

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO AMBIENTE E SOCIEDADE

LORENA DA FONSECA FERREIRA

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES

MORRINHOS, 2022

LORENA DA FONSECA FERREIRA

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ambiente e Sociedade, da Universidade Estadual de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof. Dra. Débora de Jesus Pires

MORRINHOS, 2022

LORENA DA FONSECA FERREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ambiente e Sociedade, da Universidade Estadual de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Sociedade.

Morrinhos, ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Débora de Jesus Pires - Orientadora
Universidade Estadual de Goiás

Profª. Dra. Lilian Carla Carneiro – Membro Externo
Universidade Federal de Goiás

Profª. Dra. Isabela Jubé Wastowski – Membro Interno
Universidade Estadual de Goiás

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido saúde e sabedoria.

À Profa. Débora de Jesus Pires, pela oportunidade, pelo respeito, pelos ensinamentos e principalmente pela confiança e aprendizado ao longo dessa desafiadora jornada. Sua contribuição foi essencial para a realização dessa pesquisa.

Ao meu esposo Paulo, pelo amor, paciência, companheirismo, incentivo e toda ajuda para que essa dissertação fosse concluída.

Ao meu filho Vittorio, que dá um sentido especial ao viver, e apesar de pequenino compreendeu minhas ausências.

Aos meus pais, irmãos, cunhados e cunhadas, pelo incentivo.

Aos colegas do mestrado, que apesar da distância, devido a pandemia, se fizeram presentes quando necessário.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade (PPGAS) – UEG - Morrinhos, pelos ensinamentos.

Aos profissionais do CAPS – Itumbiara (GO), que dividiu comigo, seus conhecimentos e vivências na saúde mental.

Enfim, agradeço a todos que de forma direta ou indireta participaram na realização deste projeto.

“Agora, portanto, permanecem estas três coisas: a fé, a esperança e o amor. A maior delas, porém, é o amor.”

(1Cor. 13:13)

RESUMO

A reforma psiquiátrica teve como objetivo a reabilitação do paciente reintegrando-o a uma vida social. Para promover essa reabilitação temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que desenvolvem projetos terapêuticos utilizando, entre vários recursos disponíveis, as práticas integrativas e complementares (PIC's). Dentre as PIC's temos a fitoterapia, que é uma prática muito antiga que tem facilidade de acesso, menos efeitos adversos, menor toxicidade e custos, possui política própria e beneficia a produção da agricultura familiar. Nosso objetivo é verificar o perfil das internações por transtornos mentais no Brasil, e observar as PIC's mais utilizada para tratamentos, e enfatizar a fitoterapia utilizada no Brasil com autorização da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa). Para perfil das internações foi realizado um estudo descritivo e quantitativo, com busca de dados na base do DATASUS, e posteriormente comparados por testes estatístico. Houve uma redução nas internações por transtornos mentais e comportamentais, o maior número de internações acontece por esquizofrenia, nos Estados da região Sul e acometem homens entre 20 a 39 anos de idades. Verificou-se um aumento de CAPS no país, e também um aumento tanto na utilização, como na oferta de modalidade das PIC's. A Anvisa traz em sua lista, fitoterápicos autorizados para uso em transtornos mentais como: *Hypericum perforatum*, *Panax ginseng*, *Piper methysticum*, *Valeriana officinalis*, *Melissa officinalis* e *Passiflora edulis*. Alguns estudos já comprovaram a eficácia desses fitoterápicos, como sendo ansiolítico, sedativo e antidepressivo. Temos também algumas desvantagens como, pouco comprovação científica e a automedicação. É certo que mais estudos precisam ser efetuados, para uma maior disseminação de uso das PIC's.

Palavra-chave: transtornos mentais, reforma psiquiátrica, práticas integrativas, fitoterapia.

ABSTRACT

The psychiatric reform aimed to rehabilitate the patient by reintegrating him into a social life. To promote this rehabilitation, we have the Psychosocial Care Centers (CAPS) that develop therapeutic projects using, among various available resources, integrative and complementary practices (PIC's). Among the PIC's we have phytotherapy, which is a very old practice that has easy access, fewer adverse effects, less toxicity and costs, has its own policy and benefits the production of family farming. Our objective is to verify the profile of hospitalizations for mental disorders in Brazil, and to observe the PIC's most used for treatments, and to emphasize the phytotherapy used in Brazil with authorization from the Health Surveillance Agency (Anvisa). For the profile of hospitalizations, a descriptive and quantitative study was carried out, with a search for data in the DATASUS database, and later compared by statistical tests. There was a reduction in hospitalizations for mental and behavioral disorders, the highest number of hospitalizations is for schizophrenia in the southern states and affects men between 20 and 39 years of age. There was an increase in CAPS in the country, and also an increase in both the use and the offer of the PIC's modality. Anvisa brings in its list, herbal medicines authorized for use in mental disorders such as: *Hypericum perforatum*, *Panax ginseng*, *Piper methysticum*, *Valeriana officinalis*, *Melissa officinalis* and *Passiflora edulis*. Some studies have already proven the effectiveness of these herbal medicines, such as being anxiolytic, sedative and antidepressant. We also have some disadvantages such as little scientific evidence and self-medication. It is true that more studies need to be carried out, for a greater dissemination of the use of PICs.

Keywords: mental disorders, psychiatric reform, integrative practices, herbal medicine

LISTA DE ABREVIACÕES

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP - Amapá

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID – Classificação internacional de Doenças

CIPLAN: Comissão Interministerial de Planejamento

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CREMIC – Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar

HG – Hospital Geral

HMA – Hospital de Medicina Alternativa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAC – Medicina Integrativa e Complementar

MS – Ministério da Saúde

MT – Medicina Tradicional

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Prática Integrativa e Complementar

PNMNPC – Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares

PNPIC – Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar

PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RS – Rio Grande do Sul

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAI – Sistema Informação Ambulatorial

SBFTE – Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental

SUS – Sistema Único de Saúde

TM – Transtorno Mental

UA – Unidade de Acolhimento

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura que compõe os pontos de atendimento do RAPS, segundo dados do Ministério da Saúde (2019)	19
Figura 2 - Linha tempo para tentativas e regulamentação da PNPIC e acontecimentos pós aprovação	27
Figura 3 - Número de internações ocorridas no Brasil para tratamento de transtorno mental e comportamental em valores absolutos durante o período de 2008-2020	35
Figura 4 - Médias anuais de internações para tratamento de transtorno mental e comportamental, durante o período de 2008-2020, em porcentagem relativa ao tamanho populacional dos estados. Medianas acompanhadas de mesma letra não diferem estatisticamente (Dunn, $p < 0,05$)	37
Figura 5 - Média de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais por sexo no período de 2008-2020	38
Figura 6 - Médias de internações anuais para transtornos mentais e comportamentais por faixa etária, no período de 2008 a 2020. Medianas acompanhadas de mesma letra não diferem estatisticamente (Dunn, $p < 0,05$)	39
Figura 7 - Quantidade de Internações ocorridas no Brasil por transtorno mental e comportamental em valores absolutos, durante o período de 2008-2020	40
Figura 8 - Porcentagem de atendimentos em práticas integrativas e complementares em porcentagem relativa ao total de atendimento durante o período de 2008-2020 no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS)	52
Figura 9 - Mapa dos municípios brasileiros que ofertam PICs em 2019	54
Figura 10 - Porcentagem relativa de atendimentos de práticas integrativas e complementares durante o período de 2008-2020 no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS)	55
Figura 11 - Quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecem Práticas Integrativas e Complementares no Brasil	55
Figura 12 – Folhas, Flores e arbusto de <i>Hypericum perforatum</i>	66
Figura 13 – Raiz e arbusto de <i>Panax ginseng</i>	67
Figura 14 – Folhas, raiz e arbusto de <i>Piper methysticum</i> G. Forst	67
Figura 15 – Folhas e flores de <i>Valeriana officinalis</i>	68
Figura 16 – Folhas e arbusto de <i>Melissa officinalis</i> L	69
Figura 17 – Folhas, flores e frutos de <i>Passiflora edulis</i> Sims	70

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Especificações necessárias e estrutural do CAPS	46
Quadro 2 – Categorias profissionais que regulamentaram e autorizaram o uso das práticas integrativas e complementares	49
Quadro 3 – Sequência histórica contemplando as plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil	60
Tabela 1 - Lista de Medicamentos e Produtos Fitoterápicos para uso em transtornos mentais publicado pela ANVISA na Instrução normativa nº 02 de 13 maio de 2014	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
REFERENCIAL TEÓRICO	
a) SAÚDE MENTAL	13
b) CONTEXTO HISTÓRICO	15
c) TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS: CLASSIFICAÇÃO ...	21
d) HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA – O Holocausto na Psiquiatria – Brasil	22
e) POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	24
f) PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	28
g) CREMIC - Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar – GOIÁS	31
CAPÍTULO 1	
PERFIL DE INTERNAÇÕES : TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO BRASIL – 2008 a 2020	
INTRODUÇÃO	33
MATERIAL E MÉTODOS	34
RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
CAPÍTULO 2	
USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONTEXTO HISTÓRICO E PREVALÊNCIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – 2008 A 2020	
INTRODUÇÃO	43
Centro de Atenção Psicossocial	45
Exercício Profissional das Práticas Integrativas e Complementares nas Profissões de Saúde	49
MATERIAL E MÉTODOS	52
RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
CAPÍTULO 3	
FITOTERAPIA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
INTRODUÇÃO	57
MATERIAL E MÉTODOS	58
CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICAS PÚBLICAS	59
IMPORTÂNCIA E DIFICULDADES DA FITOTERAPIA	62
FITOTERÁPICOS PARA TRANSTORNO MENTAL – ANVISA	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

INTRODUÇÃO

O início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil foi no ano de 1978. É a partir deste movimento, que passa a apresentar e a estabelecer a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 2001 a aprovação da Lei 10.216, dispôs sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei trouxe ao paciente o direito de melhor tratamento no sistema de saúde; a reinserção na família, no trabalho e na comunidade; ser informada melhor a respeito da doença e a escolha de tratamento menos invasivo.

Para Ferreira *et al.* (2016) a reforma psiquiátrica estabeleceu ao longo de um período um novo conceito de instituição para indivíduos com transtornos mentais, acarretando uma grande melhoria na mudança do olhar da população para os indivíduos, até então, marginalizados. Percebeu que o maior objetivo é a reabilitação do paciente a uma vida social reintegrando-o e proporcionando tratamento apropriado.

Para atender essa necessidade a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088/2011, tendo como principais objetivos expandir o acesso à atenção psicossocial da população, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e/ou com excesso de álcool e outras drogas e os seus familiares garantindo a articulação e integração da rede, visando o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (SILVA; JÚNIOR; ARAÚJO, 2018; BRASIL, 2011).

Um componente de visibilidade na saúde mental que compõe o RAPS, é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que desenvolve projetos terapêuticos, retirando medicamentos possíveis, encaminhando e acompanhando usuários de residências terapêuticas, assistindo e sendo apoio para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os Estados membros elaborem políticas nacionais que incorporem práticas da medicina tradicional e complementar aos sistemas de saúde da Atenção Básica. Atendendo a essa recomendação o Brasil, em 2006, aprovou a Política Nacional de Práticas integrativas e complementar (PNPIC) objetivando a incorporação e implantação dessas práticas no SUS prevenindo agravos, e promovendo e

recuperando a saúde. As PIC compreendem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico, e a integração do ser humano com o meio em que vive (BRASIL, 2006).

Dentro das PIC's, destacamos a fitoterapia e plantas medicinais. Temos o Brasil como o país com a maior biodiversidade do mundo, e entre os elementos que à compõem estão as plantas que possuem diferentes potencias químicos, orgânicos e inorgânicos explorados pelo homem (ZAGO, 2018). Sabendo que toda planta medicinal possui propriedades específicas, existem as plantas que podem ser usadas nos transtornos mentais e comportamentais, como na depressão e ansiedade. Atualmente existem algumas plantas que já são usadas na ansiedade como a *Melissa officinalis* L. (erva-cidreira) e *Passiflora edulis* Sims (maracujá), pois agem no Sistema Nervoso Central com ação calmante (ANVISA, 2014).

Assim, pensando no cenário em que se encontra a saúde atualmente. Espera-se que este estudo possa contribuir e trazer compreensão do processo da Reforma Psiquiátrica e entender a importância que o CAPS tem na consolidação dessa reforma, sendo considerado uma unidade cuidadora e de cuidado. E também trazer entendimento e atender a uma necessidade que a população tem em buscar tratamentos alternativos, que possuem menor efeito colateral e baixo custo, que é o que as práticas integrativas e complementares, como fitoterapia, oferecem.

REFERENCIAL TEÓRICO

a) SAÚDE MENTAL

A saúde mental, física e social são características da vida que estão intimamente ligadas, mas são profundamente interdependentes. Quando o entendimento dessa relação cresce, fica cada vez mais evidente que a saúde mental é importante para o bem-estar geral dos indivíduos na sociedade. Infelizmente, na maior parte do mundo, a saúde mental não tem a mesma importância que a saúde física, e como resultado, o mundo está sofrendo cada vez mais com os transtornos mentais, e sem tratamentos adequados (WHO, 2001).

Saúde mental não se resume só em ausência de doença mental. É a consequência do desenvolvimento psicológico ao longo da vida. O bem-estar mental e social estão diretamente ligados ao nosso corpo e nossa mente, e se esses dois fatores não estiverem com saúde, as doenças físicas e mentais podem se apropriar. Em 2015, durante a Cúpula das Nações Unidas foram adotados 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), que são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima, e garantir que as pessoas,

possam desfrutar de paz e de prosperidade. A ODS 3 - Saúde e Bem-estar, vem para “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (BRASIL, 2015).

Transtorno mental é um distúrbio importante no pensamento, sentimentos ou comportamento de um indivíduo que reflete um problema de função mental. A carga dos transtornos mentais continua a crescer, com impactos significativos na saúde e importantes consequências sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo (WHO, 2021). Os transtornos mentais não psicóticos, nos quais não há perda de contato com a realidade, por exemplo depressão e ansiedade têm alta predominância na população mundial, provocam grandes aumentos nos custos sociais e prejuízos econômicos, pois ocasionam desqualificação e ausência no trabalho e aumentam o uso dos serviços de saúde (SANTOS; SENA; AGUIAR, 2017).

A Organização Pan-Americana de Saúde lançou um relatório com dados de 2017, que apontava o Brasil como o país com a maior predominância de transtornos de ansiedade das Américas: tais transtornos atingem 9,3% da população, o equivalente a 18,6 milhões de pessoas. Esse mesmo relatório mostrou que 76% dos Estados-Membros têm uma política ou plano separado para a saúde mental e 67% têm uma lei independente de saúde mental (OPAS,2018).

O início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil foi no ano de 1978. A partir deste movimento, que começaram a apresentar e a estabelecer denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL,2005).

A nova política de saúde mental no Brasil foi conquistada por meio da reforma psiquiátrica através da Lei 10.216 de 2001. Neste contexto, a assistência manicomial tinha o seu foco na doença, deixando de lado o sujeito como um todo. O auxílio aos pacientes com transtornos mentais no Brasil surgiu nos primeiros hospícios de forma completamente preconceituosa, apenas para retirar da sociedade os que eram considerados loucos. A reforma psiquiátrica é a decorrência de muito empenho, ela veio trazer aos pacientes psiquiátricos um tratamento adequado e acompanhamento por meio da desinstitucionalização. Aqui a desinstitucionalização vem como desconstrução de que os transtornos psíquicos podem ser resolvidos sem ter a necessidade de uma assistência especializada (HIRDES, 2009).

O resultado da reforma, foi o progresso na organização da rede de serviços psicossociais que apresenta papel fundamental no auxílio e na consolidação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A principal dificuldade enfrentada no cuidado psicossocial é aumentar o

acesso aos serviços de base comunitária. Entre estes serviços, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que são unidades exercendo serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional, realizam atendimento para tratamentos e reinserção de pessoas com transtorno mental grave e persistente, ou seja, são espaços para acolher pacientes com transtornos mentais em tratamento não-hospitalar (ASSIS et al., 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

b) CONTEXTO HISTÓRICO

Para a OMS (2013), saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, trabalha de forma produtiva, pode construir relações sociais, encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade e possui possibilidades de uma participação ativa na sociedade.

Na antiguidade, as culturas consideravam as doenças mentais, como um castigo dos deuses ou possessão por espíritos, e para a igreja, era necessário o exorcismo. Mas, Hipócrates (pai da medicina), começou a desmistificar que a doença era causada por maus espíritos, dando início à estudos sobre as doenças mentais. Com a propagação do cristianismo, a crença que os problemas psicológicos estavam associados a ira divina voltou. Na Renascença, em Valência – Espanha no ano de 1410, foram construídos os primeiros hospitais psiquiátricos, eles não eram restritos apenas a doentes mentais, mas a todos que queriam se esconder (OMS, 2018).

No livro a “Microfísica do Poder”, Michel Foucault (p.201), mostrou que existe uma correlação histórica da loucura:

“Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada e era essencialmente considerada uma forma de erro ou ilusão [...] na Idade Clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separado no caso de tomar formas extremas ou perigosas...” (Michel Foucault, 2017, p.201)

Para Foucault (2017), “ a loucura não era sistematicamente internada, era considerada essencialmente como uma forma de erro ou de ilusão. [...] momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre [...]se inscreve no eixo paixão–vontade–liberdade”. Ele contesta todos os métodos existentes na psiquiatria e tem finalidade de mudar, caracterização, visão, relação médico-paciente, todo o tratamento utilizado com o paciente “louco”, ele queria que o poder do médico sobre o paciente fosse extinguido.

Na metade do século XVIII com o decaimento da igreja e a ascensão dos racionalistas e diversas revoluções nos assuntos científicos, nasceu a Psiquiatria. O médico Phillippe Pinel, durante a Revolução Francesa, desenvolveu a tese de que era preciso acabar com os tratamentos “sub-humanos” e cuidar dos doentes mentais com tratamentos psicológicos mais gentis. No século XX, surgiu Freud com a teoria baseada no diálogo livre, e é aqui também que começaram a ser introduzidos novos medicamentos e exames laboratoriais, que geraram uma revolução na saúde psiquiátrica, dando origem aos avanços atuais (TROVÃO; VELÔSO, 2016; OMS, 2018).

Posteriormente, a psiquiatria começou a se limitar em observar e escrever os distúrbios nervosos objetivando o conhecimento alienado. Assim o manicômio assumiu funções médico-terapêutica, social e de proteção da sociedade perante grupo específico. Críticas ao modelo de asilo manicomial surgiram, questões de como essas instituições funcionavam, a forma de tratamento utilizada, como era a conduta dos profissionais e onde a privação de liberdade levaria o paciente, foram levantadas. E alguns países começaram a buscar uma reforma na saúde mental com intuito de resolver as críticas existentes. Por volta de 1940 na Inglaterra, Maxwell Jones desenvolveu as Comunidades Terapêuticas; na França, Francois Tosquelles criou o movimento de Psicoterapia Institucional; e nos Estados Unidos, Gerald Caplan introduziu a Psicoterapia Comunitária (DESVIAT, 2011).

Em 1977, o médico George L. Engel, relatou a necessidade de um novo modelo médico, que deixasse de lado o individualismo e o curativismo e considerasse o indivíduo no contexto ambiental e social, como uma perspectiva integral. Assim, ele usou o termo “modelo biopsicossocial”, no qual olhava e estudava a doença considerando os fatores biológicos, as condições psicológicas e emocionais, e o contexto social e ambiental no qual se inseria o indivíduo (GUIMARÃES, 2022)

No Brasil, o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos ocorreu no ano de 1978. Foi a partir deste movimento, que começou a apresentar e estabelecer denúncias da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ocorrido em Bauru - São Paulo, em 1987, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em 1989, deu início ao processo de prática a

reversão do modelo manicomial em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foram implantados neste município os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, e também foram criadas cooperativas e residências para os egressos dos hospitais e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, demonstrava que a Reforma Psiquiátrica era provável e executável, não somente imaginária. Assim nascia o direito do doente mental à cidadania (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002)

Neste mesmo ano de 1989, surgiu o Projeto de Lei nº 3.657, que dispunha sobre a extinção progressiva das instituições manicomiais e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (LEAL; ANTONI, 2013). Uma das inovações, que buscava modificar o modo teórico e técnico da psiquiatria tradicional, foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Seus pressupostos evidenciam atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico, e também a reabilitação psicossocial, trazendo a possibilidade do exercício da cidadania, autonomia e interação social.

A reabilitação psicossocial é uma tática que provoca a transformação de toda política dos serviços de saúde mental e englobam os profissionais, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade em geral. (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Após muitas lutas, milhares de leitos foram fechados e ocorreu a inserção significativa de redes de serviços de saúde mental em todo território nacional, com ênfase para os CAPS's que hoje são uma sugestão importante para o amparo das pessoas em sofrimento psíquico. Em 2001, a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental é aprovado na Lei 10.216, trazendo:

- Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

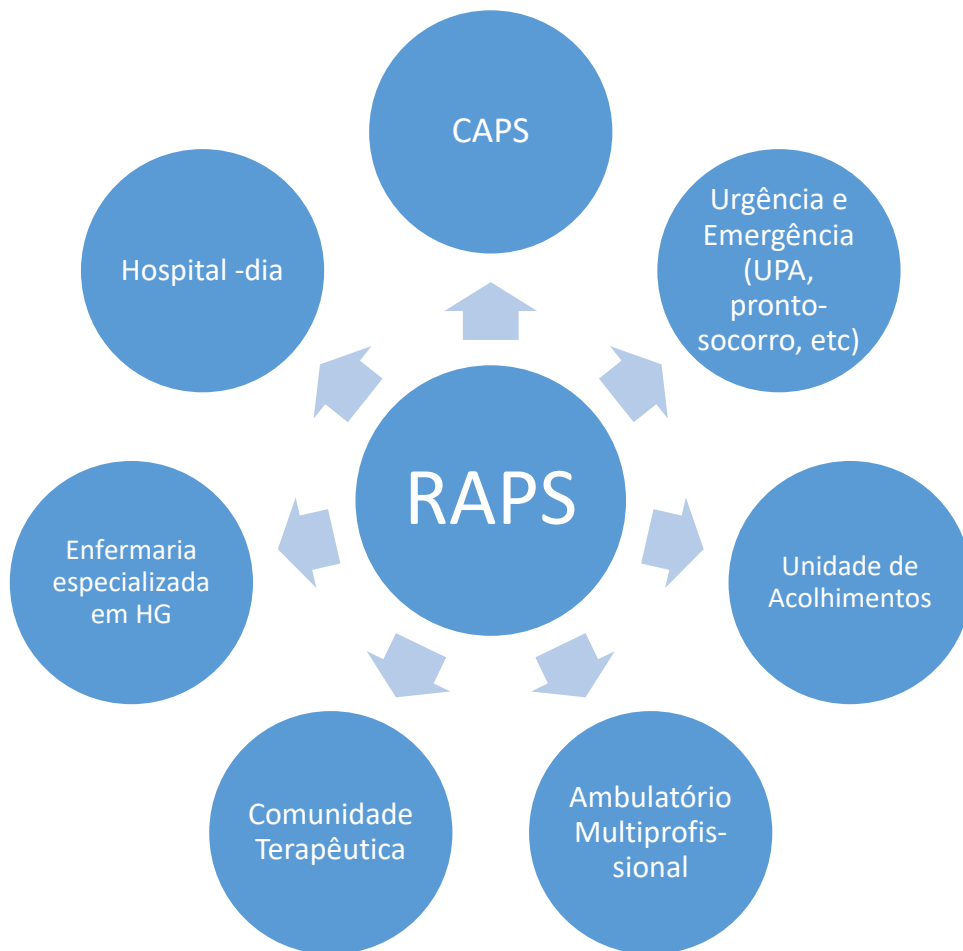
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

(BRASIL, 2001).

No ano de 2011, foi organizada A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria n. 3088, que instituía o RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais objetivos expandir o acesso à atenção psicossocial, promover o vínculo dos portadores de transtornos mentais e/ou com excesso de álcool e outras drogas e os seus familiares, garantindo a articulação e integração da rede, visando o acolhimento, proporcionar acompanhamento contínuo e atenção às urgências (SILVA; JÚNIOR; ARAÚJO, 2018; BRASIL, 2011).

Atualmente, Ministério da Saúde administra a Política Nacional de Saúde Mental que envolve estratégias e diretrizes adotadas pelo Governo Federal para constituir uma assistência aos indivíduos com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Nesta política está incluso atendimento às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo entre outras, e pessoas com quadro de uso danoso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. O amparo desses indivíduos e seus familiares é um método de precaução fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, e os indivíduos em situações de crise podem ser atendidas em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) respeitando as estruturas e funções de cada ponto de atenção (BRASIL, 2019).

Figura 1: Estrutura que compõe os pontos de atendimento do RAPS, segundo dados do Ministério da Saúde (2019)



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2019)

Para Ferreira et al. (2016) a reforma psiquiátrica estabeleceu ao longo de um período um novo conceito de instituição para indivíduos com transtornos mentais, acarretando uma grande melhoria na mudança do olhar da população para os indivíduos, até então, marginalizados. Percebeu que o maior objetivo é, a reabilitação do paciente à uma vida social reintegrando-o e proporcionando tratamento apropriado.

Neste sentido, a Reabilitação psicossocial torna-se cada vez mais necessária de discussão em torno das estratégias de inclusão social e capacitação desses indivíduos. Para Guerra (2004) a reabilitação psicossocial deve reunir três modelos de estudo e conhecimento: o modelo psicoeducativo que são alicerçados na habilidade e manutenção do convívio entre o indivíduo doente, a família e a comunidade; o modelo sociopolítico que considera na reabilitação as realidades locais, como cultura, recursos e serviços disponíveis devem ser

levadas em consideração, aqui ganha importância a estatura política e social da metodologia de reabilitação, retornando a vida pública nas perspectivas de cada um; e modelo de reabilitação clínica que parte da suposição da singularidade do indivíduo com desenvolvimentos civilizatório. Além disso instaurou a experiência de tentar construir uma técnica que reconduza o indivíduo em sua trajetória levando em conta seu contexto de realidade com participação política e social sem tirar a particularidade de cada indivíduo na inclusão do retorno à vida social.

A desinstitucionalização e a inserção das pessoas com transtornos mentais na comunidade são serviços aos quais o SUS vem se empenhando nos últimos anos, a criação de residências terapêuticas e o Programa “volta pra casa”, são exemplos de atividades executadas com este objetivo. As Residenciais Terapêuticas, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, ela deve garantir o direito à moradia dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. E o Programa “Volta pra Casa”, tem como objetivo contribuir de forma efetiva no processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, isso possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2005).

Outra instituição que tem papel fundamental e estratégico na Reforma Psiquiátrica é o CAPS, regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, tem a função de dar acolhimento diuturno aos indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, dando cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, favorecendo a inclusão social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

A reforma psiquiátrica vem sendo construída no Brasil há vários anos, tem como objetivo principal a desinstitucionalização, a desconstrução de uma assistência onde somente a internação é o tratamento adequado para um paciente que esteja em sofrimento mental. Ela procura a desconstrução da assistência manicomial, que acaba agravando o sofrimento psíquico do indivíduo, busca também transformar toda a cultura que dá apoio a violência, o preconceito, a discriminação e o aprisionamento dos doentes mentais. As alterações na saúde mental ainda compreendem não buscar uma cura, mais sim dar apoio de qualidade ao indivíduo que está em

sofrimento psíquico, fazendo assim uma desconstrução dos saberes e das práticas psiquiátricas, mudando a política de saúde mental brasileira. (MUNIZ et al., 2014).

c) **TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS: CLASSIFICAÇÃO**

Segundo classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento, os transtornos mentais e comportamentais são classificados como doenças com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química, produzindo prejuízos no desempenho da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993; SANTO; SIQUEIRA, 2010).

Para American Psychiatric Association (2014):

“Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.”

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é uma lista de doenças publicada pela OMS, visando padronizar a codificação de doenças. Nesta lista os Transtornos Mentais estão subdivididos em 99 tipos de transtorno, mas os subgrupos mais comuns são:

DEMÊNCIA: também classificado como ‘transtorno neurocognitivo’, é uma condição geralmente de natureza crônica, na qual há degradação da função cognitiva além do aguardado pelo envelhecimento normal. Afeta memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. O comprometimento da função cognitiva é seguido, ou até mesmo antecedido, pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação (OPAS, 2020). A prevalência na sociedade geral é muito baixa, geralmente entre 1% e 2%, mas aumenta muito com a idade, acometendo quase 14% dos idosos (DSM-5, 2014)

TRANSTORNO DEVIDO USO ÁLCOOL: é determinado por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e desejo intenso de consumo. Indivíduos do sexo masculino apresentam maior consumo de álcool. Este transtorno colabora para a ausência ou perda do emprego, acidentes e baixa produtividade no trabalho. O uso de álcool costuma estar associado a outra condição psíquica do indivíduo, a substância em questão pode ser utilizada para aliviar problemas secundários como, depressão, ansiedade, insônia (DSM-5, 2014). É comum que os transtornos relacionados ao consumo de

álcool coexistam com outras doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade severa, insônia, suicídio e abuso de outras drogas. O uso contínuo de álcool acomete o aparecimento de doenças cardíacas, derrame, câncer e cirrose hepática, afetando os sistemas cardiovascular, gastrointestinal e imunológico (SCHUCKIT, 2009).

ESQUIZOFRENIA: é uma doença mental crônica, que surge espontaneamente, geralmente tem manifestação na adolescência ou início da fase adulta. Bleuler (1857-1939) mencionou o termo "esquizofrenia" (esquizo = divisão, phrenia = mente) que substituiu o termo demência precoce, definiu assim o termo para indicar a presença de uma confusão entre pensamento, emoção e comportamento (SILVA, 2006). Este transtorno, apresenta diversos déficits cognitivos. E as funções cognitivas mais afetadas: atenção; memória e aprendizagem verbal e visual; raciocínio e resolução de problemas; velocidade de processamento; memória de trabalho e cognição social (LIMA & ESPÍNDOLA, 2015).

TRANSTORNO HUMOR: Os transtornos de humor são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Fazem parte desse eixo a depressão e o transtorno bipolar. Consiste tipicamente em episódios de alienação e depressão, separados por períodos de humor normal. São patologias que influenciam negativamente a qualidade de vida do indivíduo. Sentimento de tristeza, anedonia, culpa excessiva, desvalia, retardo ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, insônia, alterações de apetite, peso, diminuição da libido são identificados como sintomas comuns. Segundo a OMS, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação global em 2030 (MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007; OLIVEIRA et al., 2020).

TRASTORNO NEURÓTICO E ESTRESSE: desequilíbrio mental que causa ou derivam em angustia. Os principais sintomas são perturbações dos comportamentos, sentimentos e idéias que manifestam a defesa contra a angustia. A neurose é caracterizada pelo distanciamento da realidade, já que o indivíduo neurótico tem dificuldade em lidar com a realidade (DUNKER, 2014)

RETARDO MENTAL: é um dos transtornos mais comum em crianças, acomete aproximadamente 1% da população jovem, apresentam sintoma de atraso na fala, alteração de comportamento e baixo rendimento escolar. O retardo mental está associado a anormalidades dos dendritos e das espinhas dendríticas (VASCONCELOS, 2004).

d) HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA – O Holocausto na Psiquiatria - Brasil

O Hospital Colônia de Barbacena situa-se na cidade de Barbacena, Estado de Minas Gerais, na região da serra da Mantiqueira. O município conhecido por seu clima ameno, recebeu o nome de “Cidade dos Loucos” por muitos anos, justificado pela instalação de sete hospitais psiquiátricos em seu território. O maior desses hospitais teve seu funcionamento iniciado em 1903, utilizando o prédio de uma antiga instalação de um falido sanatório para tuberculose (CCMS, 2015).

O hospital possuía 8 mil metros quadrados e funcionou entre os anos de 1903 e 1980, acumulando um trágico número de mortes e internações sem diagnósticos. A instalação recebia crianças e adultos, eram enviados para lá crianças consideradas desobedientes ou com deficiência física, moças que tinham perdido a virgindade ou estavam grávidas solteiras, esposas trocadas por amantes, prostitutas, homossexuais, mendigos, presos políticos, negros e tantos outros indesejáveis para viver na sociedade, e alguns com doenças como sífilis e tuberculose. Daniela Arbex (2013), documentou em seu livro “Holocausto Brasileiro” a trágica história dos pacientes, trabalhadores, médicos e os sobreviventes desse hospital que se revelou um local de tratamentos com brutalidades.

O livro de Arbex (2013) trouxe que o Hospital Colônia foi, infelizmente, o extremo oposto do que avaliamos ser uma assistência adequada ao “louco”. O poder político fazia olhos vendados frente à administração do Colônia, a autora assinala que em 1961, o então presidente Jânio Quadros, só tentou reverter a situação vivida pelo hospital após denúncia publicada pela revista mineira mostrando a calamidade do local, criou-se comissões para discutir a situação da unidade, mas não conseguiram deter os abusos.

Incentivado pelos pensamentos e ensinamentos de Foucault, o médico Ronaldo Simões denunciou os abusos acontecidos no Colônia e nos tratamentos psiquiátricos oferecidos na região, e isso teve o custo de seu cargo e como consequência o arquivamento das denúncias sem nenhum resultado. Em 1979, o então psiquiatra italiano Franco Basaglia, que era apoiador da luta antimanicomial, visitou o Colônia e afirmou “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013, p. 207).

Por não terem atendimento adequado e sofrerem diversas agressões, os internos do Hospital Colônia faleciam constantemente. Segundo Arbex (2013) cerca de 60.000 mortes ocorreram no Colônia, e entre os anos de 1969 e 1980, como havia um grande número de corpos, esses e / ou peças anatômicas eram vendidas pelo hospital para faculdades de medicina.

As condições degradantes e a superlotação no Hospital Colônia receberam popularidade no final da década de 1970, isso devido a uma grande divulgação da imprensa na qual exibiram de forma mais constantes cenas do cotidiano da instituição, essas exibições tiveram apoio de movimentos que lutavam pela reforma psiquiátrica. Mas somente com a presença de Basaglia nas denúncias e debates sobre as imagens é que se começou a traçar novos caminhos (BORGES, 2017).

O processo de desospitalização de Barbacena teve início a partir de 1981, com a criação de duas unidades, um ambulatório para o atendimento dos internos e uma unidade para pacientes agudos. Em 1986, ocorreu mais uma reforma no hospital e criaram-se cinco módulos residenciais para atender aos pacientes, e um Centro Comunitário para atividades terapêuticas. E em 1996, criou-se nas instalações o “Museu da Loucura”, que agrupa documentos e imagens sobre a história da psiquiatria, em Barbacena (AZEVEDO, 2014).

e) POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978. Este evento teve como objetivo alertar governos, profissionais da saúde e a comunidade mundial, para a necessidade de ação urgente de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. Foi nesse evento que ocorreu a criação do Programa de Medicina Tradicional da OMS, com o aconselhamento aos estados-membros de formular e regulamentar políticas públicas nacionais, que facilitam a integração da medicina tradicional e complementar-alternativa nos sistemas de atenção de saúde; e sobreveio o reconhecimento oficial do uso das plantas medicinais e fitoterápicos com intenção profilática, curativa, paliativa ou para diagnósticos (WHO,2002).

De acordo com a OMS, a Medicina Tradicional corresponde ao agrupamento de conhecimentos, habilidades e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, usadas para a manutenção da saúde, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas ou mentais. Já os termos “medicina complementar” e “medicina alternativa”, refere-se a um vasto conjunto de práticas de cuidados de saúde que não são da tradição do próprio país e não são interligados no sistema de saúde, em alguns países estes termos são usados como sinônimos de “medicina tradicional”. Para a OMS, o Programa de Medicina

Tradicional inclui produtos de origem vegetal, e práticas com profissionais da medicina tradicional e complementar (WHO, 2013).

A Medicina Tradicional (MT) e a Medicina Integrativa e Complementar (MAC) têm como pontos positivos a diversidade, flexibilidade, acessibilidade, ampla aceitação entre os países em desenvolvimento e custo relativamente baixo, mas também desperta um lado negativo que é a falta de evidências científicas das terapias e a forma de disseminar o seu uso correto. Em 2002, lançou-se a “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005” era um documento que tinha como objetivo: desenvolver as MT e MAC e integrar ao sistema de saúde nacional; garantir uso adequado, seguro e eficaz; e aumentar o acesso entre os Estados membros, a comunidade científica e a população (WHO, 2002).

No entanto em 2013 uma nova estratégia foi lançada. A “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, que teve por finalidade ajudar os Estados Membros a desenvolver políticas dinâmicas e aplicar planos de ações que reforcem o papel da medicina tradicional na manutenção da saúde das pessoas. E seus principais objetivos foram: associar políticas, programas e planos nacionais no desenvolvimento e aplicação sobre MT nos sistemas de saúde; promover segurança, eficácia e qualidade dos serviços de MT; regulamentar produtos e práticas profissionais; e formar e capacitar os profissionais de saúde (WHO, 2013).

No Brasil, a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, iniciou-se a partir de várias conferências e das recomendações da OMS. A partir dos anos 80 houve aprovação e estabelecimento dessas abordagens de atenção à saúde, mas o início se deu principalmente após a criação do SUS. Os estados e municípios conseguiram aumento na autonomia para definir suas políticas e ações na saúde a partir do momento que a população obteve certos poderes de decisões nas suas comunidades locais.

No ano de 2003, representantes das associações da Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica reuniram-se com o então ministro da Saúde, para discutir e implementar ações, no sentido de elaborar uma política nacional que considerasse não só os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo de total do cuidado humano. Assim foi instituído um grupo de trabalho com participação de vários representantes das secretarias, no qual foi criado 4 subgrupos respeitando suas respectivas áreas, sendo eles: homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa/acupuntura. Após a conclusão dos trabalhos dos subgrupos e a elaboração da proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC), o documento foi submetido à avaliação no dia 17 de fevereiro de 2005, e em setembro desse

mesmo ano foi indicado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a ser apresentado à comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia para avaliação e recomendações. E em 2006, consolidou-se como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementar (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2006).

Alguns eventos merecem destaque no processo de construção da PNPIC, segue descrição desses eventos e os benefícios após aprovação da política, conforme a Figura 2.

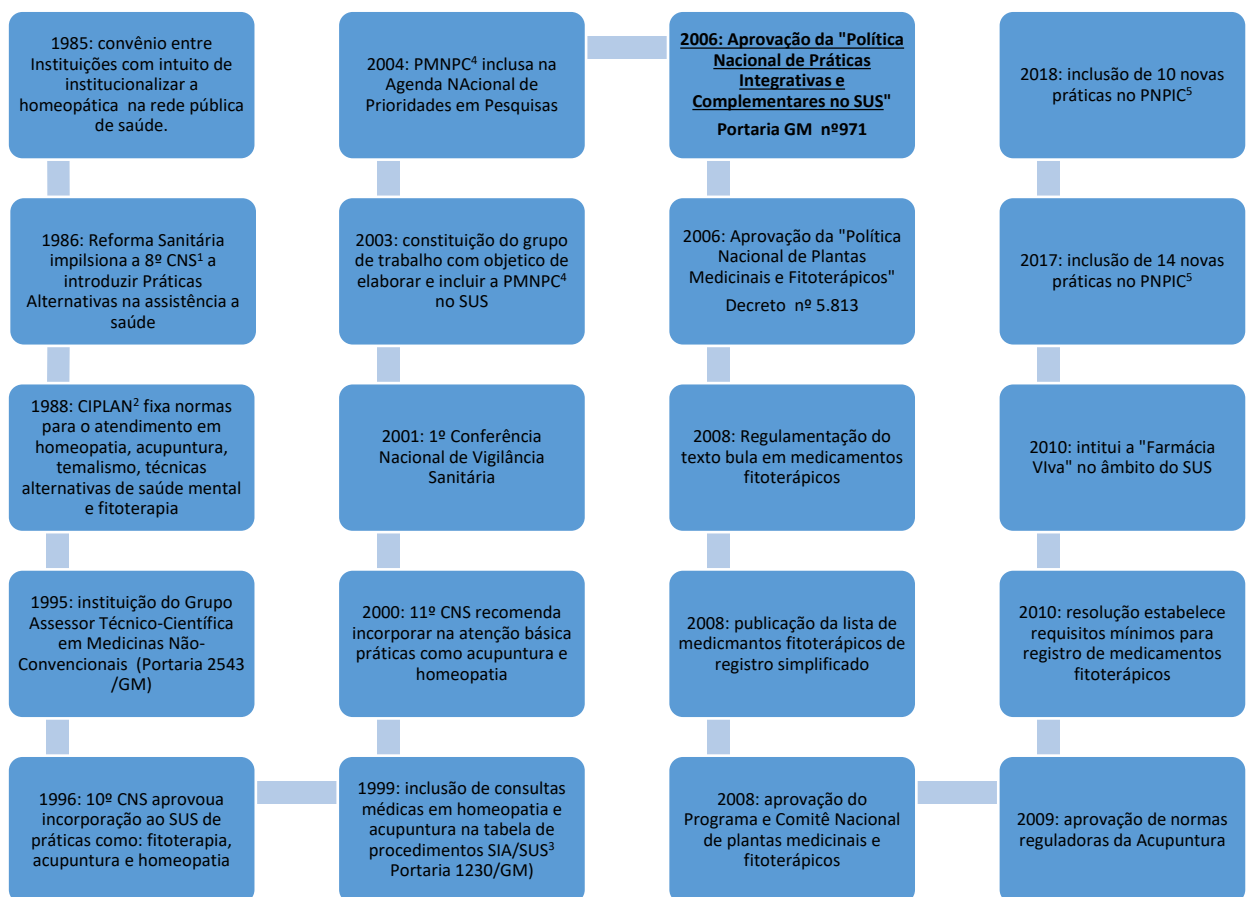
A PNPIC tem como diretrizes principais: estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS; desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais do SUS; divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PICS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento da participação social; provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações; incentivo à pesquisa em PICS com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências das PICS nos campos da atenção; garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006).

Em 2006, a aprovação da PNPIC contemplou 5 práticas: medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo, fitoterapia e plantas medicinais, homeopatia e medicina antroposófica. Em março de 2017, com a Portaria nº 849, a PNPIC foi ampliada em outras 14 práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas integrativas. E em março de 2018, com a publicação da Portaria nº 702, foram inclusas outras 10 práticas na PNPIC: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais. Atualmente são 29 práticas oferecidas no SUS.

De acordo com a PNPICS, compete ao administrador estadual, elaborar normas técnicas para inclusão das práticas na rede de saúde do estado, definir recursos para a implementação da política considerando a composição União, Estado e Municípios, promover articulação entre setores para efetivar o plano, implantar diretrizes de educação permanente, acompanhar a assistência farmacêutica, estabelecer instrumentos de avaliação de impacto e divulgar a política de PICS no SUS. O “Observa PICS” informou que até o ano de 2019, nove Estados brasileiros (Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte) e o Distrito Federal possuem políticas com legislação

própria para as PICS. Sendo Goiás e Minas Gerais os primeiros a instituí-las, em 2009. O Ministério da Saúde (2019) divulgou que existem 9.350 estabelecimentos de saúde no país ofertando 56% dos atendimentos em Práticas Integrativas e Complementares (PICS), tendo a Atenção Básica o maior índice de serviços PICS ofertados, isso faz o Brasil ser referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica.

Figura 2 - Linha tempo para tentativas e regulamentação da PNPIC e acontecimentos pós aprovação.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2019)

¹CNS: Conselho Nacional de Saúde; ²CIPLAN: Comissão Interministerial de Planejamento; ³SIA/SUS: Sistema Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde; ⁴PMNPC: Política de Medicina Natural e Práticas Complementares; ⁵PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

f) PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são meios terapêuticos que procuram a prevenção e recuperação de doenças, utilizando recursos que vinculam o ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Em 2018, o Ministério da Saúde divulgou o “Glossário Temático” com a finalidade de normalizar, descrever, representar e divulgar a terminologia especializada para cada prática. Buscando facilitar o aprendizado do conhecimento, descrevemos as 29 Práticas Integrativas e Complementares oferecidas pelos SUS, de acordo com o Glossário Temático (2018):

Acupuntura (Medicina tradicional chinesa) - Tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de agravos e doenças.

Termalismo - Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas –, como agente em tratamentos de saúde.

Fitoterapia e plantas medicinais - A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal

Homeopatia - Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos.

Medicina antroposófica - Abordagem terapêutica integral com base na Antroposofia, que avalia o ser humano a partir dos conceitos e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos.

Arteterapia - Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo.

Ayurveda - Abordagem terapêutica de origem indiana, segundo a qual o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças.

Biodança - Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano.

Dança circular - Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.

Meditação - Prática expressiva que utiliza basicamente a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, em grupo ou de forma individualizada.

Musicoterapia - Prática expressiva que utiliza basicamente a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, em grupo ou de forma individualizada.

Naturopatia - Prática terapêutica que adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de práticas integrativas e complementares no cuidado e na atenção em saúde

Osteopatia - Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas, a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças.

Quiropraxia - Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.

Reflexoterapia - Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.

Reiki - Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental.

Shantala - Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação.

Terapia comunitária integrativa - Prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.

Yoga - Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação.

Apiterapia - Prática terapêutica que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geléia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos.

Aromaterapia - Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental.

Bioenergética - Análise bioenergética. Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração.

Constelação familiar - Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.

Cromoterapia - Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta) para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo.

Geoterapia - Prática terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.

Hipnoterapia - Conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas

Imposição de mãos - Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.

Ozonioterapia - Prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica e promove melhoria de diversas doenças.

Terapia de florais - Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.

g) CREMIC - Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar - GOIÁS

Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC), tem reconhecimento nacional e internacional, situado em Goiânia – GO, teve suas atividades iniciadas em 1986, como Hospital de Medicina Alternativa (HMA), por meio de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Goiás, Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia Maharishi (entidade indiana), tinham o intuito de trazer o ayurveda para o Brasil. A primeira iniciativa foi realizar um curso de fitoterapia ayurveda, era voltado para os profissionais da rede pública de saúde e tratava-se de um treinamento prático com médicos indianos. No ano de 1987, implantou-se um estágio prático para médicos e farmacêuticos, sob supervisão dos médicos indianos e, além do preceito de fitoterapia, oferecia homeopatia. (GOIÁS, 2008; CARNEIRO,2020).

Em 2003 foi criada a Comissão Estadual de Fitoterapia (Cefito), formada por várias instituições ligadas direta ou indiretamente ao desenvolvimento do uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Estado. Essa comissão é responsável por discutir as normas e diretrizes do Ministério da Saúde para a implantação dos serviços de fitoterapia na rede pública de saúde do Estado, além de estimular, avaliar e priorizar projetos de estudo, pesquisa e produção de plantas medicinais. Dentro do Hospital tem a Divisão de Farmácia (Difar) que conta com uma equipe de farmacêuticos com especialização em fitoterapia e homeopatia. São utilizadas cerca de 60 espécies de plantas medicinais na preparação dos medicamentos fitoterápicos. (GOIÁS, 2016)

Em 2006 o HMA, passou a ser chamado de CREMIC e, sua função passa a ser de suporte aos tratamentos iniciados em outras unidades de saúde, deixando de ser hospital e tornando-se centro de medicina complementar. O CREMIC mantém a farmácia homeopática e o horto

medicinal, utilizados no tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, infecciosas e dermatológicas. Na área médica, as especialidades disponibilizadas são homeopatia e acupuntura, além do método terapêutico fitoterápico. Na área complementar, são oferecidas a prática *Ayurveda*, o reike, auriculoterapia, ventosa terapia e moxabustão. Além dos atendimentos, seus profissionais também colaboram tecnicamente com outros municípios do Estado ao capacitar profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), e também fornece apoio educacional a outros hospitais. (GOIÁS, 2016).

Em média, o Ambulatório atende 200 pacientes por dia. O acesso ao CREMIC é feito por meio do Complexo Regulador Municipal de Goiânia, que recebe encaminhamentos de todo o Estado. Sua equipe multiprofissional conta com Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista, Técnicos de Enfermagem e Engenheiro Agrônomo. O CREMIC tem reconhecimento nacional e internacional (GOIÁS, 2017).

CAPÍTULO 1

PERFIL DE INTERNAÇÕES : TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO BRASIL – 2008 a 2020

Lorena da Fonseca Ferreira¹
Marcos Antônio Pesquero²
Débora Pires de Jesus²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade– Universidade Estadual de Goiás (UEG)

² Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade– Universidade Estadual de Goiás (UEG)

INTRODUÇÃO

Um problema de saúde enfrentado pelo mundo são os sofrimentos relacionados à saúde mental. Segundo CID-10, os Transtornos Mentais (TM) são alterações do funcionamento da mente acompanhada de um certo comprometimento funcional que resulta na disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Sendo, ainda classificados, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, prejudicando o desempenho integral da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OPAS, 2020).

A partir da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a internação em saúde mental é uma medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra hospitalares. O MS define internação como, o conjunto de atividades prestadas à pessoas que apresentam problemas de saúde mais graves, e que necessitam de cuidados intensivos. A internação só deve ocorrer quando o profissional que orienta o atendimento percebe que o paciente tem prejuízos na sua vida social, familiar e na própria saúde. Ela vem para intervir e estabilizar as crises. Costuma ser mais indicada nos casos em que o paciente se encontra em crise, surto ou com predisposição ao suicídio (JAYATILLEKE; *et al*, 2017).

Procedendo das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos últimos anos todos os países se esforçaram para preparar políticas públicas específicas para a saúde mental. No Brasil, a reforma psiquiátrica possibilitou uma remodelagem na política de saúde mental, e mobilizou um importante debate em torno do resgate da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental e da transformação e superação da estrutura asilar. Os primeiros hospícios brasileiros surgiram para dar assistência aos pacientes com transtorno mental e retirar

da sociedade os que eram considerados “loucos”, essa assistência manicomial tinha como foco somente a doença (HIRDES, 2009, OMS, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) atravessou expressivas mudanças. A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, foi essencial para que o aumento na assistência em saúde mental acontecesse. Ela garantiu os direitos dos portadores de transtornos mentais; permitiu a criação de políticas nesse campo; motivou aos profissionais, as instituições e a sociedade à olhar diferente e dar nova atenção aos pacientes dos serviços de saúde mental, permitindo formalizar a principal reivindicação do movimento antimanicomial, “uma sociedade sem manicômios” (ROCHA et al.,2021).

Atribuindo a Reforma Psiquiátrica e pensando na excelência para o cuidado em saúde mental, a internação passa a ser ponderada como uma probabilidade de cuidado excepcional, ou seja, só quando as possibilidades extra hospitalares se manifestarem falhas e outras alternativas de intervenção tiverem acabadas. Essas internações devem ser de curta permanência, e conservando os laços familiares e a inclusão na comunidade (PEROBELLI, et al., 2018)

Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo descrever o perfil das internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil entre os anos de 2008 a 2020 através dos dados apresentados no DATASUS.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, sobre as internações hospitalares por transtornos mentais no Brasil no período de 2008 a 2020. A pesquisa foi realizada a partir dos dados de notificações disponíveis do Sistema de Informação do Ministério da Saúde, com acesso livre no DATASUS (2021), sendo esse período disponível devido à implantação da “Tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS” instituída pela portaria GM/MS 321 de 08/02/2007.

Nesse estudo foram apresentadas as seguintes informações: número de internações hospitalares por Estados brasileiros e por ano de atendimento; internações por sexo; faixa etária; causas de internação segundo a lista de morbidade CID-10 (demência; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas; esquizofrenia; transtornos do humor; transtornos

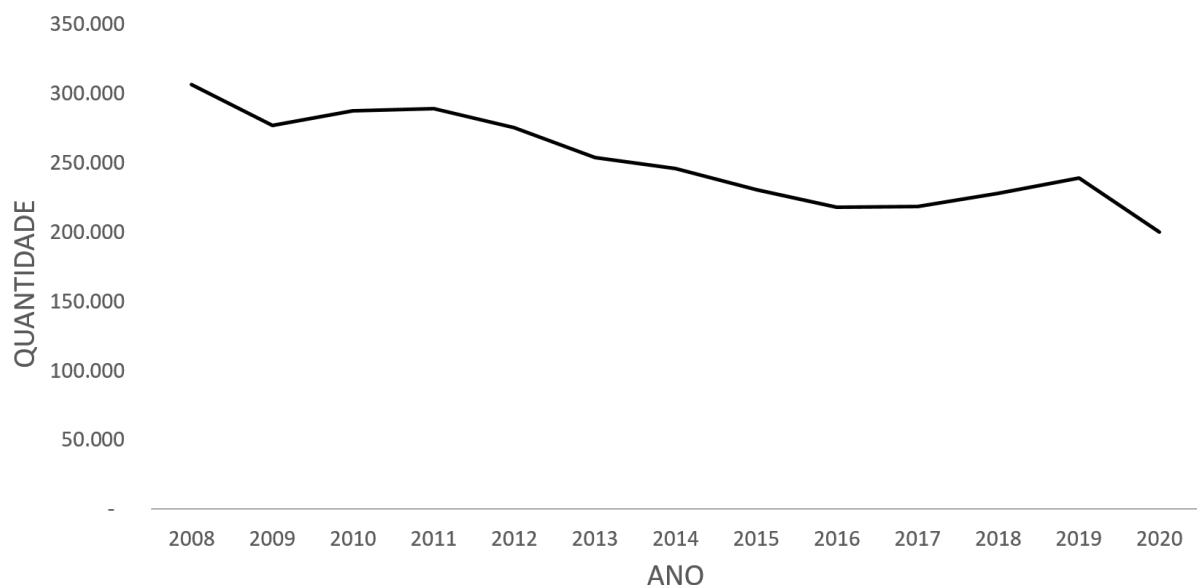
neuróticos, transtornos neurótico relacionados com o estresse; retardo mental e outros transtornos mentais e comportamentais).

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos com a exposição em frequências absoluta e percentual. Para análises estatísticas foram utilizados o teste Kruskal-Wallis ($p < 0,0001$) e as medianas foram comparadas par-a-par pelo teste de Dunn, usando o programa Biostat (versão 5.3) (AYRES *et al.*, 2007). Quando necessário, nas comparações estatísticas populacionais, utilizou-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021 para confrontarmos percentualmente os Estados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de 2008 a 2020, foram registradas 3.216.792 internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil. Observou-se uma tendência decrescente no decorrer dos anos (Figura 3). Essa tendência de redução também foi observada por Pereira *et al.*, (2012), Lara e Volpe (2019) e Coelho e Parente (2019) nos Estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais e Pernambuco, respectivamente.

Figura 3 - Número de internações ocorridas no Brasil para tratamento de transtorno mental e comportamental em valores absolutos durante o período de 2008-2020.



A tendência de redução de internações reflete o movimento de Reforma Psiquiátrica, representando a desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais, envolvendo a promoção da reestruturação da assistência, redução dos leitos e permitindo ao paciente a continuidade e a reinserção de vivência no meio social por meio de serviços extra-hospitalares (HIRDES, 2009; PEREIRA, et al., 2012).

Isso só foi possível após a Lei 10.216 em 2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa reforma da assistência psiquiátrica, anuncia a diminuição de leitos e a integração social dos pacientes por meio de programas como: Programa De Volta Para Casa, a criação de residências terapêuticas, a expansão dos CAPS, a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Essa lei também prevê que as internações psiquiátricas somente ocorram após tentativas de uso de todas as possibilidades terapêuticas, e que se ela for necessária deve acontecer no menor período de tempo possível (BRASIL, 2001).

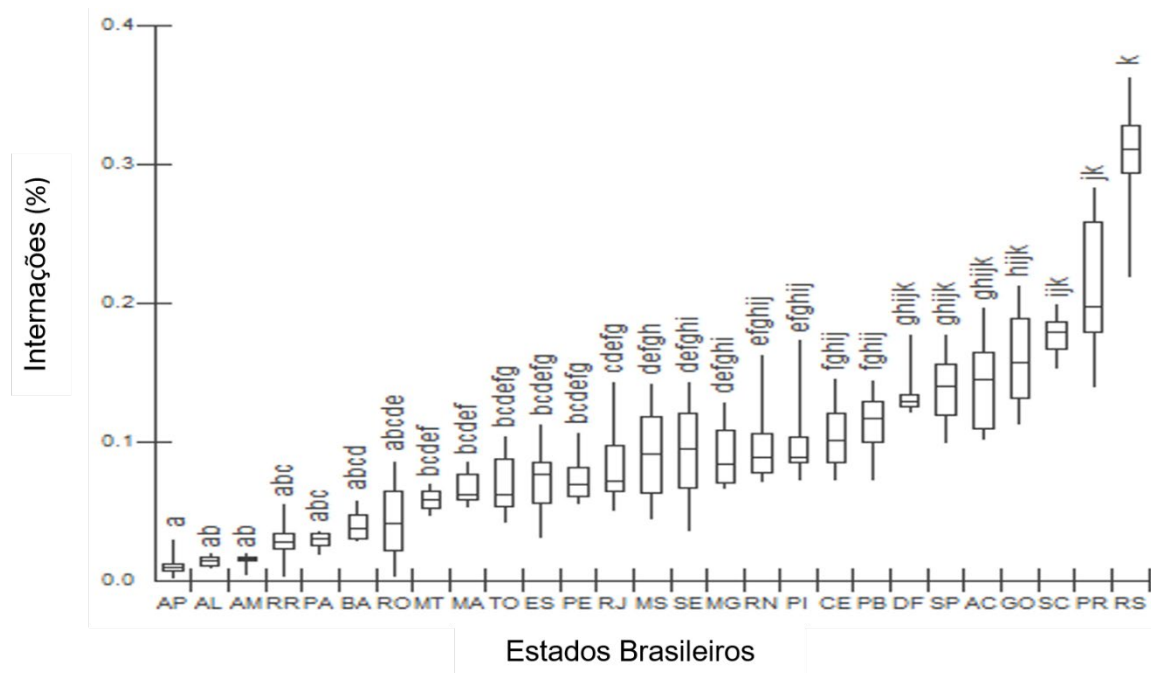
Apesar da diminuição das internações por transtornos mentais estarem de acordo com às mudanças ocorridas na atenção à saúde mental, devido a reforma psiquiátrica brasileira, não se pode afirmar que houve diminuição de ocorrência nos transtornos mentais. Em 2020, as notificações pelos dados sobre o número de internações, ocorreu uma diminuição na mesma, mas os relatos de casos de ansiedade e depressão aumentaram, devido a pandemia de COVID-19. Esse fato pode ser decorrente da prática do isolamento social, que estimulavam as pessoas a ficarem em casa e a suspensão das atividades e atendimentos presenciais. Esse isolamento social leva a grandes implicações sociais e econômicas, como: medo de contágio, estresse, dificuldades econômicas, levando a uma diminuição na procura por assistências muitas vezes necessárias à saúde (GRATZ et al., 2020; SHER, 2020; IASC, 2020; SANTOS JUNIOR et al., 2021). Outro fator que o cenário pandêmico trouxe, foi o aumento do desemprego e a insegurança financeira, isso ocasionou um grande prejuízo na renda familiar que influenciou diretamente no contexto psicossocial (DUARTE et al., 2020).

Para a frequência de internações, considerou-se aqui a diferença do tamanho populacional por Estados, ponderando então um percentual relativo de internações de acordo com a estimativa populacional apresentada pelo IBGE para 2021. Os percentuais de internações foram aplicados no teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis ($H= 335,89$; $gl= 26$; $p< 0,0001$) e as medianas foram comparadas par-a-par pelo teste de Dunn (AYRES *et al.*, 2007), sendo que medianas acompanhadas de mesma letra não diferem estatisticamente. O teste nos expõe que a maioria dos Estados apresentam diferenças significativas entre si, no entanto, os Estados de

Amapá (AP) e Rio Grande do Sul (RS) são os que apresentam diferença significativa para uma maior quantidade de Estados. AP difere de 19 outros Estados e RS de 20 Estados (Figura 4). Ainda considerando a estimativa populacional do IBGE, o Sul é a região brasileira com mais internações por transtorno mental e comportamental, sendo 3,13% da população esteve internado por algum transtorno mental e comportamental entre o período de 2008 a 2020.

Esse baixo índice de internação no Estado do Amapá pode ser explicado pela falta de dispositivos especializados de atenção psicossocial, pela fragilizada rede de atenção psicossocial existente e falta de política pública que atenda a saúde mental. O Relatório da Inspeção em Comunidades Terapêuticas do Amapá (2018) afirma que “o Amapá ainda precisa construir sua história de superação do modelo manicomial e de efetivação da reforma psiquiátrica” (AMAPÁ, 2018).

Figura 4 - Médias anuais de internações para tratamento de transtorno mental e comportamental, durante o período de 2008-2020, em porcentagem relativa ao tamanho populacional dos estados. Medianas acompanhadas de mesma letra não diferem estatisticamente (Dunn, $p < 0,05$).

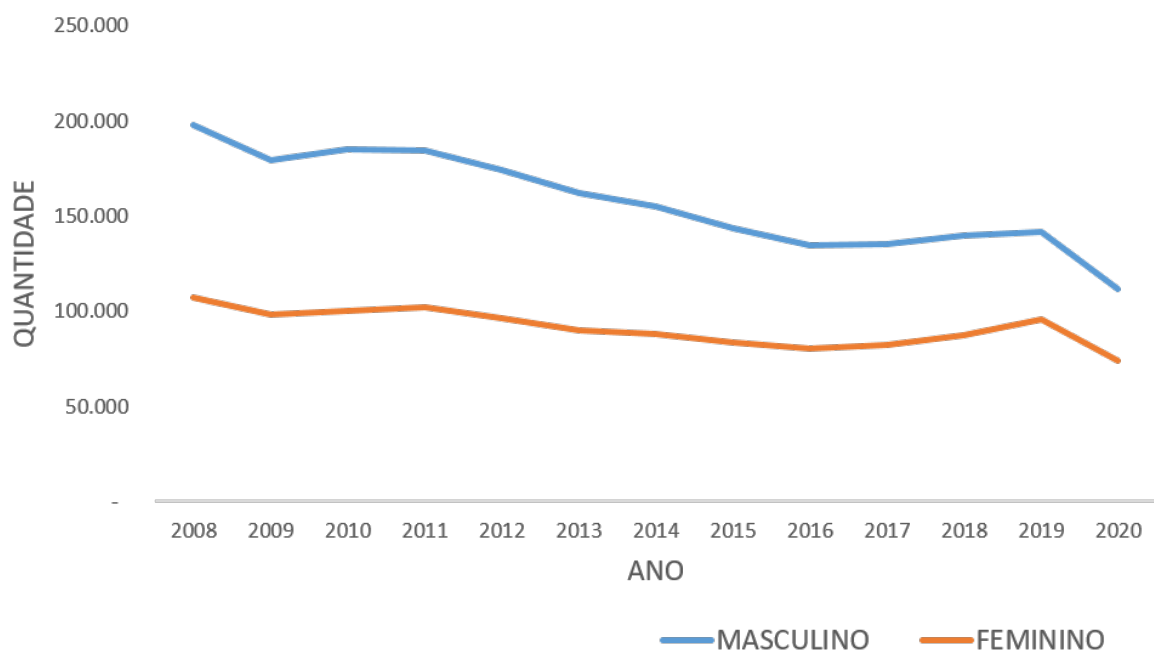


O Ministério da Saúde apresentou em 2015 o relatório “Saúde Mental em dados 12” no qual as regiões Sul (70%) e Nordeste (65,5%) apresentam porcentual de centros de apoio psicossocial habilitados maiores que a porcentagem nacional (62,2%); essas regiões também apresentam cobertura de atendimento psicossocial/100 mil habitantes maior que a própria

média brasileira (BRASIL, 2015). No RELATÓRIO DE GESTÃO 2011-2015, haviam 1005 leitos de saúde mental habilitados em 206 hospitais gerais, sendo 40% dos leitos são encontrados na Região Sul (BRASIL, 2016). Outro fator que pode ter influência nesse dado é o fato de o Rio Grande do Sul, ser um dos primeiros Estados a vigorar legislação Estadual dispendo sobre a reforma psiquiátrica, em 1992, no qual “fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais” (GASTAL *et al.*, 2007).

As internações foram mais frequentes para o sexo masculino (63,29%), ocorrendo uma variação percentual muito pequena ao longo dos anos (Figura 5). Rocha et al. (2021), corroboraram com a hipótese, apresentando no período de 2000 a 2014 um percentual de internações masculinas aproximadamente 64%.

Figura 5 - Média de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais por sexo no período de 2008-2020.



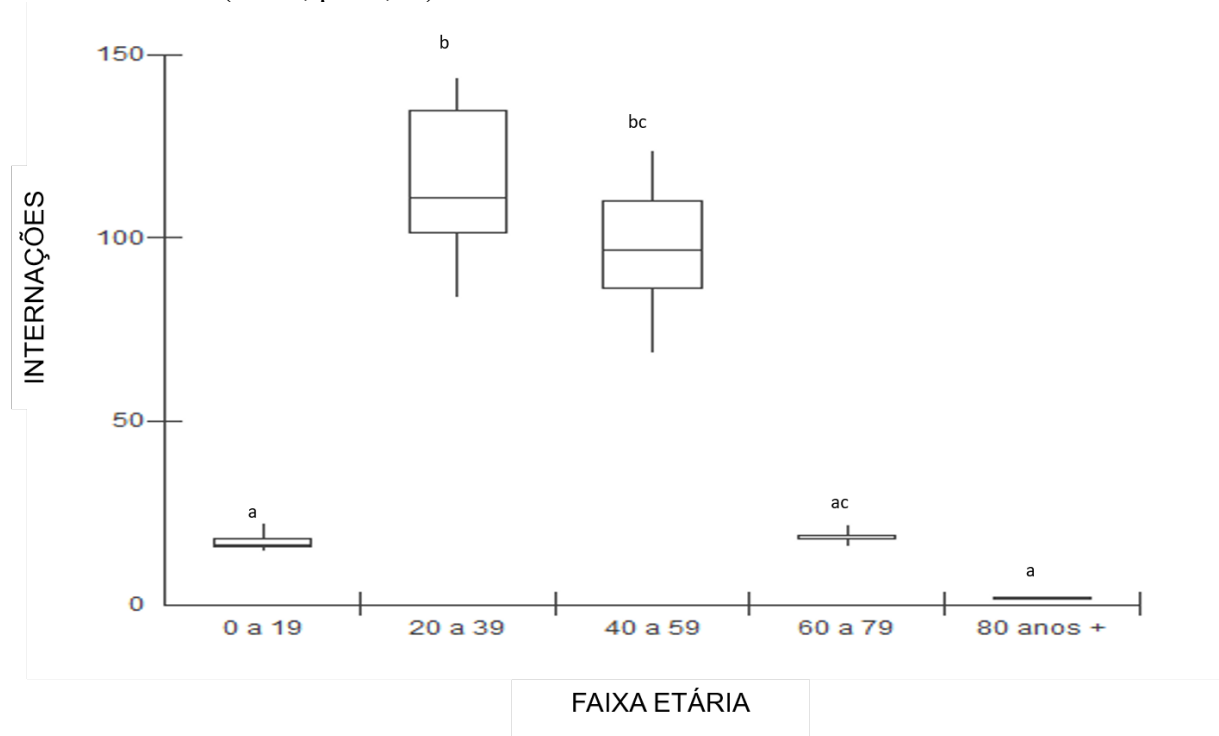
Os casos de internações masculina são duas vezes maiores que a feminina. Pressupõe-se que os homens apresentam maior impulsividade e agressividade nas reações dos transtornos psiquiátricos, e a busca pelo atendimento ambulatorial é inferior às mulheres, então pode ser que eles não busquem auxílio nos estágios iniciais dos transtornos, o que pode colaborar no agravamento das crises. Também o negacionismo ao transtorno, e o fato de os homens serem menos abertos a falar dos seus próprios sentimentos, e ao uso de álcool e drogas que trazem o

alívio imediato, permitem um agravamento ao quadro psíquico (MIRANDA, TARASCONI, SCORTEGAGNA, 2008; COELHO et al., 2014; SANTOS; SENA, AGUIAR, 2017).

Para faixa etária, os dados foram agrupados em 5 diferentes grupos, e aplicados no teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis ($H= 56,86$; $gl= 4$; $p< 0,0001$) e as medianas foram comparadas par-a-par pelo teste de Dunn (AYRES et al., 2007). A Figura 6 mostrou que os maiores números de internações estão no intervalo de 20 a 39 anos, não apresentando diferença significativa de 40 a 59 anos, mostrada no gráfico por letras iguais, e com diferença significativa nas outras faixas etárias, no gráfico com letras diferentes.

Apesar de os idosos apresentarem uma maior chance de desenvolver transtornos psiquiátricos, como demência, depressão, ansiedade e quadros psicóticos devido à perda de capacidade funcional, o aumento de vulnerabilidade e da dependência (BORIM et al., 2013; silva et al., 2018) não marca significativamente o índice de internações.

Figura 6 - Médias de internações anuais para transtornos mentais e comportamentais por faixa etária, no período de 2008 a 2020. Medianas acompanhadas de mesma letra não diferem estatisticamente (Dunn, $p < 0,05$).



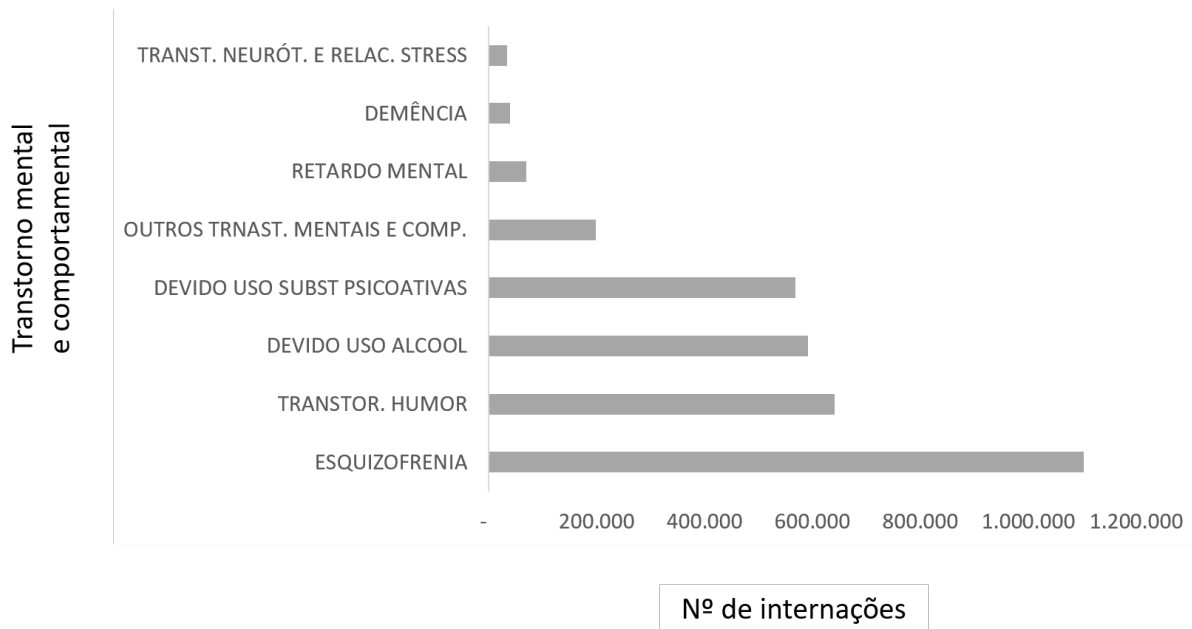
Apesar de não existir uma diferença significativa nas faixas etárias, 20 a 39 e 40 a 59 anos, podemos considerar que essas internações são acometidas por fatores diferentes. Santos e Siqueira (2010), relatou que o uso de substâncias psicoativas e álcool são frequentes motivos de internações para transtornos mentais na faixa etária de 20 a 49 anos. E Rodrigues-Neto (2008) mostra que condições comuns relacionadas ao processo de envelhecimento, como maior

exposição a doenças crônicas não-transmissíveis, dificuldade de reiniciar projetos de vida, conseguir novo emprego e novos relacionamentos estáveis afetam diretamente o acometimento de transtornos mentais em indivíduos de 40 a 59 anos.

Estudos considerando cada Estado individualmente, mostraram que os resultados estão alinhados, e que os possíveis determinantes para os altos índices de transtorno mental são fatores relacionados às condições socioeconômicas: desemprego e baixa escolaridade, o estado civil, o sexo, as condições precárias de moradia, o trabalho informal e o não acesso aos bens de consumo, ou seja, são fatores que interferem diretamente os indivíduos em idades economicamente ativa prejudicando o ambiente socioeconômico e familiar (PEREIRA et al., 2012; COELHO; PARENTE, 2014; SANTOS, SENA, AGUIAR, 2017; ZANARDO et al., 2017; LARA; VOLPE, 2019).

Esquizofrenia é a morbidade com maior frequência de internações, seguido por transtorno de humor e transtorno devido ao uso de álcool (Figura 7). Em 2008 esquizofrenia registrou o maior (118.832) número de internações.

Figura 7 - Quantidade de Internações ocorridas no Brasil por transtorno mental e comportamental em valores absolutos, durante o período de 2008-2020.



Geralmente, os primeiros sintomas da doença aparecem no fim da adolescência e/ou início da idade adulta. Pode surgir de forma repentina, sendo os primeiros indícios do transtorno pouco específicos, mas pode incluir perda de energia e interesse pelas atividades rotineiras, falta de humor, isolamento, comportamento inadequado, descuido com a aparência e com a

higiene. E os sintomas mais característicos que permitem um diagnóstico são: alucinações e delírios, perturbação das emoções (SILVA, 2006).

A causa da esquizofrenia ainda é desconhecida, entretanto alguns fatores de risco como hereditariedade, desenvolvimento do sistema cerebral durante a vida intrauterina e episódios que podem ter ocorrido precocemente ao nascimento, como falta de nutrientes, redução de oxigênio, ferro, iodo e outros desencadeiam o desenvolvimento da mesma. É considerado um transtorno crônico, precisando de tratamento e acompanhamento constante para amenizar os sintomas (LOPES; BURIOLA, 2015). Rocha et al. 2021, constataram que a esquizofrenia apresenta maiores oportunidades de reinternação, nesse sentido existe uma grande chance de o mesmo paciente internar mais de uma vez, isso colabora para o aumento de casos serem apresentados.

Mesmo sendo importante o estudo dos transtornos mentais, ainda existem poucas explicações sobre o perfil de internações, isso dificulta um melhor entendimento do assunto, e mostra a necessidade de ampliar as pesquisas nesta área. Toda interpretação dos dados disponíveis deve ter cautela, pois podem ter falhas na introdução dos dados dentro do sistema, a autorização pode estar incompleta ou inadequada, ou o paciente ter ficado internado por diversas causas e serem apresentadas no prontuário somente uma notificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados mostraram que após a Reforma Psiquiátrica, reestruturando a assistência psicossocial e reformulando a atenção hospitalar que é de suma importância para os tratamentos mentais. O contexto epidemiológico é uma ferramenta importante para que o conhecimento seja disseminado e que políticas de saúde sejam criadas e aplicadas.

Considerando que os transtornos mentais não fazem distinção entre faixa etária, sexo, classe social, níveis de escolaridades, e até mesmo fatores e localização geográfica, podemos afirmar que é um problema de saúde pública mediante a omissão e invisibilidade por parte da sociedade e do governo. Com isso, é imprescindível que ações sociais e governamentais busquem ações para abrandar os problemas. Aqui no Brasil, é dever do Ministério da Saúde, promover apoio profissional psicológico e psiquiátrico à população, para que os problemas sejam diagnosticados precocemente e tratados de forma adequada.

A saúde mental é um fator importante para o desenvolvimento do indivíduo na comunidade. Saber lidar com as emoções e reconhecer a necessidade de ajuda profissional

possibilita um convívio saudável na sociedade. É importante que mais estudos sejam realizados para aprofundar os conhecimentos e que os sistemas privados de tratamentos também divulguem as informações para uma melhor compreensão da saúde mental.

CAPÍTULO 2

USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONTEXTO HISTÓRICO E PREVALÊNCIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – 2008 A 2020

Lorena da Fonseca Ferreira¹
Marcos Antônio Pesquero²
Débora Pires de Jesus²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade– Universidade Estadual de Goiás (UEG)

² Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade– Universidade Estadual de Goiás (UEG)

INTRODUÇÃO

Percebe-se a cada dia o aumento da "medicina alternativa" nos serviços de saúde, no setor econômico e na mídia. Elas são usadas como material de especulação, opção terapêutica ou objeto de estudo no meio científico. O termo medicina alternativa tem aberto novos campos de dúvidas quanto as medicinas existentes. Este termo foi adotado no movimento de contracultura e institucionalizado pela OMS, em 1962, no intuito de diferenciar diversas abordagens de cuidado adotadas em contraposição à medicina especializada e tecnocientífica (BRASIL, 2018).

A partir de 1970, o termo medicina integrativa foi abordado dentro de algumas universidades americanas, esse termo propõe a combinação das medicinas convencional, tradicional e complementar. Seu principal objetivo tem como foco uma mudança de paradigma. Sai à doença e entra a pessoa vista de forma global: mente, corpo e espírito. O paciente é visto como responsável por sua melhora e as diferentes medicinas têm a mesma importância e são utilizadas conforme necessidade em cada caso (BRASIL, 2018).

No Brasil, as práticas integrativas e complementares tiveram início nos anos de 1980, principalmente, após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidos pelo SUS. Em 1985, foi celebrado o primeiro ato de institucionalização da Homeopatia na rede pública de saúde. A criação do Hospital de Medicina Alternativa (HMA) em Goiás, em 1986, permitiu atendimento fitoterápico e homeopático através do SUS, hoje o HMA é o Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC) (Barros et al., 2007). Em 2006 ocorreu a aprovação do PNPIC, no qual foi incluso a medicina tradicional chinesa (acupuntura), homeopatia, plantas medicinais (fitoterapia), crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, um crescente número de capacitação de profissionais e maior valorização dos conhecimentos em práticas tradicionais começaram a ser importante para a execução dessas técnicas (OBSERVAPIS, 2021).

A disponibilidade das PICS na Atenção Básica, bem como sua consolidação como método terapêutico e de promoção de saúde, favorece a integralidade da atenção à saúde, no entanto, o estabelecimento das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada um desafio para os gestores públicos, devido a existência de poucos profissionais capacitados, verba financeira insuficiente, faltam espaços para o desenvolvimento das práticas e ainda há dificuldade de integração entre as PICS e o modelo biomédico (SANTOS; TESSER, 2012).

Sabendo que a Atenção Básica tem papel importante na saúde, e que estar saudável inclui estabilidade da saúde mental, o SUS criou o RAPS com a finalidade de instituir, desenvolver e articular os pontos de atenção à saúde para o atendimento de pessoas com sofrimento mental e/ou uso de crack, álcool e outras drogas, dentro dessa composição temos a atenção psicossocial especializada, configurada pelo CAPS (BRASIL, 2011).

Os CAPS's adotam funções hábeis na rede de cuidados, fazem o direcionamento das políticas e programas de saúde mental: desenvolvendo projetos terapêuticos, retirando medicamentos possíveis, encaminhando e acompanhando usuários de residências terapêuticas, assistindo e sendo apoio para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. As técnicas e os projetos realizados nos CAPS se diferenciam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade ou no bairro, e por preocupar-se com o sujeito numa forma singular importando sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004). Os CAPS oferecem participações em oficinas terapêuticas, e essas oficinas são de muita importância para que os indivíduos possam conhecer as diferentes condições dos outros e a vivenciar as diferentes formas de lidar com a situação na troca de experiência com os usuários (FERNANDES; PERES, 2011).

O objetivo desse estudo foi analisar o uso das práticas integrativas no Brasil, bem como seu contexto histórico identificando a prevalência dessas PICS nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Centro De Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram regulamentados no Brasil pela Portaria nº 224/92 (BRASIL, 1992). O Ministério da Saúde, o definiu como sendo:

“...um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.” (BRASIL, 2004, p. 13).

O CAPS foi criado para substituir os hospitais psiquiátricos, e tem como objetivo desenvolver atendimento na saúde mental, através de acompanhamento clínico e recolocação no meio social, através do trabalho, do convívio familiar e comunitário, e dos direitos sociais (BRASIL, 2004).

Destacamos as principais legislações que norteiam o modelo CAPS:

- ✓ Lei 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.
- ✓ Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece que os CAPS poderão constituir-se em modalidades de serviços, definidos por ordem crescente complexidade e dispõe do funcionamento desses serviços com mecanismos próprios.
- ✓ Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005: Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.
- ✓ Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005: destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências.
- ✓ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
- ✓ Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012: Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
- ✓ Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013: Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

A Portaria nº336/2002, trouxe as especificações necessárias para funcionamento dos CAPS e a estrutura de equipe mínima (Quadro 1).

Quadro 1 - Especificações necessárias e estrutural do CAPS.

TIPOS	COBERTURA POPULACIONAL	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO	EQUIPE DE ATENDIMENTO MÍNIMA
CAPS I	20 a 70 mil habitantes	atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro 03 profissionais de nível superior (formação necessária ao projeto terapêutico) 04 profissionais nível médio (técnico ou auxiliar)
CAPS II	70 a 200 mil habitantes	atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior (formação necessária ao projeto terapêutico) 06 profissionais nível médio (técnico ou auxiliar)
CAPS III	200 mil ou mais habitantes	a atendimento diário e noturno de adultos,	02 médico psiquiatra

		durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.	01 Enfermeiro 05 profissionais de nível superior (formação necessária ao projeto terapêutico) 08 profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar)
CAPS AD	100 mil ou mais habitantes	para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação	01 médico psiquiatra + 01 médico clínico 01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior (formação necessária ao projeto terapêutico) 06 profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar)
CAPS AD III	200 a 300 mil habitantes	atendimento adultos e crianças com necessidade de cuidados contínuos	01 médico psiquiatra + 01 médico clínico 01 enfermeiro com formação na saúde mental 05 profissionais de nível superior (formação

			necessária ao projeto terapêutico) 04 técnicos em enfermagem 04 profissionais nível médio (técnico ou auxiliar) 01 profissional de atividades administrativas
CAPS IV	100 mil ou mais habitantes	para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.	01 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra 01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior (formação necessária ao projeto terapêutico) 05 profissionais nível médio (técnico ou auxiliar)

Fonte: BRASIL – Ministério da Saúde, 2003

Os CAPS's são na maioria entidades municipais, e são serviços gratuitos especializados de caráter aberto e comunitário. O controle e a participação social estiveram presente na Reforma Psiquiátrica, e na implantação de novos serviços e tentativas de um novo olhar para saúde mental (COSTA et al., 2011).

Para obtenção de atendimento no CAPS, o paciente ou o responsável acompanhante pode ir diretamente à uma unidade ou ser encaminhado pelo “Programa de Saúde da Família”,

a situação de quem procura o atendimento será compreendida iniciando um projeto terapêutico ou procedendo o encaminhamento para o serviço mais adequado a sua necessidade. Esse serviço pode ser ofertado na própria unidade ou na residência do paciente, dependendo da situação física e emocional que se encontra (BRASIL, 2004).

Exercício Profissional das Práticas Integrativas e Complementares nas Profissões de Saúde

O SUS constitui uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde organizada de acordo com as diretrizes e competências constitucionais e legais. Dentre as competências, tem o papel ordenador da qualificação dos trabalhadores da saúde (BORBA, 2018). Assim, o estabelecimento pedagógico para a formação de profissionais compatíveis com a proposta nacional de organização da atenção primária figura-se imprescindível para a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Dentre a formação do exercício da saúde, temos 14 profissões, que são: biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, definidas pela Resolução n. 287/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cada conselho profissional, em âmbito Federal, publica em seus respectivos diários oficiais as resoluções, portarias ou atos normativos que dispõe sobre a habilitação, atuação ou atribuições para cada profissão no setor das PICS. O Quadro 2, mostra as PICS e normas dos conselhos profissionais, sendo fitoterapia, acupuntura e homeopatia, permitidas pelos maiores números de profissões.

Quadro 2 – Categorias profissionais que regulamentaram e autorizaram o uso das práticas integrativas e complementares.

PROFISSÕES	PORTARIA / ATO NORMATIVO	PIC /SUS
Medicina	CFM nº 2.221/2018	Acupuntura; Homeopatia
Medicina Veterinária	Sem informações	Sem informações

Biologia	CFBio nº 614/ 2021	Acupuntura; auriculoterapia. Apiterapia; aromaterapia; ayurveda; bioenergética; cromoterapia; constelação familiar; fitoterapia; geoterapia; naturopatia; ozonioterapia; terapia dos florais; termalismo social.
Psicologia	CFP nº 13/2000 CFP nº 05/2002	Hipnose Acupuntura
Biomédico	CFBm nº 327/2020	Todas as PICs
Odontologia	CFO nº 82/2008 CFO nº 160/2015 CFO nº 165/2015	Acupuntura; Fitoterapia; terapia flora; hipnose; homeopatia; laserterapia; Odontologia Antroposófica
Enfermagem	Cofen nº 581/2018	Fitoterapia; homeopatia; ortomolecular; terapia flora; reflexologia; reike; yoga; toque terapêutico; musicoterapia; cromoterapia; hipnose; acupuntura
Farmácia	CFF nº 710/2021	Todas as PICs
Terapia Ocupacional	COFFITO nº 221/2001 e COFFITO nº 350/2008	Osteopatia; Acupuntura
Fisioterapia	COFFITO nº 380/2010 COFFITO nº 398/2011	Fitoterapi; praticas corporais, manuais e meditativas; terapia floral; magnetoterapia; fisioterapia antroposófica; termalismo; hipnose; osteopatia
Assistência Social	Sem informações	Sem informações
Fonoaudiologia	CFF nº 45/2020	Biodança; bioenergética; constelação familiar; dança

		circular; termalismo; apiterapia; aromaterapia; cromoterapia; Geoterapia; hipnoterapia; imposição das mãos; terapia floral; homeopatia; fitoterapia; antroposófico. Ayurveda; medicina tradicional chinesa.
Educação Física	CONFEF nº46/2002 CONFEF nº350/2008	Yoga; acupuntura
Nutrição	CFN nº 680/2021	Fitoterapia

Fonte: Próprio autor (2022)

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, sobre Práticas Integrativas e Complementares utilizadas no CAPS no período de 2008 a 2020. As informações foram construídas com base nos dados de acesso público disponibilizados, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), responsável pelo gerenciamento da oferta dos serviços de saúde no país.

Utilizando-se a ferramenta TabNet (<http://tabnet.datasus.gov.br>), foram recolhidas as informações disponíveis do número de atendimentos das práticas integrativas e complementares em seu componente de rede de atendimento Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi escolhido a partir de 2008, pois é a data mais antiga disponibilizada pelo sistema até a data atual de coleta dos dados.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos utilizando o programa Biostat (AYRES et al., 2007) para testes estatísticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

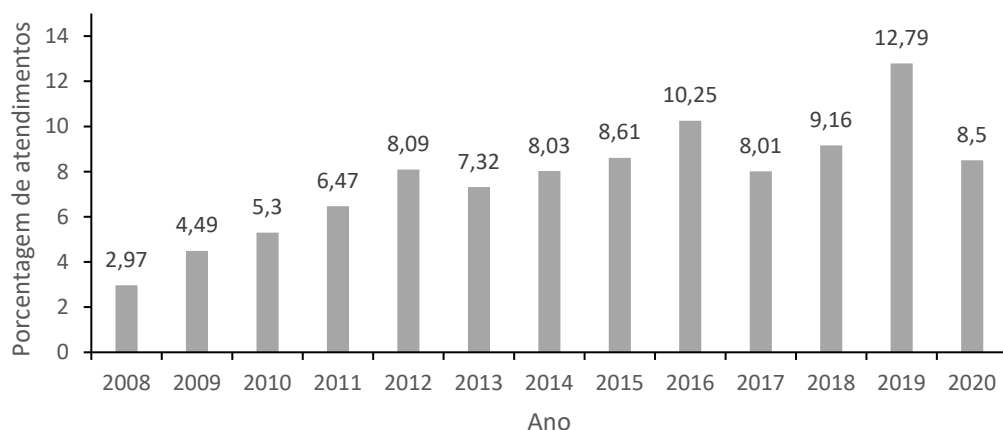
Entre o período de 2008 a 2020, tivemos um total de 11.161.864 procedimentos PICS aprovados no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A Figura 8, nos apresenta a

porcentagem relativa de procedimentos aprovados para cada ano de atendimento. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi oficializada no Brasil em 2006, pela Portaria nº 971, e em 2017 e 2018 houve alteração aumentando a ofertas de novas práticas no SUS. Até o ano de 2016 somente 5 PICS eram ofertas no SUS e teve representatividade 10,25% dos procedimentos atendidos no período de estudo. Proporcionalmente entre atendimentos de PICs ofertadas esse foi o ano que registrou um maior número de atendimento. Em 2019, 12,79% de procedimento PICS foram registrados no atendimento, e nesse ano 29 práticas PICS eram ofertadas no SUS.

O ano de 2020, teve os atendimentos prejudicados com a pandemia de COVID-19, pois esse episódio acarretou a prática do isolamento social, estimulando as pessoas a ficarem em casa e algumas atividades e atendimentos presenciais foram suspensos. (GRATZ et al., 2020; SANTOS JUNIOR et al., 2021). Mesmo ocorrendo esse episódio de pandemia o SUS ainda registrou 948.621 (8,5%) procedimentos atendidos nesse ano.

Estudos apontam que o aumento da utilização das PICS está diretamente relacionado à insatisfação do paciente com a medicina tradicional; à redução de medicamentos; busca de autocuidado e conscientização de responsabilidade com a própria saúde; redução dos transtornos mentais comuns; escolha de tipo de tratamento, permitindo ao paciente usufruir independência; baixo custo; diminuição de efeitos colaterais nos tratamentos e empoderamento do conhecimento popular (RODRIGUES-NETO et al., 2008; MAGALHÃES; ALVIM, 2013; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

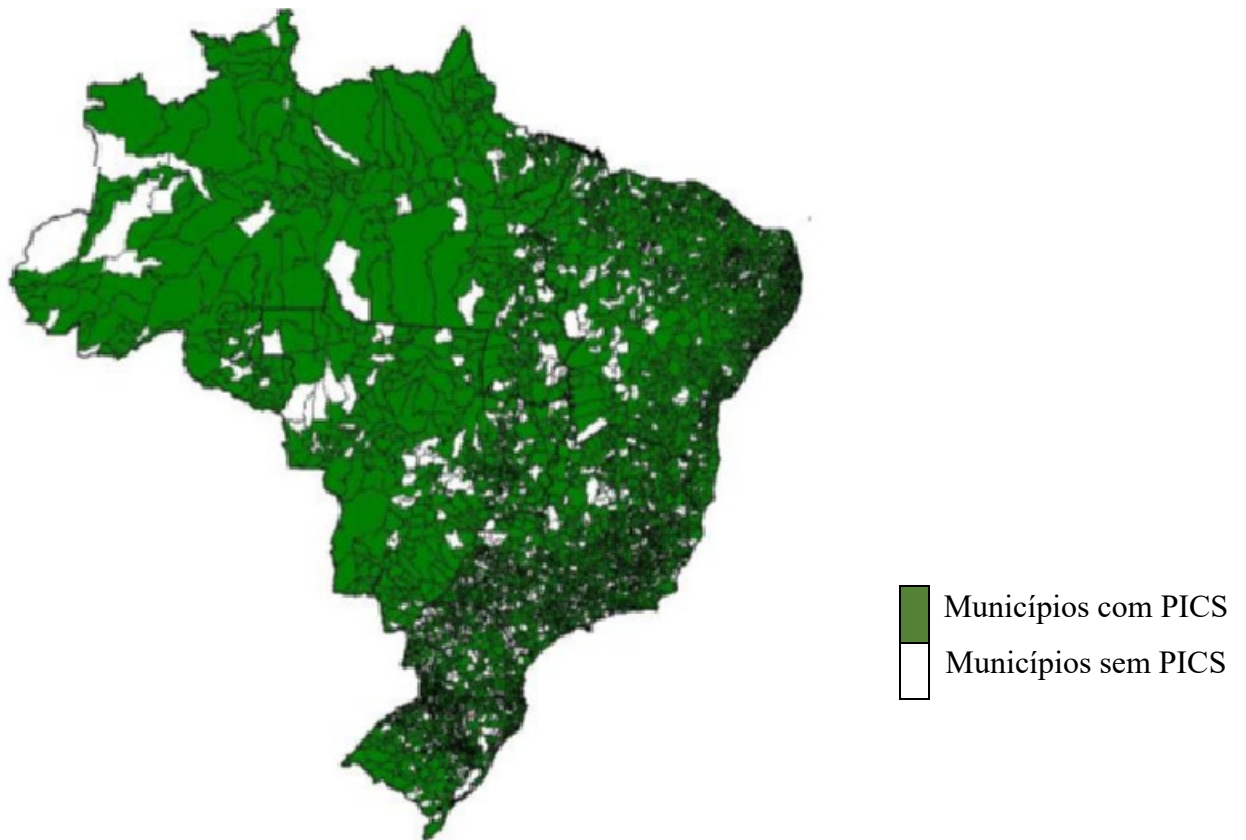
Figura 8 - Porcentagem de atendimentos em práticas integrativas e complementares em porcentagem relativa ao total de atendimento durante o período de 2008-2020 no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS).



O Ministério da Saúde em junho de 2019, apresentou um relatório de monitoramento de PICS no SUS, e até a emissão deste relatório, as PICS foram ofertadas por 17.335 Redes de Atenção à Saúde, em 4.297 municípios brasileiros (Figura 9), estando em 100% das capitais brasileiras, e com predominância na região Nordeste. Ferraz et al., (2020) evidenciaram este dado, no qual os usos das terapias no Nordeste são realizados de forma independente, com o sem cuidados médicos, esse fato é induzido pela popularidade das práticas na região, fácil acesso em locais de baixa renda, movimentos culturais e populares, e às vezes, também pelo relacionamento de proximidade do terapeuta com o usuário.

Nos procedimentos ofertados, a “sessão de acupuntura inserção de agulhas” aparece nos dados desde os anos iniciais dos registros até atualmente, representa 50,59% (Figura 10) dos procedimentos atendidos no SUS. Seguido por “práticas corporais medicina chinesa” com 15,18% que apresentou registro até 2017, e “sessão de Auriculoterapia” 10,53% que só começou a ser registrado a partir de 2016. Em 2019, as atividades coletivas registraram aumento de 314% quando comparado a 2017, as atividades coletivas são: práticas corporais medicina chinesa, terapia comunitária, dança circular /biodança, yoga, massagem, arteterapia, meditação e musicoterapia. Conseqüentemente houve redução dos atendimentos individuais de aproximadamente 50%, tais como antroposofia, plantas medicinais/fitoterapia, termalismo/crenoterapia e técnicas manuais. (BRASIL, 2020).

Figura 9 - Mapa dos municípios brasileiros que ofertam PICS em 2019.



Fonte: Ministério da Saúde - Brasil, 2019

Lima, Silva e Tesser (2014) expõe que uma justificativa para a acupuntura ter destaque na utilização das PICS é que ela é um procedimento milenar, que vem sendo utilizado há muitos anos, isso torna o procedimento mais conhecido e com maior confiabilidade de resultado pelo paciente.

Os recursos financeiros têm sido repassados pelo Ministério da Saúde para a ampliação e abertura de novos CAPS e rede de apoio à saúde mental (PAGNO, 2020). Em 2020, 74 novos CAPS foram habilitados, totalizando 2.730 CAPS ativos prestando serviços a sociedade, destes 12,85% oferecem atendimento de PICS (Figura 11), sendo a prática mais ofertada “Corpo e Mente”, que contempla hipnose, meditação, técnicas de relaxamento, yoga e afins. Os atendimentos de PICS nas redes CAPS tem aumentado, mas ainda representa um baixo número quando comparado aos atendimentos totais que a unidade oferece. Rodrigues-Neto (2008), enfatizou que a utilização limitada, pode ocorrer devido ser um serviço que ainda é pouco

conhecido pela população, principalmente para os que mais necessitam de algum tipo de atendimento.

Figura 10 - Percentagem relativa de atendimentos de práticas integrativas e complementares durante o período de 2008-2020 no Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS).

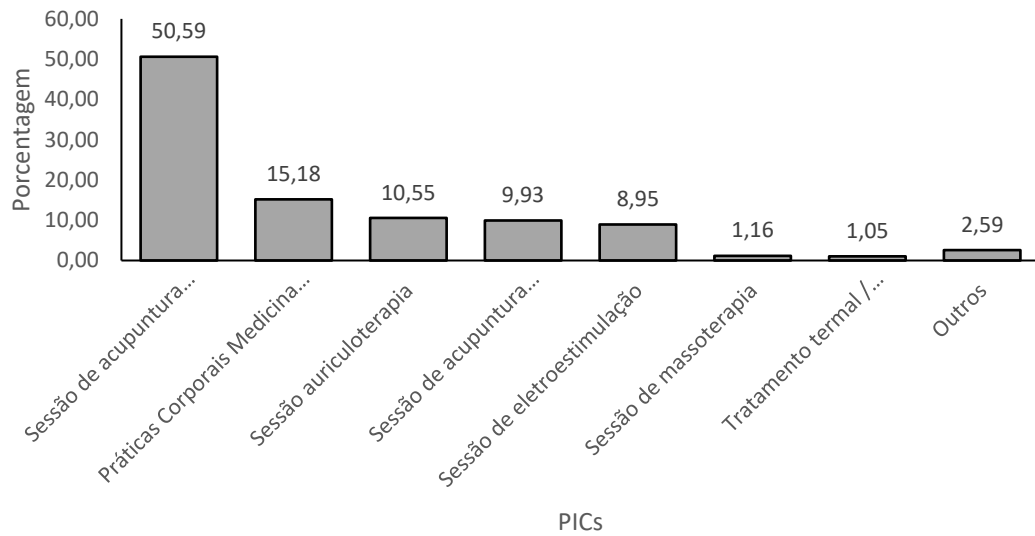
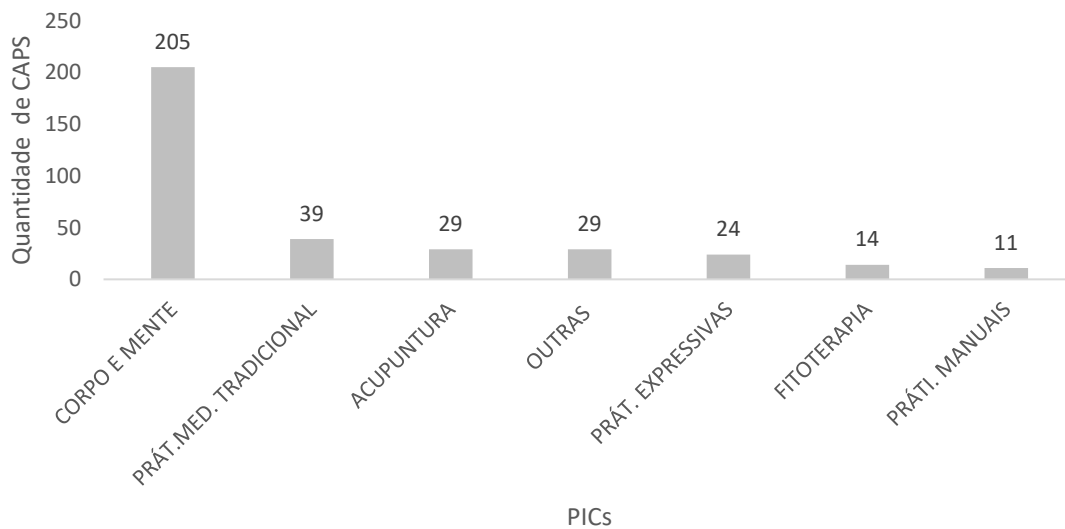


Figura 11 - Quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecem Práticas Integrativas e Complementares no Brasil.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos o quão importante são as PICS no processo de tratamento de pacientes que utilização os serviços do SUS, isso devido à facilidade ao acesso, baixo custo e a importante evidência que traz a cultura popular. Apesar dos incentivos de crescimentos das PICS, elas ainda correspondem a uma pequena parcela dos cuidados no SUS, e ainda menor nos CAPS. É de extrema importância incentivar e desenvolver estudos relacionados às PICS, pois eles possibilitam estímulos de qualificação dos profissionais para uso dessas práticas, permitindo assim uma atenção integrada e humanizada do paciente.

Alguns pacientes insatisfeitos com o modelo biomédico, tentam encontrar nas PICS uma alternativa para melhoria da saúde e de sua qualidade de vida, sendo assim o interesse nas práticas está no contexto de assistência e cuidado. A utilização dessas práticas permite aos pacientes uma autonomia na escolha do tratamento complementar, fortalecendo assim, a relação do paciente com o atendimento. Também complementa e assistência na saúde que muitas das vezes é eficaz, colaborando para o autocuidado e a promoção de saúde.

Há grande diversidade de PICS em uso e pouca pesquisa sobre sua oferta no SUS e no CAPS. Sua aceitação crescente no Brasil parece incontestável, mas seu potencial de contribuições na saúde está muito pouco explorado.

CAPÍTULO 3

FITOTERAPIA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Lorena da Fonseca Ferreira¹
Débora de Jesus Pires²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade– Universidade Estadual de Goiás (UEG)

² Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Sociedade– Universidade Estadual de Goiás (UEG)

INTRODUÇÃO

Plantas medicinais e fitoterapia estão intimamente ligadas, a diferença reside na elaboração da planta em formulação específica. Para o OMS, planta medicinal é “todo vegetal que possui, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos”. Fitoterapia é um termo grego que deriva de “phitos - plantas” e “therapeia - tratamento, cuidado”. Ela é caracterizada pelo uso exclusivo de plantas medicinais ou matéria prima vegetal em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2014).

O Brasil é o país com a maior biodiversidade do mundo, e entre os elementos que à compõem estão as plantas que possuem diferentes potencias químicos, orgânicos e inorgânicos explorados pelo homem (ZAGO, 2018). Esse potencial começou a ser explorada como plantas medicinais com base nas práticas indígenas associadas a cultura africana e portuguesa. Os saberes e práticas do uso terapêutico das plantas estão ligadas diretamente aos territórios e seus recursos naturais, como parte integrante da reprodução sociocultural e econômica desses povos e comunidades. Assim, é indispensável resgatar, o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais e populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, como elementos de promoção da saúde (BRASIL, 2006; ZAGO, 2018; ESTEVES et al., 2020).

França et.al (2008) apresentou que

“A fitoterapia permite que o ser humano se reconecte com o ambiente, acessando o poder da natureza, para ajudar o organismo a normalizar funções fisiológicas prejudicadas, restaurar a imunidade enfraquecida, promover a desintoxicação e o rejuvenescimento”

Devido ao destaque e à popularidade que as plantas medicinais vêm ganhando, principalmente nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem elaborado resoluções com a finalidade de valorizar a medicina tradicional. Assim, o Ministério da Saúde (MS) elaborou importantes políticas para as áreas de plantas medicinais e

fitoterápicos: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de proporcionar maior acesso e uso racional das plantas medicinais e dos fitoterápicos, com garantia, segurança e eficácia aos usuários (BRASIL, 2006).

O consumo de plantas medicinais pela população tem aumentado, esse crescimento está associado a vários fatores, podendo ser destacado, ser uma alternativa econômica, a facilidade de acesso da população às plantas e aos fitoterápicos, a crença de que o medicamento natural é inofensivo, um desapontamento com os resultados dos tratamentos convencionais e efeitos colaterais dos medicamentos (GELATTI; OLIVEIRA; COLET, 2016).

A Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental (SBFTE) em 2013 (NOËL, 2013), elaborou um glossário definindo os termos remédio, medicamento e fármacos, para nosso melhor entendimento. Remédio: qualquer substância usada para combater uma doença ou enfermidade; Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para diagnóstico; e Fármaco: princípio ativo de um medicamento.

Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico sobre os fitoterápicos, autorizados pela ANVISA e que são utilizados para tratamento da saúde mental no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo apresenta uma revisão de literatura, de fitoterápicos utilizadas na saúde mental no Brasil. As buscas foram realizadas nas bases eletrônicas de dados no Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando como palavras chave “fitoterapia”, “saúde mental”, “ansiolítico”, “antidepressivo”.

O período utilizado foi de 2005 a 2021, e foram incluídos artigos escritos em inglês e português, que traziam a importância e as dificuldades da fitoterapia na sustentabilidade, comprovações dos efeitos ansiolíticos, sedativos e antidepressivos, e as características morfológicas das plantas medicinais em questão. Foram excluídos trabalhos de etnobotânica, e com plantas medicinais que não estão na listagem disponibilizada pela ANVISA.

CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICAS PÚBLICAS

O uso de plantas medicinais vem desde a antiguidade e está relacionada com o desenvolvimento do homem. Registros de conhecimentos fitoterápicos está registrado em quase todas as sociedades antigas como: africana, grega, indiana, chinesa, egípcia. Para uso dessas plantas em seus tratamentos o homem fazia experimentos de acertos e erros e observava a utilização dessas pelos animais (BORGES; SALES, 2018).

Na Índia durante os anos de 2700 a 1700 a.C. as bases para a Ayurveda foi difundida, e esse prática antiga ainda se encontra em uso. Ainda durante a Antiguidade, o grego Dioscórides (40 a 90 d.C.) fez a descrição de cerca de 600 produtos de origem vegetal, animal e mineral com indicações de uso médico, esse escrito o fez ser reconhecido como Fundador da Farmacognosia. Na Idade Média a religião assume papel importante na sociedade e na política, deixando de lado a ciência, as plantas medicinais ainda eram utilizadas, mas eram consideradas “propriedades mágicas” e que tratariam males espirituais (CUNHA, 2005; ROCHA et al., 2015). Com o Renascimento, o empirismo, e o charlatanismo da medicina, dão lugar, aos experimentos, e assim vão sendo introduzidos novos fármacos, em países como África, Índia e Brasil (CUNHA, 2005).

No Brasil, os indígenas já faziam uso das substâncias vegetais para alimentação, tratamento de doenças e cosméticos, com a chegada dos colonizadores estes conhecimentos foram interligados. Importante marco para as plantas medicinais brasileiras foi a chegada dos jesuítas, que além de catequistas também atuavam como médicos, enfermeiros e boticas. Mais tarde a cultura africana, através dos escravos, trouxe contribuição com suas ervas utilizadas em rituais religiosos para nossa fitoterapia (CALAINHO, 2005; SANTANA et al., 2018). O uso das plantas medicinais é um processo que combina saberes e práticas de diferentes culturas, ele encontra-se ameaçado por fatores como: pressões econômicas e culturais; desinteresse deste saber pelos mais jovens; e êxodo rural (SANTOS et al., 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável pela regulamentação de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil, e tem como função proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, e compartilhando da construção ao acesso (MANFIO; JUNIOR, 2017). Vários documentos foram preparados pensando na regulamentação e construção de políticas públicas abrangendo o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, com a intenção de evitar o uso inadequado desta técnica o Governo Federal aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos,

por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, com o intuito de implementar ações que fossem capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira através da ciência fitoterápica no uso cotidiano (BRASIL, 2006).

O Quadro 3 , traz a identificação de uma sequência histórica dos marcos legais associados a documentos que regulamentam o uso e produção de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil, com destaque para 2006, com a aprovação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos teve sua elaboração o objetivo de “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” ; em 2008 a aprovação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que estabeleceu ações para garantir os objetivos da Política acima citada; e 2010, a instituição da “Farmácia Viva”, sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal, com o objetivo de realizar todas as etapas, desde o cultivo, coleta, processamento, armazenamento, manipulação e dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

Quadro 3 – Sequência histórica contemplando as plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil.

ANO	DOCUMENTO	INFORMAÇÃO
1981	Portaria nº 212, 11 de setembro de 1981	Define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica
1982	Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos do MS	Objetivou o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, pelo estabelecimento de medicamentos fitoterápicos, com base no real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais
1988	Resolução CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988	Regulamentou a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e criou procedimentos e rotinas relativas à sua prática nas unidades assistenciais médicas
1992	Parecer n.º 04/92 do Conselho Federal de Medicina, 17 de janeiro de 1992	Reconheceu a fitoterapia como método terapêutico
1994	Portaria n.º 31 – Secretaria de Vigilância Sanitária	Cria o Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos.
1995	Portaria n.º 06 – Secretaria de Vigilância Sanitária	Institui e normatiza o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária
1998	Portaria nº 665	Cria a CONAFIT - Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos
	Portaria nº 3.916	Aprovou a Política Nacional de Medicamentos

2000	Resolução da Diretoria Colegiada, (RDC/Anvisa) nº 17 de 2000	atualiza a regulamentação de registro de medicamentos fitoterápicos
2003	Grupo de Trabalhos do MS	Elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
	Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica	Enfatizou a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS
2004	Resolução-RE nº 90, da Anvisa, de 16 de março de 2004	Determinou a publicação da guia para a realização de estudos de toxicidade pré-clínica de fitoterápicos, com o objetivo de indicar métodos padronizados para os estudos de toxicologia pré-clínica de acordo com a Resolução vigente para registro e renovação de registro de fitoterápicos
2005	Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005	Criou o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para formular proposta da PNPMF
2006	Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006	Aprovou a PNPMF e instituiu o Grupo de Trabalho para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
	Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006, do MS	Aprovou a PNPIC, que traz entre as práticas homeopatia e fitoterapia como práticas realizadas no SUS
2008	Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 477, de 28 de maio de 2008	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos
	Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008	Aprovou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
	RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008, da Anvisa	Instituiu o texto de bula padronizado para os medicamentos fitoterápicos relacionados em seu anexo
	Instrução Normativa nº 5, de 11 de dezembro de 2008, da Anvisa	Determinou a publicação da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado
2009	Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009, do MS	Incluiu, em seu anexo II, os medicamentos fitoterápicos no Elenco de Referência Nacional do Componente Básico da Assistência
2010	Instrução Normativa nº 5, de 31 de março de 2010, da Anvisa	Estabeleceu a lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos
	Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, do MS	Instituiu, no âmbito do SUS, a Farmácia Viva
2012	Caderno de Atenção Básica nº 31,	Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica

2014	RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, da Anvisa	Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos
	RDC nº 69, de 08 de dezembro de 2014, da Anvisa	Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Insumos Farmacêuticos Ativos
2016	RDC nº 84, de 17 de junho de 2016	Aprovou o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, 1ª edição

Fonte: Ministério da Saúde (2006) e Gonçalves et al., 2020.

IMPORTÂNCIA E DIFICULDADES DA FITOTERAPIA

As plantas medicinais desempenham um papel importante no cuidado da saúde. Até a consolidação da medicina moderna, o homem dependia delas para tratar suas doenças e as dos animais. Cerca de 80% da população na maioria dos países em desenvolvimento ainda usa técnicas da medicina tradicional como uso de plantas para tratar doenças humanas. As plantas medicinais são a fonte exclusiva de alguns medicamentos que são utilizados em novos tratamentos médicos, pode-se dizer que cerca de 25% dos medicamentos da farmacopéia são derivados de plantas e muitos outros são análogos sintéticos construídos a partir de componentes protótipos isolados de plantas. Elas também são usadas, como suplementos nutricionais e na indústria de cosméticos e perfumes (ÁLVAREZ, 2005).

Uma das principais vantagens da prática de fitoterapia é a facilidade de acesso, pois o fitoterápico pode ser encontrado como medicamento industrializado, manipulado ou preparações caseiras (FIGUEREDO; GURGEL; JUNIOR, 2014; BRASIL, 2010). A fitoterapia promove dentro das políticas públicas uma multidisciplinaridade envolvendo saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2006).

Pensando nas ODS, a indústria da fitoterapia tem potencial para atingir o ODS3, uma vez que compõe enorme fonte de inovação em saúde e tem capacidade de fortalecer a produção com base na grande biodiversidade que o Brasil tem, ampliando, assim, as alternativas terapêuticas oferecidas aos usuários do SUS. Mas também apresenta um desafio, que é o de adaptar-se aos interesses de cadeia de produção, que vai do cultivo das plantas, o manejo sustentável, a pesquisa e o desenvolvimento, a produção, a distribuição e o uso do produto final (plantas medicinais e fitoterápicos) (HASENCLEVER et al., 2017).

Aspectos positivos de custo / benefício, foram evidenciados por Mello, et al., (2019) que mostram favorável o uso de fitoterápicos quando confrontado com fármacos. Favorável,

pois os medicamentos industrializados provocam gastos excessivos, contribuindo apenas com a indústria farmacêutica, já os fitoterápicos vangloriam a biodiversidade do país, mantêm o mecanismo de ação, mas diminuí os efeitos adversos, a toxicidade e os custos.

A Portaria MS nº 886, de 22 de abril de 2010, regulamentou a criação das Farmácias Vivas, que é uma alternativa para a manipulação de fitoterápico em “oficinas” estruturadas nos municípios, uma vez que não exigem aparelhamentos e processos sofisticados, e a matéria-prima vegetal utilizada pode ser adquirida junto a fornecedores ou ser produzida pelo próprio município. Devido a essa portaria e a Portaria nº 13 de junho de 2012, municípios receberam recursos para estruturação, materialização e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (APL), conseguindo manipular fitoterápicos a baixo custo e facilitar o acesso dos usuários a esses medicamentos (BRASIL, 2010).

Outro fator benéfico que a fitoterapia promove é a inserção da agricultura familiar na produção de matéria-prima vegetal, essa inserção pode também atender a necessidade de produtos para o SUS, pois os hortos medicinais não conseguem abastecer a demanda necessária pelo sistema de saúde. A participação da agricultura familiar gera a inserção social, trabalho e renda para as famílias inseridas nos programas, resultados esperados pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (GÓIS et al., 2016).

A prática da Fitoterapia, apesar de ser tratamento de baixo custo, implica novos custos ao sistema de saúde, pois todo o SUS está estruturado em usar medicamentos sintéticos, então a implementação gera um problema - o financiamento. A estruturação para essa forma de tratamento implica investimentos iniciais tais como, capacitação dos profissionais do sistema, abertura de laboratórios de manipulação dos medicamentos fitoterápicos, estruturação de um sistema capaz de fornecer matéria-prima vegetal, ou seus derivados, com qualidade (FIGUEREDO, 2011).

Diversos tipos de doenças que acometem a população são tratados sem busca de auxílio nos serviços de saúde, e muitas vezes quando essa ajuda é procurada, o medicamento prescrito não é fornecido ou não pode ser adquirido pelo paciente devido falta de recurso financeiro, busca-se alternativa nos medicamentos “caseiros”. O uso popular das plantas medicinais nem sempre é feito de forma correta no que diz respeito à indicação, à qualidade da matéria-prima vegetal utilizada e ao preparo das formulações caseiras, isso por falta de informações do próprio usuário, essas tentativas de acertos nos tratamentos compromete a eficácia terapêutica, provoca danos à saúde com os efeitos adversos procedente de interações com outras plantas ou com

medicamentos industrializados, uma vez que é comum por parte da população usar uma mesma planta para diversos sintomas e doenças. (SILVEIRA; BANDEIRA; ARRAIS, 2008; FIGUEREDO; GURGEL; JUNIOR, 2014).

Há anos atrás, o mercado fitoterápico teve uma queda na produção de fármacos por vias químicas, isso foi ocasionado devido ao crescimento econômico das indústrias farmacêuticas, e ausência de comprovação científica das substâncias naturais, isso também foi causado pela dificuldade de controle químico, farmacológico e toxicológico das plantas medicinais utilizadas, estimulando assim a substituição dos fitoterápicos por fármacos sintéticos (GADELHA et al., 2013).

Outro problema enfrentado pela fitoterapia é a automedicação, ocasionado pela lentidão do sistema de saúde, baixo poder econômico da população e informação recebidas por comerciantes informais de plantas medicinais e produtos fitoterápicos. A falsa percepção de que “medicamento natural, não faz mal” contribui para que os medicamentos ocupam o primeiro lugar como agente causador de intoxicação e o segundo lugar nos registros de morte por intoxicação (NICOLETTI et al., 2007). Segundo o Sistema de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), existem várias causas responsáveis pela intoxicação, como exemplo, falta de conhecimento das condições de cultivos, identificação farmacobotânica, informações sobre reações adversas, posologia, período de tempo de preparo e ingestão e principalmente interações medicamentosas. Esse avanço da automedicação tem causado efeitos colaterais e resistência medicamentosa, fatores que colaboram para a resistência medicamentosa envolvem o mau uso dos fármacos utilizados de forma indiscriminada, sem prescrição médica (MELLO et al., 2019).

FITOTERÁPICOS PARA TRANSTORNO MENTAL - ANVISA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), promulga a Instrução Normativa nº 02 em 13 de maio de 2014, na qual publica “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado” (Tabela 1). Esta lista compõe os principais fitoterápicos usados nos tratamentos de transtorno mentais, autorizados e registrados na Anvisa.

Tabela 1 - Lista de Medicamentos e Produtos Fitoterápicos para uso em transtornos mentais publicado pela ANVISA na Instrução normativa nº 02 de 13 maio de 2014.

Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado			
Nomenclatura Botânica	Nome popular	Parte usada	Indicações terapêuticas
<i>Hypericum perforatum</i> L.	Hipérico	Partes aéreas	Estado depressivo leve e moderado
<i>Panax ginseng</i> C. A. Mey	Ginseng	Raiz	Estado de fadiga mental, adaptógeno
<i>Piper methysticum</i> G. Forst	Kava-kava	Rizoma	Ansiolítico e insônia
<i>Valeriana officinalis</i> L.	Valeriana	Raízes	Sedativo moderado, hipnótico, tratamento de distúrbio do sono associados à ansiedade
Lista de Produtos Tradicionais Fitoterápicos de Registro Simplificado			
Nomenclatura Botânica	Nome popular	Parte usada	Indicações terapêuticas
<i>Melissa officinalis</i> L.	Melissa / Erva-cidreira	Folhas	Ansiolítico leve
<i>Passiflora edulis</i> Sims	Maracujá / Passiflora	Partes aéreas	Ansiolítico leve

*Fonte: Anvisa (2014)

A AVISA através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26 de 13 de maio de 2014, padronizou uma diferenciação entre Medicamento Fitoterápico e Produto Tradicional Fitoterápico, sendo que ambos devem ser de origem exclusivamente vegetal. As diferenças são que os Medicamentos fitoterápicos devem possuir estudos clínicos em humanos que comprovem sua segurança e eficácia e possuir indicações de uso para quadros clínicos específicos; e Produtos Fitoterápicos têm sua segurança e efetividade baseada em dados publicados na literatura técnico-científica que comprovem uso seguro pela população por período igual a superior a 30 anos, e não podem ser associados a usos em doenças, distúrbios, condições ou ações consideradas graves, devendo ser concebidos para utilização sem acompanhamento de um médico para fins de prescrição, diagnóstico ou acompanhamento do paciente (ANVISA, 2014).

A seguir foram consideradas as características morfológicas, químicas e de uso para cada espécie:

- *Hypericum perforatum* L.

Popularmente conhecida como Erva-de-São-João, suas espécies se encontram distribuídas por regiões de clima temperado e subtropicais. É uma planta da família das Hypericaceae e seu tamanho varia de 60 cm a 1 m de altura, com sementes pequenas e

alongadas, caule arredondado, raiz lenhosa e resistente e as folhas que podem ser lineares ou ovadas. O cálice e a corola são marcados por pequenos pontos pretos. As pétalas se apresentam em número de cinco, sendo oblongas, elípticas e assimétricas. As flores aparecem de forma bastante numerosa, com coloração amarelo - alaranjada, numa espécie de inflorescência paniculada composta (Figura 12) (ALVES et al, 2014; SANTOS; SILVA; JÚNIOR, 2021)

Figura 12 – Folhas, Flores e arbusto de *Hypericum perforatum*.



Fonte: Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS (2020)

A espécie *Hypericum perforatum* é utilizada na medicina tradicional para o tratamento da depressão leve a moderada por possuir várias bioatividades como ansiolítica, sedativa, antiesquizofrênica, anticonvulsivantes, cicatrizante, antioxidante e analgésica. Seus compostos bioativos são flavonoides, antraquinonas, derivados de floroglucinol, cumarinas, xantonas, óleos voláteis, carotenoides e outros. A ação antidepressiva está relacionada a presença dos grupos antraquinonas e floroglucinol (ALVES et al, 2014; NUNES, 2018)

- ***Panax ginseng* C. A. Mey**

Popularmente conhecido como Ginseng, tem alto valor econômico. A raiz (Figura 13) de *Panax ginseng* tem cor amarelo-acinzentado, tem aspecto fusiforme ou cilíndrico e a forma retorcida, após secagem e pulverização, originam pó amarelo-claro com odor característico, possui cristais de oxalato de cálcio, em formato de cachos, e grãos de amido característicos quando observados ao microscópio. É encontrada desde as montanhas da China (Manchúria), Coreia, Japão até o leste da Sibéria, Rússia. Seus principais constituintes químicos são as saponinas triterpênicas, os ginsenosídeos, que são os principais componentes bioativos desta planta. Alguns autores indicam que estes componentes possuem uma variedade de efeitos benéficos em vários tipos de doenças, incluindo o sistema nervoso central (SILVA et al., 2021; CUI et al., 2020).

Figura 13 – Raiz e arbusto de *Panax ginseng*.



Fonte: <https://www.britannica.com/plant/ginseng> (2019)

- ***Piper methysticum* G. Forst**

Conhecida como Kava-kava, é um arbusto dióico, ereto, com dois a três metros de altura, folhas grandes e rígidas profundamente cortadas na base. Apresenta inúmeras flores pequenas, que se arranjam em cachos tipo espigas, o caule, pode pesar até 10kg, é subterrâneo do tipo rizoma (Figura 14), ramificado, suculento, com várias raízes, cor negro-acinzentado por fora e esbranquiçado no interior. A parte central do rizoma é bastante porosa com feixes lenhosos e finos. A parte utilizada como fármaco é o rizoma seco. Atualmente, está planta não cresce mais naturalmente, sendo seu cultivo para fins comerciais (JUSTO; SILVA, 2002). A kava-kava é originária das ilhas do Oceano Pacífico, principalmente na Polinésia Central. Inicialmente era usada apenas em ritos religiosos, porém nos anos 80, foi introduzida nas comunidades aborígenes da Austrália, onde se tornou uma droga de abuso (JUSTO; SILVA, 2008).

Figura 14 – Folhas, raiz e arbusto de *Piper methysticum* G. Forst



Fonte: Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS (2020)

Sua constituição química apresenta diversas substâncias, como taninos, ácido benzóico, ácido cinâmico, açúcares, bornil-cinamato, estigmasterol, flavocavainas, mucilagens pironas,

tetrahydroiangoninas e alguns sais minerais, principalmente o potássio (SILVA et al, 2021). Acredita-se que seu mecanismo de ação são as kavalactonas inibindo os canais de cálcio, reduzindo as descargas neuronais. Tem efeito ansiolítico, sedativo, analgésico, anestésico local e apresenta indicação para o tratamento de estágios leves a moderados de ansiedade e insônia. É contraindicado para pacientes com doenças hepáticas (BORGES et al., 2019)

- ***Valeriana officinalis* L**

É planta herbácea, conhecida como valeriana, erva-dos-gatos, originária da Ásia e Europa, encontradas também nas Américas. Seu nome científico é derivado do latim “*Valere*”, que significa “ter saúde”. É uma planta com ramos de flores brancas ou rosadas (Figura 15) com odor doce que florescem nos meses de verão composta por rizomas e muitas raízes fasciculadas (OLIVEIRA, 2021). Sua composição química varia de acordo com a subespécie, variedade, idade da planta, condições de crescimento, idade e tipo do extrato. A raiz contém componentes como os monoterpênicos bicíclicos, óleos voláteis, sesquiterpenos, lignanas e alcaloides. Além de aminoácidos livres, como o ácido gama-aminobutírico, tirosina, arginina e glutamina (CORNARA, et al., 2020; OLIVEIRA, 2021).

- **Figura 15** – Folhas, flores e arbusto de *Valeriana officinalis* L



Fonte: Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS (2020)

Valeriana é eficaz no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada, conduzindo o aumento na concentração de Ácido Gama Amino Butírico nas fendas simpáticas, é contraindicado pra doenças hepáticas e deve ser evitado junto às bebidas alcoólicas (CARVALHO; LEITE; COSTA, 2021).

- *Melissa officinalis* L.

Popularmente conhecida como erva-cidreira verdadeira, é uma planta que tem origem na Ásia e Europa, foi trazida para o Brasil há mais de cem anos e hoje é cultivada em todo o país. É um arbusto (Figura 16), com raízes fibrosas e caule ramificado, quadrangulado, herbáceo, piloso, podendo medir 50 cm a 100 cm de altura e suas folhas são ovais, pecioladas, pelosas, ramificada, com coloração verde escura na face ventral e verde claro na face dorsal. É uma planta de clima temperado, adaptada em lugares sombreados, cultivada em solo fértil, úmido e drenado (SILVA; GOMES; SIQUEIRA, 2021).

Figura 16 – Folhas e arbusto de *Melissa officinalis* L



Fonte: Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS (2020)

Possui em sua composição química iridoides, flavonoides, fenilpropanoide, geranial, carnova, metil-heptenona, citronelal, geraniol, oxido de cariofileno, borneol, limoneno, mirceno. É a substância do citral que trata e alivia os sintomas referentes à ansiedade e o nervosismo. A *Melissa oficinalles* é principalmente indicada na atuação sedativa, analgésica, antiespasmódica e ansiolítica (SANTOS; SILVA; VASCONCELOS, 2021; SHIRAZI et al., 2021).

- *Passiflora edulis* Sims

Conhecido popularmente como maracujá, é uma trepadeira que ocorre em países tropicais, com mais de 100 espécies encontradas no Brasil, fazendo com que o maracujá seja parte da biodiversidade brasileira. As folhas são simples, alternas, trilobadas, de base cordada, ápice acuminado e margem serrilhada, tamanho varia de 7 a 12 cm de comprimento por 11 a 13 cm de largura. O caule em estrutura secundária apresenta estrias finas dispostas longitudinalmente.

Estípulas triangular-subuladas são evidentes. Gavinhas são observadas na região da inserção das folhas, os frutos (Figura 17) são globosos, do tipo baga, de coloração verde, adquirindo cor amarela quando maduro (BERALDO; KATO, 2010; MALHEIRO et al., 2007).

Figura 17 – Folhas, flores e frutos de *Passiflora edulis* Sims



Fonte: Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS (2020)

O albedo, a parte branca do fruto do maracujá, apresenta alto teor de fibras, proteína, minerais, pectina, vitamina B3, ferro, cálcio e fósforo (MOURA et al., 2021). Rico em flavonóides, são constituintes ativos utilizado na fabricação de fitoterápicos utilizados na ansiedade, pois age no Sistema Nervoso Central como ansiolítico e sedativo (DENG et al., 2010; SILVA et al., 2021b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se uma tendência de crescimento efetivo no uso de fitoterápicos no Brasil, a prática de políticas estimuladoras e o retorno a busca por terapias mais naturais. O Brasil tem grande potencial para produção de medicamentos fitoterápicos e um amplo mercado para consumo. Observa-se também a necessidade de dissuadir algumas práticas, para que a expansão da utilização de fitoterápicos se mantenha.

Assim, a fitoterapia pode e deve ser avaliada como um campo de interação de saberes e práticas que valoriza: os recursos culturais, práticas e saberes locais, agricultura familiar, a preservação das riquezas naturais e da biodiversidade, a sustentabilidade, a interação dos

usuários com a natureza e com os profissionais da equipe de saúde, além de enriquecer as possibilidades terapêuticas autônomas e heterônomas.

A presente revisão demonstrou que os fitoterápicos em questão realmente apresentam efeitos ansiolíticos, sedativos e antidepressivos, auxiliando nos sintomas psicológicos, no entanto, faz-se necessário investimentos em pesquisa para uma melhor padronização destes resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAPÁ. **Relatório da inspeção em comunidades terapêuticas do Amapá -2018**. Ministério Público do Amapá. 60p. Amapá, 2018.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5ª edição. Porto Alegre, Artmed. 2014.

ÁLVAREZ, T.Z. Benefícios de la fitoterapia. **Revista Cubana Plantas Medicinai**s. Ciudad de la Habana, n.2, v.10, 2005.

ALVES, A.C.S.; MORAES, D.C; FREITAS, G.B.L. de; ALMEIDA, D.J. Aspectos botânicos, químicos, farmacológicos e terapêuticos do *Hypericum perforatum* L. **Revista Brasileira de Plantas Medicinai**s, v. 16, n. 3, p. 593-606, 2014.

ANTONIO, G.D.; TESSER, C.D.; MORETTI-PIRES, R.O. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. **Interface** (Botucatu), v.17, n.46, p.615-33, 2013.

ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 298, de 12 agosto de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, C.A.; JACINTO, A.B.M.; KINOSHITA, R.T.; MACDOWELL, P.L.; MOTA, T.D.; NICACIO, F.; SCHORN, M.C.; SOUZA, I.S.; TRINO, A.T. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, outubro, 2014.

AYRES, M.; M. Jr Ayres; D.L. Ayres; A.A.S. Santos. **BioEstat**: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 5º ed. Belém: Sociedade Civil Mamirauá, 2007.

BERALDO, J.B.; KATO, E.T.M. Morfoanatomia de folhas e caules de *Passiflora edulis* Sims, Passifloraceae. **Brazilian Journal of Pharmacognosy**. v.20, n.2, p.233-239, 2010.

BORGES, F.V.B.; SALES, M.D.C. Políticas Públicas de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Brasil: Sua História no Sistema de Saúde. **Pensar Acadêmico**, v. 16, n. 1, p. 13-27, 2018.

BORGES, N.B.; SALVI, J.O.; DA SILVA, F.C. Características farmacológicas dos fitoterápicos no tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade: *Hypericum perforatum* Lineaus e *Piper methysticum* Georg Forster no tratamento de transtornos depressivos e ansiedade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. V.27, n.3, p.81-87, 2019.

BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; BOTEGA, N.J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. 2015. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em 29 set. 2021

BRASIL. **Lei nº 10216 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 da União, Brasília, DF, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005**. Diário Oficial da União, Brasília, DF

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015, 48p. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaGO.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 30/06/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 9**. Brasília; 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial**. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoreria no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 148p.

BRASIL. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992** da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da União* 1992

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução RDC nº 26, de 13 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010**. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 324, de 03 de julho de 2003**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso324.doc>

BRITANNICA, Os Editores da Enciclopédia. "ginseng". *Enciclopédia Britânica*, 23 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.britannica.com/plant/ginseng>. Acesso em: 15/12/2021.

CALAINHO, D.B. Jesuítas e medicina do Brasil colonial. **Tempo**. v.19, p.61-75, 2005.

CARNEIRO, D.M. Hospital de Medicina Integrativa e Complementar Disponível em: <<https://nossofoco.eco.br/saude/hospital-de-medicina-integrativa-e-complementar/>> Acesso em: 15/12/2021.

CARVALHO, L.G.; LEITE, S.C.; COSTA, D.A.F. Principais fitoterápicos e demais medicamentos utilizados no tratamento de ansiedade e depressão. **Revista de Casos e Consultoria**. V.12, n.1, 2021.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde – Semana da Saúde 2020: CNS propõe que conselhos intensifiquem ações online contra desmonte do SUS. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1057-semana-da-saude-2020-cns-propoe-que-conselhos-intensifiquem-acoes-online-contr-o-desmonte-do-sus> Acesso em: 02/07/2021

COELHO, R. C. B.; PARENTE, A. S. Perfil de internações por transtornos mentais e comportamentais no Estado de Pernambuco. **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 46, p. 24-32, 2019.

COELHO, V. A. A.; VOLPE, F. M.; DINIZ, S. S. L.; SILVA, E. M. da; CUNHA, C. de F. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3605-3616, 2014.

CORNARA, L.; AMBU, G.; TROMBETTA, D.; DENARO, M.; ALLOISIO, S.; FRIGERIO, J.; LABRA, M.; GHIMIRE, G.; VALUSSI, M.; SMERIGLIO, A. 51 Comparative and functional screening of three species traditionally used as antidepressants: *Valeriana officinalis* L., *Valeriana jatamansi* Jones ex Roxb. and *Nardostachys jatamansi* (D. Don) DC. **Plants**, v. 9, n. 8, p. 994, 2020.

Conferência Nacional de Saúde (CNS) 10; 1996: Brasília. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. 98p.

COSTA, N.R.; SIQUEIRA, S.V.; UHR, D.; SILVA, P.F.; MOLINARO, A.A. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, n. 16, v. 12, p. 4603-4614, 2011

COSTABEBER, J. A.; CAPORAL, F. R.. “**Possibilidades e alternativas do desenvolvimento rural sustentável**”. In: VELA, H. (Org.). Agricultura Familiar e Desenvolvimento Rural Sustentável no Mercosul. Santa Maria: Editora da UFSM/Pallotti, p.157-194. 2003

CUNHA, A. P. Aspectos históricos sobre plantas medicinais, seus constituintes ativos e fitoterapia. ESALQ/USP, 2005. Base de dados. Disponível em: http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos_historicos.pdf>. Acesso em 24/01/2022.

CUI, L.; XU, J.; FENG, Z.; YAN, M.; PIAO, X.; YU, Y.; HOU, W.; JIN, Y.; YING-PING, W.. Simultaneous determination and difference evaluation of volatile components generated from ginseng fruit by HS-SPME Coupled with GC-MS according to fruit color. **Food Science And Technology**, v. 40, n. 3, p. 532-536, 2020.

DENG, J.; ZHOU, Y.; BAI, M.; LI, H.; LI, L.. Anxiolytic and sedative activities of *Passiflora edulis* f. *flavicarpa*. **Journal Of Ethnopharmacology**, v. 128, n. 1, p. 148-153, 2010.

DESVIAT, M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidade. **Revista Esp. Salud Pública**, n. 85, p. 427-436, 2011.

DUARTE, M.Q.; SANTO, M.A.S.; LIMA, C.P.; GIORDANI, J.P.; TRENTINI, C.M. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020.

DUNKER, C. I. L. Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. *Psicologia Usp*, v. 25, n. 1, p. 77-96, 2014.

ESTEVES, C. O.; RODRIGUES, R. M.; MARTINS, A. L. D.; VIEIRA, R. de A.; BARBOSA, J. L.; VILELA, Júlia B. F. Phytotherapeutic drugs: prevalence, advantages, and disadvantages of use in clinical practice, profile and evaluation of users. **Revista de Medicina**, v. 99, n. 5, p. 463-472, 2020.

FAUSTINO, T. T.; ALMEIDA, R. B. de; ANDREATINI, R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 4, p. 429-436, 2010.

FEREIRA, J.T.; MESQUITA, N.N.M.; SILVA, T.A. da; SILVA, V.F. da; LUCAS, W.J.; BATISTA, E..C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Revista Saberes**. n.1, v.4, p. 72-86. 2016

FERNANDES, M.N.S.; PERES, P.E.C. Ações ambientais com pessoas que convivem com depressão em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**. v. 2, n. 2, p. 195 - 204, 2011.

FERRAZ, I. S.; CLIMACO, L. C. C.; ALMEIDA, J. dos S.; ARAGÃO, S. A.; REIS, L. A. dos; MARTINS FILHO, I. E. Expansão das práticas integrativas e complementares no brasil e o processo de implantação no sistema único de saúde. **Enfermería Actual En Costa Rica**, n. 38, p. 1-13, 2019.

FIGUEREDO, C.A. Fitoterapia no SUS (texto didático). João Pessoa: Núcleo de Estudo e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas, 2011

FIGUEREDO, C. A. de; GURGEL, I.G.D.; GURGEL JUNIOR, G.D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

FIOCRUZ/CICT/SINITOX (Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica/Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas). Medicamentos. 2017

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. (Revisão Técnica Roberto Machado). 5ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FRANÇA, I.S.X.; SOUZA, J.A.; BAPTISTA, R.S.; BRITTO, V.R.de S. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 02 p. 201-208. 2008.

GADELHA, C.S.; JUNIOR, V.M.P.; BEZERRA, K.K.S.; PEREIRA, B.B.M.; MARACAJÁ, P.B. Estudo bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. *Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável*, n.5, v.8, p. 208-212, 2013.

GASTAL, F.L.; LEITE, S.O.; FERNANDES, F.N.; BORBA, A.T.; KITAMURA, C.M.; BINZ, M.A.R.; AMARAL, M.T. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Su: uma análise

histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Revista Psiquiátrica**, n.29, v.1, p.119-129 . 2007.

GELATTI, G. T.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Potential drug interactions in relation with the use, medicine plants and herbal in premenopausal women period. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 2, p. 4328-4346. 2016.

GOIÁS. CREMIC – Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar, Secretaria de Estado de Saúde – Governo de Goiás. 2008. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/noticias/29-unidades/4608-centro-de-especialidades-em-praticas-integrativas-e-complementares-cremic>> .Acesso em: 15/12/2021.

GOIÁS. Hospital de Medicina Alternativa se transforma em Centro de Medicina Integrativa. Secretaria de Estado de Saúde – Governo de Goiás. 2017. Disponível em: <<https://www.goias.gov.br/servico/70178-hospital-de-medicina-alternativa-se-transforma-em-centro-de-medicina-integrativa.html>> Acesso em: 15/12/2021.

GOIÁS. Hospital de Medicina Alternativa anuncia mudanças. Secretaria de Estado de Saúde – Governo de Goiás. 2017. Disponível em: < [https://www.goias.gov.br/servico/84270-hospital-de-medicina-alternativa-anuncia-mudancas.html#:~:text=Este%20m%C3%AAs%2C%20o%20Hospital%20de,de%20Doen%C3%A7as%20Tropicais%20\(HDT](https://www.goias.gov.br/servico/84270-hospital-de-medicina-alternativa-anuncia-mudancas.html#:~:text=Este%20m%C3%AAs%2C%20o%20Hospital%20de,de%20Doen%C3%A7as%20Tropicais%20(HDT)> Acesso em: 15/12/2021.

GÓIS, L.; MARTINS, M.; SILVA, I. M. M. da; GÓIS, L.M.; ALMEIDA, S.G de. O programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos e o processo participativo de implantação de hortas medicinais pelos coletivos de mulheres do mst, no sul de minas gerais. **Revista Terceiro Incluído**, v. 6, n. 1, p. 99, 2017.

GONÇALVES, R.N.; GONÇALVES, J.R.S.N.; BUFFON, M.C.M.; NEGRELLE, R.R.B.; MAZZA, V.A. Os marcos legais das políticas públicas de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. **Revista APS**, n.3, v.23, p.597-622, 2020.

GRATZ, K. L.; TULL, M. T.; RICHMOND, J. R.; EDMONDS, K. A.; SCAMALDO, K. M.; ROSE, J. P.. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness explain the associations of COVID-19 social and economic consequences to suicide risk. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, v. 50, n. 6, p. 1140-1148, 2020.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004.

GUIMARÃES, J. Disponível em: < <https://www.significados.com.br/autor/dra-juliana-guimaraes/>> Acesso em:13/01/2022.

HASENCLEVER, L.; PARANHOS, J.; COSTA, C.R; CUNHA, G.; VIEIRA, D. The Brazilian phytotherapy industry: challenges and opportunities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2559-2569, 2017.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: um (re)visão. **Revista ciência e saúde coletiva**, n. 1, v. 14, p. 297-305, 2009.

IASC (Inter-Agency Standing Committe). Guia Preliminar: Como lidar com os aspectos psicossociais de saúde mental referentes ao surto de COVID-19. 2020

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Estimativa de população 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado> Acesso: 13/09/2021.

JAYATILLEKE, N.; HAYES, R.D.; DUTTA, R.; SHETTY, H.; HOTOPIF, M.; CHANG, C.-K.; STEWART, R.. Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness. **European Psychiatry**, v. 43, p. 109-115, 2017.

JUSTO, S.C.; SILVA, C.M. *Piper methysticum* G. Forster (kava-kava): uma abordagem geral. **Revista Eletronica de Farmácia**. v. V, n. 1, p. 73-82, 2008.

LARA, A.P.M.; VOLPE, F.M. Evolução do perfil das internações psiquiátrica pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 659-668, fev. 2019.

LEAL, B.M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Aletheia**, n.40, p. 87-101. 2013.

LIMA, A.B.; ESPÍNDOLA, C.R. Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. **Revista Subjetividades**. v.15, n.1, p. 105-112, 2015.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D.. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.

LOPES, W.P.; BURIOLA, A.. ESQUIZOFRENIA: conceito, epidemiologia e papel da enfermagem na adesão ao tratamento. **Colloquium Vitae**, [S.L.], v. 7, n. , p. 81-88, 20 dez. 2015.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J.C. Treatment-resistant mood disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.29 (Supl II), p. 48-54, 2007.

MAGALHÃES, M. G. M. de; ALVIM, N. A. T. Complementary and integrative therapies in nursing care: an ethical focus. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 646-653, 2013.

MALHEIRO, M. G.; KIILL, L. H. P.; SIQUEIRA, K. M. M. de; MONTEIRO, S. P.; FEITOSA, E. de A.; BORGES, I. L.; MENEZES, D. R. Caracterização morfológica dos frutos de três espécies de Passiflora. **Embrapa**. 2007.

MANFIO, J. L.; BRUM JUNIOR, L. Desafios do desenvolvimento dos dossiês de Registro de Medicamentos Fitoterápicos. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, v. 21, n. 1, p. 47-52, 2017.

MELLO, B.M.; RODRIGUEZ, J.A.; MORELLI, M.H.; MELO, S.F. A importância do uso de fitoterápicos no Sistema Único de Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. V. 5, ed.11, p. 118-131. 2019.

MIRANDA, C.A.; TARASCONI, C.V.; SCORTEGAGNA, S.A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*, n. 7, v.2, p. 249-257. 2008.

MOURA, K. P. A. de; ALMEIDA, A. P. F. de; OLIVEIRA, A. T. C. de; QUEIROZ, V. F.; MIRANDA, K. W. E.; MENDES, L. G.; MONTE, A. L. de S. Farinha do albedo do maracujá (*Passiflora edulis* Sims) para o enriquecimento de produtos cárneos: uma revisão. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 8, p. 1, 9 jul. 2021.

MUNIZ, M.P.; TAVARES, C.M.M.; SOUZA, A.C.; PACHECO, C.K.R.; FIGUEIREDO, L. Unveiling the design of therapeutic nursing in mental health: an experience report. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 1, p. 132-140, 2014.

NASI, C.; SCHNEIDER, J.F. O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista Escola Enfermagem USP**. n. 45, v. 5, p. 1157-1163. 2011.

NICOLETTI, M.A.; OLIVEIRA-JUNIOR, M.A.; BERTASSO, C.C.; CAPOROSI, P.Y.; TAVARES, A.P.L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Informa**, v.19, n. 1/2, p. 32-40, 2007.

NOËL, F. Glossário Semântico de Farmacologia. Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental – **SBFTE**. 2013.

NUNES, A. Using the medicinal plant St. John's Wort (*Hypericum perforatum* L.) in depression treatment. **Visão Acadêmica**, v. 19, n. 3, p. 80-93, 2018.

OLIVEIRA, L.S. Avaliação atemporal dos efeitos de *Valeriana officinalis* L.: uma revisão de literatura. **Biodiversidade**. V.20, n.2, p. 193-199, 2021.

OLIVEIRA, J.M.V.; REGNE, G.R.S.; REINALDO, A.M.S.; SILVEIRA, B.V.; GOMES, N.M.R. Mood disorders, symptoms and treatment in the family's perspective. **Revista Saúde Mental Álcool Drogas**. n.16, v.2, p. 42-48, 2020

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2013-2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde. Atlas de Saúde Mental das Américas 2017. Washington, DC: OPAS; 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – Organização Mundial de Saúde (OMS) – Transtornos mentais. OPAS-OMS. 2020 Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>> Acesso: 05/08/2021

PAGNO, M. Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>>. Acesso em: 01/10/2021.

- PEREIRA, P.K.; SANTOS, S.A.; LIMA, L.A.; LEGAY, J.F.C.S.; LOVISI, G.M. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. **Caderno de Saúde Coletiva**, n.20, v. 4, p. 482-491. 2012.
- PEROBELLI, A.O. et al. **Diretrizes clínicas em saúde mental**. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. 269p. Espírito Santo. 2018.
- ROCHA, F.A.G. **Diagnóstico da comercialização de produtos da medicina popular em feiras livres do semiárido do Rio Grande do Norte**: Avaliações socioeconômicas e sanitárias, com proposta de legislação específica. 2015. 237p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
- 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*. n.55, v.14, p.1-11, 2021.
- RODRIGUES-NETO, J. F.; FIGUEIREDO, M. F. S.; FARIA, A. A. de S.; FAGUNDES, M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008.
- SANTA CATARINA. Horto Didático de Plantas Mediciniais do HU/CCS.2020. Disponível em: < <https://hortodidatico.ufsc.br/banco-de-plantas/>> Acesso em 15/12/2021.
- SANTANA, M.D.O.; SÁ, J.S.; NEVES, A.F.; FIGUEREDO, P.G.J.; VIANA, J.A. O/ poder das plantas medicinais: uma análise histórica e contemporânea sobre a fitoterapia na visão de idosas. **Revista Multidebates**, v.2, n.2, p. 10-27, 2018.
- SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalencia dos transtornos mentais na população afulta brasileira: uma revisão sistemática de 1197 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. n.59, v.3, p. 238-246. 2010.
- SANTOS, L. S. N.; SALLES, M.G.F.; PINTO, C.M.; PINTO, O.R.O.; RODRIGUES, I.C.S. O saber etnobotânico sobre plantas medicinais na comunidade da brenha, redenção, CE. **AGRARIAN ACADEMY**, Centro Científico Conhecer, v.5, n.9; p. 409-421, 2018.
- SANTOS, R. S.; SENA, E. P. de.; AGUIAR, W.M. Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 16, n. 3, p. 374, 19 dez. 2017.
- SANTOS, R.S.; SILVA, S.S.; VASCONCELOS, T.C.L. Aplicação de plantas medicinais no tratamento de ansiedade: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**. V.7, n.5, p. 52060-52074, 2021.
- SANTOS JÚNIOR, L. C.; GAUJAC, C.; ANDRADE, R. A. R.; AMARAL, R. C. do. Morbidade por problemas mentais – análise de séries temporais no período anterior e durante a pandemia do COVID-19. **Research, Society And Development**, v. 10, n. 2, p. 1-9, 2021.
- SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.

SCHUCKIT, M.A. Alcohol-use disorders. **The Lancet**, v. 373, n. 9662, p. 492-501. 2009.

SHER, L.. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? **Acta Neuropsychiatrica**, v. 32, n. 5, p. 270-270, 2020.

SHIRAZI, M; JALALIAN, M.N.; ABED, M.; GHAEMI, M. The effectiveness of Melissa officinalis L. versus Citalopram on quality of life of menopausal women with sleep disorder: a randomized double-blind clinical trial. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43 n. 2, p. 126-130, 2021.

SILVA, A.D.F. da; FERREIRA, G. L.; DIAS, A. J. A.; BARROS, N. B. de; SILVA, Z. P. do N.. Uso e eficácia de plantas medicinais com ações em doenças cardiovasculares e em Diabetes Tipo 2: panax ginseng, curcuma longa, adonis vernalis/ use and effectiveness of medicinal plants action on cardiovascular diseases and type 2 diabetes. **Brazilian Journal Of Development**, v. 7, n. 9, p. 86526-86549, 2021a.

SILVA, M.C.; SOUZA, N.B.; ROCHA, T.S.; PAIXÃO, J.A.; ALCANTARA, A.M.C.M. Utilização da Piper methysticum (L.) e Passiflora incarnata (L.) no tratamento de transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**.v.7, n.4, p. 959-974. 2021b.

SILVA, M. J. da; GOMES, M. L. B.; SIQUEIRA, L. da P. Tratamento alternativo para ansiedade à base da planta medicinal Melissa Officinalis (erva-cidreira) – uma revisão de literatura. **Research, Society And Development**, v. 10, n. 14, p. 1, 2021.

SILVA, R. C. B. da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia Usp**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SILVA, T. A. da; PAULA JÚNIOR, J. D. de; ARAÚJO, R. C.. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de minas gerais, brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 2, v. 21, p. 346-363. 2018.

SILVEIRA, P.F.; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS, P.S.D. **Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos**: uma realidade. Rev. bras. farmacogn. João Pessoa, v. 18, n. 4, oct-dez. 2008.

TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, n.1, v. 9, p. 25-59. 2002.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 174-188, set. 2018.

TROVÃO, A.L.C.; VELÔSO, T.M.G. Saúde Mental: um estudo sobre representações sociais na estratégia da saúde da família de Boqueirão – PB. In: VELÔSO, T.M.G.; EULÁLIO, M.C. Saúde Mental: saberes e fazeres. Campo Grande: EDUEPB, 2016. p. 199-242.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 71-82, 2004.

WHO. World Health Organization. Regulatory situation of herbal medicines. A worldwide review, Geneva, 1998.

WHO. World Health Organization.2021 Disponível em: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 Acesso em: 25/05/2021.

WHO. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Genebra, Suíça. 50p. 2013.

WHO. World Health Organization The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, Lisboa. 2001

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra; 2004.

ZANARDO, F. L. de P.; SILVEIRA, L. H. de 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**, v. 20, n. 3, p. 460-474, 2017.

ZAGO, L.M.S. Vinte dois anos de pesquisa sobre plantas medicinais: uma análise cienciométrica. **Tecnia**, v.3, n.1, p. 157- 173, 2018