Transtorno afetivo bipolar: determinantes sociais de saúde, adesão ao tratamento e distribuição espacial

Bipolar affective disorder: health social determinants, adherence to treatment and space distribution

Trastorno afectivo bipolar: determinantes sociales de la salud, adherencia al tratamiento y distribución del espacio

Ana Flávia Diniz Elias^I; Camila de Oliveira Figueiro^{II}; Edilene Aparecida Araújo da Silveira^{III};
Jeizziane Aparecida Ferreira Pinto^{IV}; José Arimatéa de Aleluia Júnior^V; Richardson Miranda Machado^{VI}

RESUMO

Objetivo: identificar os determinantes sociais de saúde dos pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB), sua distribuição espacial e a adesão ao tratamento. **Métodos:** estudo descritivo e transversal, com amostragem não probabilística, realizado no Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis/Minas Gerais, no período de fevereiro/2017 a fevereiro/2018 com 35 pacientes diagnosticados com TAB, submetidos a um questionário, escala clínica e telefonemas. Análise estatística realizada através de técnicas univariadas e multivariadas. Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a maioria da população estudada apresentou predição positiva à adesão ao tratamento, que se associou ao sexo, idade, estilo de vida saudável, apoio de redes sociais e comunitárias, saneamento básico, acesso a serviços sociais de saúde e benefício do governo. **Conclusão:** a adesão ao tratamento é um produto da interação entre as dimensões relacionadas ao paciente, ao serviço de saúde, aos fatores socioeconômicos e à terapêutica proposta.

Descritores: Transtorno bipolar; distribuição espacial da população; determinantes sociais de saúde; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Objective: to identify the health social determinants of patients with bipolar affective disorder (BAD), their spatial distribution and treatment adherence. **Methods:** a descriptive and cross-sectional study with non-probabilistic sampling, carried out at the Psychosocial Care Center of Divinópolis/Minas Gerais, from February/2017 to February/2018 with 35 patients diagnosed with BAD, submitted to a questionnaire, clinical scale and phone calls. Analysis performed through univariate and multivariate techniques. Study approved by the Research Ethics Committee. **Results:** most of the population studied had a positive prediction for treatment adherence, which was associated with gender, age, healthy lifestyle, support from social and community networks, basic sanitation, access to social health services and government benefit. **Conclusion:** adherence to treatment is a product of the interaction between the dimensions related to the patient, the health service, the socioeconomic factors and the proposed therapy.

Descriptors: Bipolar disorder; spatial distribution of population; social determinants of health; adherence to treatment.

RESUMEN

Objetivo: identificar los determinantes sociales de la salud de pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), su distribución espacial y la adherencia al tratamiento. **Métodos:** estudio descriptivo y transversal con muestreo no probabilístico, realizado en el Centro de Atención Psicossocial de Divinópolis/Minas Gerais, de febrero/2017 a febrero/2018 con 35 pacientes diagnosticados de TAB, sometidos a un cuestionario, escala clínica y llamadas telefónicas. Análisis realizado a través de técnicas univariadas y multivariadas. Estudio aprobado por Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** La mayoría de la población estudiada tenía una predicción positiva para la adherencia al tratamiento, que se asoció con el género, la edad, el estilo de vida saludable, el apoyo de las redes sociales y comunitarias, el saneamiento básico, el acceso a los servicios de salud social y los beneficios del gobierno. **Conclusión:** la adherencia al tratamiento es producto de la interacción entre las dimensiones relacionadas con el paciente, el servicio de salud, los factores socioeconómicos y la terapia propuesta.

Descriptores: Trastorno bipolar; distribución espacial de la población; determinantes sociales de la salud; adherencia al tratamiento.

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença mental grave e crônica, caracterizada por variações acentuadas do humor, ocorrendo alternância de episódios de depressão com os de euforia (mania). A crise depressiva é manifestada por tristeza profunda, apatia, isolamento social, alterações do sono e do apetite, redução significativa da libido, falta de sentido para a vida, ideias suicidas, dentre outras. Já o estado de euforia é comumente manifestado pelo aumento da atividade motora, a perda de sono, irritabilidade, aumento do interesse sexual, ansiedade e impulsividade, dentre outras¹.

^IGraduanda em Enfermagem. Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, Brasil. E-mail: anaflavia.diniz01@hotmail.com.

^{II}Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, Brasil. E-mail: camilafigueiro@gmail.com.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, Brasil. E-mail: edileneap@ufsj.edu.br.

^{IV}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, Brasil. E-mail: jeizzianiprof@gmail.com.

^VAdministrador. Universidade Federal de São João Del-Rei - Campus CCO, Divinópolis, Brasil. E-mail: ari.junior@outlook.com.

^{VI}Enfermeiro. Doutor em Psiquiatria. (Orientador). Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, Brasil. E-mail: richardson@ufsj.edu.br.

Para o controle do TAB é necessário tratamento farmacológico contínuo para melhora do prognóstico, resultando na diminuição dos sintomas maníacos, frequência dos episódios e alternância do humor. O carbonato de lítio, utilizado como medicamento de primeira escolha para estabilização do humor é considerado *padrão-ouro* no tratamento², por reduzir as crises maníacas e depressivas, mas possui vários efeitos adversos³⁻⁵.

O TAB afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes e várias áreas, tendo como destaque, a vida econômica, o lazer e os relacionamentos interpessoais⁶. Sendo que a gravidade da doença associada a não adesão ao tratamento, muitas vezes é decorrente de fatores relacionados ao espaço socioambiental e as relações aí instituídas, que são capazes de desencadear o processo de doença. Nesse contexto, surgem os determinantes sociais de saúde (DSS) que aprecia todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência de diversos fatores (sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais)^{3,6}.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo identificar os DSS dos pacientes com TAB, sua distribuição espacial e a adesão ao tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

O transtorno afetivo bipolar é responsável por elevados índices de morbidade e mortalidade. A ocorrência desse transtorno está relacionada a fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicossociais, e poderá ser reduzida a partir das terapêuticas, da adesão do indivíduo com o transtorno ao tratamento e com a assistência de profissionais da saúde⁴.

A eficácia do tratamento está diretamente relacionada à adesão, termo compreendido como o cumprimento das recomendações clínicas pelo paciente. Entretanto, estudos sobre adesão têm demonstrado que os pacientes não seguem as prescrições, levando assim à piora da doença^{3,7}.

As variáveis que podem afetar a saúde de um indivíduo com TAB, podem ser avaliadas pelos determinantes sociais de saúde (DSS), que buscam reconhecer as variáveis que envolvem a saúde e a doença, e consideram que saúde e doença estão interligadas e são consequência de diversos fatores³.

Nas últimas décadas, ocorreu um grande avanço no estudo dos DSS. Porém, o principal desafio está em estabelecer uma hierarquia entre os determinantes e a forma como incidem sobre a situação de saúde de pessoas e sociedade, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito⁷. Nesse seguimento, estudos sobre esses fatores têm permitido identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o propósito de reduzir as iniquidades de saúde e estabelecer onde tais intervenções podem provocar maior impacto e diminuir as doenças e seus agravos⁸.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei (nº 1.868.647) e realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) do município de Divinópolis/Minas Gerais.

O método empregado foi de amostragem não probabilística, envolvendo todos os pacientes com diagnóstico de TAB (segundo a Classificação Internacional das Doenças - CID 10) que foram atendidos no CAPS III, no período de 01 de fevereiro de 2017 a 01 de fevereiro de 2018.

Foram adotados como critérios de inclusão: idade igual ou maior que 18 anos; capacidade de entender e concordar em participar da pesquisa; declarar-se alfabetizado; ser usuário do CAPS III há mais de 6 meses e não estar internado no serviço. Como critérios de exclusão: ter dificuldade física que impediria a leitura dos questionários; preenchimento errôneo ou incompleto dos questionários utilizados, apresentar qualquer condição que interferisse na coleta e na mensuração dos dados; recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento.

Os dados foram coletados através de um questionário, uma escala clínica e telefonemas para realizar o levantamento dos DSS dos participantes. O questionário foi elaborado a partir de um modelo já validado⁹ e de acesso gratuito que define e distribui os DSS nas seguintes camadas: determinantes individuais; comportamento e estilo de vida; redes comunitárias e de apoio; condições de vida e de trabalho; condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. O outro instrumento utilizado foi a Escala Clínica para Prever a Adesão ao Tratamento no Transtorno Afetivo Bipolar (ECPAT-TBH), composta por 21 itens com alternativas de uma escala de cinco pontos (0 a 4), sendo que quanto maior a média obtida, maior a adesão ao tratamento.

O banco de dados para a pesquisa foi construído a partir dos dados coletados que foram digitados no programa *Microsoft Excel* por meio do pareamento das informações de cada paciente. Após, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (20.0), para a realização da análise estatística descritiva, a partir da qual se buscou os percentuais das categorias de respostas das variáveis e explorados por meio das técnicas univariadas

e multivariadas. Para a distribuição espacial dos pacientes a partir do seu endereço de residência foi utilizada a técnica de geoprocessamento por meio do *software* gratuito *Google Earth Pro*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao abordarmos o modelo que define e distribui os determinantes sociais de saúde (DSS), intitulada: determinantes individuais (idade e sexo), verificou-se que dos 35 pacientes estudados, 71,4% têm predição positiva para o tratamento, enquanto 28,6% não tem. A maioria dos pacientes com predição positiva são 76% mulheres e 60% têm mais de 45 anos. Já os pacientes com predição negativa apresentam a mesma prevalência entre os sexos (50%), no entanto 60% têm a faixa etária menor de 45 anos.

Observou-se que o aumento da adesão foi proporcional ao aumento da idade, achado também evidenciado em outra pesquisa da área¹⁰. Experiência tem sinalizado que o fator idade é proporcionalmente significativo quanto à adesão ao tratamento para os transtornos psiquiátricos. Os autores ressaltam a importância de analisar a idade, o desempenho neuropsicológico e o funcionamento executivo no comportamento de adesão, sobretudo em idosos¹¹. Nesse contexto, destaca-se que é fundamental considerar que a independência e autonomia para os idosos envolvem aspectos sociais, econômicos e, mais marcadamente, as habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades da vida diária¹².

Estudos apontam que o transtorno afetivo bipolar (TAB) pode se manifestar em proporções similares entre os sexos masculino e feminino. Porém, as mulheres são mais acometidas por transtornos mentais (TM) por serem mais susceptíveis a fatores hormonais e psicológicos, além de terem maior facilidade de identificar os sintomas, assumi-los e procurar ajuda médica o que pode justificar a maior adesão ao tratamento¹³.

De acordo com a etapa do modelo da determinação social da saúde, que trata do comportamento e estilo de vida, verificou-se que no grupo de predição positiva 52% deles são solteiros, 76% têm filhos; 68% declaram ser sedentários, 44% tabagistas e 12% etilistas. Enquanto os de predição negativa 90% são solteiros, 50% têm filhos; 40% declaram ser sedentários, 70% são tabagistas e 50% etilistas. Esses determinantes, obtidos pelo estado civil, número de filhos, sedentarismo, tabagismo e etilismo, são considerados determinantes proximais, transformáveis pelos próprios indivíduos¹⁴.

Outro estudo demonstra que ser solteiro e não ter filhos são fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento, seja pelo fato de terem uma menor rede de apoio que lhes impulsionem a seguir o tratamento e/ou pela dificuldade de monitorarem sozinhos sinais e sintomas de possíveis crises¹⁵.

O sedentarismo contribui para o agravamento das doenças crônicas e degenerativas, dentre elas as psiquiátricas, e pode resultar no surgimento de comorbidades clínicas como diabetes, hipertensão e obesidade. A prática de atividades físicas propicia benefícios físicos e favorece a reabilitação psicossocial das pessoas com TM, oferecendo ganhos individuais e coletivos quanto à promoção da saúde¹⁶.

O tabagismo e o etilismo têm sido relacionados com a prevalência de várias doenças ou distúrbios. Pesquisas apontam um crescimento nas doenças crônicas devido ao crescimento do uso de tabaco e uso prejudicial do álcool, sedentarismo e alimentação inadequada¹⁷. A relação entre tabagismo e doenças mentais tem sido relatada por alguns autores^{18,19}, mostrando associação entre consumo de tabaco, transtornos psiquiátricos e quadros psicopatológicos, como esquizofrenia e depressão maior. Soma-se a isso o fato de que os pacientes tabagistas geralmente apresentaram baixo grau de instrução, baixo nível econômico, níveis elevado e muito elevado de dependência da nicotina²⁰.

No que se refere a etapa do modelo da determinação social da saúde, que trata das redes sociais e comunitárias, observou-se que os participantes, em sua maioria, têm uma rede de apoio consistente. Em meio ao grupo de adesão ao tratamento 88% dos participantes consideram ter uma rede de apoio favorável e no grupo de não adesão 80% consideram o mesmo. Essa camada diz respeito ao capital social, que considera as relações sociais e as atitudes de solidariedade entre elas. O nível de coesão social interfere diretamente sobre a situação de saúde da sociedade como um todo¹⁴. O suporte familiar e o apoio social quando negativos, podem ser considerados barreiras à adesão ao tratamento, sendo assim é de suma importância avaliar a interação do paciente com suas redes de apoio²¹. Além disso, os familiares podem ajudar essas pessoas a adquirir a independência através da promoção e estimulação da autonomia²².

Em relação a etapa do modelo da determinação social da saúde, que aborda as condições de vida e de trabalho, verificarmos que, do grupo de adesão, 64% têm até oito anos de escolaridade; 92% estão desempregados; 64% têm renda familiar de até dois salários e 88% residem com membros da família. Já no grupo os de não adesão, 60% têm até oito anos de estudo; 80% estão desempregados; 50% têm renda familiar de até dois salários e 90% residem com membros da família. Essas características constituem os determinantes intermediários, os quais permitem observar claramente a estratificação social em decorrência dos fatores socioeconômicos, a influência sobre a situação de saúde e as

iniquidades geradas. Considerados nela a escolaridade, vínculo de trabalho, renda, vínculo ao serviço de saúde e condições de habitação¹⁴.

Estudos evidenciaram níveis mais baixos de escolaridade em portadores de TM. Essa é uma realidade presumível, uma vez que os transtornos provocam alterações como dificuldade de concentração, lapsos de memória, dificuldade de memorização, alterações de humor, sonolência, tremores, lentificação, avolição e exige períodos de afastamento para o tratamento, contribuindo para a interrupção dos estudos e interferindo na inserção desses indivíduos no mercado de trabalho e na manutenção do vínculo empregatício^{23,24}.

Observou-se que há maior percentual de pessoas com baixa renda entre os participantes. Pesquisa¹ revela a mesma correlação entre renda e adesão ao tratamento²⁵. O mercado formal de trabalho é pautado por uma concepção histórica de que o *louco* é incapaz e improdutivo para as relações de trabalho articuladas pelo capitalismo²³, reafirmando o estigma. Dessa forma, os portadores de TAB podem depender financeiramente da família e/ou do auxílio do governo.

Ainda nessa camada, dos 35 pacientes acompanhados pelo serviço de referência em saúde mental, do centro de assistência psicossocial (SERSAM/CAPS III), apenas 80%, de ambos grupos, possuem vínculo com a Estratégia Saúde da Família que assistem os locais onde residem.

A literatura evidencia a importância do matriciamento desses pacientes pela Atenção Primária a Saúde e a necessidade de fortalecer a articulação com o SERSAM/CAPS III, uma vez que o cuidado não pertence apenas aos profissionais dos serviços especializados e deve oferecer a melhor assistência aos usuários, partindo de uma abordagem holística²⁶.

Neste estudo, 84% pacientes do grupo de adesão possuem saneamento básico. Enquanto no grupo de não adesão, 70% possuem o mesmo. Deve-se ressaltar que a qualidade de vida está atrelada a melhores condições de saneamento básico, uma vez que ela é capaz de influenciar as condições de vida do paciente, por estar ligada a questões de habitação, alimentação, higiene e saúde. Segundo a literatura, as doenças infecciosas e parasitárias são responsáveis por 4,5% do total de óbitos no país²⁷.

Em relação a etapa do modelo da determinação social da saúde que trata das condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, o presente estudo analisou duas questões: auxílio financeiro concedido pelo governo em forma de aposentadoria/benefício e a distância em quilômetros da moradia dos participantes ao SERSAM/CAPS III. Essa é uma etapa especificamente, está ligada ao contexto sociopolítico e aborda macrodeterminantes que são considerados distais, mas agem sobre todos os outros e estratificam os grupos segundo suas hierarquias.

Nota-se que ambos grupos apresentam o mesmo percentual (60%) de pacientes aposentados ou beneficiários. Essa concordância pode ser explicada porque os pacientes com TAB apresentam alterações que podem comprometer o desempenho nas atividades cotidianas e são necessários longos períodos de afastamento para a manutenção do quadro quando há manifestação das crises, culminam em aposentadoria por invalidez, elucidando a elevada taxa de aposentadoria/benefício entre os grupos^{23,24}.

Sobre as condições ambientais, o território, como espaço geográfico, social e político em permanente transformação, é um meio pelo qual há o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população. A territorialização é estabelecida por meio da definição do território e da população, associada à coleta sistemática de dados sobre a situação e necessidades em saúde da população, possibilita o mapeamento e segmentação da população por meio do território. Essa aproximação entre usuários e serviços de saúde possibilita maior compreensão dos problemas e necessidades de saúde.

Dessa forma, os mapas podem ser considerados instrumentos extremamente úteis para tomar conhecimento do espaço onde vivem e atuam as pessoas, e permitem a representação concreta dos espaços geográficos. Para tanto, o uso do geoprocessamento nos serviços de saúde visa definir, analisar e controlar áreas prioritárias de atuação, podendo assim, minimizar os riscos à saúde¹⁴. Nesse trabalho, foi avaliado a distância entre a moradia e o serviço de referência em saúde mental (SERSAM/CAPS III) em quilômetros através da referida ferramenta (Figura 1).

Em seguida, os clientes foram estratificados em perto ou longe do serviço segundo a distância da moradia ao SERSAM. Aqueles que moram até 10 km de distância foram classificados como perto e mais de 10 km como longe. Em relação às distâncias das moradias, os pacientes com predição à adesão ao tratamento moram relativamente mais longe (32%), quando comparados aos do grupo de não adesão (10%). Nota-se que a distância não determina a adesão ou não ao tratamento.

Outro estudo aponta o crescimento demográfico e a urbanização como causas do aumento da população das periferias, fato que pode excitar a estratificação social e a exposição a fatores socioambientais negativos, causando a perda de DSS considerados importantes para a promoção e a adesão ao tratamento do TAB¹⁴.

FIGURA 1: Distribuição espacial dos 35 participantes segundo seus endereços de residência. Município de Divinópolis, Minas Gerais, 2018.

O estudo apresentou predição positiva à adesão ao tratamento pela maioria da população estudada conforme apresentado na figura 2.

FIGURA 2: DSS que se associam a adesão ao tratamento do portador de TAB.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional e que não depende unicamente do paciente, pois é produto da interação entre as dimensões relacionadas a ele, à equipe de saúde/serviço de saúde, aos fatores socioeconômicos e à terapêutica proposta.

Foi possível perceber que os DSS e a distribuição espacial dos pacientes podem exercer impacto na adesão ao tratamento, requerendo maior vigilância e estratégias que reforcem os DSS que possuem influência positiva na adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disord.* 2016 [cited 2019 Dec 10];18(2):192–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/bdi.12370>.
2. Hübner CVK, Milanello, EV, Barbieri, MFM, Barcelos, MRO, Ribas LAA. Relato de caso: transtorno afetivo bipolar. *Rev. faculd. ciênc. médicas de Sorocaba.* 2016 [cited 2019 Dec 10];18(supl.):1-6. Available from: www.even3.com.br/Anais/jornadamedicinauvv/73195-RELATO-DE-CASO--TRANSTORNO-AFETIVO-BIPOLAR
3. Freire EC, Feijó CFC, Fonteles MMF, Soares JES, Carvalho TMJP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno bipolar do centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Rev. ciênc. farm. básica apl.* 2013 [cited 2019 Dec 10]; 34(4):565-70. Available from: http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2641/1496
4. Silva RC, Santos VC, Mochizuki AB, Anjos KF. Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. *Rev. bras. de saúde funcional.* 2017 [cited 2019 Dec 10];1(1):10-21. Available from: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/848>
5. Penha SRLN, Bezerra GCI, Pereira GG, Santana VL, Gomes GCS, Melo KSP, et al. Os efeitos adversos causados pelo uso do carbonato de lítio em pacientes com transtorno bipolar afetivo: uma revisão da literatura. *Rev. patol. do Tocantins.* 2019 [cited 2019 Dec 10]; 6(2):65-9. Available from: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/6969>
6. Castro CE, Marques AR. Espaço, um conceito histórico: desdobramentos da evolução do pensamento, da escola alemã à década de 1950. *Outros tempos.* 2013 [cited 2019 Dec 10]; 2(2):81-7. Available from: https://www.outrostempos.uema.br/OJS/index.php/outros_tempos_uema/article/view/382
7. Miaso AI, Mercedes BPDC, Tirapelli CR. Bipolar affective disorder: pharmacotherapeutic profile and adherence to medication. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012 [cited 2019 Dec 10]; 46(3):689-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300022>
8. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Social determination or social determinants of health: text and context in latin america. *Trab. educ. saúde.* 2018 [cited 2019 Dec 10]; 16(3):869-97. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991 [cited 2019 Dec 10].
10. Zago AC, Tomasi E, Demori CC. Adherence to drug treatment regarding the users of psychosocial attention centers with mood disorders and schizophrenia. *SMAD Rev. eletrônica saúde ment. alcool drog.* 2015 [cited 2019 Dec 10]; 11(4):224-33. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p224-233>
11. Corrêard N, Consoloni J, Raust A, Etain B, Guillot R, Job S, et al. Neuropsychological functioning, age, and medication adherence in bipolar disorder. *PLoS one.* 2017 [cited 2019 Dec 10]; 12(9): e0184313. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0184313>
12. O'Leary L, Cooper S-A, Hughes-McCormack L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: a systematic review. *J. appl. res. intellect disabil.* 2018 [cited 2019 Dec 10]; 31:325-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jar.12417>
13. Santos EG Dos, Siqueira MM. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *J. bras. de psiq.* 2010 [cited 2019 Dec 10]; 59(3):238-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
14. Mizziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V, et al. Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Ann. gen. psychiatry.* 2015 [cited 2019 Dec 10];14(19):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-015-0057-z>
15. Lourenço BS, Peres MAA, Porto IS, Oliveira RMP, Dutra VFD. Physical activity as a therapeutic strategy in mental health: an integrative review with implication for nursing care. *Esc. Anna Nery.* 2017 [cited 2019 Dec 10]; 21(3):e20160390. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0390>
16. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev. saúde pública.* 2017 [cited 2019 Dec 10]; 51(supl.):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
17. De Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. *Rev. latino-am. enferm.* 2017 [cited 2019 Dec 10]; 25:1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2202.2945>
18. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, mental illness, and public health. *Annu. Rev. public health.* 2017 [cited 2019 Dec 10]; 38:165-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>
19. Santos SR, Bitencourt ARC, Engel RH, Silva MHC, Stacciarini TSG, Cordeiro, ALPC. Profile and factors associated with successful treatment of smokers in a specialized public service. *Rev. enferm. UERJ.* 2018 [cited 2019 Dec 10];26:e17381. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.17381>
20. Geib LTC. Social determinants of health in the elderly. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012 [cited 2019 Dec 10];17(1):123-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>
21. Polonio IB, De Oliveira M, Fernandes LMM. Smoking among medical and nursing students at the Anhembi Morumbi University:

Prevalence and evaluation of the nicotine dependence and the depression and anxiety scale. Arq. med. hosp. fac. cienc. med. santa casa São Paulo. 2017 [cited 2019 Dec 10];62(1):12-7. Available from:

<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/86/82>

22. Girondi JBR, Felizola F, Schier J, Almeida KSHS, Sebold LF, Santos JLG. Older adults with intellectual disabilities: sociodemographic characteristics, clinical conditions and functional dependence. Rev. enferm. UERJ. 2018 [cited 2019 Dec 10]; 26:e22781. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-948749>
23. Oliveira JFM, Silva RJG. Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental: um estudo num Centro de Atenção Psicossocial. Rev. elet. gestão e saúde. 2014 [cited 2019 Dec 10]; 5(3):862-72. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0925>
24. Miaso AI, Miamoto CS, Mercedes BPC, Vedana KGG. Adherence, knowledge, and difficulties related to pharmacological treatment for people with schizophrenia. Rev. elet. de enferm. 2015 [cited 2019 Dec 10];17(2):186-95. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a03.pdf>
25. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. Rev. Saúde Pública. 2017 [cited 2019 Dec 10]; 51:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>
26. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011 [cited 2019 Dec 10].
27. Ribeiro JW, Rooke JMS. Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública. 2010. 36 P. Trabalho de conclusão de curso (Curso De Especialização Em Análise Ambiental) - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010 [cited 2019 Dec 10]. Available from: <http://www.ufjf.br/analiseambiental/files/2009/11/TCC-SaneamentoSa%C3%BAde.pdf>