Fleck *et al.*, 2000). Resultados semelhantes também foram descritos por Uchoa, Rozemberg e Porto (2002), a psicopatologia, especialmente ansiedade e sintomas depressivos tem sido associada a uma qualidade de vida mais baixa.

Nas mulheres reinternadas a média dos escores de qualidade de vida auto relatada por elas foi de 47,78, resultados semelhantes também foram descritos em realizado na Índia (Bengala Ocidental) com 210 mulheres (98,59) e no Sul do Irã também com 210 mulheres, relatando um escore de 56,47 (Kundu; George; Yesodharan, 2022). Possivelmente, as diferenças encontradas estão relacionadas às características sociodemográficas de cada população estudada. No atual estudo foi pesquisado mulheres com ocorrência de internação em hospital psiquiátrico, enquanto no estudo realizado na Índia e no Irã, os autores buscavam comparar qualidade de vida e empoderamento de mulheres.

São inúmeros os elementos que contribuem para este contexto. Assim, uma análise aprofundada dos fatores preponderantes que moldam a qualidade de vida e a recorrência da internação de mulheres em hospitais psiquiátricos constitui um alicerce crucial na elaboração de Políticas Públicas que realmente garantam um atendimento adequado e respeitoso à saúde mental dessas mulheres.

Mas, para que isso aconteça, primeiro é necessário conhecer a realidade a partir dos sujeitos envolvidos, este processo sempre indica ou mostra o caminho a seguir quando se tem clareza do que se quer e onde se espera chegar. Em saúde mental os desafios são maiores pois o conceito passa por grande amplitude de visões que a própria Organização Mundial da Saúde sempre necessita rever (Who, 2001; OMS, 2009).

Realça-se que a temática de reinternação de mulheres em hospitais psiquiátricos é notavelmente subexplorado, com escassas pesquisas que analisam essa questão crítica. Essa lacuna na literatura científica realça a urgente importância de ampliar as compreensões sobre a qualidade de vida e saúde mental em mulheres, para que assim possamos melhor compreender os fatores que contribuem para a saúde mental das mulheres perpassando pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

6.1 DOMÍNIO FÍSICO PARA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DO SONO E ADESÃO AO TRATAMENTO

O diagnóstico dos agravos à saúde também é um fator de grande relevância para avaliação dos domínios físicos do indivíduo. Na população estudada, foi observada que a maioria das pacientes possuía diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (45%), episódios depressivos (30%) e transtornos depressivos recorrentes (5%). Apesar do percentual de pacientes psiquiátricos com episódios depressivos terem sido semelhantes ao descrito (36,5%), em estudo realizado na região sul do Brasil, verificou-se diferenças quanto ao percentual de pacientes com transtorno afetivo bipolar (21,9%) (Zanardo *et al.*, 2017). Possivelmente, as diferenças encontradas estão relacionadas às características sociodemográficas da população de cada estudo. O atual estudo foi pesquisado mulheres com ocorrência de internação em hospital psiquiátrico, enquanto no estudo realizado com pacientes do sul do Brasil, os autores analisaram homens e mulheres, sem considerar o critério de reinternação.

Além do mais, o diagnóstico e gravidade dos sintomas também são elementos que influenciam na qualidade de vida de pacientes psiquiátricos (Sagayadevan *et al.*, 2018). Neste referido estudo feito para avaliar o impacto que as doenças mentais têm na qualidade de vida, quando comparando a qualidade de vida geral entre os

transtornos, os portadores de esquizofrenia relatam a qualidade de vida mais alta e aqueles com transtornos depressivos a mais baixa.

Embora o domínio físico tenha sido um domínio que obteve melhor índice entre todos os outros avaliados, observou-se que as facetas associadas ao “sono e repouso” e a “dependência de medicação ou de tratamento” foram as que tiveram escores mais baixos dentro desse domínio, respectivamente 36, 25 e 31, 25.

No que tange o sono, sabe-se que em pacientes com a saúde mental afetada, o sono pode ser prejudicado, a má qualidade do sono é observada em adultos jovens com problemas mentais, inclusive, os sintomas depressivos podem estar significativamente associados à qualidade do sono. Desta forma é interessante que a promoção de um bom sono também seja incluída nas estratégias de promoção de saúde mental (Aschbrenner *et al.*, 2022).

A adesão ao tratamento medicamentoso também é fundamental para êxito da saúde mental. Um estudo realizado no Núcleo de Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, os autores concluiu que o uso irregular de medicação prescrita justificou a recaída e reinternações (Cardoso; Galera, 2009). Foram 167 prontuários analisados e 34,1 % registraram abandono do tratamento e seguimento no serviço em algum momento. Outro estudo feito no Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, os autores analisaram 2040 registros de internações, dentre as quais 681 (34%) correspondem a reinternações, sendo que a maioria, foi devido a abandono do tratamento (Castro; Furegato; Santos, 2010).

6.2 CUIDANDO DA MENTE: OS DESAFIOS PSICOLÓGICOS PARA SAÚDE MENTAL

No domínio psicológico, foram as facetas relacionadas a sentimento negativo (41,25) e positivos (44,74) os menores escores verificados, seguido da espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. Além do mais, fatores psicológicos também foi um dos principais fatores relatados pelas participantes deste estudo como principal motivo que levou a internação, especialmente: alteração de humor, ideação suicida e sensação de solidão.

Estudos que avaliam a relação entre a espiritualidade e religiosidade e a saúde mental tem se elevado ao longo das últimas décadas, resultando em evidências benéficas sobre o impacto desses fatores na saúde mental. Os mecanismos ainda são pouco claros, permanecendo assim muitas lacunas na literatura científica sobre o tema. Mas considerar a espiritualidade e religião do paciente na intervenção do paciente com problemas mentais, inclusive inserir cuidados holísticos e centrado no paciente pode promover resultados positivos para a saúde mental (Nunes-Reis *et al.*, 2020).

Outro ponto importante para a promoção da saúde mental, está o acompanhamento de um psicólogo. Apesar do consenso da importância do acompanhamento psicológico, observou-se que buscam fazer um acompanhamento psicológico.

Vencer o medo e não se sentir envergonhada em procurar um psicólogo ou ajuda psiquiátrica é um desafio que coloca a pessoa às vezes mais angustiada e deprimida. A desinformação, a falta de programas educativos motivadores e incentivadores da importância sobre esta realidade faz com que haja um agravamento da situação aumentando as doenças psicossomáticas e suicídios.

Quando se discute a desinstitucionalização devemos questionar mais sobre como deve ser a assistência fora do hospital, pois é imprescindível identificar os fatores sociais, econômicos e ambientais que interferem diretamente na vida destas mulheres positiva ou negativamente.

6.3 CONEXÕES QUE (DES)FORTALECEM: OS ELOS DAS RELAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL

Nas relações sociais observou-se que o menor escore relatado foi para a faceta suporte e apoio pessoal (44, 44). A família de hoje é o afeto e a dignidade da pessoa humana, e vai além de um meio familiar constituído pelo casamento e unido pela herança genética, agora, são os laços afetivos que determinam as relações familiares. Laços que existem e são construídos pelos desafios do dia a dia.

Entretanto, nas análises dos discursos observou-se que há falta de apoio familiar, os conflitos familiares foram um dos principais motivos relatados que levaram à reinternação, as pesquisadas possuem esta compreensão, dado que a grande maioria relatou que melhorar as relações familiares seria um fator necessário para melhorar sua saúde mental e qualidade de vida. Contraditoriamente, mesmo as entrevistadas

ilustrando esta influência negativa oriunda de conflitos familiares, o retorno ao lar foi citado como maior desejo.

Em estudo que analisou a relação de empoderamento e qualidade de vida em mulheres, verificou que as dimensões familiares é um dos preditores significativos da qualidade de vida. Os pesquisadores retaram que o grau de empoderamento da mulher está relacionado à qualidade de vida, ou seja, quanto maior o grau de empoderamento feminino, melhor é a qualidade de vida. Assim, o público feminino necessita estar conscientes dos seus direitos que podem aumentar o empoderamento e qualidade de vida nos diferentes domínios (Kundu; George; Yesodharan, 2022).

Quanto ao suporte e busca de apoio, no que tange a saúde mental, grande parte das pesquisadas (75%), buscaram ajuda em instituições de saúde, sendo a Rede de Atenção Psicossocial através dos Centros de Atenção Psicossocial o local mais citado. Resultados semelhantes também foram descritos por pesquisa realizada no Hospital Geral de Porto Alegre, no qual os autores evidenciaram que 76,2% dos participantes procuravam serviços públicos, sendo no CAPS 49,2%, além de serviços privados ou planos de saúde (Zanardo *et al.*, 2017).

6.4 EQUILIBRANDO AS CONTAS DA SAÚDE MENTAL: O PAPEL DO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE E FATORES SOCIOECONÔMICOS

As variáveis sociodemográficas podem ter interferência na saúde mental e o cenário encontrado pode subsidiar e otimizar os esforços que se somam na busca da qualidade de vida e saúde mental da mulher. Neste quesito, destacou-se que foram os recursos financeiros que apresentaram o menor índice (27,50) entre todas as facetas de todos os domínios analisados.

Desejo de trabalhar e não conseguir, falta de oportunidade, preconceito, relações familiares que impedem inserção no mercado, dependência familiar financeira.

Objetivamente embora os resultados do estudo atual ofereçam informações significativas em cada um dos diferentes domínios da Qualidade de Vida cabe aos profissionais de saúde orientarem decisões no direcionamento dos domínios específicos para melhorar a qualidade de vida com os cuidados aos destinatários que dele necessitam.

A questão financeira é muito importante para a saúde mental. Há associação entre preocupações financeiras e sofrimento psicológico e esta é mais pronunciada entre os solteiros, desempregados e famílias de baixos rendimentos. Assim, são necessários programas de aconselhamento financeiro acessíveis e programas de intervenção em saúde pública para mitigar as preocupações financeiras e as suas influências negativas na saúde psicológica geral, com maior atenção dedicada às populações vulneráveis (Ryu; Fan, 2023).

6.5. REINTERNAÇÃO

Independente dos motivos da reinternação, os relatos descritos mostraram as buscas pessoais de cada mulher até a intervenção de outras pessoas, familiares ou amigos ou mesmo estranho que a conduziu ao hospital. Nas buscas pessoais além dos serviços de saúde, porém em saúde mental observou-se uma proximidade muito grande com a religião, envolvimento da vida com o trabalho profissional e também a dependência química que momentaneamente é citada como uma solução temporal.

A maioria (80%) das mulheres reinternadas no CAPAAC, relataram diferenças entre a primeira internação e as posteriores. Na primeira acredita que vai sair curada e a decepção no retorno, e ir aos poucos entendendo que muitos são os fatores que levaram à necessidade de se reinternar, e que não dependem somente dela. Relatos claros e objetivos de que o retorno ao mesmo “modus vivendi” vai trazê-la de volta depois de um certo tempo.

Algumas também deixam clara a importância de receber os medicamentos nos horários adequados e as refeições para que possam sair da crise. O medo do desconhecido na primeira internação foi também citado, principalmente por se tratar de um hospital psiquiátrico e que dependendo do estado de cada pessoa, o convívio no coletivo se torna um grande desafio. Isto gera uma certa ansiedade. Observa-se que algumas não querem retornar ao convívio da realidade de seu dia a dia em um certo período da internação, pois percebem que o cuidado da equipe as torna mais fortes e cria laços de apoio.

Observou-se neste estudo um grande distanciamento entre o serviço de saúde da comunidade da mulher reinternada em saúde mental, e o hospital de referência. O princípio, meio e fim estão desconectos, pois são grandes os desafios em termos de

estrutura, pessoal especializado e preparado para lidar com saúde mental e acima de tudo a intersectorialidade que é uma convivência ainda longe de ser assumida por todos os atores que estão ou deveriam estar trabalhando com foco na qualidade de vida e saúde mental da mulher.

A saúde mental como objeto de desejo, nos remete ainda mais à necessidade de avançarmos na compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde. As condições de vida e saúde melhoram quando avançamos nos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais que devem ter como foco a pessoa humana, o cidadão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ser mulher já traz um forte estigma de lutas para se inserir em um modelo social e cultural machista, e o preconceito ainda é maior quando foi necessária uma internação em saúde mental.

A partir de uma reinternação é necessária uma readaptação para lidar com o sofrimento, pois os planos para o futuro e os estigmas para continuar no desempenho do trabalho, como mãe, e mulher e tantas situações na vida cotidiana são impactantes.

Neste estudo utilizamos o método misto que analisou a qualidade de vida por meio de um estudo transversal quantitativo e fatores associados à reinternação por meio de abordagem qualitativa em mulheres com histórico de reinternação. Um aspecto que norteou a pesquisa foi o referencial teórico com as buscas das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, os Determinantes Sociais da Saúde Mental e da Qualidade de Vida, e também a Internação e Reinternação em Saúde Mental da Mulher.

Algumas mulheres não aceitam a internação e afirmam não ter doença que a justifique. Percebe-se que independente de ter ou não doença, sua dimensão de vida, pelos fatos que relatam, mostra um sofrimento que transcende o físico, e se expressam no plano psicológico, espiritual, moral e social podendo levar ao transtorno mental e queda em sua qualidade de vida.

Os casos de tentativas de suicídio, se jogando da ponte, ou se lançando na frente de um carro, ou tomando excesso de medicamentos controlados ou agrotóxicos, ou substâncias psicoativas, ou cortando os pulsos, enfim o desestímulo pela vida assume proporções enormes com depoimentos para explicar os motivos do abandono do tratamento farmacológico ou outros, com afirmativas: eu não quero mais viver.

Muitas histórias de culpa, mágoa, perdas e muita emoção nas declarações. Observou-se que havia demonstração de necessidade em falar dos temas mais sensíveis a cada mulher.

Observou-se no contexto familiar que os conflitos do dia a dia, as relações hierárquicas e de poder, a dependência financeira, acrescido à sobrecarga dos afazeres domésticos e por vezes da atividade profissional podem atingir frontalmente a saúde mental. Também a perda de um ente querido que era referência de vida da mulher foi descrita como causa de depressão e queda de sua qualidade de vida.

A impossibilidade de manter as necessidades básicas da família e suas consequências como fome, desemprego e outros podem fazer surgir a doença mental que é também consequente à pobreza.

Observou-se com este trabalho que os fatores relacionados ao processo de adoecimento e que levam à reinternação como única alternativa, pelos dados epidemiológicos e o perfil sociodemográfico destas mulheres que a prevenção dos transtornos mentais passa prioritariamente pela atenção primária que é o espaço comunitário da intersectorialidade para a construção de uma saúde menos fragmentada.

A efetividade do cuidado através da Rede de Atenção Psicossocial poderá lograr êxito quando no espaço onde o cidadão vive o seu dia a dia houver maior vigilância e ação quanto aos Determinantes Sociais da Saúde.

No enfrentamento do equilíbrio da saúde mental, as atividades laborais quando possíveis, são terapêuticas, as domésticas têm grande valia também. Importante é a socialização através da participação em eventos de lazer ou religiosos em suas comunidades, atividades físicas e ainda os CAPS que têm seus programas respaldados por profissionais preparados e criam espaços para amizades entre os usuários. Há necessidade do aprimoramento de profissionais qualificados para o cuidado em saúde mental, porém ouvir o outro já faz uma grande diferença.

A inclusão social é o caminho a ser trilhado neste contexto para que no território os espaços sejam abertos e inclusivos para esta mulher. As alternativas de tratamento se somam, pois, a farmacologia também tem espaço agregado nas diversas opções complementares, porém não é isolada.

Observou-se que nesta região o hospital ocupa um destaque como ponto articulador sendo a ponte com a RAPS, pois quase metade das mulheres reinternadas (40%) já frequentavam os CAPS. Acreditamos, portanto, que o vínculo com os serviços da rede especialmente a Atenção básica poderia detectar os cuidados necessários em saúde mental oferecendo atenção adequada evitando a reinternação.

O empenho nesta pesquisa fazendo um recorte na mulher reinternada com distúrbio mental, procurou compreender as possíveis causas a partir das experiências pessoais e sociais dos sujeitos que vivem ou viveram neste contexto. Assim esta pesquisa

contribui na proposta da Reforma Psiquiátrica que caminha, porém na velocidade que não é proporcional às necessidades do século XXI.

Para melhorar qualidade de vida das mulheres são necessárias mais pesquisas com o objetivo de descrever, compreender e analisar os fatores associados e suas variáveis demográficas. As conclusões deste estudo podem contribuir para melhorar as políticas a serem implementadas para a melhoria da Qualidade de Vida e Saúde Mental da Mulher. As necessidades devem ser reconhecidas e tratadas adequadamente, pois são direitos humanos e de cidadania.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Censo 2022**: mulheres são maioria em todas as regiões pela primeira vez. [online] 2023. Disponível em: Censo 2022: mulheres são maioria em todas as regiões pela primeira vez | Agência Brasil (ebc.com.br). Acesso em: 23 jun.2023.
- ALMEIDA-FILHO, N.; KAWACHI, I.; PELLEGRINI FILHO, A.; DACHS, J. N. W. Researchon Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971/2000) and descriptive content analysis (1971/1995). **American Journal of Public Health**, [S.L.], v. 93, n. 12, p. 2037-2043, dez. 2003.
- ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; AQUINO, E.; A JAMES, S.; KAWACHI, I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 59, n. 7, p. 1339-1353, out. 2004.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, jul. 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **ArchivesOf Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- ANDRADE, L.; WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, São Paulo, v. 37, n. 7, p. 316-325, jul. 2002.
- ARAYA, R. Education and income: which is more important for mental health?. **Journal of Epidemiology & Community Health**, England, v. 57, n. 7, p. 501-505, 1 jul. 2003.
- ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R.; ACUÑA, J.; LEWIS, G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. **British Journal of Psychiatry**, v.178, n.3, p. 228-233, 2001.
- ASCHBRENNER, K. A.; NASLUND, J. A.; SALWEN-DEREMER, J. K.; BROWNE, J.; BARTELS, S. J.; WOLFE, R. S.; XIE, H.; MUESER, K. T. Sleep quality and its relationship to mental health, physical health and health behaviours among young adults with serious mental illness enrolled in a lifestyle intervention trial. **Early intervention in psychiatry**, v.16, n.1, p.106-110, 2022.
- BARTLEY, M.; POPAY, J.; PLEWIS, I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. **Sociology of Health and Illness**, United States, v.14, n.3, p.313-343, 1992.

BASAGLIA, F.; ONGARO B. F. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 161-186.

BEBBINGTON, P.; HURRY, J.; TENNANT, C.; STURT, E.; WING, J. K. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. **Psychological Medicine**, England, v. 11, n. 3, p. 561-579, ago. 1981.

BEZERRA JUNIOR, B. C. De médico e de louco todo mundo tem um pouco. In: TAVARES, Ricardo; GUIMARÃES, Reinaldo (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil: os anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, Barbacena-MG, Ano IX, n. 16, p. 417-442, jan./jun. 2011.

BIJL, R. V.; RAVELLI, A.; VAN ZESSEN, G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the netherlands mental health survey and incidence study (nemesis). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S.L.], v. 33, n. 12, p. 587-595, nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I** Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 8142/90 (Brasil, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *In*: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF: OPAS: MS, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: plano de ação nacional (2009-2011). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017b. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 13 jun. 2021.

BROWN, G. W., HARRIS, T. **Social origins of depression**: a study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock, 1978. 399p.

BROWN, G. W.; ANDREWS, B.; HARRIS, T.; ADLER, Z.; BRIDGE, L. Social support, self-esteem and depression. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 813-831, nov. 1986.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 745-749, set. 2004.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Quem são os egressos de internação psiquiátrica? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 733-740, dez. 2009.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 17, n. 49, p. 117-133, dez. 2003.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-hospitalizations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 800-808, ago. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 68p. Caderno Informativo. Tema: III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir.

CUNHA, C. P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.9, n. 18, p. 121-144, ago./set. 1989.

DAHLAN, R.; MIDIN, M.; SIDI, H.; MANIAM, T. Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: a 1-year follow-up study of re-hospitalization. **Asia-Pacific Psychiatry**, [S.L.], v. 5, p. 127-133, abr. 2013.

DAVIS, A. Feminismo e Abolicionismo:teorias e práticas para o século XXI. *In*:DAVIS, A; BARAT, F. (org). **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Bom Tempo, 2018. Capítulo 8.

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. The Social Basis of Disparities in Health. **Challenging Inequities in Health**, [S.L.], p. 12-23, jul. 2001.

DUNN, E.J.; STEINER, M. The functional neurochemistry of mood disorders in women. *In*: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (eds.). **Mood disorders in women**. London: Martin Dunitz, 2000. p.71-82.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. *In*: PRIORE, M. D. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000. p. 270-303.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde: Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. Vitória-ES: SESA, 2018. 269p.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos - CAPAAC**. [online] 2023. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/centro-de-atendimento-psiquiatrico-aristides-alexandre-campos-capaac>. Acesso em: 6 jan. 2023.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. **Challenging Inequities Health: From Ethics To Action**. Oxford: Oxford University Press, 2001. 24p.

FACHINETTI, C; CUPELLO, P. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 697-718, 2011.

FLECK, M. P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Psicologia Política**, São Paulo, v.19. n.44. p. 78-87. jan./abr. 2019.

FIOCRUZ. Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental**: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015. 90 p.

FONTES, V. **O Brasil e o Capital Imperialismo**: teoria e história. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

FOUCAULT, M. "O sujeito e o poder". In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Orgs.). _____. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.131-149.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005.

GASTAL, F. L.; ANDREOLI, S. B.; QUINTANA, M. I. S.; GAMEIRO, M. A.; LEITE, S. O; MCGRATH, J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 280-285, jun. 2000.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18 [Suplemento], p. 103-112, 2002.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. London; New York: Tavistock; Routledge, 1992. 194p.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multi-centre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014.

GONÇALVES, M. S. Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan./jun. 2013.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **Journal of Epidemiology & Community Health**, [S.L.], v. 53, n. 5, p. 263-263, maio. 1999.

HARLOW, B. L.; COHEN, L. S.; OTTO, M. W.; SPIEGELMAN, D.; CRAMER, D. W. Prevalence and Predictors of Depressive Symptoms in Older Premenopausal Women. **Archives of General Psychiatry**, [S.L.], v. 56, n. 5, p. 418-424, maio. 1999.

HUBER, T. J.; ROLLNIK, J.; WILHELMS, J.; ZUR MÜHLEN, A.; EMRICH, H.M.; SCHNEIDER, U. Estradiol levels in psychotic isorders. **Psychoneuroendocrinology**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 27-35, jan. 2001.

JENKINS, R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. **Psychological Medicine. Monograph Supplement**, [S.L.], v. 7, p. 1-53, 1985.

JENKINS, R.; LEWIS, G.; BEBBINGTON, P.; BRUGHA, T.; FARRELL, M.; GILL, B.; MELTZER, H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the Household Survey. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 775-789, jul. 1997.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, mar. 2001.

KASTRUP, M. Who became revolving door patients?. **Acta PsychiatricaScandinavica**, [S.L.], v. 76, n. 1, p. 80-88, jul. 1987.

KENDLER, K. S.; KARKOWSKI, L. M.; COREY, L. A.; NEALE, M. C. Longitudinal Population-Based Twin Study of Retrospectively Reported Premenstrual Symptoms and Lifetime Major Depression. **American Journal of Psychiatry**, [S.L.], v. 155, n. 9, p. 1234-1240, set. 1998.

KESSLER, R. C. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, [S.L.], v. 51, n. 1, p. 8-19, jan. 1994.

KESSLER, R. C.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; ANDRADE, L.; BIJL, R.; BORGES, G.; CARAVEO-ANDUAGA, J. J.; DEWIT, D. J.; KOLODY, B.; MERIKANGAS, K. R.; MOLNAR, B. E.; VEGA, W. A.; WALTERS, E. E.; HANS-ULRICH, W.; BEDIRHAN, U. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. **PsychiatriaFennica**, v.32, n. 2, p. 62-80, 2001.

KUNDU P, GEORGE LS, YESODHARAN R. Quality of life and empowerment among women. **J Educ Health Promot**. [S.L.], v. 11, n. 1, p. 185, 2022.

LAHELMA, E. Unemployment and Mental Well-Being: elaboration of the relationship. **International Journal of Health Services**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 261-274, abr. 1992.

LARANJEIRA, O. P. DRATCU, L.; ALMEIDA, O. P. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

LEWIS, T.; JOYCE, P. R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. **Acta PsychiatricaScandinavica**, [S.L.], v. 82, n. 2, p. 130-135, ago. 1990.

LIMA, F. Vidas Pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. *In*: PEREIRA, M. O; PASSOS, R. G. **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017. p. 70- 85.

LIMA, M. S.; BERIA, J. U.; TOMASI, E.; CONCEICAO, A. T.; MARI, J. J. Stressful Life Events and Minor Psychiatric Disorders: an estimate of the population attributable fraction in a brazilian community-based study. **The International Journal of Psychiatry In Medicine**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 211-222, jun. 1996.

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

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S.L.], v. 38, n. 9, p. 485-489, set. 2003.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S.L.], v. 40, n. 8, p. 622-627, ago. 2005.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 213-221, abr. 2002.

MACRAN, S. **Aprimoramento ou sobrecarga de papéis?: uma revisão da pesquisa sobre as consequências para a saúde do trabalho doméstico e remunerado das mulheres**. Londres: Centro de Estudos Populacionais; Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, 1993. 27p.

MARTINS, B. A. Mapeando sentidos: a construção da autonomia na reforma em saúde mental brasileira. *In*: PASSOS, R. G; COSTA, R. A; SILVA, F.G. **Saúde Mental e os desafios atuais da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 15-38.

MELTZER, H.; GILL, B.; PETTICREW, M.; HINDS, K. **OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 1: the prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households**. HMSO: London, 1995.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.

NUNES-REIS, A. R., DA LUZ, R. A., DE DEUS, J. M., MARTINEZ, E. Z., CONDE, D. M. Association of religiosity with mental health and quality of life in women with chronic pelvic pain. **International journal of psychiatry in medicine**, v. 55, n.6, p. 408-420, 2020.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 1, p. 167-178, nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: Uma perspectiva global. Genebra, Suíça: Autor. 2009.

OYFFE, I.; KURS, R.; GELKOPF, M.; MELAMED, Y.; BLEICH, A. Revolving-door Patients in Public Psychiatric Hospital in Israel: cross sectional study. **Croatian Medical Journal**, [S.L.], v. 50, n. 6, p. 575-582, dez. 2009.

PARENTE, C. J. S.; MENDES, L. P. F.; SOUZA, C. N. S.; SILVA, D. K. M.; SILVA, J. C.; PARENTE, A. C. B. V.; PARENTE, A. C. M. O fenômeno de revolvingdoor em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v.11, n. 4, p. 381-386, out./dez. 2007.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDERMIR, A.; TODD, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 49, n. 11, p. 1461-1471, dez. 1999.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 31-36, jul. 2010.

PEREIRA, M. O. **Mulheres e reforma psiquiátrica brasileira**: experiências e agir político. 2019. 537 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

POUPART, J., DESLAURIERS, J.-P., GROULX, L.-H., LAPERRIÈRE, A., MAYER, R., PIRES, A. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: EditoraVozes, 2008.

POWER, C.; MANNOR, O.; FOX, J. **Health and class**: the early years. London: Chapman and Hall, 1991. 216p.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B, C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011.

ROCHA, H. A.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; MELO, A. P. S.; CHERCHIGLIA, M. L. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 55, p. 14-16, abr. 2021.

ROCHA, K.; PÉREZ, K.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; OBIOLS, J. E.; BORRELL, C. Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, [S.L.], v. 47, n. 10, p. 1675-1684, 25 jan. 2012.

RODGERS, B. Socio-economic status, employment and neurosis. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Germany, v. 26, n. 3, p. 104-114, 1991.

ROJAS, G., ARAYA, R., LEWIS, G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. **Social Science & Medicine**, England, v. 60, n. 8, p.1.693-1.703, 2005.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. 401p.

ROSENFELD, S. The Effects of Women's Employment: personal control and sex differences in mental health. **Journal of Health And Social Behavior**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 77, mar. 1989.

RYU S.; FAN L. The Relationship Between Financial Worries and Psychological Distress Among U.S. Adults. **J Fam Econ Issues**, v.44, n.1, p.16-33, 2023.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compendio de psiquiatria**. São Paulo: Artmed; 2007.

SAGAYADEVAN V, LEE SP, ONG C, ABDIN E, CHONG SA, SUBRAMANIAM M. Quality of Life across Mental Disorders in Psychiatric Outpatients. **Ann Acad Med Singap**, v.47, n.7, p.243-252, jul. 2018.

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

SANTANA, V. Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health?. **International Journal Of Epidemiology**, England, v. 26, n. 6, p. 1236-1242, dez. 1997.

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

SANTOS, R. **Estudo das reinternações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. ACOLHIMENTO NO CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 966, 29 ago. 2012.

SILVEIRA, L. H. C.; ROCHA, C. M. F.; ROCHA, K. B.; ZANARDO, G. L. P. O outro lado da porta giratória: apoio comunitário e saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 2, p. 325, set. 2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**

Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

SKEVINGTON, S. M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K. A.; WHOQOL GROUP. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. **Qual Life Res**, v. 13, n.2, p.299-310, 2004.

SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. **Journal of Epidemiology & Community Health**, [S.L.], v. 52, n. 10, p. 608-611, out. 1998.

UCHOA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M. F. S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.11, n.3, p.115-128, 2002.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIRTANEN, P; LIUKKONEN, V; VAHTERA, J; KIVIMÄKI, M; KOSKENVUO, M. Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. **International Journal of Epidemiology**, [S.L.], v. 32, n. 6, p. 1015-1021, dez. 2003.

VORCARO, C. M. R.; COSTA, M. F. F. L.; BARRETO, S. M.; UCHOA, E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the bambuí study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.L.], v. 104, n. 4, p. 257-263, 7 jul. 2008.

WARR, P. **Work, unemployment and mental health.** Oxford: Clarendon Press, 1987. 328p.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. **Bmj**, [S.L.], v. 317, n. 7151, p. 115-119, 11 jul. 1998.

WHO. The world health report 2001. **Mental health: new understanding, new hope.** Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/268478/PMC2566704.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 jan. 2023.

WILKINSON, Barry. Culture, Institutions and Business in East Asia. **Organization Studies**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 421-447, maio, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey.** Geneva: WHO, 2014.

ZANARDO, G. L. P.; SILVEIRA, L. H. C.; ROCHA, C. M. F.; ROCHA, K. B. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da rede de atenção

psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 460-474, jul. 2017.

ZANARDO, G. L. P.; MORO, L. M.; FERREIRA, G. S.; ROCHA, K. B. Factors Associated with Psychiatric Readmissions: a systematic review. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 28, p. 1-10, 21 jun. 2018.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada “DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E REINTERNAÇÕES DE MULHERES EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO SANTO”, sob a responsabilidade de Professora Dra. Tassiane Cristina Morais.

1. Justificativa e objetivos: Prezada senhora, é de conhecimento que a qualidade de vida do indivíduo está relacionada com manutenção da saúde. Entretanto, é possível as sobrecargas das responsabilidades existentes na rotina da mulher aliada a questões sociais sejam um dos motivos que repercutem negativamente na qualidade de vida e favoreçam à reinternação hospitalar. Deste modo, pretende-se com esta pesquisa avaliar a relação entre a reinternação e os determinantes sociais as quais as mulheres em tratamento psiquiátrico estão expostas. Assim, para a realização do estudo será necessário responder um breve questionário. Estas informações serão utilizadas para ampliarmos o conhecimento sobre este importante tema. Realço que, caso a senhora não queira participar da pesquisa, você tem todo o direito de se recusar. Caso comece a pesquisa e depois deseje desistir, acataremos sua decisão sem qualquer problema, também estará garantida toda assistência prestada por esta unidade de saúde para você.

2. Procedimentos que serão utilizados e duração da pesquisa: A pesquisa será feita através de uma entrevista que abordará questões sobre qualidade de vida e saúde mental que será realizada no próprio hospital, após a alta médica, em ambiente seguro e confidencial. Também serão coletadas algumas informações sobre data da internação, idade, gênero, diagnóstico, medicamentos utilizados e data da alta, estas informações serão obtidas no prontuário médico. A duração prevista da pesquisa é de 1 ano, mas a entrevista acontecerá somente uma vez.

3 Desconfortos e riscos esperados: O desconforto ocasionado à senhora será pequeno, pode estar relacionado a eventual constrangimento durante a entrevista com o pesquisador. Mas, o eventual constrangimento será minimizado pela experiência do pesquisador e o seu compromisso de realizar esta etapa do estudo em local apropriado, garantindo total privacidade e confidencialidade das suas informações. Além do mais, nenhuma informação dos participantes do estudo será divulgada a terceiros e os dados serão vinculados apenas nos meios científicos apropriados mantendo total anonimato de sua identidade.

4 Benefícios que poderão ser obtidos: A participação no estudo não oferece nenhum benefício direto para a senhora, pois trata-se de estudo em desenvolvimento em que somente no final poderemos concluir a presença de algum benefício. Entretanto, acredita-se que o conhecimento através desta pesquisa científica proporcione resultados que possam ser utilizados como norteadores de Políticas Públicas voltados para melhorias na qualidade de vida das mulheres e na redução de hospitalização de mulheres para tratamento da saúde mental.

5 Acompanhamento e assistência: A senhora terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas. Haverá disponibilidade de assistência, por eventuais danos à saúde que sejam decorrentes da pesquisa. Caso seja detectado, algum problema de saúde previamente ao início da pesquisa, a senhora será encaminhada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento gratuito e imediato. Além do mais, se houver intercorrência de saúde decorrente da pesquisa, a senhora será atendida na Unidade de Saúde a qual a senhora

estava internada, segundo o critério de assistência da mesma. Se houver necessidade de atendimento de maior complexidade, a encaminharemos ao SUS. Os pesquisadores também prestarão toda a assistência necessária aos participantes da pesquisa.

6 Garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento: A senhora não é obrigada a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizada ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatada pelos pesquisadores

7 Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

8 Garantia de ressarcimento financeiro: A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes e não há nenhum procedimento que ocasionará custos. Toda a pesquisa será feita no âmbito hospitalar, portanto com cobertura total de toda e qualquer despesa referente à mesma durante este período. Mas, os pesquisadores realçam que em caso haja despesas tidas pelas participantes em razão da sua participação da pesquisa a mesma será ressarcida, ficando assim garantida às participantes o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, a senhora poderá contatar a pesquisadora TASSIANE CRISTINA MORAIS no telefone (27) 99728-5534, e-mail: tassiane.morais@emescam.br ou no endereço: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luíza-Vitória – ES – 29045-402.

Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde-EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luíza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Cachoeiro de Itapemirim, ___/___/2022.

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E REINTERNAÇÕES DE MULHERES EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO SANTO” eu, TASSIANE CRISTINA MORAIS, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil,2012).

Pesquisador (a)

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A) Informações Sociodemográficas

- 1) Idade (em anos)
- 2) Raça/Cor
- 3) Estado Civil
- 4) Escolaridade
- 5) Tabagismo
- 6) Município de residência
- 7) Profissão

B) Variáveis qualitativas

- 1) No seu dia a dia quais seriam as condições que poderiam contribuir para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde mental?
- 2) Quando você tem algum problema relacionado a sua saúde mental, onde é que você procura atendimento?
- 3) Qual seria, na sua opinião, o motivo principal que levou a necessidade da sua reinternação?
- 4) Existe diferença de se internar pela primeira vez e outras vezes? Qual seria esta diferença?
- 5) Antes dessa reinternação, a senhora estava fazendo algum tratamento médico ou uso de algum medicamento prescrito?
- 6) Hoje qual seria o seu maior desejo?

C) Instrumento abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-bref. OMS

Continua

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|----|---|----------------------------|----------------------|---|--------------------|--------------------------|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem insatisfeito o nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Instrumento abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-bref. OMS

Conclusão

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|----|---|---------------------------|----------------------|--|-----------------------------|-------------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | nunca | algumas vezes | freqüentemente | muito freqüentemente | sempre |
| 26 | Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 3

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E REINTERNAÇÕES DE MULHERES EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: TASSIANE CRISTINA MORAIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57700422.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.442.006

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Determinantes sociais da saúde e reinternações de mulheres em hospital psiquiátrico do Espírito Santo".

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quali-quantitativa, a ser realizado com 20 mulheres que se encontram em alta hospitalar autorizada pelo médico assistente e com histórico de reinternação no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC). A coleta de dados ocorrerá por meio de análise de prontuários e entrevista, no período de junho a agosto de 2022.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a relação entre a reinternação e os determinantes sociais aos quais estão expostas as mulheres em tratamento em um Centro de Atendimento Psiquiátrico.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as pacientes segundo gênero, idade, escolaridade e condições sócio-demográficas;

- Analisar a influência de hábitos comportamentais como práticas de atividade física, consumo de álcool, convívio social e determinantes sociais;
- Descrever o quadro clínico da paciente segundo diagnóstico e medicamentos utilizados;

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.442.006

- Descrever a mediana do tempo de internação e número de reinternações;
- Analisar as percepções da paciente no que tange os fatores associados ao processo de adoecimento, internação e reinternação;
- Descrever a qualidade de vida das mulheres reinternadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que a pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes que serão minimizados com o compromisso da confidencialidade e anonimato das pacientes e pela realização da entrevista em local apropriado que garanta a privacidade das pacientes.

BENEFÍCIOS:

De acordo com a pesquisadora, a pesquisa não trará benefícios diretos às participantes. Contudo, afirma que os benefícios estão ligados à compreensão e identificação dos fatores associados ao processo de adoecimento e reinternação das mulheres a partir do olhar e "da realidade de quem viveu a experiência". Enfatiza que o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e saúde poderão fundamentar políticas e programas voltados à mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e relevante.

O TCLE apresentado contém todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, conforme recomendado no parecer substanciado do CEP nº 5.370.434 e em atendimento às normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de rosto assinada pela Coordenadora de Pesquisa da Emescam e Iniciação Científica da Emescam.
- Carta de anuência com parecer favorável do Grupo Técnico de Pesquisa/ICEPI e assinada pela Diretora Geral do CAPAAC.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.442.006

- Projeto de pesquisa e PB – Informações Básicas do Projeto com orçamento adequado.
- TCLE e cronograma adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1922585.pdf | 09/05/2022 16:32:25 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 09/05/2022 16:23:35 | TASSIANE CRISTINA MORAIS | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 09/04/2022 23:16:59 | TASSIANE CRISTINA MORAIS | Aceito |
| Outros | ROTEIROENTREVISTA.pdf | 09/04/2022 23:13:36 | TASSIANE CRISTINA MORAIS | Aceito |
| Outros | ANUENCIA.pdf | 09/04/2022 23:13:07 | TASSIANE CRISTINA MORAIS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.pdf | 09/04/2022 23:12:13 | TASSIANE CRISTINA MORAIS | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.442.006

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 31 de Maio de 2022

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br