

SIMONE BARBOSA DUARTE BRANDÃO

**COMO ESTÁ A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PACIENTE  
PSIQUIÁTRICO? UMA ANÁLISE DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO  
SUS**

BRASÍLIA, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SIMONE BARBOSA DUARTE BRANDÃO

**COMO ESTÁ A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PACIENTE  
PSIQUIÁTRICO? UMA ANÁLISE DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO  
SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Eri Shimizu

Co-orientador: Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso

Brasília  
2014

SIMONE BARBOSA DUARTE BRANDÃO

**COMO ESTÁ A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PACIENTE  
PSIQUIÁTRICO? UMA ANÁLISE DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO  
SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 15 de abril de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – (presidente)  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso  
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Juliana Garcia Pacheco – (suplente)  
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

*Dedico este trabalho às pessoas em sofrimento mental internadas nos vários hospitais psiquiátricos deste país que, acostumadas ao esquecimento pela sociedade, acabam esquecendo-se de si mesmas.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sempre iluminar os meus caminhos e abençoar a minha jornada, mostrando, em diversas situações, que nunca estou desamparada.

Aos meus pais, Marlene e Célio, estrelas de luz e amor do meu céu que, da eternidade, certamente vibram a cada conquista que realizo.

À tia Maninha e ao meu querido irmão, Marcelo, que seguem me apoiando e torcendo por mim.

Ao Cláudio, meu querido “Tu”, que me apoia, me faz crescer e acredita que posso tudo que eu quiser.

À minha orientadora Helena Eri Shimizu, pela orientação serena e por oportunizar a experiência de docência, a qual me apaixonou.

Aos professores da banca examinadora, que contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

À equipe da auditoria do SUS – DENASUS / Ministério da Saúde, pela disponibilidade em fornecer os dados e demais informações que respaldaram esta pesquisa.

À equipe do Cras Ceilândia Sul / Sedest / GDF, especialmente à coordenadora Diandra e às queridas companheiras de trabalho Márcia, Livia, Layza e Sueli pela alegria, compreensão e companheirismo em tantos momentos que precisei.

À Miriam Pondaag, pessoa querida, que demonstrou sua disponibilidade e compreensão em me ajudar nos momentos de tensão desta pesquisa.

Aos professores do curso, que me proporcionaram leituras e reflexões que mudaram minha vida.

Aos colegas de curso, com quem partilhei dúvidas e angústias do processo de elaboração da dissertação.

À Nayla, psicóloga querida, que participou de tantos momentos da minha vida e faz parte de tudo que sou hoje.

Às amigas Nicole, Juliana Rios, Stella e Juliana Ramos, grupo “terapêutico” de amigas mais que especiais com quem compartilho, cresço e me divirto muito.

Aos meus amigos, por vibrarem comigo nesse momento tão especial que é a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

*"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade..."*

*Nise da Silveira*

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os 189 hospitais psiquiátricos em todo país que são financiados pelo Sistema Único de Saúde, com foco na qualidade da atenção direcionada aos pacientes internados, no período de setembro a novembro de 2011. As informações foram consultadas de um banco de dados produzido pelo DENASUS/Ministério da Saúde, portanto, baseou-se em dados secundários. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Os dados verificados foram dispostos em três partes. A primeira traça o perfil das instituições psiquiátricas quanto à natureza jurídica, instância de gestão, porte de leitos, taxa de ocupação, tempo de internação, meios adotados para transporte de pacientes e sistema de referenciamento entre serviços de saúde. A segunda parte traz informação sobre a adoção de ações terapêuticas e práticas de humanização por parte dos hospitais. Já o terceiro momento traz uma análise do perfil dos óbitos de pacientes internados nas instituições psiquiátricas. Foi evidenciado que a maioria dos HP são privados, resquício da lógica da organização da saúde anterior à instituição do SUS. Apesar de esses hospitais terem realizado algumas adequações no tratamento ao paciente, as modificações mostram-se aquém da necessidade das pessoas em sofrimento mental, uma vez que várias práticas corroboram com a exclusão social e assemelham-se às condutas retrógradas, praticadas nos séculos XIX e XX. Os números referentes à mortalidade proporcional de pacientes dentro das instituições psiquiátricas revelaram percentuais maiores do que a mortalidade no país. Além disso, ficou evidenciado que os registros de causas básicas de óbitos dos pacientes internados estavam precários, visto que quase metade das causas básicas eram mal definidas. Por fim, é possível notar que a atenção hospitalar de caráter asilar não contribui para a ressocialização e o resgate do protagonismo dos sujeitos. Por isso, é fundamental a reavaliação das estratégias da gestão de saúde mental, a fim de acelerar o processo de desinstitucionalização com a retaguarda adequada de serviços extra-hospitalares. Admite-se que os hospitais psiquiátricos não pertencem à rede de atenção psicossocial por trazerem em seu bojo concepções de exclusão social e poder disciplinar incompatíveis com os propósitos da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, é preciso admitir que a rede substitutiva aos asilos ainda não pode absorver a demanda de pacientes internados. Com isso, os hospitais psiquiátricos ainda fazem parte da realidade brasileira e demandam a atenção do poder público.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos; Institucionalização; Mortalidade Hospitalar.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the 189 psychiatric hospitals across the country that are funded by the public health system, focusing on the quality of attention given to the patients during the period from September to November 2011. The information was consulted in a database produced by DENASUS / Ministry of Health therefore relied on secondary data. This is a descriptive, exploratory study. The verified data were arranged in three parts. The first traces the profile of psychiatric institutions regarding legal, management area, number of beds, occupancy rate, length of stay, means adopted for patient transportation and referral system between health services. The second part provides information on the adoption of therapeutic actions and humanization practices by hospitals. The third time brings a profile analysis of the deaths of patients hospitalized in psychiatric institutions. It was shown that most HP are private, trace the logic of the organization prior to the institution of SUS health. Despite these hospitals have done some adjustments in patient care, the changes show up below the need for people in mental distress, since many practices corroborate social exclusion and resemble the regressive behaviors practiced in the nineteenth and twentieth. The figures for the proportional mortality of patients in psychiatric institutions have higher coefficients than the mortality in the country. Furthermore, it was evident that records basic causes of deaths of inpatients were precarious, since almost half of the root causes were poorly defined. Finally, it is possible to note that the hospital care of asylum character does not contribute to the rehabilitation and redemption leadership of the subjects. Therefore, it is critical reassessment of the strategies of mental health management in order to accelerate the process of deinstitutionalization with the right rear of outpatient services. It is recognized that psychiatric hospitals outside the network of psychosocial care for bringing in its core concepts of social exclusion and disciplinary power incompatible with the purposes of the Psychiatric Reform. On the other hand, one must admit that network substitute to nursing homes cannot absorb the demand for inpatients. Thus, psychiatric hospitals are still part of the Brazilian reality and demand the attention of the government.

**Key words:** Mental Health; Hospitals, Psychiatric; Institutionalization; Hospital Mortality.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Hospitais psiquiátricos por natureza jurídica, Brasil - 2011.....	56
Figura 2 - Hospitais psiquiátricos por vinculação ao sistema de gestão.....	58
Figura 3 - Hospitais psiquiátricos por porte de leitos, Brasil - 2011.....	60
Figura 4 - Pacientes psiquiátricos por tempo de internação, Brasil - 2011.....	64
Figura 5 - Principais causas das internações prolongadas, Brasil - 2011.....	67
Figura 6 - Óbitos nos HP por definição de causa, Brasil - 2011.....	85
Figura 7 - Percentual dos óbitos em HP com causa definida, Brasil - 2011.....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Hospitais Psiquiátricos por UF conforme Natureza Jurídica, Brasil – 2011 .....	57
Tabela 2 - Hospitais Psiquiátricos por UF conforme Instância de Gestão, Brasil - 2011.....	59
Tabela 3 - Hospitais Psiquiátricos por UF conforme Porte de Leitos, Brasil - 2011...	61
Tabela 4 - Taxa de ocupação em leitos SUS nos hospitais psiquiátricos por UF, Brasil - 2011.....	62
Tabela 5 - Relação de tempo de internação dos pacientes psiquiátricos por UF, Brasil - 2011.....	65
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes por tempo de internação e natureza jurídica dos HP por UF, Brasil - 2011.....	66
Tabela 7 - Relação entre total de pacientes internados e as internações por ordem judicial por UF, Brasil - 2011.....	68
Tabela 8 - Meio de transporte dos pacientes em situação de urgência/emergência por UF, Brasil - 2011.....	70
Tabela 9 - Existência de sistema formalizado de referência e contrarreferência para outros serviços de saúde por UF, Brasil - 2011.....	71
Tabela 10 - Relação entre o total de altas de pacientes psiquiátricos e o encaminhamento a serviços de saúde mental em 2010 por UF, Brasil - 2011.....	73
Tabela 11 - Relação entre o total de altas de pacientes psiquiátricos e o encaminhamento a serviços de saúde mental de Janeiro a Junho de 2011 por UF, Brasil - 2011.....	74
Tabela 12 - Adoção de ações de controle de infecções e infestações nos HP, Brasil - 2011.....	76
Tabela 13 - Aspectos do projeto terapêutico adotados no HP, Brasil - 2011.....	76
Tabela 14 - Qualidade do prontuário dos pacientes internados nos HP, Brasil - 2011.....	77
Tabela 15 - Abordagens terapêuticas adotadas nos HP, Brasil - 2011.....	77
Tabela 16 - Aspectos de humanização ao paciente internado, Brasil - 2011.....	78

Tabela 17 - Tempo de internação dos pacientes com óbitos em hospitais psiquiátricos, Brasil - 2011.....	79
Tabela 18 - Tempo de internação dos pacientes em óbitos nos HP, Brasil - 2011...	80
Tabela 19 - Distribuição dos óbitos por faixa etária dos pacientes dos HP, Brasil - 2011.....	81
Tabela 20 - Relação entre tempo de internação e faixa etária dos óbitos nos HP, Brasil - 2011.....	81
Tabela 21 - Relação entre a evolução em prontuário de óbitos ocorridos em hospitais psiquiátricos com e sem Comissão de Revisão de Prontuário, Brasil - 2011.....	83
Tabela 22 - Comparação de mortalidade no Brasil e em HP por faixa etária, 2010 / 2011.....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID-10	Código Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRO	Comissão de Revisão de Óbitos
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
HP	Hospital Psiquiátrico
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MRG/OMS	Mortality Reference Group/ Organização Mundial de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SISAUD/SUS	Sistema Informatizado da Auditoria do SUS
SNA	Sistema Nacional de Auditoria do SUS
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
	1.1 OBJETIVO GERAL.....	16
	1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	17
	2.1 CONCEPÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA – HISTÓRIA E TRAJETÓRIA.....	17
	2.2 ENCLAUSURAMENTO A LOUCURA.....	23
	2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	31
	2.4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	43
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	50
	3.1 TIPO DE ESTUDO.....	50
	3.2 UNIVERSO DO ESTUDO.....	50
	3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	50
	3.4 PROCEDIMENTOS.....	52
	3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	56
	4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.....	56
	4.2 ASPECTOS DA ATENÇÃO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	75
	4.3 ÓBITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.....	78
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	88
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	98
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	102
	<b>ANEXOS</b> .....	113
	ANEXO A – Autorização para utilização dos dados da pesquisa.....	113

## INTRODUÇÃO

Os hospitais psiquiátricos foram consagrados historicamente como espaços da loucura. Os grandes pavilhões, herança dos leprosários desativados, seriam no século XVII habitados pelos loucos, que tanto incomodavam as pessoas no convívio social (FOUCAULT, 1978). A mistura de piedade e medo da periculosidade embalava a sociedade e reforçava as práticas de exclusão dos insanos.

O surgimento da medicina mental trouxe a possibilidade de estudos experimentais e empíricos que tornou enorme e diversificada a nosografia das doenças mentais. Se de um lado os psiquiatras forneciam cada vez mais teorias infalíveis para descrever a sintomatologia da loucura, de outro, a reclusão dessas pessoas tornava-se um imperativo terapêutico (AMARANTE, 1997). A prática médica também reforçou a característica asilar das instituições psiquiátricas, que se alastraram por todo o mundo.

Durante séculos, os loucos foram excluídos (e esquecidos) nos asilos sob a égide do tratamento moral, que priorizava a obediência e a despersonalização do sujeito. A libertação dos loucos de suas correntes por Pinel representou, na verdade, um mero livramento das amarras físicas, posto que os internos continuavam presos pelo manejo terapêutico opressor, que se perpetuou na forma do poder disciplinar e totalitário (CASTEL, 1991).

O clima pós-Segunda Guerra gerou uma sensibilização em torno dos direitos humanos das populações minoritárias, dentre as quais estavam os doentes mentais. Toda efervescência da luta por direitos ensejou os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica, que tomou diversas formas em várias partes do mundo. Embora cada movimento tivesse delineado características específicas, havia uma congruência na luta pela humanização no tratamento dos transtornos mentais e reinserção social do sujeito em sofrimento mental (DEVIAT; MORENO, 2012).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica caminhou ao lado da Reforma Sanitária, num momento político contra a ditadura militar e pela conquista dos direitos sociais. Teve como maior inspiração a Reforma Psiquiátrica Italiana, conduzida por Franco Basaglia. O maior pressuposto desse movimento é a desinstitucionalização, que diz respeito à ideia de destruição do aparato manicomial enquanto prática

multidisciplinar e multi-institucional, que, na verdade, é a mesma luta contra a estigmatização, a segregação e os conceitos de periculosidade e irrecuperabilidade (AMARANTE, 1994).

As convicções de Basaglia, compactuadas pelos grandes precursores da reforma brasileira, são norteadas pela premissa de que as instituições psiquiátricas são, na verdade, propagadoras das formas de exclusão, desigualdade e subserviência do indivíduo em sofrimento mental, num espaço hierarquizado em que o médico dialogava com a doença e não com o sujeito. Sobre isso, Jervis (2001) pontua:

No campo da instituição, entretanto, a liberdade não existe de fato, nem pode ser mascarada sob a forma de liberdade interior na ausência de uma liberdade objetiva. A isto se poderia retorquir que a liberdade também não existe no mundo exterior, e que o ambiente institucional tem pelo menos o mérito de tornar manifesta uma ausência geral de liberdade, ao que é necessário replicar que o mundo exterior oferece a cada um a ocasião de unir a própria rebelião contra o mundo da produtividade e a uma atividade política revolucionária. Tais possibilidades, no âmbito do hospital psiquiátrico, parecem remotas e veladas. Assim, a consciência da exclusão é frequentemente experimentada pelo doente como injustiça acidental, como delimitação imperfeita das fronteiras de uma norma cujo conceito ele dificilmente chegará a criticar (p. 270).

Sob a luz dessas ideias, a internação em espaços asilares é um modo de manutenção da estigmatização, que não coaduna com a proposta de reabilitação psicossocial, que envolve o resgate da cidadania e o protagonismo dos sujeitos, por meio da inserção na comunidade, no mercado de trabalho e na criação de possibilidades para trocas afetivas e identitárias que ocorrem nas relações interpessoais (SARACENO, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental atua com base nessas premissas e organizou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que prioriza a territorialidade – que favorece a inserção social do usuário – e o cuidado universal e integral com base nos conceitos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

No que se refere aos hospitais psiquiátricos, a política desenvolveu ações para redução progressiva de leitos nessas instituições, de forma concomitante com a implantação de serviços da RAPS, de base territorial. Nessa conformidade, são disponibilizados alguns leitos psiquiátricos em hospitais gerais, cujo caráter não se confunde com a perspectiva asilar, vez que tem como principal objetivo internações de curta duração para o cuidado ao paciente em intercorrências clínicas, que outros dispositivos da RAPS não teriam capacidade para atender (BRASIL, 2012).

Ainda que seja uma meta da política de saúde mental a desativação completa dos hospitais psiquiátricos, muitos ainda estão em funcionamento e internam, atualmente, mais de vinte mil pessoas com transtornos mentais, com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, é preciso olhar com atenção para a qualidade do atendimento que essas instituições prestam aos pacientes internados.

Para este estudo, a qualidade da atenção representa o acolhimento e a responsabilidade das instituições psiquiátricas quanto à atenção integral da saúde dos pacientes com vistas à modificação de sua realidade atual. Remete a uma preocupação dos HP em elaborar estratégias para a reestruturação da vida dos pacientes e reelaboração de seus sofrimentos (ROTELLI *et al* 1990). Além disso, foram considerados os indicadores de qualidade de Donabedian (1980) – estrutura, processo de resultado – os quais foram balizadores na escolha dos dados analisados.

A questão dos óbitos institucionais foi outra questão abordada neste estudo. O percentual de mortalidade adotado neste estudo representa a razão entre o número absoluto de óbitos e a população exposta ao risco de morrer (MERCHÁN-HAMANN; TAUILL; COSTA, 2000). No caso desta pesquisa, o denominador é o número de pacientes vivos internados nos HP.

No que se refere aos registros de causas de óbito, cabe ressaltar que a OMS, preocupada em padronizar os registros nas declarações de óbito, orientou sobre o conceito de causa básica, se caracteriza pela doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente para a morte ou é relativa às circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal (ISHITANI; FRANÇA, 2001).

Diante disso, algumas questões foram norteadoras para a pesquisa que aqui se apresenta: Qual o perfil dos hospitais psiquiátricos do SUS? Como são tratados os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos brasileiros? As práticas adotadas nessas instituições são pautadas no modelo de atenção psicossocial que norteia a política atual? Qual o índice de mortalidade dentro dos hospitais psiquiátricos?

A partir dessas inquietações, foram analisados os resultados de uma avaliação realizada em 2011 pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS/Ministério da Saúde – em 189 hospitais psiquiátricos públicos e contratados que atendem pacientes do SUS.

## 1 OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os hospitais psiquiátricos financiados pelo Sistema Único de Saúde e analisar a qualidade da atenção desenvolvida aos pacientes internados no período de setembro a novembro de 2011.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Traçar o perfil dos hospitais psiquiátricos que atendem pacientes do SUS, quanto à natureza jurídica, instância de gestão, porte de leitos, taxa de ocupação, tempo de internação, meios adotados para transporte de pacientes e sistema de referenciamento entre serviços de saúde;
- ii. Verificar as ações terapêuticas desenvolvidas aos pacientes internados, bem como analisar se os cuidados são humanizados;
- iii. Analisar perfil dos pacientes que foram a óbito dentro de instituições psiquiátricas;

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 CONCEPÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA – HISTÓRIA E TRAJETÓRIA

*“Embora os homens costumem ferir a minha reputação e eu saiba muito bem quanto o meu nome soa mal aos ouvidos dos mais tolos, orgulho-me de vos dizer que esta Loucura, sim, esta Loucura que estais vendo é a única capaz de alegrar os deuses e os mortais.” Erasm de Rotherdan – Elogio da Loucura.*

Em seu livro “O que é loucura”, Frayze-Pereira (1984) inicia a discussão do conceito de loucura colocando diversas questões provocadoras. Em princípio, resume duas teorias sobre doença mental, expressão comum a quase todas as práticas psiquiátricas contemporâneas. Uma delas é a organicista, na qual a doença mental reflete algum efeito do processo orgânico, reduzindo-a a distúrbios cerebrais. A segunda teoria afirma que a doença mental é uma desorganização da personalidade individual.

Entretanto, o autor critica que ambas tratam a loucura como um fato em si, sem considerar o componente relacional. Isso porque a doença implica em uma ordem de normalidade e saúde, com a qual se cria um parâmetro. Por sua vez, a normalidade, que se propõe a regular a diversidade da existência por meio de regras e normas, implica em seu oposto, a anormalidade, já que “o anormal, enquanto anormal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste” (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p. 21).

Canguilhem, filósofo e médico francês, faz uma crítica ao conceito positivista de normalidade. Segundo essa teoria, defendida por Comte, o que diferencia a normalidade da patologia são variações quantitativas. Segundo o filósofo, normalidade e patologia devem considerar as relações do indivíduo com seu meio e suas idiossincrasias. “Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio” (CANGUILHEM, 2009, p. 56). Assim, a normalidade

seria entendida de acordo com o funcionamento biológico de cada indivíduo, o que não coaduna com a imposição de um padrão externo ao funcionamento do sujeito. “É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico” (CANGUILHEM, 2009, p. 93).

Szasz (1980), por sua vez, defende que a doença mental não existe, mas que se tornou um rótulo de ocorrências sociais e psicológicas passíveis de acontecer com qualquer indivíduo. Para o autor, o fenômeno chamado de doenças mentais deveria ser revisto de modo a ser retirado da categoria de doença e enfrentado como um problema existencial do homem, que pode ser de ordem biológica, econômica, política ou sociopsicológica. Defende que o mito criado em torno do conceito de doença tem a função de “disfarçar, e assim tornar mais aceitável, a amarga pílula dos conflitos morais nas relações humanas” (p. 30). Em continuidade a esse pensamento, cabe citar um trecho de obra de Szasz, que esclarece esse ponto de vista:

Tenho tentado demonstrar que a noção de doença mental tem sobrevivido a qualquer utilidade que possa ter tido e que agora funciona como um mito. Como tal, é herdeira legítima dos mitos religiosos em geral e em particular da crença em feitiçaria. A função desses sistemas de crenças era de agir como tranquilizadores sociais, alimentando a esperança de que o domínio de certos problemas poderia ser adquirido por meio de operações substitutivas, simbólico-mágicas. O conceito de doença mental, assim, serve principalmente para obscurecer o fato cotidiano de que a vida, para a maioria das pessoas, é uma luta contínua, não pela sobrevivência biológica, mas por um “lugar ao sol”, “paz de espírito”, ou algum outro significado ou valor. Uma vez satisfeitas as necessidades de preservação do corpo, e talvez da raça, o homem se confronta com o problema do significado pessoal: o que deveria fazer de si mesmo? Por que deveria viver? A adesão ao mito da doença mental permite às pessoas evitar confrontar-se com esse problema, acreditando que a saúde mental, automaticamente assegura a escolha certa e segura na condução da vida. Mas os fatos são contrários a isto. Na vida, são as escolhas sensatas que as pessoas consideram, retrospectivamente, como evidência de saúde mental (1980, p. 28-29).

Estellita-Lins (2000) pontua que a loucura seria uma experiência fundamental antes de ser apreendida pela racionalidade.

Segundo a hipótese foucaultiana, a noção de doença mental surge, na cultura ocidental, ocupando um lugar que teria sido da loucura. A doença como objeto de conhecimento, racionalidade e experimentação científica se justapõe e acaba sendo confundida com a loucura. Entretanto, a experiência da loucura aparece como mais fundamental, básica e original em seus movimentos rudimentares, tanto do ponto de vista da ordem sucessiva dos acontecimentos, da cronologia, como da ordenação lógica das necessidades (...) (p. 54).

Outra abordagem sobre a doença mental é a perspectiva da Etnopsiquiatria, que, buscando um conceito culturalmente neutro, coloca a loucura como uma incapacidade individual de elaborar os simbolismos de sua cultura, transpondo para suas vivências pessoais. Nessa concepção, a loucura sofreria variação de acordo com o contexto social em que está inserida e depende do julgamento de quem a analisa, o que torna ainda mais difícil uma definição única e pragmática, já que está em seu bojo a relatividade da forma (FRAYZE-PEREIRA, 1984).

Nesse sentido, há que se considerar seu fator histórico. Assim, vale mencionar a trajetória da representação da loucura ao longo dos tempos, que sofreu profundas influências dos cenários políticos, intelectual, social e religioso.

Na Grécia Antiga, berço do pensamento ocidental, o tema da loucura já aparecia, mas não formatado em um corpo teórico. Na verdade, várias concepções se intercambiaram no decorrer do desenvolvimento da civilização. *Ilíada*, uma das obras de Homero, que narra acontecimentos da última fase da Guerra de Tróia, trouxe uma visão mítico-teológica na qual o homem sofreria diversas intervenções dos deuses a fim de remediar os desvios humanos, em indivíduos errantes. Essas influências traduziam-se em descontrole mental. A concepção de loucura não estava relacionada a algo negativo, mas sim a um fato inerente à própria existência humana (PACHECO, 2009).

Admitindo, ainda, a forte influência dos deuses no cotidiano dos povos gregos, o período arcaico cultivava a figura do mestre da verdade, que era o homem escolhido pelos deuses para se comunicar com eles, intermediando pedidos e questões humanas com os desígnios das divindades. Havia três designações para os mestres: os que previam o futuro eram chamados profetas ou adivinhos, os que lembravam o passado eram os poetas ou *aedos* e os que tinham a habilidade de fazer unguentos e misturar elementos da natureza eram considerados sacerdotes ou xamãs. Essa interlocução entre o sagrado e o profano ocorria por meio de um ritual que desencadeava um processo de possessão, que nada mais era do que um enlouquecimento que favorecia a comunicação. Era preciso promover a desrazão para sobressair a razão divina. Eis o momento no qual se estabelecia uma relação entre razão e desrazão (VASCONCELLOS, 2000).

Embora nessa época emergissem correntes de pensamento positivistas em busca de uma organização racional para o mundo, a desrazão não só era concebida

como o avesso da razão, como implicava em outra forma de racionalidade, já que por meio do desregramento incitado na possessão, o sujeito apropriava-se da verdade, uma vez que era consagrado pelos deuses (VASCONCELLOS, 2000).

No campo da filosofia, Sócrates relacionou a loucura com a mitologia, dividindo em quatro os tipos de loucura: a loucura profética (Apolo), a loucura dionísica (Dionísio), a loucura poética e a loucura erótica, sendo as duas últimas, derivações dos deuses já citados (PACHECO, 2009).

Já Platão (séculos V e IV a.C.) buscou critérios filosóficos para a classificação da loucura, considerando-as faculdades da alma ou faculdades mentais. Em uma de suas obras (Timeu), defendeu que a alma era composta de três partes (ou o homem tinha três almas), sendo uma delas responsável pelas funções racionais (sediada no encéfalo), a segunda, destinada às atividades afetivas e espirituais (localizada no coração) e a terceira, que cuidaria das funções apetitivas, paixões e instintos (encontrada nas vísceras). A loucura seria a desarmonia entre essas três almas (PESSOTTI, 1999).

Aristóteles, por sua vez, embora fosse discípulo de Platão, distanciou-se de algumas concepções filosóficas de seu antecessor. Para Aristóteles, as paixões, assim como a razão, são inerentes à natureza humana. Porém, seria necessário que o homem educasse suas paixões de modo a submetê-las à própria razão – pressuposto de uma vida virtuosa. A supremacia das paixões sobre a razão caracterizava o processo de enlouquecimento (PACHECO, 2009).

Hipócrates (século IV a.C.), considerado o pai da medicina, não aceitava as explicações dadas até então, que atribuíam à loucura elementos divinos ou demoníacos. Partindo de uma concepção organicista, classificou a loucura em melancolia (ou loucura triste) e mania (loucura furiosa). Entretanto, sua preocupação foi estabelecer uma relação causal entre as formas de loucura e as alterações fisiológicas - algo até então inovador. Identificou que determinado desarranjo humoral ou cada estado anômalo do cérebro correspondia a uma forma de loucura. Concluiu que o estado tranquilo da loucura era provocado pela fleuma, enquanto a forma agitada era produzida pela bÍlis. Embora haja (fortemente) o componente organicista para essas explicações da loucura, não havia uma conotação patológica, ou seja, que designasse a loucura como uma doença, mas apenas como sintomas (PESSOTTI, 1999). De acordo com Pacheco (2009), a teorização de Hipócrates não

era unânime na época, mas seus fundamentos repercutiram grandemente na formação do pensamento ocidental.

A partir do século I d.C., o Ocidente passaria por mudanças profundas. A Idade Média, período que precedeu o Império Greco-Romano, foi fortemente marcada pela força política da Igreja Católica e emprestou uma das maiores bases identitárias do ocidente: o cristianismo (BARROS, 2009).

Esse período foi marcado pelo pensamento dualista do mundo, o qual era concebido com valores como materialismo e espiritualismo, autoridade e dissidência, bem e mal, entre outros. Nesse cenário, a loucura era concebida como uma expressão do demônio, a qual deveria ser enfrentada com rigor, por meio de rituais de exorcismo e processos de exaustão, como a insônia, onde o louco era mantido acordado por vários dias, na tentativa de que o demônio abandonasse o corpo pelo cansaço (PACHECO, 2009).

Eis aqui uma diferença da abordagem da loucura em comparação ao pensamento medieval (anteriormente citado): embora também associado à ideia de divindade, na Grécia Antiga a loucura não era entendida como algo negativo; pelo contrário, já que esse era um artifício para comunicação direta dos homens com os deuses.

Houve uma mudança de paradigma sobre a loucura entre o século XI e XII, período caracterizado por grande ascensão científica e a descoberta do “indivíduo”. Esse clima renovador deu-se pela não confirmação do apocalipse, previsto por profetas cristãos para o ano 1033. Inicia-se um período de “renascimento” na Idade Média, no qual teve início diversos empreendimentos intelectuais, não apenas na vida individual, mas também nos âmbitos político, social e econômico (RICHARDS, 1993). Com a ideia da consciência individual e da responsabilização do homem pelo controle de suas paixões, a loucura foi atribuída aos homens de fraqueza moral (PACHECO, 2009).

Embora tudo ocorresse sob a égide do catolicismo, com a expansão das universidades e o surgimento de novas ordens religiosas, foi inevitável o afastamento da sociedade da época aos desígnios contundentes da Igreja. Assim, iniciou-se um período de extrema violência e perseguição aos dissidentes e minorias, além de restrição a vários direitos individuais. Foi instituída a Santa Inquisição, que buscava, em sessões secretas, estabelecer a culpa ou a inocência

dos acusados de heresia por meio de longos interrogatórios para persuadir os infratores a se retratarem. Caso não confessassem eram entregues às autoridades para aplicação de punições (RICHARDS, 1993). Entre as minorias perseguidas, nas quais se enquadravam os devassos, as prostitutas, as bruxas e os hereges, estavam os loucos, que não eram diferenciados dos demais perseguidos da época (PACHECO, 2009).

No Renascimento, época proeminente após o grande período da Idade Média, retomou-se a valorização da ciência e do pensamento centrado no homem em detrimento do teocentrismo de outrora, de modo semelhante ao período experimentado durante os séculos XI e XII (PACHECO, 2009).

No que tange à loucura, talvez seu símbolo mais característico no Renascimento tenha sido a Nau dos Loucos. Por volta do fim da Idade Média, havia embarcações que navegavam pelos rios da Europa (partindo especialmente da Alemanha), sem rumo nem destino, cujos passageiros eram todos loucos – estrangeiros expulsos de cidades onde eram encontrados, loucos detidos pelas autoridades e outros escorraçados das municipalidades. Por um lado, havia a notória conveniência em confiar aos marinheiros os loucos indesejados, que os manteriam longe da cidade, prisioneiros de sua própria partida. Por outro, há um universo de simbolismo sobre a Nau dos Loucos, em que “a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (FOUCAULT, 1978, p. 18).

Logo no início desse novo período, por volta do século XV, a concepção de loucura teve dois direcionamentos distintos. As artes plásticas concebiam a loucura do ponto de vista da experiência trágica, que revela, por meio das figuras fantásticas, fascínios ocultos da natureza e seu aspecto onírico; lembra ao homem a iminência do fim do mundo, do apocalipse e remete a um saber oculto, que incita a curiosidade. As expressões artísticas são imagens carregadas de significações (FOUCAULT, 1978).

De outro lado, delineou-se a concepção da loucura sob o aspecto da literatura e filosofia, que assumiu um caráter de consciência crítica do homem. Assim, a loucura passaria do campo místico ao universo inteiramente moral. O mal da loucura não é um castigo, mas sim consequência do erro ou defeito do homem, produzido

pelo homem a partir de sua conduta. No decorrer do tempo, esta visão ofuscou a da experiência trágica, preponderando na época da Renascença (FOUCAULT, 1978).

A partir do século XVII, com o surgimento da ciência moderna (*cogito ergo sum*) e de uma nova classe social dominante – a burguesia – a razão foi considerada o único meio para se alcançar a magnitude. Assim, a loucura, avessa à razão, deveria ser ignorada; o louco não poderia pertencer à sociedade, por possuir uma impossibilidade de pensar, o que lhe tirava também a detenção dos direitos à verdade – surge o período denominado por Foucault de “A grande internação”. Nessa época, “o pensamento moderno aprisiona filosoficamente a loucura” (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p. 60).

## 2.2 ENCLAUSURAMENTO DA LOUCURA

*“Ao cabo de cinco meses estavam alojadas umas dezoito pessoas; mas Simão Bacamarte não afrouxava; ia de rua em rua, de casa em casa, espreitando, interrogando, estudando; e quando colhia um enfermo levava-o com a mesma alegria com que outrora os arrebanhava às dúzias. Essa mesma desproporção confirmava a teoria nova; achara-se enfim a verdadeira patologia cerebral.” Machado de Assis – O Alienista.*

“Penso, logo existo”. Descartes foi a figura emblemática do período clássico, em que a razão era norteadora da verdade. E a loucura era caracterizada pelo não pensamento. Assim, quem pensava, poderia excluir, de pronto, a possibilidade do enlouquecimento. Como o pressuposto para existir era pensar, os loucos, de certa forma, não existiam. Essa foi a lógica que ensejou o isolamento da loucura em espaços privativos a partir do século XVII (FOUCAULT, 1978).

Na França foram criados os Hospitais Gerais, que não possuíam caráter médico. Eram, inicialmente, instituições de caridade que abrigavam pobres “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis e incuráveis” (FOUCAULT, 1978, p. 56).

No latim, a palavra “hospital” significa hóspede, hospedaria. A associação entre os hospitais (enquanto instituição de caridade) e os doentes deu-se pela própria natureza do público que abrigava – pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados, doentes – e a presença de médicos nesses espaços era ainda muito pequena. “E não seria de se estranhar que um pobre e miserável mendigo não fosse também doente!” (AMARANTE, 2007, p.22).

Os Hospitais Gerais eram instituições de caráter jurídico e policial, que atendiam diversos interesses. Sob a prerrogativa de instauração da ordem moral, essas instituições tinham caráter disciplinador (e, não raro, repressor), além de atuarem como reguladores da economia. Assim, nos períodos de maior pobreza, as pessoas que perambulavam ociosas eram recolhidas e quando havia muitos empregos disponíveis, havia a liberação de pessoas que serviram como mão-de-obra barata, suprimindo a necessidade do mercado (PACHECO, 2009).

Essas instituições não ressocializaram os indigentes que internaram. “Na melhor das hipóteses, deu condições miseráveis de sobrevivência para os mais miseráveis dentre os miseráveis (...)” (CASTEL, 2005).

Foucault (1978) alega que, antes de se assemelhar a um ateliê de trabalhos forçados, os hospitais gerais funcionavam como instituições encarregadas de corrigir e castigar certas falhas morais, usando um estatuto ético como subterfúgio para atuar sob todas as formas de repressão e terror disciplinar.

Nesse cenário, os loucos tinham a mesma sorte de outros excluídos da sociedade – devassos, libertinos e vagabundos. Todos tinham como fim o internamento e sofriam as repressões peculiares da época. Porém, na segunda metade do século XVIII, começaram a surgir protestos violentos dos internos, que não queriam ser confundidos com loucos, pois a imagem da loucura, associada com a animalidade, agregava uma imagem de humilhação aos demais internos (FRAYSE-PEREIRA, 1984).

Essa revolta culminou com a delicada situação econômica da Europa na época. Por um lado, havia as indústrias, que não tinham mão-de-obra suficiente para a produção. De outro, os gastos com assistência social (resumida aos espaços de reclusão) eram altos e vistos como causa de empobrecimento. Assim, os não loucos foram recolocados no circuito de produção. Mas “entre a loucura e o internamento o

vínculo se estreita tanto que se tornará quase essencial” (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p. 76).

Embora a loucura tenha forte associação com a figura médica (herança visível até os dias atuais), os encargos dessa problemática só passaram para o âmbito da medicina como último recurso. Antes disso, na França, a loucura foi abordada sob o ponto de vista judicial como forma de neutralização. Entretanto, o domínio jurídico demonstrou-se ineficaz, pois os procedimentos legais não eram aplicáveis a todos os insanos. Além disso, a morosidade desses procedimentos não correspondia com a urgência da resolução dos casos que envolviam os loucos, para os quais a sequestração era o método mais eficiente – cuja responsabilidade era da autoridade administrativa (CASTEL, 1978).

Assim, as autoridades administrativas assumiram a maior parte dos encargos relativos aos loucos, já que essa instância era a responsável pela aplicação de medidas urgentes de segurança pública, que envolviam a sequestração dos insanos que conturbavam a ordem pública. Porém, a proposta de legalizar a ostensiva internação administrativa como modo de repressão à loucura sofreu duras críticas, respaldadas pela declaração de direitos humanos da época, que assinalava que nenhum homem poderia ser preso, exceto nos casos previstos em lei. Como a loucura não estava inscrita como delito, suas ações seriam reflexo da arbitrariedade do poder real. Portanto, à loucura não se aplicaria as responsabilidades ordinárias do executivo (CASTEL, 1978).

Diante desse cenário, tentou-se, ainda, passar a responsabilidade pelos insanos às respectivas famílias. Mas essa medida era tão ineficaz quanto as duas primeiras. Isso porque as famílias poderiam cuidar da chamada loucura doméstica, que permeasse o âmbito familiar. Mas eram inúmeros os insanos que vagavam pelas cidades, os nômades e indigentes, o que tirava o caráter individual do problema, tornando-o de ordem social, para o qual o Estado deveria solucionar e não mais a família (CASTEL, 1978).

Com o fracasso das tentativas anteriores, fez-se necessária uma instância nova, que estabelecesse a relação entre a justiça e a administração, aplicando um modelo de poder alternativo ao coercitivo e que controlasse a conduta moral dos insanos: emerge a medicina mental (CASTEL, 1978).

Nesse momento, a medicina não possuía critérios nosográficos que permitissem a categorização das doenças mentais de então – loucura, alienação, delírios. Com isso, havia muitas divergências entre as diversas “escolas” de medicina no que tange à etiologia, sintomatologia e diagnóstico dessas enfermidades. Os primeiros estudos partiram de teorizações puras (PESSOTTI, 1996).

A entrada emblemática da medicina nas instituições foi protagonizada por Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria. “Essa cena é a famosa cena de Pinel que, (...) em Bicêtre, tirou as correntes que prendiam os loucos furiosos no fundo da sua masmorra” (FOUCAULT, 2006, p. 25).

Philippe Pinel era médico, filósofo, matemático e enciclopedista. Pertencia ao grupo dos ideólogos, que acreditavam na ciência empírica como verdadeira fonte de conhecimentos, ou seja, a ciência possuía um papel de revelar a verdade. Os ideólogos adotaram o pensamento de John Locke sobre a Teoria do Conhecimento, que trazia em seu bojo o ideal da liberdade (AMARANTE, 2007).

Seguindo a Teoria do Conhecimento, Pinel aplicou-a na medicina psiquiátrica, alegando que os doentes mentais – até então denominados alienados – deveriam ser submetidos ao isolamento social, o que, na sua visão, “não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação” (AMARANTE, 2007).

Nessa perspectiva, acreditava-se que a alienação mental era causada pelo meio social e o isolamento seria benéfico para um tratamento adequado. Além disso, o “encarceramento” respaldava-se na necessidade de uma estudo nosográfico das doenças mentais, para o que se exigia observação e registro aprimorados dos fenômenos psíquicos, já que, sem interferência externa, as desordens se manifestariam de modo puro, favorecendo o estudo empírico das enfermidades (AMARANTE, 1996).

Assim, foi se delineando o modelo hospitalocêntrico que, sob a justificativa de obter a cura e libertação, enclausurou “os loucos (...), não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico” (Amarante, 2007), de modo que se acreditava que o próprio hospital já representava a cura.

O tratamento proposto por Pinel tinha como pressuposto o reordenamento moral, posto que a loucura não era atribuída a causas orgânicas, mas sim aos

desvios da paixão e da moral. Pinel defendia a cura das desordens mentais por meio do tratamento moral (PESSOTTI, 1996).

O tratamento moral consistia, primeiramente, no isolamento provocado pela internação. Outro elemento fundamental desse tratamento é o regime disciplinar do asilo, além da instituição do trabalho terapêutico, “poderoso remédio contra o delírio, que resgata ideias falsas, e chama a consciência à realidade” (AMARANTE, 1996, p. 52).

O regime disciplinar pressupõe uma relação desigual, onde em um nível está quem impõe a disciplina e no outro, quem deve cumpri-la. Estabelece-se aí uma relação de poder. Para garantir o cumprimento da disciplina, Pinel (e seus sucessores) usava a violência. Pessotti (1996) afirma que a livre locomoção dos pacientes nos espaços comuns do asilo fazia parte do tratamento moral, entretanto:

permanecia a necessidade de conter ou imobilizar certos pacientes em seus acessos de fúria. O *no restraint* não era a total ausência de controle. Em vez das correntes, algemas e celas fortes, adotou-se, para os casos em que a contenção fosse necessária, o *gilet de force*, o colete de força, ou camisa-de-força (p. 164).

O poder disciplinar, estabelecido nas relações institucionais com os pacientes internados, é um poder discreto “que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão-somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce” (FOUCAULT, 2006, p. 28).

A necessidade da ordem disciplinar se impõe como imperativo terapêutico para cancelar a desordem moral típica da loucura. Esse sistema se manifestava em diversas modalidades de “tratamento”: emprego de meios físicos, medicamentos, hidroterapia (aplicação de duchas de água fria como forma de reprimir comportamentos reprováveis, que fugissem da ordem estabelecida), administradas de modo coletivo e impessoal (CASTEL, 1978).

Na perspectiva dessa impessoalidade, os alienados são tomados anonimamente em regulamentos gerais que desprezam a subjetividade inerente aos sintomas da loucura, reduzindo-as a manifestações monótonas negativas, sob o pano de fundo da ordem. Isso porque o que é valorizado é a disciplina geral e não a qualidade dos delírios. Não há “nenhuma preocupação em explorar a subjetividade do doente por ela própria, (...) nem o menor escrúpulo em impor uma relação unilateral de poder sobre o paciente” (CASTEL, 1978, p. 83).

Foucault defende que a figura simbólica de Pinel libertando os loucos acorrentados não se configura como cena de humanismo, mas sim de poder, pois quando ele solta os doentes de suas amarras físicas, estabelece-se uma relação entre libertador e libertado. Ou seja, é criada uma relação de poder que, em vez de assumir apenas o caráter violento de outrora, passa a constituir uma relação de sujeição originada no reconhecimento pela libertação das correntes. Essa dívida, sentida pelos loucos, poderia ser paga de duas maneiras. A primeira pela obediência e submissão à vontade do libertador. A segunda, ocorrida de modo involuntário, representa a própria cura do paciente. Isso porque a subordinação voluntária à disciplina do poder médico e a força de sua influência sobre o doente desencadeará a própria cura (FOUCAULT, 2006).

Mesmo quando o poder não é atravessado pela violência, não deixa de ser um poder físico, pois a última instância de aplicação do poder é sempre o corpo. “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis” (FOUCAULT, 1999, p. 164).

Nessa perspectiva, Pinel descreve os casos que acompanhou, defendendo o tratamento moral como agente de cura dos doentes mentais. Em um dos exemplos, relatado em seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, fica ilustrada a supremacia do poder disciplinar, adotada como única intervenção terapêutica:

Um militar, ainda num estado de alienação (...) é subitamente dominado pela ideia exclusiva da sua partida para o exército. Ele se recusa a voltar à noite para a cela, como lhe ordenam. Quando está nela, põe-se a rasgar tudo, a sujar tudo. Amarram-no na cama. Oito dias se passaram nesse estado violento, e ele parece enfim entrever que não pode seguir os próprios caprichos. De manhã, durante a ronda do chefe, adota o tom mais submisso e, beijando-lhe a mão: ‘Você me prometeu’, diz a ele, ‘restituir minha liberdade dentro do hospício se eu ficasse calmo; pois bem, eu lhe ordeno que cumpra com sua palavra!’. O outro lhe exprime, sorrindo, o prazer que sente com esse feliz retorno dele a si mesmo; fala mansamente com ele e, no mesmo instante, faz cessar toda coerção... (*apud* Foucault, 2006, p. 37)

Essa manifestação de poder, para Goffman, é típico das instituições totalitárias. Em estudo realizado em um hospital norte-americano no século XX, Goffman traz o conceito de instituição total, que é um local onde se concentram todos os aspectos da vida cotidiana (lazer, trabalho e descanso), delimitado por muros que segregam a população internada do contexto social. “É um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de

tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1974, p. 11).

A mortificação do eu ocorre em instituições totais em forma de simples racionalizações, com o intuito de favorecer o controle de grande número de pessoas no cotidiano da instituição. Goffman (1974) define mortificação do eu como um conjunto de ações pelas quais o interno passa e que vai modificando a concepção que ele tem de si mesmo e do mundo, o que traz profundas mudanças em suas crenças, identidade e aspectos morais. Esse processo ocorre de modo padronizado, por assim dizer, em todos os tipos de instituições totais (manicômios, prisões, mosteiros, quartéis e similares) e compreende quatro estágios.

O primeiro ocorre assim que o indivíduo é internado; é o despojamento de seu papel civil. Todas as atividades realizadas pelo sujeito, o cumprimento de horário e os compromissos são balizadores do seu espaço na sociedade, conectando-o ao mundo. Nas instituições, a rotina é padronizada e, geralmente, muito diferente do habitualmente vivido anteriormente. Assim, provoca-se a ruptura inicial profunda com os papéis desempenhados fora desses estabelecimentos – motivo este que justificava a proibição de visitas durante os primeiros momentos de internação (GOFFMAN, 1974).

O segundo processo é o de enquadramento, no qual o sujeito é conformado à instituição, como um objeto incorporado à máquina administrativa do local. Esta fase pode ser representada pelos processos burocráticos de entrada (tirar foto, recolher impressões digitais, por exemplo), o banho, o corte de cabelo, a distribuição de roupas da instituição e as instruções sobre as regras do local (GOFFMAN, 1974).

Outro aspecto é o despojamento dos bens do internado, tanto os que vieram com ele do mundo exterior ao da instituição, quanto os bens acumulados durante a internação. A mortificação, neste caso, advém do confisco de propriedades individuais que, de alguma forma, trazem a representação identitária do eu. Uma das mais significativas perdas nesta seara, segundo Goffman (1974), é a destituição do nome, que ocorre em algumas instituições totais.

Por fim, a quarta forma de mortificação do eu é chamada de exposição contaminadora, em que não se preserva a intimidade ou a privacidade do sujeito. Nos hospitais psiquiátricos, a forma mais clara disso é que os internos não podem

impedir que visitantes os vejam em situações humilhantes, ou mesmo a ausência de porta nos banheiros.

No Brasil, as influências europeias sobre o tratamento da loucura chegaram ao século XIX. Mas enquanto no outro continente a Psiquiatria já havia tomado um espaço de importância, por aqui ainda governavam as formas de assistencialismo de caráter religioso, típicas dos hospitais gerais, assumidas na forma das Santas Casas de Misericórdia. Os considerados loucos (camponeses, desempregados, marginais, pobres, índios, negros, perigosos para a ordem pública, retirantes) estavam por toda parte: ora nas ruas, nas casas de correção, ora nas prisões, entregues à própria sorte (AMARANTE, 1994). Com a ascensão da medicina, havia grandes protestos contra o tratamento desumano nas Santas Casas. Mas não se tratava de uma sensibilização aos direitos humanos, e sim de interesses científicos da classe médica, baseada no idealismo racionalista (PACHECO, 2009).

Assim, após grande movimentação em âmbito político, foi assinado decreto para criação do Hospício São Pedro II (que posteriormente passou a ser o Hospital Nacional dos Alienados), que foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro. Anos mais tarde, Teixeira Brandão – médico com formação psiquiátrica na Europa, com forte atuação nas denúncias da gestão das freiras vicentinas nas Santas Casas – assumiu a direção do Hospício, cuja gestão se caracterizou pela ampliação os asilos (PACHECO, 2009).

Logo no início da era republicana, foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, a primeira instituição pública, seguida por diversas colônias – Colônia de São Bento, Colônia de Conde de Mesquita e de Vargem Alegre (no Rio de Janeiro) e a Colônia de Juqueri (em São Paulo) – cuja proposta era promover o convívio fraterno do louco e a comunidade por meio do trabalho, valor fundamento pela nova classe burguesa brasileira (AMARANTE, 1994).

O sucessor de Teixeira Brandão foi Juliano Moreira, considerado uma importante figura do tratamento psiquiátrico contemporâneo, introduzindo a questão da necessidade de legitimação jurídico-política da psiquiatria. Suas ideias tinham a influência da escola alemã, que trouxe o conceito de anormalidade, que abarcava não apenas as doenças mentais, mas os degenerados, epiléticos, criminosos, alcoólatras, sífilíticos. Essa corrente de pensamento, liderada por Kraepelin, defendia uma nosografia diferente da postulada por Pinel e seus sucessores, dando

ênfase às causas fisiológicas e não às causas morais (PORTOCARRERO, 2002, p. 22).

Nos anos 30, chegaram ao país novidades no tratamento da loucura, que empolgaram os médicos e prometiam a cura das doenças mentais: a eletroconvulsoterapia, os choques insulínicos e cardiazólicos, e as lobotomias. Assim, as próximas décadas contarão com a ampliação dos hospícios com modernos centros cirúrgicos, que fortaleceram a supremacia da psiquiatria e tornaram o asilamento mais frequente. Em meados da década de 50, aparecem os primeiros neurolépticos. Amarante (1994) ressalta que antes mesmo da era farmacológica, havia experiências no campo da reforma psiquiátrica, como as comunidades terapêuticas, que priorizavam o não isolamento e o tratamento *open door*. Entretanto,

... o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que, nem sempre, é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quando aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (p. 79).

E ainda por muito tempo o asilamento foi a única forma de tratamento da loucura.

## 2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

*“A liberdade é terapêutica”. Franco Basaglia*

O movimento de inquietação iniciou-se na Europa. “A partir de meados de 1950, uma crescente e forte opinião sociológica emergiu. Essa visão criticava os efeitos nocivos da internação prolongada em grandes instituições psiquiátricas” (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

As influências mais relevantes para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foram a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. A Antipsiquiatria nasceu na Inglaterra e foi originada no pós-Guerra, momento em que emergiu grande sentimento de democratização da sociedade. Esse movimento

caracterizava-se por ser avesso à supremacia médica e contou com grandes representantes – David Cooper, Deleuze, Thomas Szasz, Ronald Laing, Aaron Esterson, Guattari, entre outros – que acreditavam que era preciso romper o valor absoluto do saber médico. Também questionavam o significado dado à loucura, que segundo eles, era um fenômeno que ocorria entre os homens e não dentro deles, motivo pelo qual não se justificaria o isolamento das pessoas em sofrimento mental (PACHECO, 2009).

A Antipsiquiatria, por ser originada de contestações da contracultura da época, foi rejeitada como proposta de mudança social. Assim, esse movimento estabeleceu como pressuposto a inversão das regras vigentes no campo psiquiátrico, que se formatou a partir de duas estratégias. Uma delas foi a ressignificação do diagnóstico, que era a não rotulação do sujeito por meio de um código de doença, pois se acreditava que o diagnóstico era um modo de objetivar o sujeito, ignorando a subjetividade que emergia com a loucura; e a quebra da relação psiquiatra *versus* paciente para uma relação horizontalizada. A Antipsiquiatria conseguiu adesão de diversos profissionais, o que promoveu significativa produção científica na época. Uma obra emblemática desse período foi escrita por Erving Goffman, “Manicômios, prisões e conventos”, que se tornou leitura obrigatória para os adeptos da Antipsiquiatria (AMARANTE, 2010).

Cabe ressaltar que o movimento da Antipsiquiatria não ignorava a importância do papel do psiquiatra no tratamento da loucura, pelo contrário, reconhecia sua necessidade, mas propunha a ressignificação das abordagens terapêuticas e da ideologia que permeava as relações entre médico e paciente, que denotavam submissão, humilhação e poder, sem avanços terapêuticos (PACHECO, 2009).

Franco Basaglia, precursor da Psiquiatria Democrática Italiana e um dos nomes mais importantes da Reforma Psiquiátrica, ficou conhecido após assumir, em 1961, a direção do Hospital de Gorizia, instituição psiquiátrica italiana que seguia os moldes asilares da medicalização da loucura. Basaglia tinha formação humanística e filosófica com influência existencialista-fenomenológica, o que lhe permitiu um olhar diferenciado para a loucura, concebendo-a não como enfermidade mental, mas como sofrimento dos sujeitos em sua relação com a sociedade. Ele acreditava que a abordagem terapêutica ao doente mental deveria promover uma relação do indivíduo com seu corpo para a construção da subjetividade (AMARANTE, 1996).

Entretanto, não conseguia perceber avanços nos pacientes internados e questionou-se se a condição institucional seria o fator impeditivo para o desenvolvimento pessoal dos internos. Adotou, assim, mudanças que repercutiram profundamente no universo dos pacientes. Foram abolidas as ações de contenção e foi promovido espaço de convivência entre pacientes e profissionais, local onde ocorriam as reuniões administrativas, nas quais os pacientes eram ouvidos, permitindo a participação dos internos na gestão (VASCON, 2001).

Além disso, foi promovido dentro do hospital um espaço de convivência para a comunidade, que era um parque arborizado, em que as pessoas começaram a frequentar e desmistificaram a imagem anteriormente cristalizada do louco como um “animal” que deveria ser afastado do convívio social, posto que viam os internos passeando, sem distinção clara entre os pacientes e os profissionais de saúde. O tratamento envolvia escuta às necessidades colocadas pelos pacientes e tinha base multidisciplinar (VASCON, 2001).

Mesmo considerando os avanços empreendidos pelas mudanças realizadas, havia o questionamento sobre as contradições entre o novo modelo de abordagem da loucura e sua ocorrência dentro do hospital psiquiátrico. Essas inquietações vinham da ideia de que os hospitais eram, na verdade, espaços de custódia dos loucos – a fim de resguardarem a sociedade da periculosidade atribuída à loucura –, mascarados por um ideal terapêutico, que era cenário de opressão. Era preciso acabar com a relação de tratamento e custódia; o que só poderia ocorrer fora do espaço do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 1994).

Após tentativa de fechamento do Hospital de Gorizia sem sucesso (a administração não admitiu seu fechamento), Basaglia deu alta a todos os pacientes e toda a equipe pediu demissão. Com isso, ele foi afastado da direção, o hospital foi ativado novamente e vários pacientes readmitidos. Em 1971, Basaglia assume a direção do Hospital San Giovanni, em Trieste, onde a experiência da Reforma Psiquiátrica torna-se o grande marco para a desinstitucionalização, pois demonstrou que a socialização era a alternativa ao tratamento de exclusão da loucura (PACHECO, 2009).

As estratégias adotadas em Trieste seguiram o mesmo modelo de Gorizia, mas foi possível ir além do que já havia sido empreendido antes. O envolvimento da comunidade, que era mais restrito aos curiosos e interessados nos passeios da

praça do Hospital de Gorizia, foi aprimorado. Oficinas, atividades culturais, grupos de estudo e formação profissional foram usados como atrativos para levar a comunidade ao hospital de forma maciça, pois despertava interesses comuns nas pessoas “normais” (PACHECO, 2009).

Outra iniciativa implantada em Trieste foi o Projeto Empresa Social, em substituição à ergoterapia, tipicamente aplicada nas instituições psiquiátricas. Ergoterapia era uma espécie de exploração aos pacientes, onde eles faziam trabalhos de manutenção nos próprios hospitais (tais como limpeza dos ambientes e trabalhos na cozinha) em troca de cigarros. Na nova concepção da Reforma, o trabalho deveria ser valorizado pelo próprio trabalho, ou seja, o trabalhador deve receber um salário por estar produzindo, considerando que o trabalho é um direito do cidadão e não pode ser trocado pela liberdade, por pequenas recompensas ou por outra coisa qualquer (ROTELLI, 2012).

Nessa perspectiva, foram montadas cooperativas de trabalho, nas quais os doentes mentais puderam ingressar no mercado de trabalho e receber salário em troca da mão de obra qualificada. Foram abertos diversos negócios na cidade – mercearia, bar, restaurante, floricultura, loja de artigos femininos, um pequeno hotel, uma rádio, entre outros – nos quais eram colocadas poucas pessoas com variados níveis de comprometimento a fim de estimular não apenas as relações entre pessoas, mas também com os objetos produzidos (ROTELLI, 2012).

Essa iniciativa tinha algumas prerrogativas, tais como a reinserção social, o poder de consumo e a qualidade do trabalho. Esses aspectos estão intrinsecamente relacionados. O trabalho implica o estabelecimento de relações sociais, que proporcionam a ressocialização dos enfermos – importante aspecto da reabilitação em saúde mental. Por meio do trabalho, se ganha poder aquisitivo a partir do salário. E o consumo é um elemento interesse para estimular a relação com o outro. “Todas as festas, todos os passeios e todo tipo de coisas tornavam-se um trabalho de reabilitação que passasse, sobretudo, através de um trabalho de ressocialização e que (...) fosse mediada através da possibilidade de consumir” (ROTELLI, 1994, p. 157).

Além disso, a inserção do trabalho recoloca o paciente no status de livre cidadão-trabalhador, o que modificou a identidade dos sujeitos e a relação deles com os profissionais de saúde mental e com a sociedade. A ressignificação do seu

papel social, como pessoa útil e capaz, tem efeitos terapêuticos extremamente benéficos, além de ser uma experiência libertadora. Mas não é o bastante produzir algo que será comercializado (produtos ou serviços); há que se primar pela qualidade. Segundo Rotelli (1994), sucessor de Basaglia, não é pedagógica a ação de produzir qualquer coisa, apenas para ocupar o tempo. O desafio da aprendizagem de um trabalho de qualidade é que pode ser terapêutico, pois nisso há o empenho em se produzir algo que tenha, de fato, um valor para alguém e não se traduz em mero “objeto faz-de-conta”. “Acho que é muito mais importante que uma pessoa se empenhe um ano para fazer uma coisa que pode ser vendida do que ela empregar um dia apenas fazendo uma coisa que não serve para ninguém.” (p. 158).

Um dos temas recorrentes quando se fala em Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização. Este termo foi utilizado de formas diferentes nos vários países em que foram pensadas mudanças acerca do tratamento adotado na área de saúde mental. Nos Estados Unidos, essa noção nasceu pela primeira vez e teve influência da psiquiatria preventiva e comunitária, que trouxe duas inovações ao tratamento asilar: ampliação da abordagem do sujeito, passando para uma perspectiva psicossocial, que inovou também no aspecto ético, e a abertura do hospício para a comunidade, de modo a criar alternativas comunitárias para o tratamento (AMARANTE, 2010).

Sem dúvida, essas modificações foram importantes para a melhoria do tratamento ao paciente, considerando o cenário de repressão que existia. No entanto, apresenta-se mais característico do processo de desospitalização do que à desinstitucionalização propriamente dita, pois conserva a assistência hospitalar dentro da rede psicossocial, ou seja, mantém ativos os hospitais psiquiátricos, embora numa lógica diferente, que “implica na correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou em seu simples rearranjo e condução administrativa” (AMARANTE, 1996, p. 18). Isso significa que essa corrente de pensamento restringe-se a uma nova tecnologia de cura (com redução de custos e otimização da atenção), não pautando questões mais profundas, como a hegemonia da psiquiatria e a relação de tutela com os pacientes, propagadas no espaço do manicômio.

Essa lógica, segundo Amarante (1996), acaba por ampliar o conceito de doença para desajustamento, desvio social e anormalidade, o que resulta em um

grande número de serviços e especialidades técnicas na proporção que aumenta o número de pessoas assistidas e sem resultados terapêuticos correspondentes. Isso porque são mantidas as práticas psiquiátricas tradicionais, apenas com mudanças logísticas.

A concepção italiana já traz outra conotação para a desinstitucionalização, que assume um caráter de desconstrução das práticas anteriores à medida que propõe uma ruptura dos paradigmas que fundamentam a instituição psiquiátrica clássica. Essa ideologia é construída a partir da noção de institucionalização e poder institucionalizante que se configuram mais como práticas nocivas do que terapêuticas. Para Basaglia (1981), a institucionalização é:

O complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (p. 259 *apud* Amarante, 1994, p. 67).

Assim, a luta contra a institucionalização representa destruir o aparato manicomial e, conseqüentemente, eliminar a estigmatização, a segregação, os conceitos de periculosidade e irrecuperabilidade. A trajetória dessa ideologia envolve a valorização de outros saberes científicos sobre a doença e a substituição da relação de tutela por uma relação horizontalizada, por meio do despojamento das imposições de poder (AMARANTE, 1994).

Nesta lógica, Basaglia inaugura o conceito de “colocar a doença mental entre parênteses”, que significa olhar o sujeito para além do diagnóstico determinista e da positividade do saber psiquiátrico que explicava a loucura. Isso representa o contraponto da atuação médica, que colocava o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença de modo objetivo, desconsiderando suas idiossincrasias (TORRE; AMARANTE, 2001).

À luz desse conceito, colocar a doença entre parênteses é explorar a individuação da pessoa doente e não se ocupar da doença, o que não representa negá-la, mas ir além dela, permitindo a identificação das condições que não são próprias do doente, mas foram produzidas pela condição de institucionalizado (AMARANTE, 1994). “Não é que nós prescindamos da doença, mas pensamos que, para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário considerá-lo

independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define” (BASAGLIA, 2001, p. 28).

A própria institucionalização constrói uma face da doença mental, em consequência da negação da identidade das pessoas internadas, tornando-as iguais, independentemente da história pessoal, cultural ou sofrimentos e emoções particularizados. A partir desse processo de objetivação, a inércia, a apatia em relação à realidade e a dessocialização dos doentes passam a ser entendidos como consequências inerentes à sintomatologia da doença, quando, na verdade, deveriam ser atribuídos ao processo de institucionalização. Amarante (1996) defende que “se o sujeito, portador ou não de um sofrimento mental, é peremptoriamente submetido a esta situação, ao cabo de algum tempo torna-se difícil distinguir o que lhe é próprio, o que é próprio do seu sofrimento, do que lhe é impresso pela condição de institucionalizado” (p. 86).

Mas esses estigmas da doença mental não ocorrem apenas dentro dos hospitais psiquiátricos. Transcendem os muros dos manicômios e são assimilados nas famílias, nas instituições de ensino, na cultura, na sociedade. Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica não se restringe à mudança da rede de serviços em saúde mental e fechamento dos hospitais psiquiátricos; permeia questões em âmbito social, ético, político e das concepções da sociedade sobre exclusão social e loucura (PACHECO, 2009).

Em consequência às discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, foi aberto um campo de discussão sobre a reabilitação psicossocial, que é um conjunto de procedimentos com vistas a aumentar as habilidades ou diminuir as deficiências do sujeito, colocando-o em condições de atuar na sociedade de forma equiparada aos que não possuem uma doença. Saraceno (2001) afirma que, diferentemente da reabilitação física, a reabilitação psiquiátrica é capaz de melhorar os danos causados ao paciente.

Para tanto, a reabilitação do paciente psiquiátrico compromete-se com três eixos, com os quais se torna possível resgatar sua cidadania. O primeiro trata sobre a dualidade habitar/estar. Habitar pressupõe um grau de propriedade de um determinado espaço, onde se deposita identidade e afetividade. Estar, por outro lado, remete ao anonimato do espaço, onde não há relação de propriedade e, conseqüentemente, não há poder de decisão material ou simbólico. Na instituição

psiquiátrica, é imposta a condição de estar ao paciente e negado o habitar, pela impessoalidade do ambiente e pela falta de poder que ele exerce sobre aquele espaço (SARACENO, 2001). Essa é uma premissa importante para a criação das residências terapêuticas, que serão abordadas posteriormente.

A segunda premissa é a troca de identidades, ocorrida pela ampliação da rede social do sujeito, à qual se estimula, inicialmente, o fortalecimento das relações familiares. Esse trabalho utiliza a intervenção psicoeducacional, que envolve informação às famílias sobre a natureza, os sintomas, as causas e terapêuticas da doença do paciente, de modo a aumentar a estabilidade emocional no ambiente familiar, ampliando a capacidade de interação entre os membros da família. Outra estratégia utilizada é a intervenção de comunicação e ensino de habilidades, onde o objetivo é tornar os familiares capazes de exprimir as próprias necessidades e sentimentos de maneira direta, facilitando a resolução de alguns conflitos, além de ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas relacionados à psicose (SARACENO, 2001).

O terceiro eixo trata do ato de produzir e trocar mercadorias e valores. Neste ponto é valorizado o trabalho de modo diferente do adotado nos manicômios, cuja ideologia sustentava o trabalho com terapia, norma moral e, muitas vezes, como exploração. A cultura reabilitadora por meio do trabalho busca terapia ocupacional, formação profissional e inserção no trabalho, de modo a permitir a troca dos produzidos confeccionados, com atribuição de valor real pela qualidade do que foi produzido. É a lógica da Empresa Social, adotada em Trieste e defendida por Rotelli (SARACENO, 2001).

Historicamente, a loucura foi associada à periculosidade. Coube à medicina mental analisar e atribuir a cada paciente o rótulo de “sujeito perigoso para a sociedade”, sob o argumento da cientificidade que poderia ser usada pelos psiquiatras, e que os juízes não tinham como avaliar. O instrumento utilizado, então, é o diagnóstico, que permite, através da sintomatologia, formalizar os dados imediatos da consciência social da loucura, o que significa situá-la dentro de uma percepção pejorativa da necessidade de exclusão permanente do louco para segurança da sociedade (CASTEL, 1991).

O papel adotado pela psiquiatria ao auxiliar o Poder Judiciário transcende o de tratamento e cura da loucura e assume a função de deliberar sobre a

responsabilidade jurídica dos loucos criminosos, neutralizando-os como sujeitos de direito ao trata-los como homens-objeto (FOUCAULT, 2001).

Rotelli (1994) diz, a partir de sua experiência de trabalho em um manicômio judiciário, que são raríssimos os casos de psicose em que há total incapacidade de querer e de entender no momento do delito. Ou seja, a maioria dos crimes cometidos por um doente mental poderia ser tratada juridicamente, de forma a responsabilizar o infrator pelo ato cometido. O autor dá o exemplo de um homem que mata sua esposa por acreditar que ela está envenenando sua sopa: “(...) *ele sabia que estava matando a mulher, portanto, ele não era totalmente incapaz de pretender e de querer em relação ao ato, sabia que matava a mulher, e sabia que não era bom matar a mulher, embora ele a tivesse matado (...)*” (p. 167).

A responsabilização criminal representa o cumprimento de um princípio constitucional basal para a nossa sociedade: o princípio da igualdade. Incluir os doentes mentais nesse princípio representa inseri-los na sociedade e dar-lhes cidadania, sob o aspecto dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana. A especificidade se manifesta no direito à assistência especializada na rede de atenção psicossocial (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007).

A defesa da Reforma Psiquiátrica Italiana, nessa seara, visa combater a globalização da incapacidade da pessoa em sofrimento psíquico, buscando não apenas o assistencialismo, mas a condição efetiva de cidadãos. Além disso, a reforma considera que a determinação judicial de internação permanente para autores de crimes que tenham transtorno mental segue a lógica hospitalocêntrica – que tanto se quer combater – na medida em que favorece a segregação social da doença mental, além de não compatibilizar tratamento e responsabilização (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007).

Pautada nessas experiências e premissas basaglianas, foi-se delineando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que emergiu concomitantemente à Reforma Sanitária no país, no final dos anos 70. Nessa década, em plena ditadura militar, houve um expressivo crescimento do número de hospitais psiquiátricos privados os quais eram sustentados com recursos do INPS, sobre o qual não havia qualquer controle financeiro e orçamentário. Assim, multiplicavam-se os lucros da indústria da loucura, dominada por interesses de empresários (PITTA, 2011).

Ao final da década de 70, os militantes da Reforma Psiquiátrica, quase clandestinos, buscavam espaço nos movimentos sociais, que foram se expandindo. Em meio às reivindicações pela democratização da saúde, foi constituído em 1976 o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – a partir do qual foram difundidas várias críticas e debates sobre a assistência psiquiátrica, que, na época, resumia-se a macroestruturas asilares (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005).

A difusão de novas ideias para o tratamento em saúde mental suscitou a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, formado por profissionais da área de saúde mental. Esse movimento seria, anos mais tarde, o principal articulador das ideias da Reforma Psiquiátrica no território nacional. Os anos 80 foram bastante férteis para ações importantes da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional. Foi realizada uma série de congressos e seminários que contaram com a participação de figuras internacionais emblemáticas no tema, tais como Franco Basaglia, Robert Castel, Erving Goffman e Thomas Szasz. Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o MTSM assumiu um caráter mais amplo, abarcando usuários e familiares ao movimento, e adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, deixando clara a luta contra o modelo asilar (AMARANTE, 2010).

Em 1987, realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, um marco na trajetória antimanicomial brasileira. Nesse encontro foram reafirmadas as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, dentre as quais estava a reestruturação do modelo assistencial no campo da Saúde Mental, com críticas severas ao modelo hospitalocêntrico. Além disso, emergiram manifestos sobre a necessidade de reformulação das propostas para modificação das legislações vigentes a fim de contemplarem a garantia dos direitos dos doentes mentais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

A presença de Basaglia em diversos eventos brasileiros inspirava o movimento antimanicomial nacional à medida que estimulava os debates sobre direitos humanos, mercantilização da saúde, discriminação das pessoas internadas e ineficácia do hospital psiquiátrico, além de promover reflexões sobre a superação do paradigma asilar, que ultrapassa as ações de expansão de serviços extra-hospitalares, e da afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental. Entretanto, Basaglia sempre ponderou a necessidade de pensar estratégias

de desinstitucionalização conforme a realidade de cada local, ou seja, considerando os contextos social, histórico e político, de modo que não acreditava na eficácia de modelos pré-estabelecidos (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005).

Com a promulgação da nova constituição de 1988, a constituição cidadã, várias premissas dos movimentos sociais, inclusive do MTSM, foram contempladas. Em seguida, veio a consolidação do Sistema Único de Saúde, cujos princípios fundamentais foram também norteadores da Reforma Psiquiátrica: a universalidade, que abarca a população até então excluída (entre os quais estavam os loucos); a equanimidade, que traz a ideia de justiça; a descentralização, com ênfase na municipalização, que prioriza que o atendimento seja cada vez mais próximo das pessoas; a integralidade do atendimento, para todas as necessidades do cidadão; e o controle social, com a constituição de conselhos e realização de conferências de saúde mental nas três esferas de governo, com a participação de diversos setores da sociedade, tais como representantes do governo, dos usuários e familiares, de movimentos antimanicomiais e profissionais de saúde (DELGADO, 2011).

Em 1989, é apresentado no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre os direitos da pessoa em sofrimento mental. O projeto tramitou por 12 anos, sendo aprovado apenas em 2001, sob a Lei nº 10.216 (conhecida como Lei Paulo Delgado). O projeto original sofreu inúmeros vetos, cujos artigos eram enfáticos na proposição de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a proibição de internação nessas instituições, oferecendo como alternativa diversos serviços substitutivos. Destarte todas as modificações realizadas pelo Congresso Nacional, a Lei 10.216/89 representa um marco na luta antimanicomial (PACHECO, 2009).

De acordo com Delgado (2011), a Lei 10.216 questiona não a doença mental mas o modo que ela é tratada. É norteada pelo princípio do cuidado e defende o apoio social e familiar para mudança de hábitos e confronto de preconceitos, classificações, nosologias, que enquadram os cidadãos enfermos como sem vontade e sem autonomia. *“Inscrever o doente mental na história da saúde pública é aumentar sua aceitação social, diminuir o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta e contribui para elevar o padrão de civilidade da vida quotidiana”* (p. 4704).

Em meio às discussões internacionais sobre o tema, foi patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), ocorrida em 1990, da qual o Brasil fez parte. O produto das discussões foram materializados na Declaração de Caracas, emblemática na luta dos movimentos antimanicomiais. Nesse documento, os participantes se comprometeram com a reestruturação do modelo de atenção psicossocial, que deveria passar a ser de base comunitária e ligada à atenção primária, de modo a garantir os direitos humanos e civis dos doentes mentais, valorizando sua dignidade (BRASIL, 1992).

Sob a influência da ideologia antimanicomial, o Brasil teve em 1989 a primeira experiência de desinstitucionalização, ocorrida em Santos-SP. O fechamento da Casa de Saúde Anchieta não ocorreu de forma repentina, mas foi um processo gradual, espelhado na experiência de Basaglia em Trieste. Na época, o povo estava embalado pelas recentes vitórias da democracia, concretizadas na promulgação na Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde. Após uma série de denúncias contra mortes e maus tratos a pacientes internados, a gestão municipal fez uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta. As intervenções não eram, exatamente, uma novidade nos hospícios. O caráter inovador em Santos foi atribuído ao fato de a intervenção ter-se consumado em um hospital privado, conveniado ao INAMPS (KINOSHITA, 2009).

A descontinuidade dos governos que se seguiram fizeram com que a trajetória antimanicomial no país não assumisse linearidade. Entretanto, foram observadas experiências semelhantes às de Santos em Campinas, Angra dos Reis, São Lourenço do Sul, Betim, Feira de Santana, Aracaju, Belo Horizonte, Fortaleza, Sobral, além de outras, na direção da superação dos manicômios (PITTA, 2011).

A década de 1990 representou uma consolidação da união da Reforma com os movimentos sociais ao mesmo tempo em que apresentou divergências esses e os gestores do Estado, numa disputa por interesses. Nos anos 2000, verificou-se mudanças substanciais a partir da homologação da Lei 10.216/2001. Iniciou-se a edição de uma série de legislações que visavam regulamentar, essencialmente, a implantação e expansão de serviços de base comunitária e a substituição progressiva dos manicômios (PIITA, 2011).

Em um país continental como o Brasil, não é estranha a diversidade de opiniões acerca da Reforma Psiquiátrica. Embora o movimento antimanicomial tenha sido responsável por significativas mudanças na área de saúde mental (e ainda tenha um longo percurso pela frente), existem resistências de várias ordens no que tange à desinstitucionalização. Um dos fatores dessa oposição é o imaginário social, fruto de um arcabouço histórico e cultural no qual a loucura é associada com improdutividade, imprevisibilidade e periculosidade. Por isso, a Reforma tem o desafio de desconstruir as representações sociais que circundam a figura do louco (PACHECO, 2009).

Outro aspecto recorrente é a crença disseminada de que a Reforma Psiquiátrica é irresponsável por defender o fechamento dos manicômios e o conseqüente abandono dos pacientes, que ficariam sem tratamento, solto pelas ruas. É preciso ampliar a disseminação de informações sobre os princípios dessa luta, que vai além do fechamento dos hospitais, mas preconiza o cuidado ao paciente sem discriminação ou preconceito, com diversas possibilidades de tratamento dentro da rede de atenção psicossocial que utiliza recursos mais efetivos e humanizados do que a internação (PACHECO, 2009).

## 2.4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

*“Nada é, pois, imutável, a não ser os direitos inerentes e inalienáveis do homem”. Thomas Jefferson*

A Política de Saúde Mental brasileira é pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que tem como marco normativo a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Essa política preconiza a desinstitucionalização, não apenas com o fechamento dos hospitais, mas com a mudança de paradigma social de atenção em saúde mental. Nesta perspectiva, há uma resignificação do trabalho dos profissionais de saúde, além da valorização dos direitos humanos dos pacientes, e da busca pela constituição do protagonismo dos sujeitos, considerando a individualidade e idiosincrasias frente à doença mental (PACHECO, 2009).

Para atender aos objetivos da política, foi desenhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se traduz em um conjunto de serviços de saúde que visam atender integralmente às demandas de saúde mental em um território. A RAPS foi concebida numa perspectiva integrativa, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção. Para tanto, houve ênfase aos serviços com base comunitária, que se adaptam às necessidades dos usuários e seus familiares (e não o contrário), considerando as especificidades loco-regionais. A RAPS foi concebida para oferecer à população serviços diferentes de acordo com as diferentes necessidades em saúde mental e está em constante processo de redefinição e consolidação (BRASIL, 2011).

Sobre as redes de cuidado, Lobosque (2011) pontua:

Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes sejam descentralizadas, ou seja: por um lado, não devem organizar-se em torno de um dispositivo centralizador, qualquer que seja; por outro, devem estender-se na tessitura do espaço social, tornando-se cada vez menos técnicas e menos sanitizadas (p. 4590).

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a RAPS, trazendo como objetivos gerais da rede: ampliar o acesso à atenção psicossocial pela população em geral, promover a vinculação dos pacientes e familiares aos pontos de atenção e garantir a integração entre os serviços da RAPS no território com vistas à qualidade da atenção (BRASIL, 2011).

A RAPS está esquematizada em sete componentes - Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial – que permeiam os serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011). Em conformidade ao objeto desta pesquisa, serão comentados apenas alguns dos serviços da rede.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – é um serviço de saúde aberto e comunitário, especializado para atender demandas relativas a transtornos mentais e dependência química com vistas ao acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo trabalho, lazer, exercício de direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tem como prerrogativa o papel articulador da rede intersetorial de serviços do respectivo território, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, podendo encaminhar para outros serviços de saúde, de acordo com a necessidade (BRASIL, 2004). São

desenvolvidas atividades com familiares, atendimentos individuais e em grupo – com oficinas terapêuticas, expressivas, profissionalizantes, esportivas, entre outras –, além de atividades comunitárias e assembleias (PACHECO, 2009).

De acordo com a Portaria 3.088/2011, é possível observar várias modalidades de CAPS, que definem porte e características populacionais do território. CAPS I atende todas as faixas etárias de pessoas com transtornos mentais ou com necessidade em decorrência do uso de drogas em localidades com até 20 mil habitantes. CAPS II tem perfil semelhante ao primeiro, mas é adequado às cidades com até 70 mil habitantes. CAPS III, indicado para locais acima de 200 mil habitantes, tem uma estrutura maior, funciona 24 horas (diferentemente dos CAPS I e II) durante todos os dias da semana, inclusive feriados e finais de semana, e possui leitos em enfermaria própria (BRASIL, 2011).

A implantação dos leitos de enfermaria no CAPS III tem uma importante representação no modelo de atenção psicossocial, pois realiza acolhimento das pessoas em situação de crise numa perspectiva diferente da psiquiatria clássica. Antigamente, as crises eram atribuídas exclusivamente às doenças e, para tanto, o paciente era amarrado, medicalizado e submetido a sessões de eletrochoque. A compreensão da crise modificou-se e é entendida como um conjunto de fatores não apenas individuais, mas também sociais, do ambiente em que vive o paciente. Num momento de crise, ele é acolhido na enfermaria, onde permanece por curto período, até a crise cessar e o usuário se sentir fortalecido para retornar ao convívio familiar. Além do paciente, a família também é acolhida e pode expressar suas dificuldades, temores e expectativas (AMARANTE, 2007).

Existe também o CAPS i, que atende crianças e adolescentes com as mesmas demandas dos outros CAPS, e é indicado para populações acima de 150 mil habitantes. Há também os CAPS AD, específicos para atendimento de necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Para cada tipo de CAPS há uma exigência diferente quanto à composição da equipe profissional. Mas independentemente do porte de cada CAPS, todos devem balizar-se pela multidisciplinaridade, relação horizontalizada com o usuário, respeitando as atribuições específicas de cada profissão, mas ampliando o campo de atuação no que tange às atividades de campo comum, que podem ser exercidas por várias categorias profissionais (PACHECO, 2009).

Outro mecanismo de atenção da RAPS é o Serviço Hospitalar de Referência que significa a disposição de leitos em hospital geral. Entretanto, não se assemelha às características asilares dos hospitais psiquiátricos. Esse tipo de internação tem como pressupostos: internações de curta duração; avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multidisciplinar e abordagem familiar; e a interlocução com outros mecanismos da RAPS, de modo que não se caracterize como única modalidade terapêutica ao paciente, possibilitando que o paciente seja acompanhado em outros serviços ambulatoriais (BRASIL, 2012).

A estrutura física de cada Serviço Hospitalar de Referência varia conforme o perfil da RAPS disponível no território, de modo que se houver mais de dez leitos disponíveis no hospital geral, deverá ser estruturada uma enfermaria especializada, que segue as regulamentações da Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012. De acordo com esse mesmo dispositivo, o número de leitos não pode exceder 15% dos leitos totais do hospital, não podendo ultrapassar trinta leitos (BRASIL 2012).

O Hospital Geral constitui-se um ponto estratégico para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. São serviços geograficamente bem localizados, de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico. Além disso, contribui para a diminuição do estigma do transtorno mental e propicia práticas de cuidado mais transparentes (BRASIL, 2012).

O compromisso com a desinstitucionalização concretiza-se na Política Nacional de Saúde Mental em estratégias como as residências terapêuticas, o Programa de Volta para Casa (PVC) e nas ações para redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos.

As residências terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são espaços de moradia que proporcionam o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania do sujeito, “promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares” (BRASIL, 2011).

Embora a Reforma Psiquiátrica privilegie a reinserção do sujeito à família e ao reestabelecimento dos laços fragilizados pelo isolamento, muitas pessoas passaram tantos anos em instituições psiquiátricas que perderam completamente o contato com seus familiares ou com o grupo social a que pertenciam. Para essas pessoas, então, foram planejadas as residências terapêuticas, que se configuram como casas –buscando a localização em bairros residenciais, sempre que possível, e que não

haja placas ou qualquer outro sinal que indique um ambiente institucionalizado (PACHECO, 2009).

A Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011 (que altera a Portaria 106/2000, que criou os SRT) regula as condições de funcionamento das SRT. Embora tenha como característica premente a implantação de espaços de moradia para os pacientes, existe uma equipe de saúde que atende esses usuários nas próprias residências. Além disso, todos esses residentes devem estar vinculados à RAPS (BRASIL, 2011).

Essa estratégia também considera o grau de dependência (física e mental) dos usuários. Para tanto, foram estruturados dois tipos de residência: SRT tipo I deve acolher, no máximo, oito usuários que tenham passado por internações prolongadas e não tenha vínculos familiares remanescentes, mas que possuem boa capacidade de reinserção no meio social. Cada residência deve contar com um cuidador e o acompanhamento dos moradores será norteado pelo projeto terapêutico individual, considerando o nível de autonomia de cada um. SRT tipo II é adequado para acolher, no máximo, dez usuários que tenham passado por internações prolongadas e não tenham vínculos familiares remanescentes, mas que possuem alto grau de dependência que exige cuidados intensivos específicos, com apoio técnico diário e pessoal e de caráter permanente. Nesse tipo de residência o contingente profissional é maior (cinco cuidadores para cada dez moradores) e um técnico de enfermagem diariamente (BRASIL, 2011).

Para além da reorientação do modelo de atenção à saúde mental, as SRT são fundamentais para a transformação da história de vida de seus moradores. A vida em um espaço doméstico favorece a reconstrução da identidade, o exercício da individualidade e reinserção social por meio do contato direto com a cultura, leis, normas, limites e possibilidades fora do hospital psiquiátrico (PACHECO, 2009).

Segundo dados mais recentes do Ministério da Saúde, até julho de 2012 estavam ativos 625 SRT, contando com 3470 moradores, além de mais 154 residenciais em fase de implantação (BRASIL, 2012). Em relação ao contingente populacional que ainda está internado em espaços asilares, o quantitativo de SRT ainda está aquém da necessidade, mas tem avançado paulatinamente a cada ano.

O Programa de Volta pra Casa – outra tática de desinstitucionalização – traz como objetivo contribuir para o processo de reinserção social dos egressos de

hospitais psiquiátricos (ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico) que ficaram internados por longos períodos. O inscrito no programa tem direito a um pagamento mensal de R\$ 240,00. O auxílio-reabilitação tem o caráter restaurador dos direitos civis dos usuários, uma vez que o pagamento pode ser sacado diretamente pelo beneficiário por meio de cartão específico. O município de residência do usuário também precisa habilitar-se para o programa e a exigência é ter uma rede de serviços de saúde mental que atenda esses usuários. Porém, uma limitação do programa é que muitos pacientes egressos de longa data de instituições psiquiátricas não possuem documentos como registro de identidade ou mesmo certidão de nascimento. O desafio do programa é transpor essas consequências dos processos de institucionalização crônica (BRASIL, 2005).

O processo de redução progressiva de leitos é um dos maiores objetivos da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, sabe-se que, considerando a tradição asilar do país, com milhares de leitos em centenas de instituições de reclusão psiquiátrica, a extinção desses hospitais não pode ser abrupta e deve estar atrelada à constituição de uma rede de serviços que atenda as demandas de saúde mental, oferecendo suporte aos pacientes. Para alavancar esse processo, foi publicada a Portaria 52 de 20 de janeiro de 2004 que estabelece que hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos deve reduzir continuamente o número de leitos. Nessa norma ficam também definidos os limites mínimos e máximos de leitos a serem excluídos, de modo que os recursos financeiros desses leitos sejam reconduzidos à RAPS. O incentivo financeiro também muda; as instituições com menos leitos recebem maior valor de repasse por leito do que os hospitais de grande porte (BRASIL, 2004).

Outra estratégia para redução de leitos é o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, que avalia os hospitais psiquiátricos para verificar porte de leitos, qualidade aos pacientes internados e redução de leitos efetivada. Se os resultados forem satisfatórios, as instituições podem receber diárias diferenciadas. Já as instituições mal avaliadas são recomendadas para descredenciamento do SUS (BRASIL, 2005).

São muitas as resistências à política de redução de leitos, principalmente da Associação Brasileira de Psiquiatria e outros opositores à Reforma Psiquiátrica. As maiores críticas referem-se à metodologia utilizada pelo PNASH – que usa como

parte da avaliação a entrevista a alguns pacientes - e à quantidade de recursos destinados aos hospitais psiquiátricos (DUARTE; GARCIA, 2013).

Apesar de a política brasileira priorizar o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, desconsiderando-o como parte da RAPS, entende-se a necessidade premente de fornecer cobertura assistencial aos pacientes. Assim, dispõe da possibilidade de acionamento de hospital psiquiátrico para o cuidado de pessoas com transtorno mental em regiões em que a expansão da RAPS ainda não se apresenta suficiente, recomendando a essas localidades que priorizem a estruturação completa da rede de atenção em continuidade ao processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2011).

Toda a lógica da política de saúde mental brasileira tem em seu bojo a premissa da reabilitação psicossocial, que representa o conjunto de estratégias adotadas para reconstruir o exercício pleno da cidadania, reverter os efeitos cronificadores das doenças mentais e das longas internações em hospitais psiquiátricos. Segundo Saraceno (2001), a cidadania do paciente psiquiátrico não se limita à restituição de direitos formais, mas compreende a (re)construção de seus direitos substanciais, que perpassam os campos afetivo, relacional, material, habitacional e produtivo.

Por fim, em consonância com as ideias defendidas pela Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil desenvolve ações com intuito de combater a clínica da doença, por meio da produção da subjetividade, com ênfase na base territorial.

Embora sejam notáveis as modificações na atenção ao paciente em saúde mental, ainda existem muitos desafios para plenitude da Reforma Psiquiátrica no país. A falta de investimentos na área de saúde mental, a oposição de setores conservadores da psiquiatria, dos diretores de hospitais e da indústria farmacêutica, além da própria cultura da população em relação ao modo de lidar com a loucura são alguns dos grandes desafios que entram a efetivação da política (DUARTE; GARCIA, 2013).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado nos hospitais psiquiátricos (HP) que são financiados pelo SUS.

A pesquisa e coleta de dados foram coordenados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), do Ministério da Saúde e a coleta de dados deu-se entre setembro e novembro de 2011. A pesquisadora participou do grupo gestor que organizou o instrumento de coleta e realizou as análises dos dados obtidos.

#### **3.2 UNIVERSO DO ESTUDO**

O banco de dados mostra as informações coletadas em 189 hospitais psiquiátricos (HP) cujos pacientes foram internados pelo SUS, distribuídos em 24 unidades federativas, com o total de 26.551 internos (número contabilizado em todas as instituições durante o período da coleta de dados). Em termos de óbitos institucionais, foram analisados 1.025, registrados entre janeiro de 2010 a junho de 2011.

#### **3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA**

No segundo semestre de 2011, houve uma demanda ministerial para que fosse realizada uma avaliação de todos os hospitais psiquiátricos que internavam pacientes do SUS. O DENASUS foi o departamento responsável por coordenar o grupo gestor, responsável por todo o processo avaliativo até a entrega do relatório

institucional. O grupo gestor contou com representantes de diversas áreas do Ministério da Saúde, conforme disposto na Portaria nº 1.704 de 27 de julho de 2011.

O mapeamento das instituições psiquiátricas deu-se a partir daquelas inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as quais totalizaram 201 instituições. Não foram consideradas as alas psiquiátricas existentes em hospitais gerais. Desse total encontrado, foram excluídas doze para a análise final. Três hospitais deixaram de atender pacientes SUS; três hospitais têm caráter de internamento para medida de segurança, e que, por isso, possuem particularidades que precisariam ser mensuradas em instrumento diferenciado; três hospitais já estavam fechados quando da visita *in loco* para a coleta de dados; um hospital foi incorporado à estrutura de outro, tornando-se uma única instituição e não mais duas separadas; dois hospitais não permitiram a entrada da equipe para realização da coleta de dados, nos quais foi requisitada auditoria, realizada posteriormente.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados específico para esta ação – com base nos roteiros do PNASH/Psiquiatria e nas legislações vigentes – que foi validado em uma aplicação teste no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula, no Distrito Federal. A partir da aplicação-piloto, foram feitas algumas alterações no instrumento para aplicação nos demais HP.

As equipes de campo foram compostas por profissionais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e representantes das Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental. Os grupos que realizaram a coleta variaram entre dois a quatro participantes, de acordo com a disponibilidade em cada local. As instruções sobre a coleta de dados foram realizadas por meio de videoconferências coordenadas pelo DENASUS e Área Técnica de Saúde Mental, nas quais o instrumento de coleta foi explicado detalhadamente com esclarecimento de dúvidas e orientações. A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro de 2011. A análise dos dados coletados foi realizada pelo DENASUS em parceria com a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

### 3.4 PROCEDIMENTOS

O banco de dados do DENASUS continha as seguintes informações:

- a) *Caracterização dos hospitais psiquiátricos* – consiste no delineamento do perfil das instituições pesquisadas, como natureza jurídica, instância de gestão a que pertencem, porte de leitos, taxa de ocupação de leitos, tempo de internação dos pacientes, motivos identificados para internações prolongadas, internações por ordem judicial, sistema de referenciamento de pacientes internados e em alta hospitalar para outros serviços de saúde mental e transporte adotado pelas instituições para locomoção dos pacientes em situação de emergência.
- b) Divisão por indicadores, conforme proposta de Donabedian (1980):
  - b.1) *Indicadores de estrutura* – constam as questões relativas recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, bem como de organização dos hospitais psiquiátricos;
  - b.2) *Indicadores de processo* – indicam as ações relacionadas diretamente ao tratamento dos pacientes, as quais balizam a valoração de qualidade da atenção. Envolve as atividades desenvolvidas entre profissionais, pacientes e familiares, a relação entre profissional e paciente e aspectos éticos e de humanização. Este bloco abarca questões relativas à qualidade do tratamento e do cuidado disponibilizados aos pacientes internados, agrupadas nos seguintes tópicos: projeto terapêutico, qualidade do prontuário, humanização, terapêutica utilizada e ações de prevenção de doenças adotadas.
  - b.3) *Indicadores de resultado* – esses indicadores remetem às informações que descrevem o estado de saúde do indivíduo ou de determinada população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação constitui o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total. No caso da avaliação realizada pelo DENASUS, dada a limitação dos dados disponíveis, o parâmetro de

indicador de resultado constituiu-se nas informações sobre os óbitos de pacientes internados.

A partir das informações do banco de dados, foram selecionadas para esta pesquisa três categorias: caracterização dos hospitais, indicadores de processo e indicadores de resultado. A esse último indicador, foi acrescida a comparação entre o percentual de mortalidade nos HP e os dados gerais de mortalidade brasileira, consultadas no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

O percentual de mortalidade foi obtido a partir do número bruto de óbitos no numerador e o quantitativo de “Pacientes SUS internados” no denominador. Os períodos dos dados analisados são diferentes, pois o número de pacientes vivos corresponde aos que estavam internados entre setembro e novembro de 2011, enquanto os óbitos foram registrados entre janeiro de 2010 e junho de 2011. Entretanto, esse era o único dado disponível capaz de representar o universo dos pacientes internados.

A seleção dessas categorias justifica-se pela importância em analisar o perfil das instituições psiquiátricas que são financiadas pelo poder público e verificar como elas funcionam e prestam o atendimento aos pacientes internados. Apesar de a Política Nacional de Saúde Mental não considerar os HP como serviços recomendáveis dentro da estrutura da atenção psicossocial, milhares de pacientes estão nesses hospitais e é preciso saber em que condições eles vivem. Além disso, a escolha da análise das informações sobre os óbitos procura entender se há alguma relação entre os mortes nas instituições psiquiátricas e qualidade da atenção prestada ao paciente que usa esse serviço.

Em relação à definição de causa de óbito, foram agrupadas as categorias a seguir.

Em Causa Definida estão os óbitos cuja causa básica foi determinada e está descrita no Código Internacional de Doenças (CID-10).

A categoria Sem Causa Básica Definida abarca óbitos cuja informação na declaração de óbito constava uma das especificações a seguir: Não especificada, Não definida, Sem evidência, Não informada, Sem causa aparente, Sem registro, Sem atestado de óbito, Ausência de atestado de óbito, Não consta no prontuário e nem nas atas da CRO, Não identificada, Não consta de certidão de óbito, Não

apresentou documentação, Não consta, Causa indeterminada, Aguardando exames, Causa desconhecida, Causa mal definida, Não há laudo do Serviço de Verificação de óbitos, Causa ignorada, Ilegível, Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade, Não estabelecida na certidão, Não mencionada, Sem diagnóstico, Morte súbita, Sob investigação do IML.

Para a categoria Causa Mal Definida, foram utilizados os critérios estabelecidos pela Mortality Reference Group – MRG/OMS (SIM, 2013), que considera inadequadas as seguintes atribuições de causa básica a óbitos: doenças categorizadas no capítulo XVIII (R00 a R99), I46.9 (Parada cardíaca não especificada), I95.9 (Hipotensão não especificada), I99 (Outros transtornos do aparelho circulatório e os não especificados), J96.0 (Insuficiência respiratória aguda), J96.9 (Insuficiência respiratória não especificada), todas do CID-10.

Foram agrupados em Outras Causas Mal Definidas os óbitos cujos registros no banco de dados desta pesquisa não representaram causas apropriadas, no entanto, não se encaixaram nas categorias anteriores (falência múltipla de órgãos, obstrução mecânica das vias respiratórias – asfixia e aspiração de corpo estranho) ou cujos nomes não constavam no CID-10 (“desidratação”, “alimentares”, “processo expansivo cerebral”, “síndrome neurológica”, “cadeirante”, “debilidade orgânica”, “sedação”).

O banco de dados foi extraído do Sistema Informatizado da Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), de uso exclusivo do DENASUS, e salvo em planilha do Microsoft Excel 2007, a partir da qual foi realizado o manuseio dos dados.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada autorização ao DENASUS para utilização do banco de dados para fins acadêmicos. O documento assinado pelo diretor do departamento consta do Anexo A.

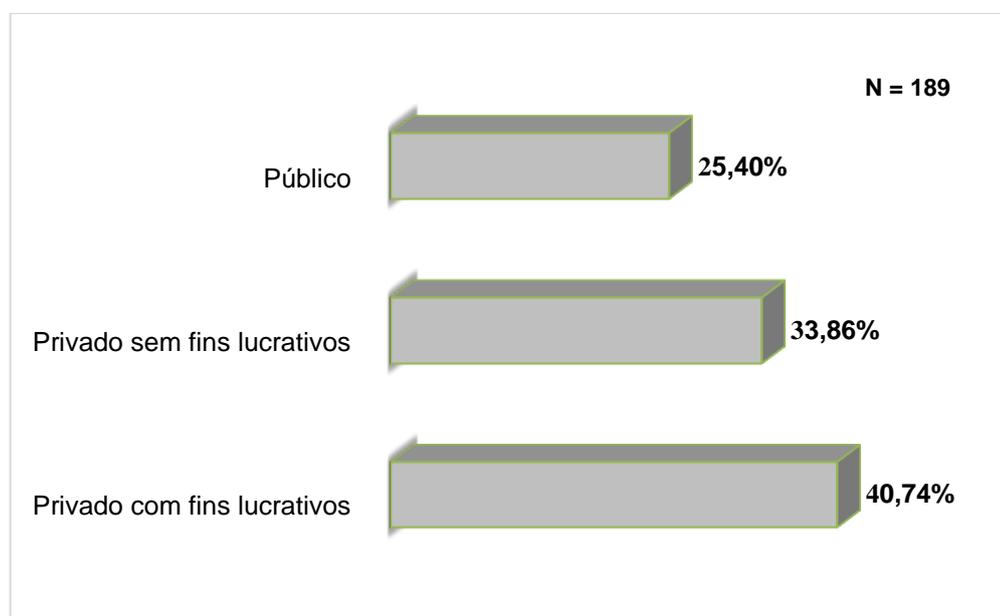
Considerando que se trata de um estudo retrospectivo baseado em análise de dados secundários, os quais não possibilitam identificação de quaisquer sujeitos, a

pesquisa não chegou a ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

A Figura 1 mostra que, dos 189 HP pesquisados, a maioria (40,7%) é privada com fins lucrativos, seguidos por instituições privadas sem fins lucrativos (33,9%). Apenas 25,4% do total de hospitais são públicos.



**Figura 1 - Hospitais psiquiátricos por natureza jurídica, Brasil – 2011**

Ao analisar a distribuição das instituições psiquiátricas por região (Tabela 1), nota-se que há predominância de hospitais públicos na Região Norte (75%). Na Região Nordeste, destacam-se os hospitais privados com fins lucrativos (54,8%), embora nos Estados da Bahia, Piauí e Rio Grande do Norte haja mais HP públicos. Na Região Sul também predominam os HP com fins lucrativos, realidade observada nos Estados do Paraná e Santa Catarina.

Já nas Regiões Centro Oeste e Sudeste, a natureza jurídica que prevalece entre os HP é privado sem fins lucrativos, com 60% e 40,4%, respectivamente. Vale destacar que no Sudeste, a distribuição dos HP é variada; apenas em São Paulo há predominância de hospitais sem fins lucrativos (60%), enquanto no Rio de Janeiro e

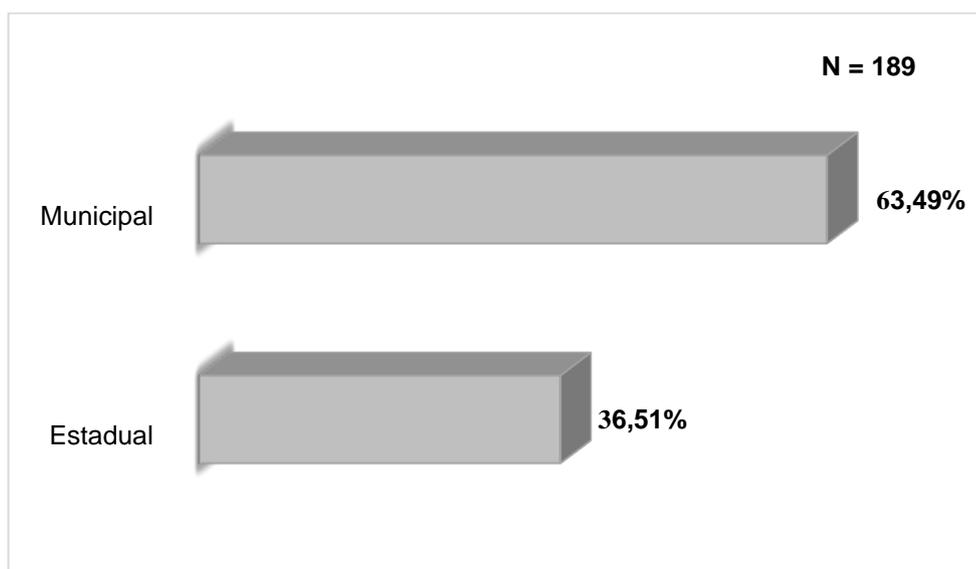
Minas Gerais existem mais hospitais com fins lucrativos (62,1% e 47,1%, respectivamente). Já o Espírito Santo possui maior número de instituições públicas, com 66,7%.

**Tabela 1 - Hospitais Psiquiátricos por UF conforme Natureza Jurídica, Brasil – 2011**

UF	Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N
AC	-	-	-	-	1	100	1
AM	-	-	-	-	1	100	1
PA	-	-	-	-	1	100	1
TO	1	100	-	-	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>4</b>
PE	10	76,9	-	-	3	23,1	13
BA	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7
CE	2	40	2	40	1	20	5
AL	3	75	-	-	1	25	4
MA	2	50	-	-	2	50	4
PB	3	75	-	-	1	25	4
RN	1	33,3	-	-	2	66,7	3
PI	-	-	-	-	1	100	1
SE	1	100	-	-	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>23</b>	<b>54,8</b>	<b>3</b>	<b>7,1</b>	<b>16</b>	<b>38,1</b>	<b>42</b>
GO	4	40	6	60	-	-	10
MS	-	-	2	100	-	-	2
MT	-	-	1	50	1	50	2
DF	-	-	-	-	1	100	1
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>26,7</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>	<b>15</b>
SP	11	20	33	60	11	20	55
RJ	18	62,1	4	13,8	7	24,1	29
MG	8	47,1	5	29,4	4	23,5	17
ES	1	33,3	-	-	2	66,7	3
<b>Subtotal</b>	<b>38</b>	<b>36,5</b>	<b>42</b>	<b>40,4</b>	<b>24</b>	<b>23,1</b>	<b>104</b>
PR	8	53,3	6	40	1	6,7	15
RS	1	16,7	4	66,7	1	16,7	6
SC	2	66,7	-	-	1	33,3	3
<b>Subtotal</b>	<b>11</b>	<b>45,8</b>	<b>10</b>	<b>41,7</b>	<b>3</b>	<b>12,5</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>40,7</b>	<b>64</b>	<b>33,9</b>	<b>48</b>	<b>25,4</b>	<b>189</b>

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

Quanto ao sistema de gestão ao qual os HP estavam vinculados, a Figura 2 evidencia que 63,5% dos HP que atendem pelo SUS estão vinculados a sistemas de saúde municipais, o que coaduna com os princípios da descentralização, expostos, inclusive, na Constituição Federal de 1988.



**Figura 2 - Hospitais psiquiátricos por vinculação ao sistema de gestão, Brasil – 2011**

Essa tendência municipalista foi seguida por quase todas as regiões brasileiras, conforme demonstra a Tabela 2.

No Centro Oeste são 86,7% de instituições municipais. No Distrito Federal há apenas um HP, que é conveniado à Secretaria Estadual de Saúde do DF pela própria característica da capital federal, à qual é conferido o status de estado e não de município. Em Mato Grosso, 50% é financiada pelo SUS estadual e a outra metade, municipal.

Na Região Nordeste, 66,7% dos HP estão vinculados a SUS municipais, embora nos Estados da Bahia (85,7%) e Piauí (100%) observem-se realidades opostas, como maioria das instituições vinculadas a SUS estaduais.

Seguindo as tendências regionais, o Sudeste apresenta percentual municipal de 62,5%, sendo que Espírito Santo e São Paulo possuem, em sua maioria, HP “estaduais” com 100% e 56,4%, respectivamente.

No Sul também predominam HP “municipais”, com 58,3%, tendência que não foi acompanhada pelo Estado do Paraná (53,3% de hospitais estaduais).

Apenas na Região Norte todos os HP vinculam-se à gestão estadual.

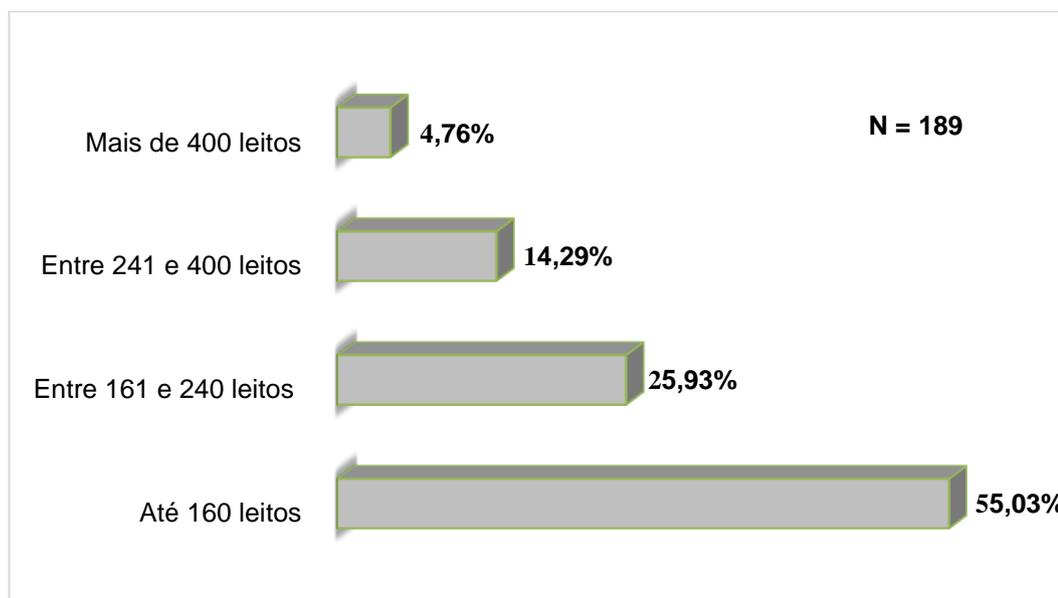
**Tabela 2 - Hospitais Psiquiátricos por UF conforme Instância de Gestão, Brasil - 2011**

UF	Estadual		Municipal		TOTAL
	N	%	N	%	N
AC	1	100	-	-	1
AM	1	100	-	-	1
PA	1	100	-	-	1
TO	1	100	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
PE	3	23,1	10	76,9	13
BA	6	85,7	1	14,3	7
CE	1	20	4	80	5
AL	1	25	3	75	4
MA	1	25	3	75	4
PB	1	25	3	75	4
RN	-	-	3	100	3
PI	1	100	-	-	1
SE	-	-	1	100	1
<b>Subtotal</b>	<b>14</b>	<b>33,3</b>	<b>28</b>	<b>66,7</b>	<b>42</b>
DF	1	100	-	-	1
GO	-	-	10	100	10
MS	-	-	2	100	2
MT	1	50	1	50	2
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>	<b>13</b>	<b>86,7</b>	<b>15</b>
ES	3	100	-	-	3
MG	2	11,8	15	88,2	17
RJ	3	10,3	26	89,7	29
SP	31	56,4	24	43,6	55
<b>Subtotal</b>	<b>39</b>	<b>37,5</b>	<b>65</b>	<b>62,5</b>	<b>104</b>
PR	8	53,3	7	46,7	15
RS	1	16,7	5	83,3	6
SC	1	33,3	2	66,7	3
<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>41,7</b>	<b>14</b>	<b>58,3</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>36,5</b>	<b>120</b>	<b>63,5</b>	<b>189</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Figura 3 mostra o percentual dos HP categorizados por quantidade de leitos disponíveis. A maioria (55,03%) possui menor porte, com até 160 leitos. Os percentuais estão distribuídos gradualmente entre os diferentes portes, de modo

inversamente proporcional, sendo o menor percentual (4,76%) relativo aos HP com maior capacidade - mais de 400 leitos.



**Figura 3 - Hospitais psiquiátricos por porte de leitos, Brasil – 2011**

A partir da análise da Tabela 3, é possível verificar que as regiões acompanharam as tendências dos percentuais nacionais, ou seja, em todas as regiões há preponderância de HP com até 160 leitos. Não somente os percentuais regionais, mas também a grande maioria dos estados apresentou a mesma realidade. Excetuam-se os Estados do Tocantins e Piauí, cujas instituições possuem entre 161 até 240 leitos. Em Mato Grosso do Sul, 50% estão na primeira categoria (até 160 leitos) e 50% na segunda (entre 161 e 240 leitos).

Os nove HP com mais de 400 leitos estão distribuídos entre os Estados de São Paulo (seis HP), Espírito Santo (um HP), Rio de Janeiro (um HP) e Santa Catarina (um HP).

**Tabela 3 - Hospitais Psiquiátricos por UF conforme Porte de Leitos, Brasil - 2011**

UF	Até 160 leitos		De 161 até 240 leitos		De 241 até 400 leitos		Mais que 400 leitos		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
AC	1	100	-	-	-	-	-	-	1
AM	1	100	-	-	-	-	-	-	1
PA	1	100	-	-	-	-	-	-	1
TO	-	-	1	100	-	-	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
PE	9	69,2	4	30,8	-	-	-	-	13
BA	5	71,4	1	14,3	1	14,3	-	-	7
CE	1	20	3	60	1	20	-	-	5
AL	2	50	1	25	1	25	-	-	4
MA	2	50	1	25	1	25	-	-	4
PB	2	50	1	25	1	25	-	-	4
RN	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	3
PI	-	-	1	100	-	-	-	-	1
SE	1	100	-	-	-	-	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>24</b>	<b>57,1</b>	<b>13</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>11,9</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>42</b>
GO	6	60	3	30	1	10	-	-	10
MS	1	50	1	50	-	-	-	-	2
MT	2	100	-	-	-	-	-	-	2
DF	1	100	-	-	-	-	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>66,7</b>	<b>4</b>	<b>26,7</b>	<b>1</b>	<b>6,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15</b>
SP	24	43,6	16	29,1	9	16,4	6	10,9	55
RJ	17	58,6	7	24,1	4	13,8	1	3,4	29
MG	11	64,7	4	23,5	2	11,8	-	-	17
ES	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3	3
<b>Subtotal</b>	<b>54</b>	<b>51,9</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>14,4</b>	<b>8</b>	<b>7,7</b>	<b>104</b>
PR	8	53,3	3	20	4	26,7	-	-	15
RS	3	50	1	16,7	2	33,3	-	-	6
SC	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3	3
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>54,2</b>	<b>4</b>	<b>16,7</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>4,2</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>55</b>	<b>49</b>	<b>25,9</b>	<b>27</b>	<b>14,3</b>	<b>9</b>	<b>4,8</b>	<b>189</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Tabela 4 mostra a proporção entre leitos SUS disponíveis e pacientes internados, relação essa designada de 'Taxa de ocupação'. Os dados apresentados correspondem ao período de setembro a novembro de 2011. Foram identificados, no total, 28.228 leitos psiquiátricos oferecidos e financiados pelo SUS e 26.551

pacientes internados. A taxa de ocupação geral nacional é de 94,1%, ou seja, apenas 5,9% dos leitos SUS estavam desocupados na ocasião da visita aos HP.

Todas as regiões apresentaram ocupação superior a 88%. A região com maior taxa foi o Sul (98,7%) enquanto a menor foi encontrada no Norte (88,6%). A segunda maior região em ocupação de leitos psiquiátricos foi constatada no Nordeste (98,5%), seguida pelo Centro Oeste (98,2%) e Sudeste (91,4%). No entanto, as realidades estaduais demonstram maior diversidade nesses percentuais.

O Estado com menor taxa de ocupação foi o Acre (52,9%). Já o Distrito Federal apresentou uma taxa de 117,6% de ocupação, ou seja, havia mais pacientes do que capacidade instalada de internação. Além do DF, outros estados apresentaram taxa de ocupação acima de 100%: sejam Tocantins (110,3%), Mato Grosso (109,7%), Rio Grande do Norte (106,2%), Rio Grande do Sul (103,9%), Alagoas (102,9%), Maranhão (101,4%). Pará, Piauí e Mato Grosso do Sul apresentaram 100% de ocupação de leitos.

Para a análise dessas informações foram excluídos nove hospitais entre os Estados da Paraíba, Mato Grosso do Sul e Paraná, pois neles foram identificadas inconsistências nos dados. Em Santa Catarina houve inconsistência nos números dos três hospitais existentes no estado.

**Tabela 4 - Taxa de ocupação em leitos SUS nos hospitais psiquiátricos por UF, Brasil – 2011 (continua)**

UF	Leitos SUS Encontrados	Pacientes SUS internados	Taxa de ocupação (%)
TO	145	160	110,3
PA	28	28	100
AM	64	47	73,4
AC	70	37	52,9
<b>Subtotal</b>	<b>307</b>	<b>272</b>	<b>88,6</b>
RN	451	479	106,2
AL	765	787	102,9
MA	656	665	101,4
PI	160	160	100
SE	79	79	100
CE	793	784	98,9
BA	797	774	97,1
PE	1658	1608	97

**(conclusão)**

UF	Leitos SUS Encontrados	Pacientes SUS internados	Taxa de ocupação (%)
PB*	578	513	88,8
<b>Subtotal</b>	<b>5937</b>	<b>5849</b>	<b>98,5</b>
DF	85	100	117,6
MT	185	203	109,7
MS*	152	152	100
GO	1256	1193	95
<b>Subtotal</b>	<b>1678</b>	<b>1648</b>	<b>98,2</b>
MG	2320	2238	96,5
SP*	9594	8813	91,9
ES	644	580	90,1
RJ	4591	4036	87,9
<b>Subtotal</b>	<b>17149</b>	<b>15667</b>	<b>91,4</b>
RS	821	853	103,9
PR*	2336	2262	96,8
SC**	—	—	—
<b>Subtotal</b>	<b>3157</b>	<b>3115</b>	<b>98,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28228</b>	<b>26551</b>	<b>94,1</b>

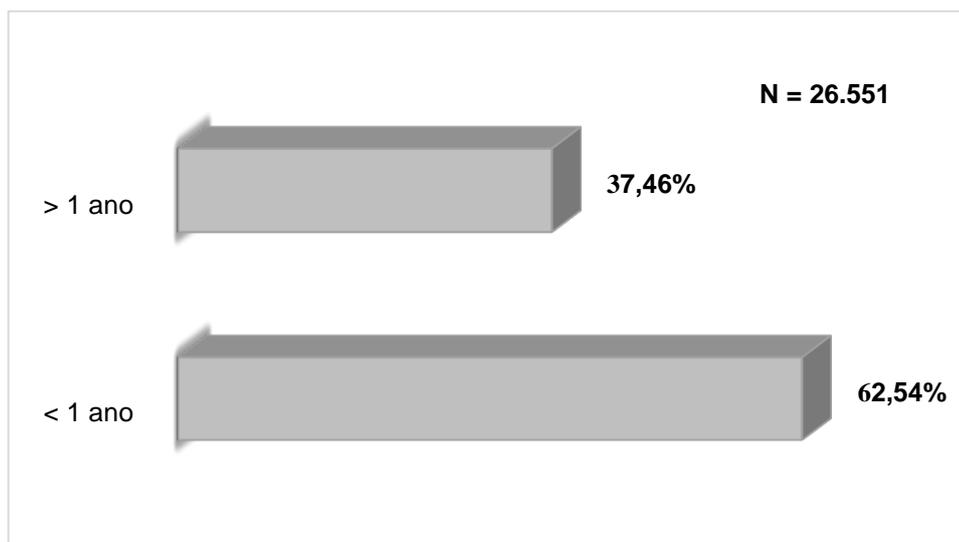
Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Notas:

\*9 hospitais entre esses estados foram excluídos dessa análise por inconsistências identificadas nesses dados.

\*\*os 3 hospitais deste estado apresentaram inconsistência no número de leitos.

Em relação ao tempo de internação dos pacientes psiquiátricos (Figura 4), identificou-se que a maioria (62,54%) estava internada há menos de um ano, o que corresponde a 16.604 internos. Entretanto, mesmo apresentando o menor percentual (37,46%), pode-se dizer que é numerosa a quantidade de pacientes internados há mais de um ano, já que esse valor representa 9.947 pacientes. Os dados da Figura 4 correspondem aos pacientes internados em 180 hospitais; nove HP foram excluídos por inconsistência dos dados de quantitativo de pacientes internados.



**Figura 4 - Pacientes psiquiátricos por tempo de internação, Brasil - 2011**

A Tabela 5 detalha os quantitativos e percentuais do tempo de internação dos pacientes em HP em cada unidade federativa. Apenas a Região Sudeste apresentou maior percentual de pacientes internados há mais de um ano (52,2%). As demais regiões mostraram significativa diferença de tempo de internação, prevalecendo os percentuais de menor duração de internamento.

Na Região Norte, os Estados do Amazonas e Pará possuíam a maioria dos pacientes internados há mais de um ano (80,9% e 100%, respectivamente), enquanto no Acre (70,3%) e em Tocantins (97,5%) prevaleceram os pacientes com internações de menor duração.

Nas Regiões Nordeste, Centro Oeste e Sul, todos os estados seguiram a tendência regional e mostraram percentuais maiores nas internações abaixo de um ano.

No Sudeste, Espírito Santo (85%) e Minas Gerais (57,6%) exibiram maiores percentuais em internações menores de um ano, enquanto nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo prevaleceram os pacientes com internação prolongada (59,8% e 53,6%, respectivamente).

Foram retirados da análise nove hospitais entre os seguintes Estados: Paraíba, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, devido a inconsistências encontradas nos dados coletados.

**Tabela 5 - Relação de tempo de internação dos pacientes psiquiátricos por UF, Brasil - 2011**

UF	Pacientes internados a < 1 ano		Pacientes internados a > 1 ano (moradores)	
	N	%	N	%
AC	26	70,3	11	29,7
AM	9	19,1	38	80,9
PA	-	-	28	100
TO	156	97,5	4	2,5
<b>Subtotal</b>	<b>191</b>	<b>70,2</b>	<b>81</b>	<b>29,8</b>
AL	700	88,9	87	11,1
BA	506	65,4	268	34,6
CE	711	90,7	73	9,3
MA	538	80,9	127	19,1
PB*	465	90,6	48	9,4
PE	836	52	772	48
PI	132	82,5	28	17,5
RN	435	90,8	44	9,2
SE	72	91,1	7	8,9
<b>Subtotal</b>	<b>4395</b>	<b>75,1</b>	<b>1454</b>	<b>24,9</b>
DF	99	99	1	1
GO	1075	90,1	118	9,9
MS*	149	98	3	2
MT	183	90,1	20	9,9
<b>Subtotal</b>	<b>1506</b>	<b>91,4</b>	<b>142</b>	<b>8,6</b>
ES	493	85	87	15
MG	1290	57,6	948	42,4
RJ	1621	40,2	2415	59,8
SP*	4091	46,4	4722	53,6
<b>Subtotal</b>	<b>7495</b>	<b>47,8</b>	<b>8172</b>	<b>52,2</b>
PR*	2179	96,3	83	3,7
RS	838	98,2	15	1,8
SC*	-	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>3017</b>	<b>96,9</b>	<b>97</b>	<b>3,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16604</b>	<b>62,5</b>	<b>9946</b>	<b>37,5</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Nota:

\*o número de pacientes de 9 hospitais entre esses estados foram excluídos dessa análise por inconsistências identificadas nesses dados.

Com base na Tabela 6, esperava-se identificar qual o tipo de HP que mantinha os pacientes internados por mais tempo. No entanto, os dados mostraram que, independentemente da natureza jurídica dos HP, preponderaram as internações com duração inferior a um ano. Essa tendência foi acompanhada pelas

Regiões Nordeste, Centro Oeste e Sul. Entre os estados dessas regiões, apenas Pernambuco apresentou dado diferenciado, no qual a maioria dos pacientes internados nos HP públicos (16,5%) está institucionalizada há mais de um ano.

As Regiões Norte e Sudeste trouxeram um panorama diferente. Embora o percentual geral do Norte indique que a maioria dos pacientes está internada há menos de um ano, no Amazonas 80,9% dos pacientes são internos de longa permanência e no Pará todos os pacientes vêm de internação prolongada. No Sudeste, destacam-se Minas Gerais, onde as internações de mais de um ano concentram-se nos HP privados com fins lucrativos (30,7%), e o Rio de Janeiro, onde as internações mais longas estão distribuídas entre os HP privados com fins lucrativos (40,6%) e os públicos (15%).

**Tabela 6 - Distribuição dos pacientes por tempo de internação e natureza jurídica dos HP por UF, Brasil – 2011 (continua)**

UF	Pacientes internados há < 1 ano						Pacientes internados há > 1 ano					
	Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público		Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AC	-	-	-	-	26	70,3	-	-	-	-	11	29,7
AM	-	-	-	-	9	19,1	-	-	-	-	38	80,9
PA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	100
TO	156	97,5	-	-	-	-	4	2,5	-	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>156</b>	<b>57,4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>35</b>	<b>12,9</b>	<b>4</b>	<b>1,4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>77</b>	<b>28,3</b>
AL	540	68,6	-	-	160	20,3	56	7,1	-	-	31	4,0
BA	161	20,8	72	9,3	273	35,3	3	0,4	8	1	257	33,2
CE	271	34,6	265	33,8	175	22,3	41	5,2	27	3,4	5	1
MA	489	73,5	-	-	49	7,4	10	1,5	-	-	117	17,6
PB	303	59	-	-	162	31,6	6	1,2	-	-	42	8,2
PE	680	42,3	-	-	156	9,7	507	31,5	-	-	265	16,5
PI	-	-	-	-	132	82,5	-	-	-	-	28	17,5
RN	151	31,5	-	-	284	59,3	27	5,6	-	-	17	3,6
SE	72	91,1	-	-	-	-	7	8,9	-	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>2667</b>	<b>45,6</b>	<b>337</b>	<b>5,8</b>	<b>1391</b>	<b>23,8</b>	<b>657</b>	<b>11,2</b>	<b>35</b>	<b>0,6</b>	<b>762</b>	<b>13</b>
DF	-	-	-	-	99	99	-	-	-	-	1	1
GO	532	44,6	543	45,5	-	-	8	0,7	110	9,2	-	-
MS	-	-	149	98	-	-	-	-	3	2	-	-
MT	-	-	79	38,9	104	51,2	-	-	-	-	20	9,9
<b>Subtotal</b>	<b>532</b>	<b>32,2</b>	<b>771</b>	<b>46,8</b>	<b>203</b>	<b>12,3</b>	<b>8</b>	<b>0,5</b>	<b>113</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>1,2</b>
ES	432	74,5	-	-	61	10,5	30	5,2	-	-	57	9,8
MG	436	19,5	559	25	295	13	686	30,7	46	2,1	216	9,7
RJ	994	24,6	243	6	384	9,5	1642	40,6	175	4,3	598	15

(conclusão)

UF	Pacientes internados há < 1 ano						Pacientes internados há > 1 ano					
	Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público		Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SP	580	6,6	2990	33,9	521	5,9	1611	18,3	2129	24,2	982	11,1
<b>Subtotal</b>	<b>2442</b>	<b>15,6</b>	<b>3792</b>	<b>24,2</b>	<b>1261</b>	<b>8,1</b>	<b>3969</b>	<b>25,3</b>	<b>2350</b>	<b>15</b>	<b>1853</b>	<b>11,8</b>
PR	1054	46,6	1040	46	85	3,8	31	1,4	28	1,2	24	1
RS	196	23	523	61,3	119	14	4	0,4	10	1,2	1	0,1
SC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>1250</b>	<b>40,1</b>	<b>1563</b>	<b>50,2</b>	<b>204</b>	<b>6,6</b>	<b>35</b>	<b>1,1</b>	<b>38</b>	<b>1,2</b>	<b>25</b>	<b>0,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7047</b>	<b>26,5</b>	<b>6463</b>	<b>24,3</b>	<b>3094</b>	<b>11,7</b>	<b>4673</b>	<b>17,6</b>	<b>2536</b>	<b>9,6</b>	<b>2738</b>	<b>10,3</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Foi questionado sobre as principais causas que ensejavam as internações prolongadas - aquelas que duram mais de um ano – representando 37,5% do total de pacientes internados. A Figura 5 traz a informação de que, em quase 80% dos casos, foi alegada falta de apoio familiar, ou seja, os pacientes foram deixados nos hospitais e “esquecidos” pela família. A deficiência na cobertura de serviços extra-hospitalares foi colocada como a segunda maior causa das internações prolongadas, com 11,64%. Aproximadamente 9% não souberam informar a que se devem as internações com mais de um ano e, em último lugar (1,06%), atribuiu-se o fato à ausência de proposta de alta no projeto terapêutico.

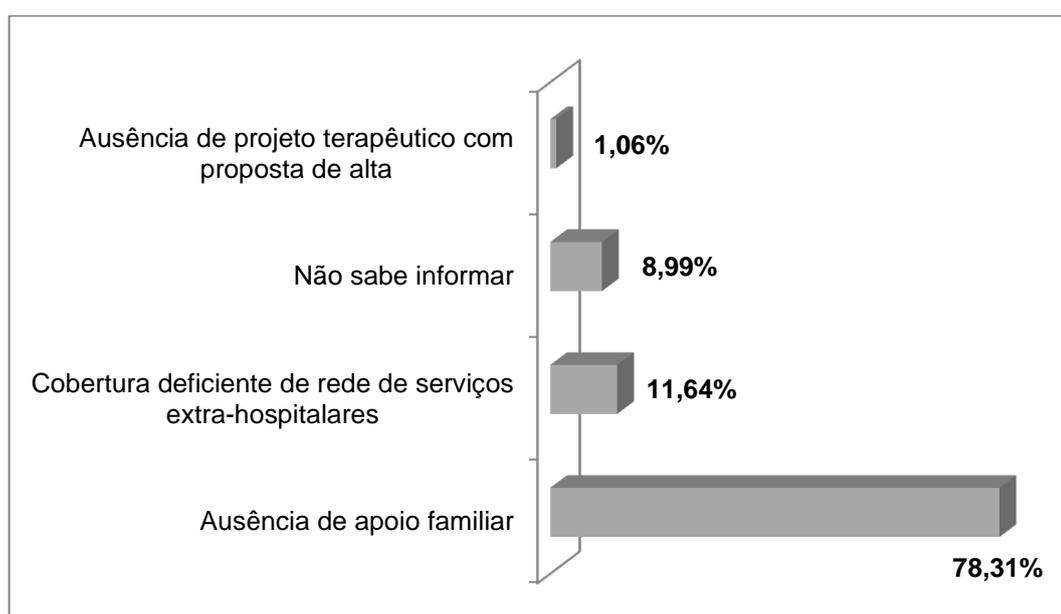


Figura 5 - Principais causas das internações prolongadas, Brasil – 2011

As internações por ordem judicial, como mostra a Tabela 7, representaram 5,6% do total de internações no país. A maioria dos pacientes internados por demanda judicial foi encontrada na Região Centro Oeste, com 8,6%. A Região Norte, por sua vez, foi a que apresentou o menor percentual, com 1,5%.

Entre as unidades federativas, notou-se que os estados que mais efetuaram internações por essa modalidade foram Mato Grosso do Sul (19,7%), Paraíba (14,8%) e Mato Grosso (12,8%). Por outro lado, os Estados do Pará, Tocantins e Sergipe não registraram nenhum paciente internado por demanda judicial.

Foram retirados desta análise nove hospitais entre os seguintes Estados: Paraíba, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, devido a inconsistências encontradas nos dados coletados acerca do número de pacientes internados.

**Tabela 7 - Relação entre total de pacientes internados e as internações por ordem judicial por UF, Brasil – 2011 (continua)**

UF	Pacientes SUS internados	Pacientes internados sob ordem judicial	Percentual de internações por ordem judicial (%)
AM	47	3	6,4
AC	37	1	2,7
PA	28	0	0
TO	160	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>272</b>	<b>4</b>	<b>1,5</b>
PB*	513	76	14,8
RN	479	43	9
CE	784	34	4,3
PI	160	5	3,1
MA	665	11	1,7
PE	1608	15	0,9
BA	774	6	0,8
AL	787	4	0,5
SE	79	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>5849</b>	<b>194</b>	<b>3,3</b>
MS*	152	30	19,7
MT	203	26	12,8
GO	1193	85	7,1
DF	100	1	1
<b>Subtotal</b>	<b>1648</b>	<b>142</b>	<b>8,6</b>
<b>SP*</b>	8813	694	7,9
ES	580	42	7,2
MG	2238	145	6,5

<b>(conclusão)</b>			
<b>UF</b>	<b>Pacientes SUS internados</b>	<b>Pacientes internados sob ordem judicial</b>	<b>Percentual de internações por ordem judicial (%)</b>
RJ	4036	55	1,4
<b>Subtotal</b>	<b>15667</b>	<b>936</b>	<b>6</b>
RS	853	95	11,1
PR*	2262	35	1,5
SC**	–	74	–
<b>Subtotal</b>	<b>3115</b>	<b>204</b>	<b>6,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26551</b>	<b>1480</b>	<b>5,6</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Nota:

\*9 hospitais entre esses estados foram excluídos da contagem de número de pacientes SUS por inconsistências nos dados.

\*\*os 3 hospitais deste estado apresentaram inconsistência no número de leitos.

A respeito do transporte de pacientes em situações emergenciais (já que os HP não possuem, por sua natureza, uma estrutura que atenda todas as necessidades clínicas), foi questionado aos HP como se dá o deslocamento dos pacientes que, eventualmente, necessitassem de atendimento em outro local. É o que mostra a Tabela 8.

Dos dados gerais do Brasil, a maioria (45,5%) dos HP possui ambulância própria para este serviço. 28% acionam o SAMU e 26,5% foram categorizados em “Outros”, dos quais: 32% terceirizam o serviço de ambulância, 28% utilizam ambulância do SUS (principalmente municipal), 18% transportam o paciente em veículo próprio do HP, que não é uma ambulância, 10% não especificado, 6% pagam táxi para remover o paciente, 4% chamam os bombeiros e 2% convocam a família para o transporte do paciente.

Nas Regiões Nordeste e Sudeste predomina o meio de transporte por ambulância própria dos HP (42,9% e 54,8%, respectivamente). Já nas Regiões Norte (75%), Centro Oeste (46,7%) e Sul (45,8%) prevalece a assistência do SAMU para conduzir o paciente em caso de urgência e emergência.

Apenas no Piauí, 100% dos pacientes são transportados por ambulância própria. O SAMU, por sua vez, é usado em 100% dos casos nos Estados Acre, Amazonas, Tocantins, Rio Grande do Norte, Sergipe, Distrito Federal e Mato Grosso. O Pará (100%) é o único estado que usa apenas outros meios para transportar o paciente.

**Tabela 8 - Meio de transporte dos pacientes em situação de urgência/emergência por UF, Brasil - 2011**

UF	Ambulância Própria		SAMU		Outros		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N
AC	-	-	1	100	-	-	1
AM	-	-	1	100	-	-	1
PA	-	-	-	-	1	100	1
TO	-	-	1	100	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>4</b>
PE	7	53,8	2	15,4	4	30,8	13
BA	3	42,9	4	57,1	-	-	7
CE	3	60	-	-	2	40	5
AL	2	50	1	25	1	25	4
MA	1	25	1	25	2	50	4
PB	1	25	2	50	1	25	4
RN	-	-	3	100	-	-	3
PI	1	100	-	-	-	-	1
SE	-	-	1	100	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>18</b>	<b>42,9</b>	<b>14</b>	<b>33,3</b>	<b>10</b>	<b>23,8</b>	<b>42</b>
GO	4	40	4	40	2	20	10
MS	1	50	-	-	1	50	2
MT	-	-	2	100	-	-	2
DF	-	-	1	100	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>	<b>7</b>	<b>46,7</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>15</b>
SP	28	50,9	13	23,6	14	25,5	55
RJ	17	58,6	2	6,9	10	34,5	29
MG	10	58,8	3	17,7	4	23,5	17
ES	2	66,7	-	-	1	33,3	3
<b>Subtotal</b>	<b>57</b>	<b>54,8</b>	<b>18</b>	<b>17,3</b>	<b>29</b>	<b>28,9</b>	<b>104</b>
PR	2	13,3	8	53,3	5	33,3	15
RS	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6
SC	0	0	2	66,7	1	33,3	3
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>45,8</b>	<b>7</b>	<b>29,2</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>45,5</b>	<b>53</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>26,5</b>	<b>189</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Segundo a Tabela 9, 72% dos HP pesquisados possuem sistema formalizado de encaminhamento para outros serviços de saúde. Entretanto, o percentual é variável nas realidades regionais. Enquanto as Regiões Nordeste (69%), Sudeste (79,8%) e Sul (83,3%) possuem, em sua maioria, HP com sistema de referência e contrarreferência, nas Regiões Norte e Centro Oeste, a maioria dos HP não

formalizaram uma rede de serviços para encaminhamento dos pacientes (25% e 20%, respectivamente).

Em alguns estados, 100% dos HP possuem sistema de referência e contrarreferência. É o que ocorre em Amazonas, Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Contudo, nos Estados do Acre, Pará, Tocantins, Alagoas e Mato Grosso nenhum HP tem esse referenciamento formalizado.

**Tabela 9 - Existência de sistema formalizado de referência e contrarreferência para outros serviços de saúde por UF, Brasil – 2011 (continua)**

UF	Hospitais sem sistema de referência/contrarreferência		Hospitais com sistema de referência/contrarreferência		Total de hospitais
	N	%	N	%	N
AC	1	100	-	-	1
AM	-	-	1	100	1
PA	1	100	-	-	1
TO	1	100	-	-	1
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>4</b>
PE	5	38,5	8	61,5	13
BA	2	28,6	5	71,4	7
CE	2	40	3	60	5
AL	4	100	-	-	4
MA	-	-	4	100	4
PB	-	-	4	100	4
RN	-	-	3	100	3
PI	-	-	1	100	1
SE	-	-	1	100	1
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>69</b>	<b>42</b>
GO	9	90	1	10	10
MS	1	50	1	50	2
MT	2	100	-	-	2
DF	-	-	1	100	1
<b>Subtotal</b>	<b>12</b>	<b>80</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>15</b>
SP	2	3,6	53	96,4	55
RJ	11	37,9	18	62,1	29
MG	8	47,1	9	52,9	17
ES	-	-	3	100	3
<b>Subtotal</b>	<b>21</b>	<b>20,2</b>	<b>83</b>	<b>79,8</b>	<b>104</b>
PR	4	26,7	11	73,3	15
RS	-	-	6	100	6
SC	-	-	3	100	3

**(conclusão)**

UF	Hospitais sem sistema de referência/contrarreferência		Hospitais com sistema de referência/contrarreferência		Total de hospitais
	N	%	N	%	N
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>16,7</b>	<b>20</b>	<b>83,3</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>28</b>	<b>136</b>	<b>72</b>	<b>189</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Além da existência de sistema formalizado de encaminhamento, buscou-se o percentual de altas que foram encaminhadas a outros serviços de saúde mental, a fim de investigar a interface dos HP com outras unidades. Em 2010, 68,4% das altas em HP foram encaminhadas para serviços da RAPS (Tabela 10).

A Região Sul foi a que mais encaminhou altas para outros serviços (74,2%), seguida pelo Sudeste, com 69,3%, Nordeste com 68,2% e Centro Oeste (59,1%). A Região Norte encaminhou apenas 0,4% dos pacientes que tiveram alta em 2010.

Entre as unidades federativas, Espírito Santo e Mato Grosso encaminharam 100% dos pacientes em alta no ano de 2010. Acre, Amazonas e Tocantins não encaminharam nenhum paciente após a alta no mesmo ano. O Pará foi o único que encaminhou pacientes na Região Norte (88,9%).

Na Região Nordeste, os maiores percentuais de encaminhamento ocorreram no Maranhão (97%), Piauí (96%) e Bahia (83,9%) e os menores em Alagoas (16,9%) e Sergipe (17,1%).

Na Região Centro Oeste, além do destaque ao encaminhamento de todos os pacientes a serviços da RAPS em Mato Grosso, vale comentar que Mato Grosso do Sul encaminhou 95,2% dos pacientes em alta em 2010, enquanto o Distrito Federal encaminhou 4,4% dos pacientes.

Na Região Sudeste, todos os estados encaminharam mais de 50% dos pacientes no pós-alta em 2010. E na Região Sul, evidencia-se que o Rio Grande do Sul encaminhou 96,8% dos pacientes e Santa Catarina, apenas 24,5%.

**Tabela 10 - Relação entre o total de altas de pacientes psiquiátricos e o encaminhamento a serviços de saúde mental em 2010 por UF, Brasil - 2011**

UF	Total de altas em 2010	Altas referenciadas para serviços de saúde mental em 2010	Percentual de altas referenciadas em 2010 (%)
PA	9	8	88,9
AC	1026	0	0
AM	2	0	0
TO	879	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>1916</b>	<b>8</b>	<b>0,4</b>
MA	4768	4626	97
PI	1967	1888	96
BA	4876	4093	83,9
PE	4829	3845	79,6
RN	4410	3315	75,2
CE	6819	4565	66,9
PB	3309	1656	50
SE	748	128	17,1
AL	4856	823	16,9
<b>Subtotal</b>	<b>36582</b>	<b>24939</b>	<b>68,2</b>
MT	1970	1970	100
MS	1539	1465	95,2
GO	10442	6078	58,2
DF	2315	103	4,4
<b>Subtotal</b>	<b>16266</b>	<b>9616</b>	<b>59,1</b>
ES	3092	3092	100
SP	39748	28238	71
MG	15114	10062	66,6
RJ	10097	5772	57,2
<b>Subtotal</b>	<b>68051</b>	<b>47164</b>	<b>69,3</b>
RS	10138	9815	96,8
PR	23368	17464	74,7
SC	4902	1203	24,5
<b>Subtotal</b>	<b>38408</b>	<b>28482</b>	<b>74,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>161223</b>	<b>110209</b>	<b>68,4</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Tabela 11 mostra as altas referenciadas pelos HP entre os meses de janeiro e junho de 2011 a fim de estabelecer uma comparação aproximada entre o encaminhamento ocorrido nesse ano e no ano anterior. No primeiro semestre de 2011, 69,3% dos pacientes em alta foram referenciados para outros serviços de saúde mental. Esse percentual permite inferir que houve maior encaminhamento de

pacientes em 2011, já que no ano de 2010 houve um total de 68,4% de altas referenciadas.

A classificação das regiões por percentual de referenciamento foi a mesma da observada em 2010, ou seja, a Região Sul apresentou o maior percentual de pacientes referenciados pós-alta (74,3%), seguida por Sudeste (70,8%), Nordeste (68,4%) e Centro Oeste (52%). A Região Norte não referenciou nenhum dos 989 pacientes que tiveram alta no primeiro semestre de 2011.

Assim como demonstrado em 2010, os Estados do Espírito Santo e Mato Grosso referenciaram todos os pacientes em alta de HP em 2011.

Na Região Nordeste, mantiveram-se as tendências do ano anterior, com Sergipe e Alagoas apresentando o menor percentual de altas referenciadas no primeiro semestre de 2011 (9,4% e 20%, respectivamente). Entre os maiores percentuais da região, encontram-se Maranhão (98,2%), Pernambuco (89,5%), Bahia (86,5%) e Rio Grande do Norte (85,5%).

No Centro Oeste, os menores percentuais ficaram entre Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, com 0,9% e 11,9%, respectivamente.

Todos os estados da Região Sudeste (como ocorrido em 2010) referenciaram alta de mais de 50% dos pacientes em alta em 2011.

Na Região Sul, enquanto Rio Grande do Sul referenciou 96,1% das altas em HP, Santa Catarina o fez para 23,2% dos pacientes.

**Tabela 11 - Relação entre o total de altas de pacientes psiquiátricos e o referenciamento a serviços de saúde mental de Janeiro a Junho de 2011 por UF, Brasil – 2011 (continua)**

UF	Total de altas em 2011	Altas referenciadas para serviços de saúde mental em 2011	Percentual de altas referenciadas em 2011 (%)
AC	492	0	0
AM	-	-	-
PA	3	0	0
TO	494	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>989</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
MA	2446	2402	98,2
PE	2081	1862	89,5
BA	2493	2157	86,5
RN	1830	1564	85,5
CE	3690	2617	70,9

(conclusão)			
UF	Total de altas em 2011	Altas referenciadas para serviços de saúde mental em 2011	Percentual de altas referenciadas em 2011 (%)
PB	2177	849	39
AL	2231	447	20
SE	508	48	9,4
PI*	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>17456</b>	<b>11946</b>	<b>68,4</b>
MT**	564	564	100
GO	4463	2915	65,3
DF	981	117	11,9
MS	929	8	0,9
<b>Subtotal</b>	<b>6937</b>	<b>3604</b>	<b>52</b>
ES	1499	1499	100
SP	20035	14576	72,8
RJ	44197	31263	70,7
MG	8229	5055	61,4
<b>Subtotal</b>	<b>73960</b>	<b>52393</b>	<b>70,8</b>
RS	5179	4979	96,1
PR	11249	8512	75,7
SC	2523	585	23,2
<b>Subtotal</b>	<b>18951</b>	<b>14076</b>	<b>74,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>118293</b>	<b>82019</b>	<b>69,3</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

Notas:

\* foi constatada inconsistência nos dados deste estado.

\*\*foi retirado o dado de um hospital de MT, por inconsistência nos dados de quantitativo de altas.

#### 4.2 ASPECTOS DA ATENÇÃO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

A Tabela 12 mostra o percentual de HP que realizam ações diversas para controlar e prevenir doenças infecciosas. A adoção dessas medidas sugere uma preocupação sanitária para com os pacientes internados. Podem abarcar mutirões de vacinação e outras ações com vistas a proteger os internos contra a possibilidade de epidemias e infestações. Os maiores percentuais de atuações preventivas foram aquelas contra a pediculose (73%) e a escabiose (72,5%). O combate à hanseníase foi referido por apenas em 39,2% dos HP pesquisados. Frise-se que entre as ações

de vacinação o maior percentual chegou a pouco mais de 50% (contra influenza e contra tétano), o que pode ser considerado um número baixo, já que as vacinas são adquiridas pela rede pública de saúde.

**Tabela 12 - Adoção de ações de controle de infecções e infestações nos HP, Brasil - 2011**

<b>Ações para controle e prevenção de infecções</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pediculose	138	73
Escabiose	137	72,5
Vacinação contra influenza	128	68
Tuberculose	99	52,4
HIV/AIDS	99	52,4
Vacinação contra tétano	98	51,9
Vacinação contra hepatite B	92	48,7
Vacinação contra pneumococo	78	41,3
Hanseníase	74	39,2

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

A Tabela 13 traz os percentuais dos HP em relação aos aspectos do projeto terapêutico: 82,5% de todos os hospitais possuem projeto terapêutico institucional. Menos da metade dos hospitais possuiu projeto terapêutico especial para pacientes de longa permanência e para pacientes com grande dependência, em decorrência de deficiência física ou mental agravada. Pouco mais da metade dos HP (62,4%) descreveu as atividades do projeto terapêutico em prontuário e registraram trabalho para alta hospitalar dos pacientes (54,5%).

**Tabela 13 - Aspectos do projeto terapêutico adotados no HP, Brasil - 2011**

<b>Projeto Terapêutico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Projeto Terapêutico Institucional com definição de ações multiprofissionais	156	82,5
Registro das atividades do projeto terapêutico descrito no Prontuário	118	62,4
Registro de trabalho para alta hospitalar dos pacientes no projeto terapêutico	103	54,5
Projeto Terapêutico específico para pacientes de longa permanência	93	49,2
Projeto Terapêutico específico para pacientes com deficiência física e/ou mental e grave dependência	79	41,8

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

A Tabela 14 expõe diversos aspectos relativos à qualidade do prontuário dos pacientes internados. 99,5% dos HP realizaram avaliação dos prontuários pela Comissão de Revisão de Prontuários. Dentre os profissionais de saúde, notou-se que os médicos e os enfermeiros são os que mais realizaram evoluções semanais (93,1% e 83,1%, respectivamente). A menor frequência de evoluções semanais encontradas é de terapeuta ocupacional (69,8%). As evoluções de auxiliares e técnicos de enfermagem, que precisam ser diárias, ocorreram em 94,7% das instituições.

**Tabela 14 - Qualidade do prontuário dos pacientes internados nos HP, Brasil - 2011**

<b>Anotações em prontuário</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Avaliação dos prontuários por Comissão de Revisão de Prontuários	182	99,5
Anotação diária de auxiliar/técnico de enfermagem	179	94,7
Evolução semanal de médico	176	93,1
Evolução semanal de enfermeiros	157	83,1
Evolução semanal de psicólogo	150	79,4
Evolução semanal de assistente social	149	79
Evolução semanal de terapeuta ocupacional	132	69,8

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

As abordagens terapêuticas aos pacientes internados nos HP estão detalhadas na Tabela 15, que demonstra que a atividade mais usual foi o atendimento em grupo, que sucedeu em 89,4% dos hospitais. Todas as abordagens terapêuticas especificadas possuem adesão maior que 50%. Dos 189 HP, três não realizam nenhuma das atividades listadas na tabela – dois são do Rio de Janeiro e um de Pernambuco.

**Tabela 15 - Abordagens terapêuticas adotadas nos HP, Brasil - 2011**

<b>Abordagens terapêuticas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Atendimento em grupo	169	89,4
Licença terapêutica	159	84,1
Reuniões multiprofissionais periódicas	150	79,4
Atividades extra-hospitalares	147	77,8
Atividades com pacientes e familiares	141	74,6

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

A Tabela 16 lista uma série de ações relacionadas a um tratamento humanizado com os respectivos percentuais dos HP que as realizavam. A ação humanizada preponderantemente adotada nos HP é a administração de dose individualizada de medicação, com adesão de 84,7% dos HP. Todavia, há que se considerar que 29 instituições psiquiátricas brasileiras ainda desconsideram as necessidades individuais na administração da medicação, aplicando a mesma dose para todos os pacientes.

As visitas diárias, que poderiam favorecer o vínculo dos pacientes não são permitidas em quase 20% das instituições.

Apenas 128 HP (67,7%) realizam ações de educação permanente com os profissionais.

**Tabela 16 - Aspectos de humanização ao paciente internado, Brasil – 2011**

<b>Humanização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dose individualizada de medicação	160	84,7
Uso de roupas individualizadas	153	81,0
Permissão para visitas diárias	152	80,4
Acesso do paciente ao telefone	150	79,4
Livre acesso às áreas comuns do HP	146	77,2
Acesso do pacientes a relógio	138	73,0
Acesso dos pacientes a espelho	131	69,3
Acesso dos pacientes a calendário	128	67,7
Ações de educação permanente aos profissionais	128	67,7
Existência de cela forte (solitária) no HP	31	16,4

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

#### 4.3 ÓBITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Ocorreram 1.025 óbitos entre janeiro de 2010 e junho de 2011 em 158 dos 189 HP pesquisados. A Tabela 17 apresenta os óbitos em relação ao período de permanência nas unidades federativas. Nota-se que nas Regiões Norte (69,2%) e Sudeste (57,1%) foram registrados os maiores percentuais de mortalidade entre pacientes internados há mais de um ano, dado que corrobora com a informação

anterior de que há, ainda, um grande número de pacientes cronificados nas instituições pesquisadas.

Já nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul, o maior percentual ocorreu entre pacientes com menos de um ano de internação (84,5%, 88,2%, 95,6%, respectivamente).

**Tabela 17 - Tempo de internação dos pacientes com óbitos em hospitais psiquiátricos, Brasil – 2011**

UF	< 1 ano de internação		> 1 ano de internação		Total óbitos
	N	%	N	%	
AM	0	0	6	100	6
PA	0	0	3	100	3
AC	2	100	0	0	2
TO	2	100	0	0	2
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>30,8</b>	<b>9</b>	<b>69,2</b>	<b>13</b>
AL	28	93,3	2	6,7	30
PE	19	63,3	11	36,7	30
CE	25	92,6	2	7,4	27
MA	18	69,2	8	30,8	26
BA	22	95,7	1	4,3	23
PB*	18	94,7	1	5,3	19
RN	7	100	0	0	7
PI	4	80	1	20	5
SE	1	100	0	0	1
<b>Subtotal</b>	<b>142</b>	<b>84,5</b>	<b>26</b>	<b>15,5</b>	<b>168</b>
GO	19	82,6	4	17,4	23
MT	8	100	0	0	8
MS*	3	100	0	0	3
<b>Subtotal</b>	<b>30</b>	<b>88,2</b>	<b>4</b>	<b>11,8</b>	<b>34</b>
SP*	140	38,5	224	61,5	364
RJ	57	36,8	98	63,2	155
MG	67	59,3	46	40,7	113
ES	13	100	0	0	13
<b>Subtotal</b>	<b>277</b>	<b>42,9</b>	<b>368</b>	<b>57,1</b>	<b>645</b>
PR*	69	95,8	3	4,2	72
RS	15	100	0	0	15
SC	3	75	1	25	4
<b>Subtotal</b>	<b>87</b>	<b>95,6</b>	<b>4</b>	<b>4,4</b>	<b>91</b>
<b>Total</b>	<b>540</b>	<b>56,8</b>	<b>411</b>	<b>43,2</b>	<b>951</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Tabela 18 detalha o tempo de internação dos pacientes que morreram nos HP pesquisados. O maior percentual, 42,3%, refere-se a pacientes que estavam internados há menos de um mês.

Dos que estavam internados há mais de um ano, a maioria dos óbitos (14,4%) ocorreu entre pacientes que estavam internados há mais de 20 anos. Esse percentual corresponde a 137 pacientes, institucionalizados em HP nos Estados de São Paulo (62,8%), Rio de Janeiro (16,1%), Minas Gerais (15,3%), Amazonas (4,4%), Paraná (0,7%) e Goiás (0,7%). O maior tempo de internação registrado foi de 65 anos.

**Tabela 18 - Tempo de internação dos pacientes em óbitos nos HP, Brasil - 2011**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de internação (meses)</b>		
Até 1 mês	402	42,3
De 1 mês a 4 meses	88	9,3
De 4 meses a 8 meses	30	3,2
De 8 meses a 12 meses	14	1,5
<b>Tempo de internação (anos)</b>		
De 1 ano a 4 anos	93	9,8
De 4 anos a 8 anos	57	6
De 8 anos a 12 anos	66	6,9
De 12 anos a 16 anos	30	3,2
De 16 anos a 20 anos	34	3,6
Mais de 20 anos	137	14,4

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Tabela 19 evidencia o percentual de mortalidade por faixa etária dos pacientes. Constata-se que as três faixas etárias com maior número de óbitos entre pacientes internados são entre 50 a 59 anos (24,9%), de 40 a 49 anos (21,9%) e de 60 a 69 anos (18,2%). Os menores percentuais foram encontrados nas extremidades das faixas etárias: 0,4% de pacientes de até 19 anos, 5,8% de pacientes com 20 a 29 anos de idade e 6,1% de pacientes com mais de 80 anos. Foram retirados dez óbitos que não constavam da informação da faixa etária dos pacientes.

**Tabela 19 - Distribuição dos óbitos por faixa etária dos pacientes dos HP, Brasil - 2011**

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
De 50 a 59 anos	253	24,9
De 40 a 49 anos	222	21,9
De 60 a 69 anos	185	18,2
De 70 a 79 anos	118	11,6
De 30 a 39 anos	112	11
Mais de 80 anos	62	6,1
De 20 a 29 anos	59	5,8
Até 19 anos	4	0,4

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Tabela 20 estabelece um comparativo entre a idade e o tempo de internação dos pacientes que foram a óbito nos HP. Observa-se que a faixa etária mais recorrente em óbitos (50 a 59 anos), teve tempo de internação prevalente de 1 a 4 anos (38,7%), seguida do período de 12 a 16 anos (37,9%). Dos óbitos entre pacientes com mais de 80 anos, prevalece o tempo de internação de mais de 20 anos, com 21,5%.

**Tabela 20 - Relação entre tempo de internação e faixa etária dos óbitos nos HP, Brasil - 2011**

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FAIXA ETÁRIA (%)								Total
	Até 19 anos	De 20 a 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 49 anos	De 50 a 59 anos	De 60 a 69 anos	De 70 a 79 anos	Mais de 80 anos	
Até 1 mês	0,7	9,2	15,5	29,7	25,2	15	4	0,7	100
De 1 mês a 4 meses	1,2	6,9	8,1	24,1	25,3	17,2	13,8	3,4	100
De 4 meses a 8 meses	-	13,3	23,3	16,7	23,3	10	6,7	6,7	100
De 8 meses a 12 meses	-	-	7,1	7,1	35,8	35,8	7,1	7,1	100
De 1 ano a 4 anos	-	4,3	9,7	16,1	38,7	15,1	12,9	3,2	100
De 4 anos a 8 anos	-	-	8,8	15,8	26,3	28,1	14	7	100
De 8 anos a 12 anos	-	4,8	4,8	19	20,6	25,4	17,5	7,9	100
De 12 anos a 16 anos	-	3,5	3,5	17,2	38	17,2	10,3	10,3	100
De 16 anos a 20 anos	-	3	9,1	18,2	27,3	18,2	15,1	9,1	100
Mais de 20 anos	-	-	0,7	4,4	18,5	23	31,9	21,5	100
<b>TOTAL</b>	<b>0,4</b>	<b>5,9</b>	<b>10,5</b>	<b>21,1</b>	<b>26</b>	<b>18,2</b>	<b>12</b>	<b>5,9</b>	<b>100</b>

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011

A Tabela 21 mostra a relação entre os óbitos em hospitais psiquiátricos e a evolução registrada nos prontuários desses pacientes, considerando, ainda, a presença ou ausência da Comissão de Revisão de Prontuário.

Para analisar as informações da Tabela 22, partiu-se de dois pressupostos: 1) que nas instituições com a Comissão de Revisão de Prontuário formalmente instituída, os pacientes seriam acompanhados com mais qualidade por meio de evoluções periódicas em prontuário; 2) e que, a partir disso, seria possível supor que eventuais agravamentos do estado de saúde poderiam ser identificados precocemente, permitindo providências imediatas (tais como avaliações clínicas minuciosas, transferência do paciente para hospitais de retaguarda, entre outros) dos profissionais de saúde a fim de evitar o óbito.

Embora tenha sido confirmado o primeiro pressuposto, de que os hospitais com Comissão de Revisão de Prontuário trariam percentual maior de evoluções em prontuário (66,1%) quando comparadas às instituições sem a comissão formalizada (34,9%), não houve diferença significativa entre o percentual de óbitos nas duas categorias (4,1% de óbitos em HP com comissão e 4,2% de óbitos em HP sem comissão).

Ao analisar essa correlação nas regiões, é possível observar diferenças entre elas. A Região Norte apresentou os menores percentuais de mortalidade com evolução em prontuários, independentemente da formalização da Comissão de Revisão de Prontuário (20% de óbitos com evolução em prontuário em HP com a comissão e nenhum óbito evoluído em instituições sem a comissão).

A Região Nordeste apresentou números semelhantes de evolução em prontuário entre os hospitais com e sem a Comissão (52,1% e 51%, respectivamente). Destaca-se, ainda, que nos estados da Bahia, Maranhão, Paraíba e Pernambuco houve mais evoluções em prontuário nos HP sem a Comissão de Revisão de Prontuário (76,5%, 13,6%, 100% e 68,2%, respectivamente). Destaca-se que o Estado do Maranhão não atingiu 15% de evoluções em prontuários em nenhuma das duas categorias (com e sem a comissão).

No Centro-Oeste houve o menor quantitativo de óbitos. Acentua-se que Goiás acompanhou a tendência dos estados da Bahia, Maranhão, Paraíba e Pernambuco, citados acima, com 100% de evolução registrada em óbitos ocorridos nos hospitais

sem Comissão de Revisão de Prontuário, enquanto naqueles que possuíam a Comissão formalizada foram evoluídos 78,9% dos prontuários.

A Região Sudeste apresentou o maior percentual de mortalidade e as evoluções em prontuário foram maiores nos hospitais com Comissão de Revisão de Prontuário em todos os estados. Apesar disso, cabe observar que o estado de Minas Gerais trouxe percentuais inferiores a 50% de evolução em prontuários nas duas categorias (com e sem comissão instituída).

Na Região Sul, Paraná e Santa Catarina apresentaram dados destoantes quanto à evolução de prontuário: o primeiro estado, com maior número de evoluções em hospitais com Comissão de Revisão de Prontuário (43,6%), enquanto em Santa Catarina ocorreu o inverso – maior percentual de evolução de prontuários onde não há a comissão (100%).

**Tabela 21 - Relação entre a evolução em prontuário de óbitos ocorridos em hospitais psiquiátricos com e sem Comissão de Revisão de Prontuário, Brasil – 2011 (continua)**

UF	Hospitais COM Comissão de Revisão de Prontuários				Hospitais SEM Comissão de Revisão de Prontuários			
	Nº de HP	Óbitos com evolução em PRT	Óbitos sem evolução em PRT	% de óbitos com evolução em PRT	Nº de HP	Óbitos com evolução em PRT	Óbitos sem evolução em PRT	% de óbitos com evolução em PRT
AC	1	2	0	100	-	-	-	-
AM	1	0	6	0	-	-	-	-
PA	-	-	-	-	1	0	3	0
TO	1	0	2	0	-	-	-	-
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
AL	4	23	7	76,7	-	-	-	-
BA	2	4	3	57,1	2	13	4	76,5
CE	4	7	16	30,4	1	0	4	0
MA	1	0	6	0	3	3	19	13,6
PB	2	11	2	84,6	1	8	0	100
PE	3	2	9	18,2	7	15	7	68,2
PI	-	-	-	-	1	4	1	80
RN	2	2	2	50	1	1	2	33,3
SE	-	-	-	-	1	0	5	0
<b>Subtotal</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>52,1</b>	<b>17</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>51</b>
GO	7	15	4	78,9	2	4	0	100
MS	1	1	2	33,3	-	-	-	-
MT	1	5	0	100	1	3	0	100
<b>Subtotal</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>77,8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
ES	1	13	0	100	1	0	3	0

(conclusão)

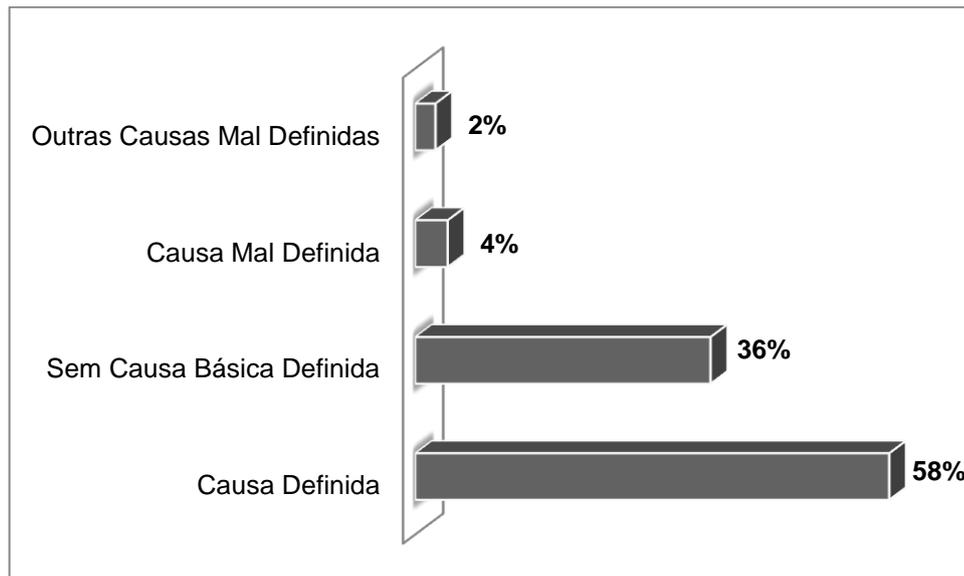
UF	Hospitais COM Comissão de Revisão de Prontuários				Hospitais SEM Comissão de Revisão de Prontuários			
	Nº de HP	Óbitos com evolução em PRT	Óbitos sem evolução em PRT	% de óbitos com evolução em PRT	Nº de HP	Óbitos com evolução em PRT	Óbitos sem evolução em PRT	% de óbitos com evolução em PRT
MG	13	33	59	35,9	3	2	22	8,3
RJ	19	79	51	60,8	7	7	26	21,2
SP*	40	293	60	83	3	10	25	28,6
<b>Subtotal</b>	<b>73</b>	<b>418</b>	<b>170</b>	<b>71,1</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>76</b>	<b>20</b>
PR	8	24	31	43,6	4	1	19	5
RS	3	7	3	70	2	3	2	60
SC	2	12	10	54,5	1	2	0	100
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>49,4</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>533</b>	<b>273</b>	<b>66,1</b>	<b>42</b>	<b>76</b>	<b>142</b>	<b>34,9</b>

Fonte: Banco de dados – DENASUS/MS, 2011

A Figura 6 mostra o panorama dos óbitos entre pacientes psiquiátricos sob a perspectiva do registro das causas de morte.

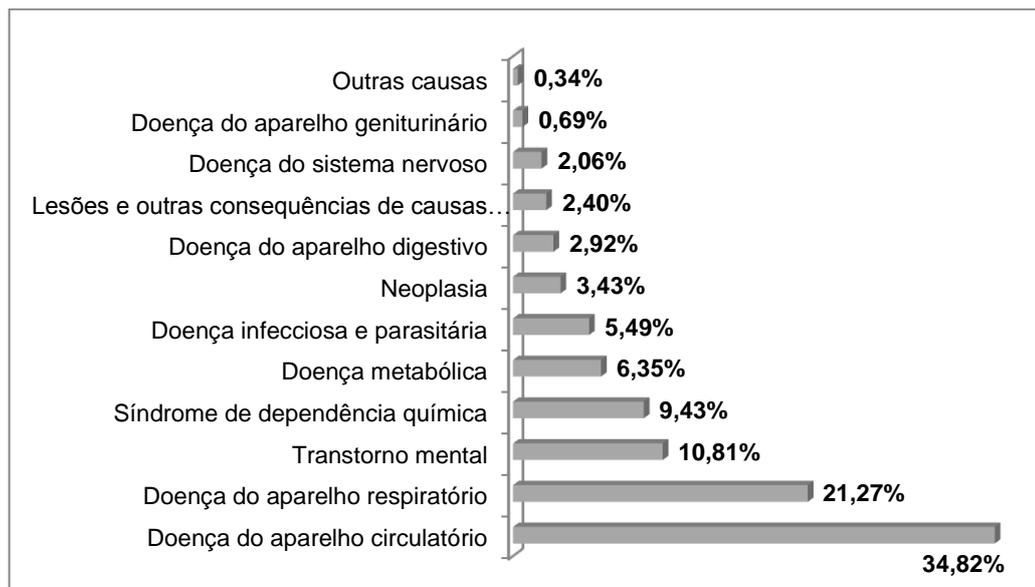
É possível observar que a quantidade de óbitos registrados com causas básicas definidas é de pouco mais da metade dos óbitos totais no período analisado, o que representa um baixo percentual de registros adequados de óbitos.

Em relação à definição de causa básica de óbito, foi identificado que 36% dos óbitos em HP apresentaram causa mal definida. Esse é um percentual exorbitante, se comparado com dados do SIM, que em 2010 mostrou que apenas 7,4% dos óbitos registrados no país possuíam causas mal definidas.



**Figura 6 - Óbitos nos HP por definição de causa, Brasil – 2011**

A figura 7 mostra o detalhamento dos óbitos com causas básicas definidas – apresentadas com 58% na Figura 6, o que correspondem a 583 óbitos. As três maiores causas básicas registradas foram doenças do aparelho circulatório (34,82%), doenças do aparelho respiratório (21,27%) e transtorno mental (10,81%). Cabe acentuar que a categoria Síndrome de dependência química foi separada da categoria Transtorno mental para dar evidência às duas causas separadamente.



**Figura 7 - Percentual dos óbitos em HP com causa definida, Brasil – 2011**

A Tabela 22 mostra a mortalidade proporcional nos HP comparada com a do Brasil, agrupada por faixa etária.

A lista das causas básicas mostradas nessa tabela seguiu o padrão apresentado no SIM, a fim de facilitar a comparação entre os dados de HP e Brasil.

No que se refere à doença do aparelho circulatório, há maior percentual de óbitos nos hospitais psiquiátricos em relação aos dados do Brasil em pacientes de 20 a 69 anos. Chama à atenção a discrepância dos percentuais de óbitos nas faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, onde a mortalidade nos HP é muito maior do que a do Brasil. Nessa perspectiva, destaca-se que 22,2% dos pacientes internados em HP entre 20 e 29 anos morreram em decorrência de problemas cardíacos, enquanto no Brasil foram 4,8% e óbitos por esta causa na mesma faixa etária.

Ainda sobre a causa de óbitos por doenças do aparelho circulatório, com base nos dados apresentados é possível verificar que, enquanto no Brasil a taxa é de 171,1 óbitos por cem mil habitantes, nos hospitais psiquiátricos, a taxa foi de 757 óbitos por cem mil pacientes vivos.

Houve maior percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório em todas as faixas etárias da população internada em HP em relação aos percentuais do Brasil. Destaca-se a grande divergência na faixa etária de 30 a 39 anos, cuja mortalidade proporcional chegou a 19,67% em HP e 4,66% na população em geral para essa causa básica.

As causas externas tendem a ser maiores em ambientes extra-hospitalares, pois muitas das situações são evitadas por estarem os pacientes dentro de instituições, privados de algumas contingências comuns fora dos hospitais, como mortes por trânsito e óbitos em consequência de atos de violência. Nos dados do Brasil, os maiores percentuais de óbito por causa externa foram nas faixas etárias menores. Já nos HP, o maior percentual foi em pacientes entre 20 e 29 anos (14,8%) enquanto nas outras faixas etárias o percentual manteve-se em baixos limiares.

Para esta análise, foram considerados os óbitos em HP com causa definida (N= 583), dos quais foram retirados oito óbitos: três ocorridos entre pacientes de 17 e 19 anos, para facilitar a comparação e a leitura com os dados do Brasil, e cinco óbitos sem informação de faixa etária.

Tabela 22 - Comparação de mortalidade no Brasil e em HP por faixa etária, 2010 / 2011

Causa Básica de Óbitos	De 20 a 29 anos		De 30 a 39 anos		De 40 a 49 anos		De 50 a 59 anos		De 60 a 69 anos		De 70 a 79 anos		Mais de 80 anos	
	% HP	% Brasil												
Doença do aparelho circulatório	22,2	4,8	36,1	12,1	34,8	23,34	37,4	31,1	41,75	36,4	25,8	39,2	31,7	40,3
Doença do aparelho respiratório	7,4	3,15	19,7	4,7	14,5	6	19,4	7,4	19,4	9,9	34,85	13,6	41,46	18,45
Doença infecciosa e parasitária	3,7	4,9	6,6	10	7,25	8,3	5,8	5,4	3,9	3,9	6,1	3,25	2,44	3,07
Lesões e outras consequências de causas externas	14,8	71,7	1,7	45,7	2,9	22	2,2	9,9	0	4,98	1,5	3,25	2,44	3,07
Neoplasia	0	5	1,7	10,3	0,7	18,6	3,6	25,1	1,9	24,6	13,6	20	4,88	12,48
Demais causas definidas	51,85	10,38	34,43	17,24	39,86	21,71	31,65	21,03	33,01	20,24	18,18	20,65	17,07	22,61

Fonte: Banco de dados – Denasus/MS, 2011; Ministério da Saúde – IDB 2011

HP - percentual de óbitos em hospitais psiquiátricos registrados entre de jan/2010 a jun/2011

Brasil - percentual de óbitos na população geral, registrados no ano de 2010 - dados do SIM

## 5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados, nota-se que a maioria dos HP são privados e possuem vinculação ao sistema de saúde municipal. Em relação ao número de leitos, preponderam os HP com menor porte (até 160 leitos) e os pacientes internados há menos de um ano, o que reflete as ações da política de saúde mental no país. O total de leitos ocupados no país chegou a mais de 90%, entretanto, há Unidades Federativas em que esse percentual ultrapassou os 100%, ou seja, havia mais pacientes internados do que leitos disponíveis. Foi possível observar que muitos HP deixam a desejar nas ações terapêuticas que priorizam o olhar sobre as subjetividades dos pacientes, bem como nos aspectos de humanização. Em relação aos óbitos, quase metade não possui causas básicas definidas. Entre as causas conhecidas, predominam os óbitos causados por doenças do aparelho circulatório e respiratório que, quando comparadas com a mortalidade do país para as mesmas causas, apresentam percentuais muito elevados.

Este estudo apresentou algumas limitações, relacionadas às inconsistências encontradas no banco de dados do DENASUS, tornando necessária a exclusão de algumas informações na compilação geral. Outra limitação refere-se à diferença de períodos quando da análise da mortalidade proporcional nos HP e no Brasil. Os óbitos institucionais considerados foram os registrados de janeiro de 2010 a junho de 2011, conforme informação constante no banco de dados do DENASUS. Já a mortalidade do Brasil foi pesquisada no SIM e corresponde ao ano de 2010, pois não havia informação mais recente que estivesse disponível para comparação.

Os resultados apontaram que apenas 25,4% do HP são públicos, ou seja, as instituições privadas (entre filantrópicas e com fins lucrativos) representam mais da metade das instituições psiquiátricas do país. Esse cenário mostra os resquícios do que Amarante (1994) chamou de modelo privatizante, que dominou o setor saúde (não apenas o campo da saúde mental) na década de 60, época em que o Estado passou a comprar os serviços psiquiátricos do setor privado e a doença mental passou a ser objeto de lucro dos empresários. Nessa época, a Previdência Social destinava 97% dos recursos da saúde mental para a rede hospitalar.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), em 2002 foram gastos, no campo da saúde mental, 75,24% com atenção hospitalar contra 24,76% em atenção extra-hospitalar. Em 2011 foi evidenciada inversão significativa de investimentos com 71,09% dos gastos com serviços extra-hospitalares, enquanto 28,91% foram destinados para os hospitais psiquiátricos. Esses dados remetem ao incentivo para redução de leitos em HP e fortalecimento da rede de serviços territoriais de base comunitária.

No que tange à vinculação dos HP aos sistemas de gestão, nota-se que a maioria é financiada por sistemas de saúde municipais (63,49%), o que está em consonância com a diretriz do SUS, de acordo com o artigo 198, I da Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde. O relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) contemplou entre suas deliberações a importância da municipalização da assistência à saúde. Entretanto, cabe ressaltar que pouco menos da metade das instituições ainda está vinculada à gestão estadual, o que retrata que a descentralização ainda não está consolidada quando se refere à estrutura hospitalar em saúde mental.

A maioria dos HP pesquisados caracteriza-se por pequeno porte de leitos (55% de HP com até 160 leitos), o que mostra a efetividade da política de redução de leitos do SUS. A Portaria 52/2004 instituiu a redução gradual de leitos nos HP, com estabelecimento de limites mínimos e máximos, preconizando a transição segura entre fechamento de leitos e abertura de alternativas de atenção, de acordo com o modelo comunitário. De 2011 para 2012 houve uma redução de 2.326 leitos psiquiátricos, além da recomendação para fechamento de 14 HP, que, juntos, somam 2.200 leitos com previsão de serem excluídos. Concomitantemente, houve o aumento das residências terapêuticas em funcionamento no país. Em 2002 eram 85 SRT e em 2011, 625 SRT. Além disso, até 2011 estavam disponíveis 3.910 leitos em hospitais gerais, que fazem parte da RAPS e, por isso, não devem ser entendidos como ponto de atenção isolado, mas apenas como um dos suportes na rede aos usuários (BRASIL, 2012).

Cabe acentuar que os intervalos apresentados na Figura 3 e na Tabela 3, relacionados ao porte de leitos, foram construídos com base nos parâmetros das Portarias nº 52/2004 e nº 251/2002. Essa categorização foi elaborada pelo grupo gestor à época da construção do instrumento de coleta de dados nos HP.

O total de leitos SUS identificados nos 189 HP pesquisados chegou a 28.228 em todo país. De acordo com Alves *et al* (1994) havia 86 mil leitos em 313 HP em 1994. Uma pesquisa organizada por Barros e Bichaff (2008) nas instituições psiquiátricas no Estado de São Paulo identificou 12.076 leitos SUS em hospitais psiquiátricos apenas no Estado de São Paulo (este estudo mostrou 9.594 leitos no mesmo estado – uma redução de 20%). Embora ainda haja muito que se fazer rumo à desinstitucionalização, é possível notar alguns resultados dos esforços envidados pela Política Nacional de Saúde Mental na questão da redução de leitos.

Grande parte dos pacientes estava internada há menos de um ano (62,54%), o que pode sinalizar uma influência da política atual que visa desestimular as internações prolongadas. Entre os considerados moradores (internados há mais de um ano), somam-se 9.946 pacientes em todo país, o que é um número expressivo. Barros e Bichaff (2008) revelaram que em 2008 havia 6.349 moradores de instituições psiquiátricas apenas no Estado de São Paulo. Nesta pesquisa, realizada três anos após, contam-se 4.722 no mesmo estado, sinalizando uma redução de 25% de moradores nos HP de São Paulo.

Sobre as causas que justificariam as internações prolongadas, sobressaiu-se o distanciamento da família, com quase 80%. É para situações como essas que foram planejados os serviços residenciais terapêuticos, que têm a proposta de funcionar como uma casa, desprovida ao máximo de características institucionais e com pequeno número de moradores, onde seria possível emergir a subjetividade do indivíduo, por meio da reconstituição da identidade com o espaço doméstico (PACHECO, 2009).

Barros e Bichaff (2008) mostraram que 3.150 pessoas (quase metade das 6.349 internadas há mais de um ano) tinham o desejo de morar fora dos muros dos HP, o que evidencia que os desejos dos moradores de viver fora do regime hospitalar precisa ser considerados quando da elaboração de ações e políticas em saúde mental.

Foram identificados 5,6% pacientes internados sob ordem judicial no momento da visita; é a chamada internação compulsória. Em seus artigos 6º e 9º, a Lei 10.216/2001 faz alusão a esse tipo de internação sem alterar sua natureza. Isso porque se trata de medida determinada pela justiça nos casos de delito cometido pelo paciente psiquiátrico. A menção citada visa reorientar a política sanitária, justamente para que a internação de longa permanência não ocorra ao largo da

defesa dos direitos individuais. A internação compulsória, assim entendida, é medida decorrente de um processo penal (DELGADO, 2001).

Entretanto, nos últimos anos, houve um acionamento desenfreado do Poder Judiciário para requisitar inúmeras “internações compulsórias” de dependentes químicos em situação de rua, o que desvirtua o sentido original desse conceito. Para Barros e Salles (2011), as pressões de vários segmentos contra a reversão do modelo hospitalar favorecem estratégias do Governo Federal e de algumas gestões estaduais para utilizar a internação compulsória como uma limpeza eugênica das cidades, sem realizar um debate mais qualificado sobre os problemas que abarcam a questão do consumo de drogas.

Dos pacientes que receberam alta hospitalar em HP, apenas 68,4% foram referenciadas para serviços de saúde mental extra-hospitalares em 2010. No ano seguinte, não foi vista mudança significativa (69,3% de encaminhamento pós-alta em 2011). Isso demonstra que ainda há certa desconexão entre a internação psiquiátrica e a atenção fornecida pelos serviços de base comunitária da RAPS, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Mesmo que os HP não façam parte da RAPS, sendo uma realidade no SUS, deveria articular-se com a rede comunitária de saúde mental para dar continuidade ao acompanhamento psicossocial do usuário egresso do HP (BRASIL 2002).

Sobre o projeto terapêutico individual, menos da metade dos hospitais possui terapêutica específica para os pacientes de longa permanência e projeto voltado para deficientes físicos, mentais ou de grande dependência. Por outro lado, 62,4% registraram em prontuário as atividades de projeto terapêutico dos internos. Pouco mais da metade (54,50%) das instituições alega possuir esquema de alta hospitalar individualizada, mas 45,5% não registram em prontuário a preparação para alta hospitalar.

O projeto terapêutico é compreendido como uma “estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido” (BOCCARDO *et al.* 2011).

O projeto terapêutico é instrumento essencial para o planejamento de ações que envolvam equipes multidisciplinares dialogando sobre as possibilidades do paciente e suas potencialidades para a inserção social. De acordo com a Política de Humanização do SUS – HumanizaSUS – para a construção do projeto terapêutico

individual deve-se discutir com a equipe multidisciplinar a identificação das necessidades de saúde do paciente, o diagnóstico e os cuidados, que resulta em aumento da eficácia dos tratamentos, já que a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de co-responsabilização (BRASIL, 2010).

Essa perspectiva impõe às instituições de saúde mental uma mudança da lógica anteriormente adotada de enclausuramento, para um tipo de tratamento que individualiza as práticas de atenção psicossocial, percebendo o indivíduo e não apenas a doença (AMARANTE, 1996). A Portaria GM nº 251/2002 estabelece algumas normas a respeito da assistência hospitalar em psiquiatria do SUS, dentre as quais se destaca a elaboração do projeto terapêutico individual como condutor do tratamento multidisciplinar que respeita as peculiaridades dos pacientes e a necessidade de registro da preparação para a alta hospitalar. Diante dos dados apresentados, observa-se que tais práticas não são aplicadas em cerca de metade dos hospitais psiquiátricos que atendem usuários do SUS.

A pesquisa apontou que, pelo menos 70% dos profissionais fazem anotações semanais em prontuários, mas nenhuma das categorias registrou semanalmente as informações do atendimento. Um estudo descrito por Setz e D'Innocenzo (2009) mostra que houve desvios na qualidade dos registros de prontuários em enfermagem em um hospital universitário de São Paulo. De acordo com os pesquisadores, a escassez do registro em prontuário compromete a atenção prestada ao paciente, bem como a segurança e a perspectiva do cuidado, além de provocar a dificuldade na mensuração dos resultados da terapêutica aplicada aos pacientes.

A importância da qualidade de regularidade das anotações em prontuário aplica-se a toda a equipe, não apenas dos enfermeiros, já que a atenção em saúde mental preza pela multidisciplinaridade no acompanhamento ao paciente.

Os resultados mostraram que 89,4% dos HP realizam atendimento em grupo e 74,6% desenvolvem atividades com os pacientes e seus familiares. Já 77,8% trabalham com atividades extra-hospitalares. O trabalho terapêutico em grupo favorece a autoexpressão do paciente e a superação da solidão, num contexto estruturado pelos profissionais de saúde, possibilitando alianças e desenvolvimento de ações de solidariedade entre os participantes (BEZERRA JÚNIOR, 1987 *apud* MAIA e FERNANDES, 2002). A importância do grupo pode ser evidenciada do

processo de formação do grupo-sujeito, no qual o sujeito é agente ativo de suas elaborações. Assim, vai reconhecendo a experiência do outro, seus territórios existenciais, permeadas por questões culturais, políticas e sociais (BRASIL, 2013).

Talvez pelo fato de ser as atividades em grupo constituírem prática há muito estimulada, principalmente na área da saúde mental, justifica-se o percentual elevado, muito embora, por serem tratamentos tão disseminados, há que se notar a inadequação daquelas instituições que não proporcionam essa terapêutica aos pacientes internos.

Na atenção psicossocial é muito importante trabalhar com a família dos pacientes. “Quando se identifica o aparecimento de um portador de transtorno mental no seio de uma família, ocorre um momento de crise, uma ruptura de rotinas, um conflito de papéis (...)” (ROSA, 2005). Segundo a mesma autora, a atenção não pode se restringir ao paciente, mas trata-se de cuidar no meio familiar em que esta pessoa está inserida. Também é comum que a família transfira a resolução dos problemas daquele ente em sofrimento mental para os profissionais de saúde. Daí a necessidade de inserir essa família como parte fundamental no processo do cuidado.

A licença terapêutica (adotada em 84% dos HP) é outra estratégia que corrobora com as diretrizes e os princípios trazidos pela Reforma Psiquiátrica e se traduz em saídas esporádicas do paciente, sem alta hospitalar, que contribuem para a inserção social do paciente e torna possível avaliar o seu reestabelecimento no ambiente familiar (SOUZA e SILVA, 2008).

É possível verificar que, embora todos os aspectos de abordagens terapêuticas investigadas tenham adesão de mais de 50% dos hospitais, a não realização dessas ações retrata um tratamento inadequado, sob os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental.

O resultado do estudo mostra que 15,3% dos hospitais ainda padronizam a administração de medicamentos, aplicando a mesma dosagem em todos os pacientes. Apesar da porcentagem não ser alta, ao analisar o número bruto (são 29 HP com essa conduta), seu valor é muito expressivo quando se refere ao tema em tela. Considerando as peculiaridades dos pacientes, as diversas patologias e idiossincrasias, considera-se elevado o número de instituições psiquiátricas que administram a mesma dose de medicação para todos os pacientes. Essa conduta

espelha uma prática arcaica do início do século XX, época em que se multiplicavam as colônias de alienados (Amarante, 2007).

No que diz respeito a aspectos da vida cotidiana, os pacientes de 19,4% dos hospitais não possuem roupas individualizadas. Já em 21% dos hospitais, os pacientes não têm acesso ao telefone. A condição é ainda mais desumana no que se refere ao acesso a itens básicos. Em 31% das instituições psiquiátricas os pacientes não têm contato com espelho, 27,2% não dispõem de relógios acessíveis e 32,5% não possuem calendário ao alcance dos pacientes.

Afirma Loyola *et al* (2008) que “as possibilidades de trabalhar reabilitação psicossocial, empoderamento do sujeito, fortalecimento da expressão de subjetividade ficam muito limitadas sem o auxílio desses marcadores constituintes da vida privada”. Ao considerar que os pacientes devem ser preparados para a ressocialização, privá-los da noção de tempo e espaço e do contato com sua imagem, forte variável da identidade, é adoecê-los ainda mais. Segundo Delgado (2008) “é preciso também criar espaços protegidos, ambientes onde possa emergir a história do paciente como cidadão com nome e sobrenome, protegê-lo da manipulação de sua identidade”.

Quase 20% dos manicômios conservam um espaço restritivo ou cela forte, popularmente chamado de “solitária”. Isso vai contra uma das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica e cuja proibição encontra-se expressa na Portaria GM nº 251.

Quanto aos cuidados com os prontuários dos pacientes, considerando a existência de Comissão de Revisão de Prontuários revelou que houve mais óbitos nos hospitais com a comissão formalizada, diferentemente do que se esperava, ao considerar que a presença da comissão poderia favorecer a identificação de comorbidades em pacientes psiquiátricos antes que as patologias se agravassem.

Outro dado importante é que o maior percentual de evoluções em prontuário (66%) ocorreu entre os hospitais com Comissão de Revisão de Prontuários formalmente instituída. 25,62% dos hospitais psiquiátricos com óbitos registrados não possuem Comissão de Revisão de Prontuários. Esses percentuais podem indicar duas explicações. A primeira sugere que o trabalho dessa comissão (em muitos dos hospitais onde ela é formalizada) deixa a desejar, considerando as responsabilidades a ela imputadas no que refere à garantia de evoluções diárias e manutenção da qualidade dos registros, conforme Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina. A segunda possibilidade acena para o

descumprimento dessa mesma norma, no que tange à obrigatoriedade de existência da Comissão de Revisão de Prontuário, visto que foi declarado em 41 instituições psiquiátricas a sua inexistência. Ao analisar os estados, é possível identificar situações ainda mais insatisfatórias: Amazonas, Tocantins e Maranhão não apresentaram evoluções em prontuário em nenhum dos pacientes que faleceram em hospitais que possuíam Comissão de Revisão de Prontuários.

Um estudo de Vasconcellos *et al* (2008) analisou os registros de prontuários de 122 estabelecimentos de saúde da atenção básica em quatro municípios do Rio de Janeiro e concluiu que apenas dez unidades de saúde possuíam Comissão de Revisão de Prontuários. Santos *et al* (2011) realizou uma pesquisa na Bahia sobre a atuação da Comissão de Revisão de Prontuários em 2010 e identificaram que as unidades de saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) estão organizadas de acordo com a legislação e atuam de modo satisfatório.

Pesquisa realizada por Dunlay *et al* (2008) correlacionou os registros de 607 prontuários com a qualidade dos cuidados em pacientes com síndromes coronárias agudas em 219 hospitais norte-americanos e concluiu que os pacientes tratados em hospitais com melhor qualidade de registros médicos nos prontuários têm mortalidade significativamente mais baixa.

Neste estudo, observou-se que não houve diferença significativa entre os percentuais de óbitos em HP com ou sem Comissão de Revisão de Prontuário, o que sugere que a atuação da comissão não interferiu na redução de número de óbitos proporcional ao número de pacientes internados.

Quanto à definição da causa da morte, há que se considerar que os resultados deste estudo evidenciaram descumprimento das determinações do Ministério da Saúde quanto ao registro dos óbitos, já que apenas pouco mais da metade das declarações de óbito identificaram a causa básica (BRASIL, 2011). A preocupação deve acentuar-se, principalmente, se for considerado que os óbitos aqui referidos ocorreram dentro de instituições de saúde financiadas pelo poder público – os hospitais do SUS.

Em recente estudo brasileiro, foi encontrado resultado igualmente insatisfatório quanto à qualidade do preenchimento das declarações de óbito. Silva *et al* (2013) realizou um estudo sobre a qualidade do registros de óbito de 800 pessoas no município de Belém-PA, escolhidas aleatoriamente. A pesquisa revelou um descuido da classe médica no preenchimento do documento apontado por

equivocos encontrados em quase a totalidade da amostra. No que tange ao preenchimento da causa básica, mais de 70% apresentou erros de classificação. Além disso, 13,25% das declarações de óbitos estavam com dados ilegíveis e 96,5% continha campos sem preenchimento (“em branco”).

As causas básicas mais comuns de óbito, indicadas nesta pesquisa, foram as doenças do sistema circulatório e do sistema respiratório. Em sua dissertação de mestrado, Sampaio (2007) analisou os óbitos ocorridos na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp. A pesquisadora fez um recorte de internações ocorridas entre 1987 e 2004 (note-se que perfaz um período de dezessete anos). Nesse tempo, houve 2.233 pacientes internados com 26 óbitos, o que corresponde a 1,16% dos pacientes internados. Neste estudo, os óbitos representam 3,58% da população internada, no intervalo de apenas um ano e meio. Frise-se que o percentual de óbito do estudo de Sampaio é inferior ao menor percentual encontrado nesta pesquisa, ocorrido no Estado do Tocantins – 1,25%. Em oposição, está o maior percentual de óbitos em HP entre os estados brasileiros – Amazonas, com 12,77%. Essas discrepâncias podem remeter à qualidade do cuidado que é fornecido ao paciente em instituições psiquiátricas e nos hospitais gerais. Nessa perspectiva, cabe acentuar que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental o fechamento gradual de hospitais psiquiátricos e a abertura de leitos psiquiátricos apenas em hospitais gerais para situações pontuais que exijam internação em caráter provisório (BRASIL, 2011).

Ainda dialogando com o estudo de Sampaio (2007), dos 26 óbitos ocorridos e por ela estudados, 53,85% referem-se a causas cardiorrespiratórias, o que corrobora com os dados aqui apresentados, que evidenciou as doenças do sistema circulatório e respiratório como as preponderantes causas de óbito em pacientes psiquiátricos internados. A pesquisa de Sampaio mostra elevado percentual de óbitos por doenças circulatórias entre pacientes psiquiátricos de 20 a 49 anos.

Uma possibilidade que pode explicar os óbitos nessa faixa etária é a influência dos medicamentos psicotrópicos, administrados comumente a pacientes com transtornos psiquiátricos, na atividade cardiovascular. Costa *et al* (2001) realizou uma pesquisa bibliográfica na qual se identificou que o uso de diversos medicamentos concomitantes por pacientes psiquiátricos podem causar efeitos cardiovasculares potencialmente graves. Cita que pacientes com esquizofrenia chegam a óbito 1,5 vezes mais que as pessoas sem o transtorno.

A respeito da declaração de óbito, a preocupação com seu preenchimento não é recente e origina-se na grande quantidade de óbitos sem registro adequado. Dados do Ministério da Saúde (2009) mostram que, em 2003, 65% do total de óbitos declarados na Região Nordeste não apresentavam a causa da morte e 25% dos óbitos no país não tinham definição de causa. Já na Região Norte, 11% dos óbitos não tinham causa definida – que correspondia a 5% da população brasileira. No presente estudo, os maiores percentuais de registros de óbito “Sem causa básica definida” e com “Causa mal definida” foram encontrados nas Regiões Sudeste, com 76,03% e 45%, respectivamente.

No estudo de Sampaio (2007), apenas um óbito teve causa mal definida, o que correspondeu a 3,85% dos óbitos ocorridos no hospital geral, percentual inferior ao constatado na realidade dos hospitais psiquiátricos pesquisados.

## 6 CONCLUSÃO

Grande parte dos HP que internam pacientes do SUS é de pessoa jurídica de direito privado, o que mantém a antiga lógica do modelo de assistência à saúde da época no INAMPS, em que a saúde era objeto de um mercado privado. A maioria dos HP estão vinculados aos sistemas de saúde municipais, conforme diretriz constitucional de descentralização dos serviços de saúde.

Grande parte das internações nos hospitais dura menos que um ano. Considerando o histórico dos hospitais, cujo caráter era predominantemente asilar, a redução do tempo de internação sinaliza uma mudança provocada pelo movimento antimanicomial e sustentada pela Política de Saúde Mental atual, que desestimula as internações prolongadas. Todavia, mesmo com a evidência dessa redução, pouco menos da metade dos pacientes constitui-se de moradores, o que é um quantitativo muito alto, que se mostra insatisfatório, uma vez que propaga a dinâmica da exclusão social desses sujeitos.

Registra-se uma taxa de ocupação de leitos em hospitais psiquiátricos maior que 90%. Isso pode reforçar a afirmação de que a sociedade ainda valoriza a internação psiquiátrica (com caráter de isolamento) como uma possibilidade de tratamento, o que pode estar vinculado à concepção social da loucura. Uma das lutas da Reforma Psiquiátrica envolve a promoção de mudança de ordem social e cultural do paradigma de exclusão social do diferente. Talvez essa luta, embora iniciada, ainda esteja distante do fim. O alto percentual de ocupação também pode ser atribuído à resistência ao novo modelo de atenção de base comunitária, que ainda está em expansão, buscando formar uma rede em substituição ao modelo hospitalocêntrico.

Embora a maioria dos HP afirme que possui interlocução com serviços da RAPS, cerca de 30% dos pacientes que recebem alta dos HP não são orientados quanto à rede de apoio extra-hospitalar, o que contradiz a premissa da reabilitação psicossocial.

A partir da análise dos dados, verifica-se que a qualidade da atenção prestada aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos que recebem recursos do SUS é deficiente e deixa a desejar em vários aspectos. As ações preventivas

quanto a doenças infectocontagiosas é precária o que demonstra falta de cuidado à saúde integral dos pacientes.

Cerca de 20% dos hospitais pesquisados não realizam atendimentos básicos, como terapia em grupo e atividades com as famílias dos pacientes. Não se pode dizer que esse número é baixo, considerando que essa porcentagem representa cerca de três mil pacientes internados sem um tratamento terapêutico digno e humanizado.

O Projeto Terapêutico Individual não é valorizado nos HP, já que não há registros de atividades no prontuário. Metade dos hospitais não realiza trabalho de alta hospitalar, o que denota a falta de perspectiva da instituição quanto à elaboração de estratégias que visem à reestruturação da vida e mudança da realidade dos pacientes. Além disso, mais da metade dos pacientes deficientes e com grande dependência não possuem projeto terapêutico específico, o que significa que não é traçado um plano de abordagem terapêutica que se adeque às peculiaridades que se apresentam – todos são tratados da mesma forma.

O olhar indiscriminado ao paciente também pode ser evidenciado em outros aspectos. Vinte e nove HP administram a mesma dose das medicações para todos os internos, desconsiderando suas necessidades e questões individuais. Muitos HP, embora não sua maioria, não permitem visitas diárias aos pacientes, desconsiderando a importância dos vínculos afetivos na reorganização psíquica dos sujeitos. Além disso, mais de 30 HP não permitem o uso de roupas próprias, o que, unido à restrição de espelhos, relógio e calendário descaracterizam os pacientes como sujeitos de direitos básicos, anulando suas identidades – atitude típica dos hospitais pinelianos.

Não se pode deixar de citar que 31 instituições ainda fazem uso de celas fortes, as conhecidas “solitárias”, que servem para punir pacientes por comportamentos ditos inaceitáveis, segundo a lógica do poder disciplinar, largamente debatida por Goffman, Foucault e sucessores.

A análise dos óbitos ocorridos dentro de instituições psiquiátricas sugere uma estreita relação com a qualidade da atenção prestada aos pacientes. A maioria dos registros de óbitos constataram que a causa básica está relacionada a problemas do aparelho circulatório. Foi observado que quase metade dos registros de óbitos apresentou causa básica não definida ou mal definida, o que é uma situação preocupante, visto que se trata de instituições de saúde às quais o governo repassa

recursos, já que o universo pesquisado é de HP que atendem pacientes encaminhados pelo SUS.

Além disso, a comparação entre os percentuais de mortalidade proporcional dentro dos HP e no Brasil mostra que a mortalidade é maior dentro desses hospitais do que fora deles, quando as causas básicas são relacionadas a doenças do aparelho circulatório e respiratório, além de doenças infecciosas e parasitárias. Na faixa etária de 20 e 29 anos, idade em que não é comum o óbito por problemas circulatórios, houve uma mortalidade de 22,2% nos HP enquanto no Brasil registrou-se 4,8%.

Esta análise leva ao questionamento quanto à atenção prestada àqueles que estão “protegidos” no ambiente dos HP e, de alguma forma, reforça que esses espaços de isolamento não são benéficos ao paciente, do ponto de vista da reorganização psíquica e afetiva e do resgate de seus direitos humanos e civis, bem como da reinserção social e de preservação da vida. Essa modalidade de serviço deve ser substituída pelas práticas de base comunitária que consideram a pessoa para além da doença e da medicalização e dialogam com suas idiossincrasias, ampliando o campo de possibilidades do sujeito, em busca de maior qualidade e perspectiva de vida.

Conquanto se reconheça que a internação nos hospitais psiquiátricos não coaduna com os princípios da Reforma Psiquiátrica e, por isso, não faça parte da RAPS, eles ainda existem e internam milhares de pessoas. Compreende-se que os HP não devem ser extintos imediatamente, sem o suporte adequado de serviços substitutivos, que componham a RAPS. Por outro lado, não se pode ignorar que há muitas pessoas internadas nessas instituições e que elas são sujeitos de direitos, que devem ser tratadas com dignidade e ter acesso a um atendimento de qualidade.

Considerando que o PNASH/Psiquiatria é um instrumento de monitoramento e avaliação que já subsidiou o fechamento de várias instituições psiquiátricas com funcionamento inadequado, a garantia de sua aplicação sistemática e periódica nos HP financiados pelo SUS pode ser uma estratégia para acelerar o processo de qualificação da atenção na saúde mental, seja pelo fechamento sumário das instituições que apresentarem maior inadequação, seja pela adoção, por parte desses hospitais, de práticas que dialoguem com aquelas que são preconizadas pela Política de Saúde Mental brasileira enquanto sua existência for necessária .

Desta feita, quanto a aplicabilidade dos resultados deste estudo, há que se mencionar que a auditoria do SUS, importante instrumento de gestão da saúde, pode atuar nesse cenário, auditando instituições psiquiátricas previamente indicadas, de modo a aferir a qualidade da atenção aos pacientes atendidos e propor reparações com vistas à garantia do atendimento ao usuário.

Há que se considerar, igualmente, a necessidade de dar celeridade ao processo de implantação e implementação da RAPS, priorizando os territórios cujo atendimento em saúde mental resume-se às internações em HP financiados pelo SUS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio N.; SEIDL, Eliane Fleury; SCHECHTMAN, Alfredo; SILVA, Rosane Correa e. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, 202p.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 117 p.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, 202 p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, 141 p.

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, Saúde**—Manguinhos, Rio de Janeiro, I (1): 61-77, jul-out, 1994. Acesso em 21 jul 2013. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701994000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701994000100006&script=sci_arttext)>.

BARROS, José D'Assunção. Passagens da antiguidade romana ao ocidente medieval: leituras historiográficas de um período limítrofe. **História**, Franca, vol. 28 nº. 1, 2009. Acesso em 15 jan 2014. <Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-90742009000100019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742009000100019&lng=pt&nrm=iso)>.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina (Org.). **Desafios para a Desinstitucionalização**: Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2008, 167 p.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm.** São Paulo: USP, v. 45, n. spe2, dezembro,

2011. Acesso em 14 mar 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800025&script=sci_arttext)>.

BOCCARDO, Andréa C.S.; ZANE, Fabiana C.; RODRIGUES, Suréia; MÂNGIA, Elisabete F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, janeiro/abril 2011. Acesso em 17 mar 2014. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942>>.

BRASIL. **Portaria nº 1.704 de 27 de julho de 2011**. Institui o Grupo Coordenador Nacional da Força-Tarefa para a avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS. Acesso em 06 mai 2013. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108922-1704.html?q=>>>.

BRASIL. **Portaria nº 148 de 32 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Acesso em 06 mar 2014. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)>.

BRASIL. **Nota Técnica nº 25 de 05 de junho de 2012**. Assunto: Serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente de atenção hospitalar da rede de atenção psicossocial. Acesso em 06 mar 2014. Disponível em <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/mentalsaude/NotaTecnicaPT1482012LeitosSMnoHG.pdf>>.

BRASIL. **Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT). Acesso em 07 mar 2014. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111278-3090.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 11**. Ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Acesso em 04 mar 2012. Disponível em <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>.

BRASIL. **Portaria 52/GM de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Acesso em 08 mar 2014. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Acesso em 16 mar 2014. Disponível em <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wJ869bpN0vEJ:www.abrasme.org.br/arquivo/download%3FID\\_ARQUIVO%3D3703+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wJ869bpN0vEJ:www.abrasme.org.br/arquivo/download%3FID_ARQUIVO%3D3703+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Participativa e Co-gestão. **Caderno de textos – cartilhas da Política Nacional de Humanização**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências

BRASIL. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental – A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial, direito à cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Acesso em 26 mai 2013. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208iicnsmr.pdf>>.

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, 2005. Acesso em 03 mar 2014. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004. Acesso em 04 mar 2014. Disponível em <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>.

BRASIL. **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 Sistema Único de Saúde. Acesso em 02 mar 2014. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2011. Acesso em 16 mai 2013. Disponível em <[http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual\\_Instr\\_Preench\\_DO\\_2011\\_jan.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 Sistema Único de Saúde. Acessado em 20 jun 2013. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida**. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2009. Acesso em 17 jul 2013. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_obito\\_mal\\_definida.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_obito_mal_definida.pdf)>.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; Tradução do posfácio: Pierre Macherey e da apresentação: Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. 6. Ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, 154p.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução: Iraci D. Poleti. 5. Ed. Petrópolis: Vozes, 2005, 611 p.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978, 222 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638, de 9 de agosto de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Acesso em 01 jun 2013. Disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. As autoras respondem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007. Acesso em 28 fev 2014. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000900009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000900009&script=sci_arttext)>.

COSTA Anna Maria Niccolai; GONÇALVES Iran. Alterações cardiovasculares induzidas pelo uso de medicações psicotrópicas. **Psiquiatria na prática médica**. Centro de Estudos - Departamento de Psiquiatria UNIFESP. São Paulo, 2001: 34(2). Acesso em 21 jul 2013. Disponível em <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial06.htm>>.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez, 2011. Acesso em 01 mar 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

DELGADO, Paulo Gabriel G. No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **Saúde Mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez-2008.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, 6 (1), 2007. Acesso em 03 abr 2014. Disponível em < <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>.

DEVIAT Muñoz, Manuel; MORENO Pérez, Ana. La Reforma Psiquiátrica. In: DEVIAT Muñoz, Manuel; MORENO Pérez, Ana (editores). **Acciones de Salud Mental em la Comunidad**. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2012.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press, v. 1, 1980.

DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. Acesso em 07 mar 2014. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/viewFile/3871/3797>>.

DUNLAY SM; ALEXANDER KP; MELLONI C; KRASCHNEWSKI JL; LIANG L; GIBLER WB; ROE MT; OHMAN EM; PETERSON ED. Medical records and quality of care in acute coronary syndromes: results from CRUSADE. **Arch Intern Med**. 2008, Ago 11;168(15):1692-8. Acesso em 30 jul 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18695085>>.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 316p. (Coleção Loucura & Civilização).

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. 20. Ed. Petrópolis: 1999, 348p.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRAYZE-PEREIRA, João A. **O que é loucura**. 3. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1984, 108p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva: 1974, 317 p.

MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz; COSTA, Marisa Pacini. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 9, n. 4, dez. 2000. Acesso em 06 abr 2014. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16732000000400006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000400006&lng=pt&nrm=iso)>.

JERVIS, Giovanni. Crise da psiquiatria e contradições institucionais. In: BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**. Tradução: Heloisa Jahn. 3. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, 326 p.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, jan-abr 2009. Acesso em 01 mar 2014. Disponível em <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/issue/view/316>>.

LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.12, pp. 4590-4592. Acesso em 31

mar 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

LOYOLA, C. M. D.; PÔRTO, K. F.; ROCHA, K. S. Implicações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico para a Enfermagem Psiquiátrica. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, jan-mar, 2009.

MACHADO, Daniela Martins. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde: Brasília, 2006, 173 p.

MAIA, R. C. M.; FERNANDES, A. B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.17, n. 48, fev, 2002. Acesso em 17 mar 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n48/13954.pdf>>.

NICÁCIO, Fernanda; AMARANTE, Paulo; BARROS, Denise Dias. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, Paulo (coord). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, 224 p.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009. 352p.

PESSOTTI, Isaías. **Os nomes da loucura**. 1. ed. São Paulo: Editora. 34, 1999. 264p.

PESSOTTI, Isaías. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996, 304 p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez, 2011. Acesso em 01 mar 2014. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 152 p (Coleção Loucura e Civilização, v. 4).

RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média**. Tradução: Marco Antonio Esteves da Rocha e Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez 2005. Acesso em 18 mar 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682005000200005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682005000200005&script=sci_arttext)>.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, 202p.

ROTELLI, Franco. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. 316p. (Coleção Loucura & Civilização).

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 1990, 112 p.

SAMPAIO Ana Lúcia Preza. **Análise dos óbitos em pacientes internados em unidade psiquiátrica de hospital geral**. 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas: Campinas, 2007, 95 p. Acesso em 23 jun 2013. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000414553&fd=y>>.

SANTOS NM dos; FREIXO AL. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários. **III SBA – Simpósio Baiano de Arquivologia**; 2011 out 26-28; Salvador Bahia. Acesso em 19 jul 2013. Disponível em <<http://www.arquivistasbahia.org/3sba/wp-content/uploads/2011/09/Santos-Freixo.pdf>>.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Tradução: Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo R. Zanetta, Willians Valentini. 2. Ed. Belo horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001, 178p.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, 22(3), 313-7, 2009. Acesso em 16 mar 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>.

SILVA J.A.C., et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. **Rev Assoc Med Bras**, 2013. Acesso em 15 ago 2013. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013000894>>.

SOUZA, Adriana Olivera de; SILVA, Rosimeire Barboza. Portas abertas, chaves de lado: reflexões sobre a reforma psiquiátrica no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Mnemosine**. Campina Grande. v.4, n.2, p. 151-176, 2008.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental**. Tradução: José Sanz. 2. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, 228p.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. Tradução Melissa Tieko Muramoto. Barueri-SP: Manole, 2010.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1); 73-85, 2001.

VASCON, Nino (coord.). Introdução documentária. In: BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Tradução: Heloisa Jahn. 3. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, 326 p.

VASCONCELLOS, Jorge. Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 316p. (Coleção Loucura & Civilização).

VASCONCELLOS M; GRIBEL EB; MORAES IHS de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2008, 24 Sup 1:S173-S182.

**ANEXOS****ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO DENASUS DE USO DO BANCO DE DADOS  
PARA FINS ACADÊMICOS**