

Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na atenção primária de saúde

Social factors associated with mental disorders with risk situations in the primary health care

Bruno Lopes da Costa Drummond^I, Antônio Leite Alves Radicchi^{II}, Eliane Costa Dias Gontijo^{II}

RESUMO: *Objetivo:* Avaliar portadores de transtornos mentais com e sem situações de risco, atendidos nas unidades de atenção primária de saúde (APS). *Método:* Estudo transversal realizado em delineamento transversal em amostra de 240 pacientes, residentes em região de elevada vulnerabilidade social em Belo Horizonte. A variável resposta foi transtornos mentais com situação de risco (TM-CR). As variáveis explicativas foram sexo, idade, estado civil, alfabetização, escolaridade, vínculo trabalhista, benefícios sociais, renda per capita. Aplicaram-se os instrumentos de Berkman & Syme (rede social) e Sherbourne & Stewart (apoio social) adaptados para o Brasil. Empregou-se o teste χ^2 de Pearson e regressão logística binária na análise ajustada. *Resultados:* Os fatores que permaneceram associados aos TM-CR foram gênero masculino (OR = 3,62; IC95%:1,84 – 7,09), ter somente “até um parente confidente” (OR = 2,53; IC95%:1,18 – 5,42); “não conseguir retornar para casa” quando sai do espaço onde vive (OR = 3,49; IC95%:1,40 – 8,71). A redução na dimensão afetiva da escala do *Medical Outcomes Study* (MOS) aumenta a chance de TM-CR. *Conclusões:* A disponibilidade e acesso à rede e apoio social são menores para os pacientes com TM-CR e necessitam ser fortalecida para a promoção de autonomia e cidadania dos usuários. Conclui-se que existe uma necessidade de políticas públicas, para aumento do número de equipamentos da rede social e projetos de apoio social, com incentivo à participação das famílias.

Palavras-chave: Rede social. Apoio social. Transtornos mentais. Atenção primária à saúde. Condições de vida. Determinantes Sociais da Saúde.

^IRede Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Bruno Lopes da Costa Drummond. Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Rua Domingos Vieira, 273, sala 905, Santa Efigênia, CEP: 30150-240, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: brunolcdru@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To evaluate patients with mental disorders, with or without risk situations, treated at primary health care (PHC) units. *Method:* A cross-sectional study was performed in samples of 240 patients living in a region of high social vulnerability in Belo Horizonte. The response variable was mental disorders with risk situations (MD-WR). The explanatory variables were gender, age, marital status, literacy, education, employment, social benefits and per capita income. Instruments from Berkman and Syme (social network), Sherbourne and Stewart (social support), adapted for Brazil, were applied. Pearson's χ^2 test and binary logistic regression were used for the adjusted analyzes. *Results:* The factors associated with MD-WR were being male (OR = 3.62; 95%CI 1.84 – 7.09); having “up to one confident relative” only (OR = 2.53; 95%CI 1.18 – 5.42); being “not able to return home” when away from their living area (OR = 3.49; 95%CI 1.40 – 8.71). The reduction in the affective dimension of the Medical Outcomes Study (MOS) scale increases the chance of MD-WR. *Conclusion:* The availability and access to social and support networks are lower for patients with MD-WR and need to be strengthened to promote autonomy and citizenship among its users. We conclude that there is the need of public policies to increase the availability of social networking equipment and social support projects, encouraging the participation of families. *Keywords:* Social networking. Social support. Mental disorders. Primary health care. Life conditions. Social Determinants of Health.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais graves, prioridade para a política pública de saúde mental, em sua maioria, são caracterizados por apresentarem situações de risco, que marcam sua gravidade clínica. Os fatores sociais são importantes na evolução dos casos e interferem diretamente no cotidiano dos pacientes, dificultando e até impedindo a realização de suas atividades diárias. Nesse sentido, os fatores sociais condicionam a abordagem dos transtornos mentais e torna-se necessário avaliá-los para otimizar o cuidado prestado.

Na literatura científica, os casos graves recebem diversas denominações: “perturbações comuns que causam grave incapacidade”; “portadores de enfermidades mentais severas”; “casos graves de sofrimento mental”; “transtornos mentais maiores”; “transtornos mentais severos”; “crônicos”; porém as mais usuais são Transtornos Mentais Graves (TMG) ou Transtornos Mentais Severos e Persistentes (TMSP).

A definição de TMG mais aceita é a proposta pelo grupo americano do Instituto Nacional de Saúde Mental (1987), composta por uma tríade: diagnóstico (psicose não orgânica e transtorno da personalidade); duração (superior a dois anos); incapacidade (moderada ou severa, medida pela Escala Global de Avaliação – GAF). Entretanto, não

há consenso e existe importante querela quanto aos diagnósticos a serem incluídos, tanto quanto ao grau da incapacidade e principalmente quanto à duração da doença.

Artigo de revisão de Schinnar et al.¹, 1990, mostra 17 definições TMSP, ao longo dos anos 1972/87, o que leva à grande variação nas taxas de prevalência (4 a 88%), conforme critério utilizado. Em 2000, Rugeri et al.², identificaram que definições para TMSP são pouco consistentes e não operacionais. E concluíram que, entre os pacientes com TMSP, 40% não são psicóticos.

Os cadernos da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria³, 2002, também alertam para a baixa consistência, em alguns estudos, na hora de aplicar na prática os critérios de definição de transtornos mentais severos. Em 2006, Parabiaghi et al.⁴, comparando grupos, concluem que “usar a definição de TMSP parece ser mais informativo que o diagnóstico de psicose” para identificar pessoas com altos níveis de carga da doença mental. Os autores comentam sobre reconhecer o TMSP como uma categoria interdiagnóstica e não como um grupo. Há ainda estudos britânicos⁵ que incluem o diagnóstico de neuroses graves na definição para operar o conceito de TMS.

No Brasil, Cavalcanti et al.⁶, 2009, aponta que não há consenso na literatura sobre a definição de TMSP. No entanto, as portarias do Ministério da Saúde classificam pacientes com TMSP como elegíveis para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo, Malmgren et al.⁷, 2010, no *Jornal Internacional de Direito e Psiquiatria*, o termo “transtorno mental severo” deve ser liberado de seu papel decisivo no processo médico legal, devido à ambiguidade do conceito e falta de validade científica.

Tal imprecisão conceitual gera diversas definições de TMG, por vezes pouco consistentes e não operacionais, além de imprecisão de categoria interdiagnóstica. Esses fatos produzem:

- diversas nomenclaturas;
- ausência de uniformidade entre os CIDs incluídos no conjunto de TMG em documentos oficiais da política pública de saúde mental;
- não inclusão no planejamento, dependendo da definição, dos transtornos neuróticos graves;
- limitações para estudos de base populacional, devido à ausência de questionários que definam a variável resposta: TMG.

A importância de estudar essa população reside em sua evolução prolongada, às vezes por toda uma vida, o que acarreta períodos constantes de incapacidade laborativa e até civil, repercutindo na dinâmica familiar. Para o sujeito acometido, a qualidade de vida fica limitada, o que pode produzir isolamento e exclusão social. Para manter o tratamento desses sujeitos, são necessárias ações intersetoriais e com pluralidade de profissionais da saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde⁸ estima que 5 milhões de pessoas necessitem de cuidados contínuos em saúde mental, em função de acometimentos como: psicoses, transtornos de humor graves, neuroses graves e retardo mental grave. A importância desse cuidado é ratificada pela Agência Nacional de Saúde (ANS)⁹, órgão regulador em Saúde Suplementar no Brasil. A ANS não inclui o diagnóstico de neuroses graves

no grupo de TMG; somente as psicoses funcionais, como: esquizofrenias, transtornos esquizotípicos, delirantes e transtornos de humor graves.

Os TMG produzem pronunciado impacto econômico nas sociedades, incluindo o custo do tratamento e dos serviços devido ao sofrimento psíquico prolongado; representando expressivos anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI), sendo que a componente incapacidade neuropsiquiátrica da carga global de doenças (CGD) responde por quase um terço de todos os anos vividos com incapacidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰.

Diante dessa lacuna conceitual, o estudo baseou-se nas situações de risco e prioridades da política de saúde mental para pesquisar os casos graves. A intenção não é definir os TMG pelas situações de risco, mas buscar recursos que permitam agregar os casos graves na atenção primária de saúde (APS). As situações de risco, além de indicadores da vulnerabilidade e gravidade do caso, possibilitam identificar aqueles que necessitam de reabilitação, reinserção e inclusão social, em contraponto à valorização de dimensões como: “diagnóstico”, “duração da doença” e “grau da incapacidade”.

Tais exemplos de prioridades da política de saúde mental e situações de risco estão articulados nos documentos “Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”¹¹, 2001, e “Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários”¹², 2003, como sendo, entre outras, “egressos de hospitais psiquiátricos; população em situação de rua; tentativa de suicídio; pacientes atendidos nos CAPS”.

Outra prioridade como a do “louco infrator”, acompanhado pelo centro de atenção psicossocial (CAPS) e na APS em parcerias com o programa de atenção integral ao paciente judiciário (PAI-PJ/MG) é descrita em documentos “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil”, 2005, e “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção”¹³, Gestão 2003-2006. Nesse último documento, seguindo orientação do documento “Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança”, 2002, da OMS. Há também a priorização expressa de tratamento da epilepsia, doença eminentemente neurológica, na APS, devido à situação de risco e de estigmatização.

Embora a urgência seja responsabilidade de serviços como o CAPS, a manutenção e estabilização do paciente ainda em crise (que poderia estar internado) é realizado em parceria na APS, fato determinado pelo documento “Política de Saúde Mental de Belo Horizonte”¹⁴, de 2006, que prioriza como público-alvo “os egressos de hospitais psiquiátricos e os que, num passado recente, potencialmente poderiam estar internados”. Assim, o estudo foi orientado pelas prioridades e situações de risco preconizadas em documentos oficiais da política pública de saúde mental no Brasil, separadas em tabela após demarcar a temporalidade dos eventos para maior precisão (Quadro 1).

Com a referência nessas situações de risco, foi possível identificar dois grupos de pacientes atendidos rotineiramente em Unidades Básicas de Saúde: 1º) Transtornos Mentais com Situações de Risco (TM-CR): presença de uma ou mais situações de risco e 2º) Transtornos Mentais (TM-SR): sem situações de risco.

Procurou-se compará-los em relação ao acesso à rede e apoio social entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)¹⁵, elaborados pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Essa comissão escolheu o modelo Dahlgren e Whitehead em suas incidências: proximal (vinculados aos estilos de vida), intermediária (relacionados às condições de vida, trabalho, rede e apoio sociais) e distal (referentes à macroestrutura socioeconômica, cultural e ambiental).

A importância da rede e apoio social é tal que consistente estudo¹⁶ 1979 confirmou que pessoas sem laços sociais tiveram maiores chances de falecer no período de seguimento do que aquelas com maiores laços, e que a associação entre laços sociais e mortalidade foi independente do Estado de autopercepção da saúde e práticas como fumar, beber, obesidade.

Há também outro estudo¹⁷ sobre a validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS), conduzido no Rio de Janeiro, 2005, confirmando que indivíduos menos solitários, com relato mais frequente de atividades sociais em grupo e sem suspeição para Transtorno Mental Comum (TMC), teriam maior percepção de apoio social. Nesse estudo, cujos conceitos foram utilizados aqui, define-se rede social como: “grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida” e apoio social como: “recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo: apoio emocional, material, afetivo)”.

Por fim, os estudos disponíveis sugerem uma relação inversa entre a presença de rede, apoio social e a presença e/ou aumento de sintomas psíquicos. Esta pesquisa levanta a hipótese de que a disponibilidade de fatores sociais (principalmente rede e apoio) é menor para TM-CR do que para TM-SR, portanto busca avaliar sua importância em portadores de TM-CR, na APS.

Quadro 1. Descrição das situações de risco, conforme diretrizes da política de saúde mental no Brasil, 2010.

I	Internação em hospital psiquiátrico por mais de 15 dias, nos últimos 5 anos.
II	Passagem por serviço de urgência (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), com hospitalidade integral (dia/noite) por mais de 5 dias, nos últimos 3 anos.
III	Protocolo de questões jurídicas (criminal ou cível) relacionadas à condição psíquica.
IV	Comorbidades neurológicas (por exemplo: epilepsia e outras) confirmadas pelo especialista.
V	Paciente em crise (urgência) que requer uso injetável de neuroléptico de ação prolongada (NAP), por mais de 4 meses seguidos, nos últimos 2 anos.
VI	Ato contra o próprio corpo, expresso ou não, com a intenção de interromper a vida.
VII	Morador em situação de rua, relacionada à condição psíquica, confirmada pelos profissionais responsáveis.

Fonte: referenciados e adaptados de documentos oficiais da política de saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de estudo comparativo de fatores sociais em portadores de transtornos mentais que apresentam ou não situações de risco, conforme prioridades da política de saúde mental.

Participaram 240 pacientes, com idade igual ou superior a 15 anos, incluídos na amostra de acordo com os seguintes critérios: ser atendido pela saúde mental, no período de julho de 2006 a dezembro de 2008, em uma de quatro Unidade Básica de Saúde (UBS), da região denominada Aglomerado da Serra, em Belo Horizonte; estar residindo em área de referência das Unidades de Saúde com índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) de “risco muito elevado”¹⁸; procurar o serviço de saúde mental por demanda espontânea ou encaminhamento pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), hospitais psiquiátricos, CAPS e poder judiciário.

O cálculo amostral foi baseado na prevalência de transtorno mental comum de aproximadamente 30% no grupo com apoio social alto e de 50% no grupo com apoio social baixo e utilizando-se os seguintes parâmetros: nível de significância de 95%; poder de detecção da amostra de 80%; razão de dois (2) TM-SR para cada TM-CR e *Odds Ratio* esperado (entre 2,0 e 2,2). Considerando o menor valor de amostra calculado ($n = 228$) e um percentual de 5% de perdas, a amostra ficou composta por 240 pessoas.

Aplicou-se procedimento de Amostra estratificada proporcional à representação de cada UBS no total da população atendida nas quatro UBS no período de 1º de julho de 2006 a 31 de dezembro de 2008. Após o cálculo da amostra, foram sorteados em cada UBS os pacientes com TM-CR e TM-SR. Os participantes foram entrevistados por seis agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais com atuação nas unidades e indicados pelas respectivas gerências. Os entrevistadores foram treinados, pelo primeiro autor, durante duas semanas, com leitura e simulação da aplicação dos instrumentos.

As informações sobre apoio social foram coletadas pelo Instrumento elaborado por Sherbourne & Stewart, 1991, para o MOS, que é uma escala likert de cinco pontos composta por 19 itens e cinco dimensões de apoio: material, emocional, interação social positiva, informação, afetivo. Para as informações sobre rede social, foi utilizado o instrumento elaborado por Berkman & Syme, 1979, composto por 5 itens: perguntas sobre o número de parentes e amigos, participações em atividades esportivas, comunitárias, trabalho voluntário. Respostas positivas encaminham para escalas de cinco pontos.

Ambos os instrumentos foram avaliados e validados no Brasil pelo Grupo de Pesquisa Pró-Saúde (RJ): Determinantes Sociais da Saúde e Doença¹⁹.

Nas entrevistas, foram coletadas variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil, alfabetização, escolaridade, vínculo trabalhista, benefícios sociais, renda per capita; e variáveis sobre determinantes sociais, como estilo de vida (atividade cotidiana prevalente, hábitos domésticos, alimentares, atividades manuais, relação com fumo e álcool) e condições de vida (capacidade de transitar no e fora do local de residência e segurança). Para garantir que não houve mistura dos grupos, no período entre a identificação da presença ou não de situações de risco até o momento das entrevistas, todos os sujeitos classificados como TM-SR foram reavaliados.

Para variáveis categóricas, foram feitas distribuições de frequências e, para variáveis contínuas, foram feitas medidas de tendência central e variabilidade.

Também foram avaliadas conjuntamente as dimensões afetiva e interação social positiva, emocional e informação, por serem assim consideradas na validação da escala no Brasil. Os escores foram padronizados segundo o número de perguntas que fazem parte de cada dimensão; a soma de pontos obtidos em cada uma das dimensões foi dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100.

Para comparação entre os grupos, inicialmente foi realizada análise univariada, sendo que para variáveis categóricas foi feito teste χ^2 de Pearson ou o teste exato de Fisher, e estimada a *Odds Ratio*, com IC95%. Para variáveis contínuas, foi feito teste não paramétrico de Mann-Whitney. O controle de possíveis fatores de confusão foi feito pela análise de regressão logística binária. Para entrada das variáveis predictoras no modelo logístico, utilizou-se o valor de $p = 0,20$ e, para permanência, 5% de significância. O ajuste do modelo foi avaliado pelo teste de Hosmer/Lemeshow. Em todas as análises, foi considerado o nível de 5% de significância. Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob os respectivos pareceres n° 0227.0.203.203-09A e ETIC 0227.0.410.203-09. Os participantes, depois de informados, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dentre as 240 pessoas, houve 11 recusas e foram entrevistadas 229, sendo 76,4% mulheres. A idade média foi 45,6 anos e mediana de 45, sem diferenças entre os grupos. A maioria não tem parceiro (55%). O índice de analfabetos é de 43,3%, com mediana de tempo de estudo de 4 anos. A média de tempo de trabalho foi de 8,3 anos, sendo que 39,8% não recebem nenhum tipo de benefício social e 14,3% recebem aposentadoria por invalidez. A média da renda *per capita* (reais) foi de 0,4 a três salários mínimos nacionais/mês, com mínimo de 0 e máximo de R\$ 1.395,00. Observa-se maior percentual de homens entre os portadores de TM-CR (37%) do que naqueles com TM-SR (17%), e o inverso ocorre com as mulheres.

As variáveis sociodemográficas indicam que ser do sexo masculino aumenta três vezes a chance de TM-CR e que pessoas com TM-CR têm em torno de duas vezes mais chance de serem analfabetas e aposentadas por invalidez (Tabela 1).

No estilo de vida: algumas variáveis analisadas, como número de pessoas na moradia, hábitos domésticos, alimentares e habilidades manuais, não apresentaram associações significativas. Entretanto, para os TM-CR, na variável “atividade cotidiana prevalente”, há três categorias significativas ($p = 0,001$): 1ª) menor chance de “fazer alguma atividade

fora de casa”, 2ª) menor chance de “trabalhar fichado” e 3ª) maior chance de “ficar andando na rua, sem fazer nada”. Há, ainda, valor limítrofe de significância estatística para uso de bebidas alcoólicas.

Nas condições de vida: variáveis relacionadas à segurança para morar, viver e transitar na vila não apresentaram associações significativas. No entanto, os TM-CR apresentam uma chance maior de “não conseguirem retornar para casa sozinhos quando saem da vila” e há ainda um valor limítrofe de significância estatística para a variável “quando sai da vila, não conseguir ir sozinho aonde precisa” (Tabela 2).

Na rede social: variáveis analisadas, como amigos confidentes, participações em atividades esportivas, artísticas, reuniões, trabalho voluntário e conhecimento da rede social local, não apresentaram associações significativas. Entretanto, a variável “parentes confidentes”, por apresentar $p = 0,202$, foi incluída no modelo multivariado.

No apoio social: a percepção da melhora da saúde e a participação da família no tratamento não apresentaram associação significativa. Entretanto, das cinco dimensões avaliadas pela escala do MOS, os TM-CR apresentam redução estatisticamente significativa na dimensão afetiva e um valor limítrofe na dimensão conjugada afetiva + interação social positiva (Tabela 3).

A análise confirma que ser homem aumenta quase quatro vezes a chance de TM-CR. Os portadores de TM-CR apresentam chance maior que três vezes de “não conseguirem retornar para casa quando saem da vila” e importante carência em rede social, com maior chance de ter somente “até um parente confidente”, e em apoio social, com maior chance da redução dos escores na dimensão afetiva (Tabela 4).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas para transtornos mentais com situação de risco e transtornos mentais sem situação de risco. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008 – 2010.

Variável	TM-SR	TM-CR	Valor p	OR [IC95%]
	n (%)	n (%)		
Sexo				
Masculino	25 (16,7)	29 (36,7)	0,001*	2,90 [1,55 – 5,43]
Feminino	125 (83,3)	50 (63,3)		1,00
Alfabetização				
Sabe ler, escrever e fazer contas	84 (63,2)	34 (45,3)	0,013*	1,00
Sabe um ou dois dos itens acima	49 (36,8)	41 (54,7)		2,07 [1,16 – 3,67]
Benefícios sociais				
Nenhum	51 (37,2)	33 (44,6)	0,297*	0,74 [0,41 – 1,31]
Aposentadoria por invalidez	14 (10,7)	15 (20,8)	0,018*	2,27 [1,03 – 4,99]

*Teste χ^2 de Pearson. TM-SR: transtornos mentais sem situação de risco; TM-CR: transtornos mentais com situação de risco; OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

A redução na dimensão afetiva na escala MOS está associada a um aumento na chance de ser um caso de TM-CR. A redução de uma unidade na escala MOS aumenta a chance de ser um caso 1,015 vezes, podendo variar entre 1,001 e 1,030. Como essa relação é multiplicativa, pode-se afirmar que, com a redução de 10 unidades na dimensão afetiva da escala MOS, está associada a uma chance 10,15 vezes maior de ser um caso de TM-CR.

Tabela 2. Estilo e condições de vida para transtorno mental com situações de risco e Transtorno mental sem situações de risco. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008 – 2010.

Variável	TM-SR	TM-CR	Valor p	OR [IC95%]
	n (%)	n (%)		
Relação com álcool e fumo				
Fuma ou já fumou	61 (40,7)	41 (51,9)	0,104*	1,57 [0,91 – 2,72]
Usou ou usa bebida alcoólica	44 (29,5)	33 (41,8)	0,063*	1,71 [0,97 – 3,02]
Ao sair da vila, consegue ir sozinho onde precisa				
Sim	128 (85,9)	60 (75,9)	0,060*	1,00
Não	21 (14,1)	19 (24,1)		1,93 [0,97 – 3,86]
Ao sair da vila, consegue retornar a sua casa				
Sim	139 (92,7)	65 (82,3)	0,017*	1,00
Não	11 (7,3)	14 (17,7)		2,72 [1,17 – 6,32]

*Teste χ^2 de Pearson. TM-SR: transtornos mentais sem situação de risco; TM-CR: transtornos mentais com situação de risco; OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3. Apoio social para transtorno mental com situações de risco e transtorno mental sem situações de risco. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008 – 2010.

Variável	TM-SR		TM-CR		Valor p
	Média	Mediana	Média	Mediana	
1ª – afetivo	84,1	93,3	78,2	80,0	0,024**
2ª – emocional	67,6	65,0	67,7	65,0	0,940**
3ª – informação	72,4	75,0	68,7	65,0	0,103**
4ª – interação social positiva	58,0	55,0	54,1	50,0	0,244**
5ª – material	79,3	85,0	79,9	85,0	0,612**
Afetivo + interação social positiva	69,2	65,7	64,4	62,9	0,066**
Emocional + informação	70,0	67,5	68,2	67,5	0,421**

*Escala Likert; **teste de Mann-Whitney. TM-SR: transtornos mentais sem situação de risco; TM-CR: transtornos mentais com situação de risco.

Tabela 4. Modelo multivariado considerando como variável resposta a condição (transtorno mental com situações de risco/transtorno mental sem situações de risco). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008 – 2010.

Variável	Valor p	OR	IC95%
Sexo			
Feminino (referência)	< 0,001	1,00	
Masculino		3,62	[1,84 – 7,09]
Sai da vila e consegue retornar para casa			
Sim (referência)		1,00	
Não	0,007	3,49	[1,40 – 8,71]
Parentes confidentes			
Até um	0,017	2,53	[1,18 – 5,42]
Dois	0,259	1,69	[0,68 – 4,23]
Três ou mais (referência)		1,00	
Dimensão afetiva (redução de uma unidade no escore)	0,042	1,015	[1,001 – 1,030]

Ajuste do modelo Hosmer & Lemeshow (valor p = 0,680). OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Há carência de estudos sobre o atendimento de casos graves de saúde mental na APS, especialmente aqueles que contemplem, além das estratégias para atenuar a incapacidade gerada pela doença, os fatores sociais condicionantes dos transtornos. Por outro lado, a falta de consenso sobre a definição de Transtornos Mentais Graves dificulta a condução de trabalhos que contribuam tanto para o planejamento da assistência, como para as garantias de direitos e cidadania.

O esforço do presente estudo foi lançar luz sobre a importância dos fatores sociais nos casos de transtornos mentais atendidos na Atenção Primária. A ausência de critérios diagnósticos precisos para a definição de TMG poderia ser uma limitação. Entretanto, a estratégia de utilizar as definições encontradas em documentos oficiais que definem as políticas públicas para a área e a utilização de situações de risco, põe em evidência a gravidade clínica destes casos.

Tem sido demonstrado na literatura o fato de que as mulheres apresentam maior associação com Transtorno Mental²⁰ e que há maior prevalência de homens com TMG (principalmente esquizofrenia), tanto na atenção primária²¹ de saúde como nas internações em hospitais psiquiátricos²². Este estudo demonstra que há, na atenção primária, associação importante entre ser homem e apresentar TM-CR.

O analfabetismo (54,7%) e a aposentadoria por invalidez apresentam importante associação com TM-CR. É possível que tal constatação se deva à presença de situações de risco, como

internações, questões jurídicas, crises que repetidamente acabam por limitar o aprendizado e produzir incapacidade. Estudo de revisão afirma que a renda recebida pelos pacientes esquizofrênicos se mostra associada a uma melhor qualidade de vida²³. A aposentadoria por invalidez, nesse estudo, é fonte preciosa de renda em comparação com baixa cobertura de outros benefícios sociais, como escasso auxílio LOAS (1,4%) e do programa “de volta para casa” (0%) no grupo de TM-CR.

Em relação ao estilo de vida, o uso de bebidas alcoólicas pode agravar uma situação de risco devido à Síndrome Metabólica²⁴ e doses maiores de psicofármacos a que são submetidos pacientes com TM-CR. Nas condições de vida, há associação significativa de “não conseguirem retornar para casa” ao sair da localidade onde moram. Esse dado é importante para a integralidade da assistência na APS, pois se sabe que há necessidade de acesso a diversos serviços fora do espaço onde vivem essas pessoas. Deste modo, é preciso garantir o “ir e vir” desses sujeitos, com transporte e acompanhantes terapêuticos, para o acesso a equipamentos e redes sociais necessárias às estratégias de tratamento.

Este estudo demonstra ainda a fragilidade da rede social, com associação significativa entre ser um caso de TM-CR e ter somente até um parente confiante (62%). Fato atestado por estudo realizado em São Paulo, 2005, que alertou para a fragilidade das redes sociais de pessoas com TMG e a importância de incluir estratégias de ativação de redes sociais no contexto de projetos assistenciais²⁵. Esses dados informam sobre a escassa presença da família, muitas vezes também limitada, na ajuda com esses casos graves, que necessitam de acolhimento em sua cotidianidade.

Com relação ao apoio social, este estudo confirma que a redução na dimensão afetiva da escala MOS aumenta a chance de TM-CR. Portanto, há percepção, pelo entrevistado com TM-CR, de empobrecimento da dimensão afetiva na sua convivência com outras pessoas. O apoio social é “recursos postos à disposição por outras pessoas”, portanto fundamental para operar a rede social que é “grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém algum contato”. Com a fragilidade da dimensão afetiva do apoio social, os sujeitos com TM-CR podem encontrar-se em situação de isolamento social. Esse fato aponta a necessidade de maior treinamento e implicação das pessoas que convivem e das que conduzem o tratamento desses casos. As médias semelhantes, neste estudo, às que foram encontradas no MOS²⁶ (na escala da apoio social) para as dimensões afetiva e emocional/informação provavelmente, se devem à presença de doenças crônicas nos dois grupos.

Assim, constata-se que há maior chance de os homens com transtornos mentais apresentarem situações de risco, e portanto maior gravidade. Observou-se limitações na circulação fora do espaço onde vivem; restrição da relação de confiança estabelecida com somente um parente e redução da expressão de dimensões afetivas em suas relações pessoais. Essa situação confirma que a disponibilidade da rede e apoio social é menor para os portadores de TM-CR do que para os TM-SR e sugere a importância dos laços sociais em pacientes com transtorno mental.

CONCLUSÃO

A condução de pacientes com transtorno mental constitui historicamente um grande desafio, particularmente na atenção básica, o que motivou, na contemporaneidade, o esforço de elaboração de políticas públicas que contemplem a qualidade técnica e a humanização do cuidado.

Não necessariamente as questões de desagregação social são causas diretas do transtorno mental, entretanto a menor disponibilidade de acesso à rede e de apoio social contribuem de modo a complicar o contexto em que o sujeito vive, o que interfere diretamente na condução do seu tratamento.

O plano terapêutico para esses pacientes implica sua inclusão nos espaços sociais, identificação de recursos que permitam estabelecer ações intersetoriais de rede e apoio social (família, jurídica, assistência social, segurança, artes, esportes) e atendimento multiprofissional compartilhado com as equipes de saúde da família em clínica supervisionada pelas equipes de saúde mental. Essa abordagem integral deverá contribuir para a redução do gasto público e familiar, bem como para a redução na perda de anos por incapacidade, permitindo a qualificação da assistência e melhor qualidade de vida.

A atenção à saúde mental na ponta institucional revela que os sintomas estruturados durante a vida de um sujeito, alimentados por privação social e demonstrados em um evento limite, compõem a complexidade clínica e evidenciam a gravidade do sofrimento mental.

Devem-se redobrar os esforços de políticas públicas direcionadas a essas situações de risco no sentido de aprimorar e tornar mais eficiente o cuidado prestado na atenção primária, minimizando a exclusão social e promovendo autonomia e cidadania aos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147(12): 1602-8.
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149-55.
- Asociación Española de Neuropsiquiatria, Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo – Situación Actual y Recomendaciones, 2002, Cuadernos Técnicos 6. p. 5-8.
- Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community – based mental health service interventions. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41(6): 457-63.
- Slade M, Powell R, Strathdee G. Current Approaches to Identifying the Severely Mentally Ill. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiology* 1997; 32: 177-84.
- Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial- CAPS, Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 1): 23-8.
- Malmgren H, Radovic S, Thören H, Haglund B. A philosophical view on concepts in psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 2010; 33(2): 66-72.
- Ministério da Saúde do Brasil. Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 anos depois de Caracas. Nov. 2005. p. 42-44. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf. (Acessado em 13 de setembro de 2010).

9. Ribeiro, JM. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas. Documento Técnico da ANS, RJ, 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_09_JMendes_SaudeMental.pdf. (Acessado em 16 de maio de 2012).
 10. World Health Organization. The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, 2002, 1ª ed. p. 58-68. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acessado em 13 de setembro de 2010).
 11. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf. (Acessado em 13 de setembro de 2010).
 12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Básica, Saúde Mental e Atenção Básica. O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. (Acessado em 13 de setembro de 2010).
 13. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de Gestão, 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, 2007. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. (Acessado em 13 de setembro de 2010).
 14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte/MG, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_mental_BH_02-10.pdf. (Acessado em 13 de setembro de 2010).
 15. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.20-21.
 16. Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am Journal of Epidemiology* 1979; 109(2): 186-204.
 17. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de construto de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3): 703-14.
 18. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: territorialização e diagnóstico local. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2010. p. 16.
 19. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4): 887-96.
 20. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características socio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(3): 337-48.
 21. Santos DN, Modesto TN. Saúde Mental na Atenção Básica. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2007; 31(1): 19-24.
 22. Lyra da Silva JP, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(3): 505-11.
 23. Araújo de Souza L, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(1): 50-8.
 24. Rocha FL, Teixeira PJR. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais *Rev Psiq Clín* 2007; 34(1): 28-38.
 25. Gulinelli A, Ratto RLC, Menezes PR. O ajustamento social de pessoas com transtornos mentais graves em São Paulo, Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*, 2005; 27 (4): 309-14.
 26. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social support survey. *Social Science and Medicine* 1991; 32(6): 705-14.
- Recebido em: 23/05/2012**
Versão final apresentada em: 06/12/2012
Aprovado em: 12/06/2013