

NEOMAR HERCULANO DE SOUZA BARROS

**CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS E
DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES INTERNADOS EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CAMPO GRANDE-MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
CAMPO GRANDE-MS**

2007

NEOMAR HERCULANO DE SOUZA BARROS

**CARACTERÍSTICAS BIODIVERSIDADEMOGRÁFICAS E
DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES INTERNADOS EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CAMPO GRANDE-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

CAMPO GRANDE-MS

2007

Ficha Catalográfica

Barros, Neomar Herculano de Souza
B277c Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS / Neomar Herculano de Souza; orientador José Carlos Rosa Pires de Souza. 2007. 163 f.: il.; 30 cm+ anexo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia, 2007.
Inclui bibliografias

1. Hospitais psiquiátricos 2. Saúde mental 3. Reforma psiquiátrica. I. Souza, José Carlos Rosa Pires de. II. Título

CDD-362.21

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por NEOMAR HERCULANO DE SOUZA BARROS, intitulada “CARACTERÍSTICAS BIOCIODEMOGRÁFICAS E DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CAMPO GRANDE-MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel (USP)

Profa. Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coêlho (UCDB)

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Campo Grande-MS, de 2007.

Ao meu filho João Pedro, por fazer com que eu descobrisse o verdadeiro amor. É o grande modelo que tenho de humildade, serenidade, sabedoria e exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, meu orientador, meu agradecimento especial pelo grande incentivo desde quando cursava a graduação e já pensava em fazer o mestrado. Muitas palavras que me foram ditas ofereceram caminhos para este estudo, possibilitando que eu seguisse os rumos dos meus próprios questionamentos. Foi um período de muito crescimento e amadurecimento pessoal. Sou-lhe eternamente grata.

Aos usuários participantes deste estudo, que possibilitaram traçar um perfil dos pacientes que são internados no Hospital Psiquiátrico Nosso Lar.

Agradeço a todos os professores do Programa de Mestrado em Psicologia da UCDB, e também aos colegas e funcionários que contribuíram de várias formas para a concretização deste estudo.

À direção do Hospital Nosso Lar pela permissão da realização da pesquisa em suas dependências, assim como aos funcionários e colegas da equipe multidisciplinar pelo incentivo, carinho e trocas de informações que foram muito válidas para o término do presente trabalho.

Meu agradecimento, também, ao Prof. Dr. Luis Alberto Magna, professor titular de bioestatística no curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pela realização da análise estatística do presente trabalho.

A toda minha família, aos velhos e novos amigos.

Muito obrigada!

Ser diferente

*Ser diferente
é ser gente
que pensa com a mente
que faz e não desmente,
no que faz é crente.*

*Ser diferente é não ser indolente,
é ser velho, adolescente,
triste ou contente,
é gente que trabalha, produz
que é inválido e não se introduz
no meio capitalista, machista ou feminista.*

*Ser diferente é ser gente de coragem,
que faz que age
sem se preocupar com a imagem.*

*Ser diferente é ser consciente
das dificuldades, dos limites,
dos sonhos realizar o que se permite,
concretizar, firmar, conter, crescer, viver.*

*Ser diferente é mexer no ponto fraco
daquele ser dormente,
dos políticos, docentes e dos que
se dizem inteligentes.*

*Ser diferente é ser tolerante
com o companheiro errante
e o entendendo leva a relação adiante.*

Julita Zan*

* Integrante do Coral Cênico de Saúde Mental, da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Extraído de *O vôo das borboletas*, publicado pela Prefeitura do Município de São Paulo (1994).

RESUMO

O atendimento e tempo médio de hospitalização (TMH) em hospitais psiquiátricos no Brasil têm passado por transformações significativas de acordo com as novas propostas de políticas assistenciais. A presente pesquisa foi realizada através de um levantamento documental dos registros de 2.247 pacientes internados no período de janeiro a dezembro do ano de 2004, em um Hospital Psiquiátrico público da cidade de Campo Grande-MS, que é a maior instituição psiquiátrica do Estado para o atendimento de pacientes em crise aguda. Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo e de corte transversal, com o objetivo de traçar um perfil dos pacientes internados no período determinado. Foram investigadas as variáveis sócio-demográficas: TMH, idade, sexo, procedência e grupos diagnósticos. O método estatístico empregado englobou estatística descritiva, medidas de tendência central e de dispersão (média, desvio-padrão, erro da média e margem de erro), comparação de médias pelo teste *t* de *Student* para amostras independentes, teste de Kruskal-Wallis ou Análise da Variância (ANOVA), comparação de proporções pelo método do qui-quadrado e correlação simples de Pearson. Em todos os casos a declaração de diferença significativa adotou o nível de significância de 5% em teste bicaudal ($p < 0,05$). Observou-se que a grande maioria dos pacientes era procedente de Campo Grande (59,8%), com a prevalência do sexo masculino (65,5%) ($p = 0,000$) e do diagnóstico de esquizofrenia (43,3%), não havendo diferença significativa na idade entre os dois sexos ($p = 0,080$). O TMH foi de 27,66 dias por paciente. Houve diferença significativa do TMH em função das características diagnósticas ($p = 0,001$), entre os três grupos de procedência ($p = 0,045$), ficando as cidades a mais de 200 km de distância de Campo Grande com média maior de dias de hospitalização (29,1), na distribuição das categorias diagnósticas em função do número de hospitalizações ($p = 0,000$), na distribuição das principais categorias diagnósticas ($p = 0,000$), e, também, houve diferença significativa do TMH nas distribuições em relação à procedência ($p = 0,000$). Espera-se com o presente estudo a possibilidade de contribuir na elaboração de ações e políticas de saúde mental, como, também, no planejamento dos investimentos e programas de promoção e reabilitação social para os portadores de transtornos mentais do Estado de Mato Grosso do Sul.

Palavras-chave: Doença mental. Saúde mental. Tempo Médio de Hospitalização. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Services and mean hospital stays (MHS) in psychiatric hospitals in Brazil have undergone significant changes, in response to new assistance policies. This investigation consisted in a survey of the records of 2,247 patients admitted from January to December 2004 to a government-run psychiatric hospital in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, which is the chief psychiatric institution in the state in the provision of care to patients in acute crisis. The purpose of this epidemiological, retrospective, cross-sectional study was to outline a profile of the patients admitted in that period. The following sociodemographic variables were investigated: MHS, age, sex, place of residence, and diagnostic group. The statistical method included descriptive statistics, core trend and dispersion measurements (mean, standard deviation, standard error, and margin of error), comparison of means using Student's t test for independent samples, Kruskal-Wallis test or analysis of variance (ANOVA), comparison of proportions using the chi-squared method and Pearson's simple correlation analysis. For all statistical procedures, a 5% level of significance ($p < 0.05$) in a two-tailed test was adopted to identify significant differences. Most patients lived in Campo Grande (59.8%) and males were prevalent (65.5%) ($p = 0.000$), as was a diagnosis of schizophrenia (43.3%), though no significant difference in age was found between genders ($p = 0.080$). MHS was 27.66 days per patient. Significant differences were found in MHS in terms of diagnostic features ($p = 0.001$) and of the three groups of distance from hospital to place of residence ($p = 0.045$), with longer mean hospital stays for patients from cities located further than 200 km from Campo Grande (29.1). Significant differences were also found in the distribution of diagnostic categories in terms of the number of admissions ($p = 0.000$) and in the distribution of the major diagnostic categories ($p = 0.000$). A significant difference in MHS was detected also in the distributions according to place of residence ($p = 0.000$). The study is intended to potentially aid in the designing of mental health policies and actions, as well as in the planning of investments and programs aimed at the social promotion and rehabilitation of carriers of mental disorders who live in Mato Grosso do Sul.

Keywords: Mental disease. Mental health. Mean Hospital Stay. Psychiatric reform.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
AIS	– Programa de Ações Integradas de Saúde
UBS	– Unidades Básicas de Saúde
CAPS	– Centros de Assistência Psicossocial
CAPS-ad	– Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento à população com transtornos de comportamento decorrentes do uso prejudicial e dependência de substâncias psicoativas
CAPS-i	– Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental
CFP	– Conselho Federal de Psicologia
CONASP	– Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DINSAM	– Divisão Nacional de Saúde Mental
EE	– Emoção Expressa
HC-UNICAMP	– Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas
MSPAS	– Ministério da Saúde e Previdência Social
MTSM	– Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	– Núcleos de Assistência Psicossocial
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
PNASH/Psiquiatria	– Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH	– Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
PSF	– Programa de Saúde da Família
SERSAM	– Serviço de Referência em Saúde Mental
SRTs	– Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	– Sistema Único de Saúde
TMC	– Transtornos Mentais Comuns
TMH	– Tempo Médio de Hospitalização
UCDB	– Universidade Católica Dom Bosco

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Procedência dos 1.182 pacientes, de acordo com a cidade de origem.....	88
TABELA 2 - Número e porcentagem das internações	90
TABELA 3 - Número de internações sofridas por paciente no período de janeiro a dezembro de 2004	91
TABELA 4 - Frequência das categorias diagnósticas por paciente, levando em conta as reinternações	93
TABELA 5 - Distribuição do total de categorias diagnósticas observadas no período.....	95
TABELA 6 - Categorias diagnósticas – segundo diagnóstico	96
TABELA 7 - Tempo médio de hospitalização por paciente, considerando o número de internações	98
TABELA 8 - Frequência da distribuição por sexo	99
TABELA 9 - Distribuição da média de idade considerando a procedência dos pacientes...	101
TABELA 10 - Distribuição do tempo de internação em função das principais categorias diagnósticas.....	102
TABELA 11 - Valores médios do tempo de internação, em dias, de acordo com a procedência	103
TABELA 12 - Distribuição das categorias diagnósticas identificadas no total de internações, segundo a sua ocorrência nos casos de internação única.....	105
TABELA 13 - Distribuição das categorias diagnósticas identificadas no total de internações, segundo a sua ocorrência nos casos de múltiplas internações....	106
TABELA 14 - Distribuição do número de internações em função das principais categorias diagnósticas agrupadas	107

TABELA 15 - Distribuição do número de internações por procedência..... 108

TABELA 16 - Distribuição das principais categorias diagnósticas em função da
procedência 110

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição percentual do número de internações.	91
GRÁFICO 2 - Categorias diagnósticas – primeiro diagnóstico.	94
GRÁFICO 3 - Categorias diagnósticas – segundo diagnóstico.....	97
GRÁFICO 4 - Tempo médio de hospitalização por paciente, considerando o número de internações.	98
GRÁFICO 5 - Frequência da distribuição por sexo.	99
GRÁFICO 6 - Distribuição do sexo em função da procedência.	99
GRÁFICO 7 - Histograma por faixa etária dos 1.182 pacientes no primeiro diagnóstico.....	100
GRÁFICO 8 - Distribuição do tempo de internação, em dias, segundo as principais categorias diagnósticas.	103
GRÁFICO 9 - Valores médios do tempo de internação, em dias, de acordo com a procedência.....	104
GRÁFICO 10 - Distribuição do número de internações em função das principais categorias diagnósticas agrupadas.	108
GRÁFICO 11 - Distribuição do número médio de internações por procedência.....	109
GRÁFICO 12 - Distribuição dos diagnósticos principais em relação à procedência.....	110

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LOUCURA.....	22
2.1.1 Loucura: concepções e influência na prática psiquiátrica.....	22
2.1.2 Surgimento dos asilos, hospícios e manicômios	25
2.2 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA	29
2.2.1 O tratamento moral.....	35
2.3 ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	36
2.3.1 Santas Casas: origem da assistência psiquiátrica no Brasil.....	38
2.3.2 Os primeiros estabelecimentos exclusivos para pessoas com alienação mental no Brasil	39
2.3.3 Fundação do primeiro Hospital Psiquiátrico em Campo Grande-MS.....	43
2.4 A ANTIPSIQUIATRIA.....	44
2.4.1 A desconstrução do saber médico sobre a loucura.....	44
2.4.2 A Psiquiatria Comunitária de Franco Basaglia e a Lei n. 180/1998	47
2.5 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO SUS	53
2.5.1 Movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	53
2.5.2 O processo de Reforma Psiquiátrica	55
2.6 LEI N. 10.216/2001 E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	60
2.6.1 A implantação da rede extra-hospitalar.....	60
2.6.2 A desinstitucionalização.....	62
2.7 A REDE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	63
2.7.1 As residências terapêuticas.....	64
2.7.2 O papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	65
2.7.3 Saúde Mental no Programa de Saúde da Família.....	68

2.8	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS PRINCIPAIS DESAFIOS.....	71
2.9	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA	72
2.10	A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL	75
3	OBJETIVOS.....	81
3.1	OBJETIVO GERAL.....	82
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	82
4	A PESQUISA.....	83
4.1	MÉTODO	84
4.1.1	Local da Pesquisa	84
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	84
4.3	ASPECTOS ÉTICOS DOS PROCEDIMENTOS E DA PESQUISA	85
4.4	ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS	85
5	RESULTADOS	87
5.1	ESTATÍSTICA DESCRITIVA	88
5.1.1	Procedência	88
5.1.2	Número de internações.....	90
5.1.3	Categorias diagnósticas – primeiro diagnóstico.....	92
5.1.4	Categorias diagnósticas – segundo e terceiro diagnósticos.....	96
5.1.5	Tempo médio de hospitalização	97
5.1.6	Sexo.....	98
5.1.7	Idade	100
5.2	ESTATÍSTICA ANALÍTICA	101
5.2.1	Tempo de internação	101
5.2.2	Número de internações.....	104
5.2.3	Procedência	109
6	DISCUSSÃO.....	111
6.1	PORCENTAGEM DAS INTERNAÇÕES RELACIONADAS À PROCEDÊNCIA:.....	112
6.2	NÚMERO DE INTERNAÇÕES.....	113
6.3	CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS POR PACIENTE	114
6.4	TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES NO PRESENTE ESTUDO	115
6.5	TEMPO MÉDIO DE HOSPITALIZAÇÃO POR PACIENTE.....	119

6.6	DISTRIBUIÇÃO POR SEXO.....	120
6.7	FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES DO PRESENTE ESTUDO	122
6.8	TEMPO DE INTERNAÇÃO EM DIAS EM RELAÇÃO ÀS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS	125
6.9	TEMPO DE INTERNAÇÃO EM DIAS RELACIONADO À PROCEDÊNCIA ...	127
6.10	CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DE ACORDO COM INTERNAÇÃO MÚLTIPLA OU ÚNICA	129
6.11	PRINCIPAIS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS EM FUNÇÃO DA PROCEDÊNCIA	134
7	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
	REFERÊNCIAS	140
	APÊNDICES	150
	ANEXOS	154

1 INTRODUÇÃO

Conhecer para cuidar significa conhecer aquele que se quer assistir, porque é estando com ele que se poderá almejar construir alguma coisa e porque só ele poderá nos dizer ou mostrar o quê (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Diante das crescentes transformações do atendimento psiquiátrico em regime hospitalar, há de se atualizar as pesquisas sobre o perfil sócio-demográfico, o Tempo Médio de Hospitalização (TMH) e os diagnósticos mais frequentes dos pacientes para auxiliar no aprimoramento das novas políticas assistenciais. A internação psiquiátrica é um recurso de tratamento oneroso, porém essencial, principalmente para pacientes graves. A literatura nacional e internacional tem adotado a designação distúrbios graves e persistentes, especialmente pela conotação estigmatizante dos termos “crônico” e “cronicidade” em Psiquiatria e Saúde Mental. Há diversos censos brasileiros e mundiais que, embora com metodologia e instrumentos diferentes, avaliam as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas associadas com a internação psiquiátrica. Entre estas as mais estudadas são o sexo, a idade, o estado civil, o grau de instrução e a escolaridade, a naturalidade, a procedência, a profissão ou a ocupação, o TMH, os grupos diagnósticos e as nosologias mais frequentes.

O que chama a atenção, quanto a esse movimento de reorientação do modelo assistencial no campo da saúde mental é que existe muito discurso, mas as ações para a implementação dos novos serviços apresentam-se de forma muito lenta. Em quase todos os discursos está bem clara a necessidade da criação de novos modelos assistenciais e a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas poucas pesquisas são realizadas para se chegar ao conhecimento do perfil dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, sendo estas de fundamental importância para a implantação de mudanças nessa nova reorganização da política assistencial.

O interesse em desenvolver esta pesquisa com pacientes psiquiátricos internados advém da constatação das novas demandas acima expostas e da intenção da pesquisadora em conhecer essa população: saber quem são eles, sua procedência, qual o diagnóstico mais frequente, enfim, saber quem é essa população que procura por atendimento. O que se pretende com este estudo é obter dados e subsídios que irão dar sustentação a futuras pesquisas, como também, oferecer propostas de assistência a essa população. Dentro desse contexto, como psicóloga e profissional da área da saúde mental, membro da equipe multidisciplinar do Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, *locus* da pesquisa, interessada na qualidade dos serviços e programas de saúde mental em nosso país e, principalmente, em nosso Estado, preconiza-se uma prática baseada em princípios éticos e coerente com os

objetivos da profissão no que se refere às melhores condições de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico e à sociedade como um todo.

A reforma psiquiátrica tem como proposta alertar os profissionais da saúde mental no sentido de repensar o seu papel e lugar dentro desse novo paradigma da desinstitucionalização e da atenção psicossocial. Essa proposta está centrada nas influências da antipsiquiatria e da luta antimanicomial, movimento oriundo dos anos 1960, cujo objetivo foi denunciar as práticas da psiquiatria vigentes na época.

Perante a inexistência de estudos epidemiológicos sobre o TMH em hospitais psiquiátricos do Estado, a autora do presente estudo vem pesquisando e publicando estudos a respeito. Por isso, justifica-se a realização desta pesquisa no maior hospital psiquiátrico público do Estado de Mato Grosso do Sul (MS), sendo a mesma inédita e de relevância para o hospital, que terá acesso aos seus resultados referentes a algumas características sócio-demográficas, o TMH e os diagnósticos de maior frequência nas internações de seus usuários. Tais resultados, em face de sua importância, serão disponibilizados aos órgãos competentes relacionados à questão das políticas públicas em saúde mental e à sociedade geral.

A presente dissertação traz os dados que foram sistematizados na sequência que se segue:

O capítulo 1 apresenta uma introdução com a justificativa referente à realização da atual pesquisa e o que a motivou, mostrando sua relevância acadêmica, social e científica.

O capítulo 2 apresenta o referencial teórico que deu sustentação a esta investigação, dividindo-se em: 1) a história da loucura; b) o surgimento da Psiquiatria; c) a assistência psiquiátrica no Brasil; d) a Antipsiquiatria; e) a Reforma Psiquiátrica brasileira; f) a Lei 10.216/2001; g) a reforma psiquiátrica e os principais desafios; h) reabilitação psicossocial e a saúde da família e i) a inserção do psicólogo na saúde mental.

No capítulo 3 fala-se dos objetivos estabelecidos na presente pesquisa.

O capítulo 4 refere-se ao método de investigação, apresentando a caracterização da amostra, os procedimentos realizados, os aspectos éticos dos procedimentos e da pesquisa e análise e processamento dos dados.

O capítulo 5, por sua vez, descreve os resultados encontrados através da estatística descritiva e analítica, dando ênfase aos achados mais significativos.

O capítulo 6 apresenta a discussão dos resultados, comparando com dados da literatura nacional e internacional.

No capítulo 7 encontram-se as conclusões resultantes da pesquisa, as considerações finais incluindo sugestões para elaboração de políticas públicas referentes à saúde mental no Estado de Mato Grosso do Sul.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LOUCURA

[...] a nossa sociedade, convulsiva e mutável, não me parece caminhar no sentido de mais egoísmo [...] se portanto, vamos no sentido de mais convívio, mais humanidade, é muito provável que vamos também para uma maior abertura ao outro, talvez diferente de si, mas do qual não se pode ignorar nem rejeitar a diferença (SIMON, 1991, p. 43).

Objetiva-se uma reflexão teórica a respeito de como se construiu historicamente a conceituação e a percepção a respeito do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, das maneiras de lidar perante elas. Essa reflexão visa reconstruir a trajetória da concepção da doença mental, da pré-história até o momento atual.

Faz-se necessário um breve retrocesso da história do louco, da loucura, do surgimento dos manicômios, da institucionalização do doente mental, do nascimento da psiquiatria, da anti-psiquiatria e da luta antimanicomial, da desinstitucionalização e da desospitalização e das concepções e políticas direcionadas à restauração da saúde mental. Isso trará a compreensão do caminho percorrido pela humanidade, ao longo dos séculos até os dias atuais, em sua relação com o sofrimento mental.

Tanto a conceituação quanto os cuidados dedicados aos indivíduos com transtornos de comportamento variaram no decorrer dos anos e sempre receberam fortes influências de crenças, costumes, rituais, religião, política e até mesmo dos direitos legais de cada época. Sabe-se que dificilmente um conceito irá dar resposta satisfatória à complexa realidade da loucura. Até os dias de hoje, a loucura é sempre definida, explícita ou implicitamente, de forma relacional: chama-se louco ou insano todo sujeito cujo estilo de ser é “diferente” em contraposição com um outro modo de ser, que para a sociedade é visto como “normal” (RESENDE, 2001).

2.1.1 Loucura: concepções e influência na prática psiquiátrica

As doenças são tão antigas quanto o surgimento da raça humana. Na pré-história, a arte de curar estava submetida aos poderes dos demônios. Na prática da Medicina primitiva, que era governada pelo animismo, as funções de sacerdote e curador se igualavam. Pessoas

que tinham conhecimento para tratar doenças podiam curar pessoas que estavam “possuídas” e, também evitar outras doenças. O “louco” da Idade Média e do Renascimento era ignorado, pois a “loucura” era interpretada em função de significações religiosas e mágicas e com frequência vista como manifestação do sobrenatural, como possessão (JORGE; MACÊDO, 2000).

Resende (2001, p. 20) afirma que

A loucura tem sido uma companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história. Desde o velho testamento aos estudos etnográficos das sociedades chamadas primitivas as referências a loucos são abundantes.

A experiência com a doença mental nem sempre foi vista como algo negativo e tão pouco uma doença, por mais que se torne estranho aos olhos atuais. Vários Filósofos da Grécia antiga como Sócrates e Platão, chegaram a ressaltá-la como um privilégio divino. Defendiam que por meio dos delírios, alguns privilegiados tinham acesso às verdades divinas.

Foucault (1975, p. 87) relata:

[...] não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação.

Foucault (1975) enfatiza que no período da Antiguidade e da Idade Média, o louco era privilegiado com um certo poder de “extraterritorialidade” e a loucura era vivenciada em estado livre, com direito à circulação. Os loucos faziam parte do cenário e linguagens comuns.

Para Resende (2001), a loucura era incumbência privada, definida pelos costumes, o poder público só atuando em assuntos de direito. Os tratamentos médicos na Roma e Grécia antigas eram privilégios de poucos, considerados abastados, indo contra as práticas populares e mágico-religiosas bastante difundidas. As famílias abastadas permaneciam com seus doentes em casa sob a guarda de um ajudante especialmente contratado, os “auxiliares psiquiátricos” da época. Enquanto isso, os pobres tinham o direito de vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sendo sua sobrevivência mantida pela bondade pública ou em poucos trabalhos oferecidos por particulares. Os governos municipais na América Colonial,

ofereciam remuneração às famílias de lavradores que se propunham a acolher os insanos pobres não totalmente incapacitados para o trabalho. Esse sistema é precursor da conhecida “[...] assistência heterofamiliar que viria a ser proposta séculos mais tarde como parte do armamentário terapêutico psiquiátrico científico” (RESENDE, 2001, p. 21).

Pessotti (1994) relata que no final do século II d.C., a loucura já era percebida sob três perspectivas: primeiramente é vista como obra da intervenção dos deuses; em segundo lugar, como resultado dos conflitos passionais do homem, mesmo que consentido ou sendo imposição dos deuses e, em terceiro, como resultado de disfunções somáticas provocadas por problemas afetivos. Para o autor, nessas três concepções a loucura aparece em duas formas: “[...] a agitada ou furiosa (possivelmente homicida) e a triste e medrosa. Essas duas formas recebem, já no século V a.C., os nomes de mania e melancolia” (PESSOTTI, 1994, p. 97). Essas três concepções, de acordo com o autor, constituem, aparentemente, modos de pensamento contínuo na história do conceito de loucura. Caracterizam exemplos de elaboração de conceitos, num determinado campo do conhecimento. Essas formas de conceituação e de agrupamento também acompanham doutrinas posteriores até o período contemporâneo.

Dessa forma, não é surpresa o fato de que tais concepções sobre a loucura sejam recorrentes no decorrer dos séculos, como revela Pessotti (1999, p. 7):

Quem estuda a trajetória histórica do conceito de loucura, da antiguidade até o início do século XIX, ou após a instituição da clínica psiquiátrica, já no século dos manicômios, constata facilmente dois fatos. Primeiro, observará que o conceito básico de loucura varia pouco, da antiguidade até o presente: ela é a perda da autonomia psicológica (implicando perda da liberdade e do autogoverno), seja porque a razão se perde ou se perverte, seja porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento. Segundo, notará que, ao lado dessa permanência da noção fundamental de loucura, o número das espécies ou subespécies atribuídas à loucura varia muito de um período a outro. Principalmente depois do século XVII.

Pessotti (1994) destaca, ainda, que nos séculos XV e XVI o médico, em sua formação clínica era especificamente galenista e que no campo do aprendizado psicológico recebia conhecimento da filosofia platônica ou aristotélica. Em função disso, a teoria da loucura começa a ser organizada sob a “[...] influência híbrida do organismo pneumático do galenismo e da doutrina sobre as faculdades da alma, ou da mente (razão ou raciocínio, imaginação e memória), de extração platônica” (PESSOTTI, 1994, p. 123). Para o autor, o

destaque na escolha dos processos cerebrais em relação à consideração de fatores comportamentais da loucura proíbe a psicopatologia de traçar considerações básicas entre as várias formas de loucura. Caberá aos pesquisadores e estudiosos do século XVIII a incumbência de congregar critérios especificamente neurofisiológicos com critérios de origem sintomática ou comportamental, para efetivação da sistematização dos transtornos mentais.

Para Pessotti (1994), no decorrer dos anos, a etiologia diabólica vai sendo desprezada, a explicação da teoria dos humores perde relevância, as investigações fisiológicas buscam integrar dados da observação clínica mais que introduzir as hipóteses em algum sistema teórico dogmático, os transtornos no comportamento começam a ser observados e tratados como discriminantes entre formas diferentes de loucura e as desordens intelectuais passam a ser consideradas condições básicas para o diagnóstico da loucura. A observação clínica das mudanças comportamentais passa também a valorizar mudanças na vida afetiva, ressaltando estados de depressão ou de exaltação do sentimento. É no Tratado de Pinel que essas disposições passam a ser sistematizadas num conceito teórico e tratamento novo.

2.1.2 Surgimento dos asilos, hospícios e manicômios

Como se sabe, os bonsais nada mais são do que plantas que foram induzidas a desistir de crescer. Essa desistência é conseguida pela ação humana através de poda, tanto das raízes quanto dos galhos das plantas, já nos primórdios do crescimento. Contribui para isso o plantio em vasos que oferecem pouquíssima área de expansão para o crescimento das raízes. Ser obrigado a passar o tempo no interior do pátio do hospital psiquiátrico pode ser comparado com a situação dos bonsais. A situação da imensa maioria de internados em hospitais psiquiátricos assemelha-se à das plantas destinadas a serem bonsais (VALENTINI, 2001, p. 11).

Silva, L. (2001, p. 821) escreve que Foucault, em *História da Loucura* (1961), relaciona o aparecimento da Psiquiatria à “grande internação” (que para Foucault diz respeito à construção dos asilos e manicômios) que teve início na Europa, em meados do século XVII, atitude que levou ao isolamento dos ociosos, loucos, delinquentes e desempregados em estabelecimentos de internamento. E é a partir desse gesto de exclusão social que a doença mental passa a ser vista como questão de ordem médica.

Foucault (2002) afirma que o século XVII foi marcado pela criação de várias casas de internamento. Sendo que

[...] uma data pode servir de referência: 1656, decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral. À primeira vista, trata-se apenas de uma reforma – apenas de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única: a Salpêtrière, reconstruída no reinado anterior a fim de abrigar um arsenal, Bicêtre, que Luís XIII quis dar à confraria de São Luís para dela fazer uma casa de retiro destinada aos inválidos do exército (FOUCAULT, 2002, p. 49).

Para Jorge e Macêdo (2000), nos meados do século XVII, acontece uma grande mudança: o mundo da loucura transforma-se no mundo da exclusão. São criados em toda a Europa estabelecimentos para internação não específicos apenas a receber loucos, mas todos os indivíduos identificados como diferentes uns dos outros.

Foucault (2002) declara que esses estabelecimentos não se apresentavam com características médicas. Ali os indivíduos eram internados, não para serem tratados, mas por não serem aceitos como parte da sociedade. É nesse contexto que a loucura será retirada da cena social (RESENDE, 2001).

Resende (2001) acrescenta que os insanos, quando se reconhecia alguma especificidade, sofriam tratamentos “médicos” que, pelo grau de brutalidade, não podiam deixar de ser classificados como maneiras de tortura. Baseados ainda nas normas da Medicina galênica, segundo as quais a

[...] doença era resultado do desequilíbrio entre os quatro humores do corpo: ‘sangüíneo, fleugmático, bilioso negro e bilioso amarelo’, os tratamentos destinavam-se a livrar os doentes de seus maus humores, sendo eles sangrados várias vezes ao dia até que de seus intestinos nada mais saísse senão água rala e muco (RESENDE, 2001, p. 24).

Jorge e Macêdo (2000, p.129) concordam com que esse hospital não tinha característica médica, mas, sim, uma organização com estrutura de ordem monárquica absolutista, que se espalharam por toda a França. Informam, ainda, que a Igreja passa a criar também, congregações com fins idênticos aos hospitais acima descritos. Porém, sua atuação é mais repressora que assistencial, seja para os pobres seja para os “pensionistas”, como relata Foucault (2002, p. 49):

Nestas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade; a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar [...].

No século XVIII, a sociedade verificou que o isolamento produzia diminuição da mão-de-obra e como as instituições são mantidas com recursos do governo, a assistência gera empobrecimento, como refere Frayze-Pereira (1985, p. 78):

A miséria, que na Idade Média foi santificada e no século XVII revestida de caráter moral, torna-se no século XVIII uma coisa econômica. Os pobres são percebidos como coisas essenciais à riqueza. Assim, eles são reintroduzidos na comunidade da qual tinham sido excluídos pelo internamento.

Percebe-se que o século XVIII é marcado por uma crise econômica, e a prática da internação constitui-se portanto, como uma resposta à essa crise socioeconômica ocorrida nesse período.

Ornellas (1997) afirma que, nesse contexto, o insano era devolvido à sociedade mas submetido à sanção penal, quando perturbava a paz. Relata o autor, que essas duas experiências da loucura ainda se sobrepõem de certa forma nos dias atuais: a loucura, ora sendo vista como doença, e outras vezes como um comportamento anti-social. Por esta razão, sendo passível de exclusão e castigo. Silva, L. (2001) explica que o motivo das internações ocorridas no século XVII são resultados de uma crise econômica que atinge o mundo ocidental de forma geral. As grandes mudanças socioeconômicas porque passa a Europa naquele século, tais como a ascensão da burguesia mercantilista e a decadência do feudalismo e a saída do campo pelas populações rurais que procuram as cidades, provocam situações de baderna e mendicância que prejudicam a livre circulação e proteção das mercadorias. Verifica-se também neste século, a falta de moeda, o baixo salário e o desemprego. Sendo assim, o

[...] internamento vai desempenhar então, do ponto de vista socioeconômico, uma dupla função: nos períodos de crise prendendo os desprovidos de trabalho e, fora desses períodos, dando trabalho aos que haviam sido presos, fazendo-os servir com isso à prosperidade de todos (SILVA, L., 2001, p. 82).

Foucault (2002, p. 56) declara que “A alternativa é evidente: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e altos salários; e, em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas”.

Jorge e Macêdo (2000) observam que no transcorrer do século XVIII aparecem propostas de reestruturação do modelo de internação. Para que a pessoa ficasse internada era necessária a loucura ser vista como fato concreto. Dessa forma, as instituições destinadas ao

internamento não poderiam ser um lugar de isolamento para os que se apresentavam alheios às normas ou à moral e, sim, um estabelecimento destinado aos alienados, como também, aos condenados e os prováveis criminosos.

Pessotti (2001) explica que, em razão da problemática da loucura, surgiram os asilos para a reclusão dos loucos, ou a chamada institucionalização, com a principal função de abrigo ou recolhimento, mas, também, onde se vê a loucura como doença e recebendo tratamento. Para o autor, o termo *asile* é muito freqüente na literatura psicopatológica e nos textos franceses, com o significado genérico para qualquer estabelecimento destinado a internação dos loucos, tendo o mesmo significado na literatura inglesa: “os termos *madhouse*, ou casa de loucos, e *asylum*”. Em textos italianos, os termos, também genéricos, são *asilo* e *hospício*.

Segundo Pessotti (2001), o termo manicômio está relacionado mais diretamente com hospital psiquiátrico. Por isso, um outro grupo de instituições, mais freqüentes no século XIX, caracterizavam-se por recolher somente doentes mentais e oferecer-lhes tratamento médico especializado, as quais eram chamadas manicômios.

Para Pessotti (2001, p. 153), as notícias que se têm da criação dos primeiros hospícios, situa-os no Oriente: “[...] no século VII, possivelmente, em Fez; no final do século XII, em Bagdad; no século XIII, no Cairo”. Na Europa, os mais antigos apareceram em território espanhol no século XV, “Como o de Valência, em 1409; o de Saragoça, em 1425; os de Sevilha e Valladolid, em 1436; o de Palma de Maiorca, em 1456; o de Toledo, em 1483”. Os primeiros hospícios ou “casa de loucos” (*case per pazzi*) (UGOLOTTI, 1949 apud PESSOTTI, 2001, p. 153) apareceram na Itália nos séculos XIV e XV, em Florenza, Pádua e Bérgamo.

No século XVII, há uma proliferação dos hospícios, com a finalidade de custodiar os insanos, juntamente com outros marginalizados. Pessotti (2001, p. 153) declara que posteriormente apareceram hospícios destinados exclusivamente para doentes mentais,

[...] como o Hôtel Dien, o hospício dos frades da Caridade de Charenton e outros. Em meados do século XVII, abriram-se hospícios na Inglaterra e na Escócia. Em Paris, o hospício de Bicêtre e o da Salpêtrière, que seriam reformados radicalmente sob a direção de Pinel e seus sucessores mais próximos. Na Alemanha surgiram os hospícios de Sonnenstein e o de Alt-Scherbitz. Na Bélgica aparece a Aldeia de Gheel, que será pioneira na implantação do tratamento psiquiátrico.

No final do século XVII, as pessoas consideradas insanas foram sendo recolhidas em hospitais civis (gerais), porém recebendo o mesmo tratamento, ou seja, trancafiados em locais isolados e insalubres dos hospitais. Porém, no começo do século XVIII, alguns hospícios estruturados para a função hospitalar, com espaços mais amplos e condições sanitárias mais adequadas começam a aparecer (PESSOTTI, 2001).

Pessotti (2001, p. 155) afirma que o século XIX pode ser classificado como “o século dos manicômios”, não apenas pelo significado histórico da iniciação do tratamento médico nos hospícios, mas também pela grande disseminação de manicômios que surgiram no decorrer de todo o século.

2.2 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA

Estive doente dos olhos da boca dos nervos até destes olhos que viram mulheres perfeitas da boca que recitou poemas em brasa ah...dos nervos manchados de fumo e café. Estive doente não quero escrever. Eu quero um punhado de estrelas maduras. Eu quero a doçura do verbo viver. (Autor desconhecido, H. Psiquiátrico de Pernambuco, apud VALENTINI, 2001, p. 82).

A psiquiatria surge no século XVIII. É neste século que ocorre a compreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-a como doença mental. O século XVIII é considerado o Século das Luzes, onde a razão ocupa um lugar privilegiado, pois é por meio dela que o homem pode conquistar a sua felicidade e a sua liberdade. Ocorreu também neste século, a valorização do pensamento científico e, é dentro desse contexto que acontece o aparecimento do hospital como espaço terapêutico. O final do século XVIII inaugura o início da Idade Contemporânea, que é o período específico da história atual do mundo ocidental. O começo da Idade Contemporânea foi marcado pela corrente filosófica iluminista, que valorizava a importância da razão, onde havia um pensamento de que as ciências iriam sempre descobrir novas soluções para os problemas da humanidade, e que a civilização humana iria ter progressos com os novos saberes adquiridos. Neste século, também aconteceu o começo da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos Humanos, ocasionando os protestos e denúncias contra as internações arbitrárias aos portadores de doenças mentais contra as torturas que lhes eram dirigidas. Começava, então, a construção de uma nova forma de tratamento, mais humanitária do doente mental. A loucura passa a ser interesse de uma ciência médica, a “Psiquiatria” (RESENDE, 2001).

Silva, L. (2001, p. 27) relata que cabe a Pinel o título de legítimo criador da clínica psiquiátrica quanto às suas estruturas metodológicas, pois o mesmo desvencilhou-se da tradição anterior

[...] que fazia com que se interpretassem, sem limites claros, a forma mórbida e o conceito que a explicava. Pinel estabelece uma distância metodológica entre a observação dos fenômenos e a tentativa de apresentar uma teoria explicativa sobre eles.

Pessotti (2001) relata que, Pinel reconheceu que a forma cruel de tratamento utilizada em Bicêtre de nada contribuía para a proposta do projeto terapêutico e para o estudo da insanidade. Com a proposta de libertar os portadores de doença mental das correntes e das algemas que os prendiam, a intenção dizia respeito não somente ao impulso da Revolução e de seus governantes, mas principalmente a uma exigência médica preocupada com a necessidade de diagnóstico e tratamento corretos da loucura. Com essa prática, institui-se uma nova forma de tratamento que valorizava a relação médico-paciente, que viria a ser o foco de interesse da nova ciência, a Psiquiatria. A pessoa e a presença do médico tornam-se parte do processo de tratamento, seja como uma imagem paternal, autoritária ou amiga.

Silva, L. (2001, p. 82) observa que, sob esta ótica, Pinel

[...] inaugurou a exploração sistemática do campo da loucura e a ordenação dos fenômenos que o constituíam, elaborando sua Nosografia a partir da clínica médica como observação e análise dos fenômenos perceptíveis da doença.

A Psiquiatria é um campo de conhecimento medicamente institucionalizado e caracterizado desde o instante em que a loucura se transforma em um objeto para a experiência humana e obtem, então, o reconhecimento de doença mental. A doença mental é então, uma doença específica, que exige um conhecimento médico exclusivo, e também, métodos e técnicas especializadas (SILVA FILHO, 2001).

Silva Filho (2001, p. 79) relata, ainda, que anteriormente ao final do século XVIII, a Medicina nunca havia se preocupado em saber o que o louco dizia, ou seja, “causas, conteúdos, formas”, embora o que o louco dizia era o que o diferenciava dos demais. Para Foucault (1972), é exatamente nos fins do século XVIII, que surge uma nova disciplina que vai se distinguir em termos de conteúdo, de prática e de agrupamento interno, de toda a Medicina. As circunstâncias que favoreceram seu surgimento estavam relacionadas a um

conjunto de vinculações entre a hospitalização, a internação, as condições e aos processos da exclusão social, as normas de jurisprudência, as regras do trabalho industrial e da moral burguesa.

Para Castel (1978 apud SILVA FILHO, 2001, p. 79), decididamente é no momento da indicação de Pinel, em 1793, para a direção de Bicêtre, que se dá início a um novo campo de saber. A partir desse momento, cria-se

Uma nova concepção da loucura. Ela recebe o nome de doença mental, configurando-se assim uma reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa, e que está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas.

Silva Filho (2001, p. 82) ressalta que toda essa mudança aconteceu num período de crescimento das forças produtivas,

Quando o Estado começa a se constituir na forma política que hoje conhecemos. É nesse momento que o saber médico se coloca a serviço de uma estrutura social que precisa, para se reproduzir, apropriar-se do corpo (que transforma em força de trabalho) e do tempo (que transforma em tempo de trabalho) dos indivíduos.

Para Silva Filho (2001), uma visão reformista na área da assistência, no começo do século XIX, se solidifica na Europa. Médicos e caridosos, com a mesma intenção de oferecer um tratamento humano aos portadores de doença mental, criam novas formas assistenciais baseadas nas reformas americana, inglesa e italiana. Enfim, em toda Europa se multiplica o gesto inovador de Pinel. Para o mesmo autor tem-se, assim, no hospício, a combinação de uma experiência médica e pedagógica, onde a enclausuração fica a serviço da disciplina. Obediência e amabilidade eram favoráveis quando proporcionavam a concretização de seu objetivo: a reintegração do doente mental na sociedade, após o controle de sua loucura e da “[...] normalização através do tratamento moral” (SILVA FILHO, 2001, p. 88).

O saber psiquiátrico, desenvolvido pela primeira escola alienista, apresentava os conhecimentos teóricos que “justificavam o ato de internação”. Tudo isso, em nome “do bem-estar moral e social da coletividade e da ordem pública”. Para Esquirol (1838 apud SILVA FILHO, 2001, p. 89), que foi o primeiro e mais importante dos teóricos dessa “primeira escola psiquiátrica”, a justificativa, para esses procedimentos era que

[...] o isolamento é freqüentemente uma necessidade urgente e absoluta, tanto para a segurança do próprio como da família, assim como para a tranqüilidade pública, e esta necessidade é mais urgente para os indivíduos que pertençam às classes sociais menos afortunadas ou pobres.

De forma geral, essa é a fórmula que comandará a política de assistência ao portador de doença mental em “uma sociedade de classes”, até mesmo posterior ao declínio do alienismo (SILVA FILHO, 2001). Porém, com a reestruturação da assistência médica acontecida na década de 1940, que ordenou o “direito à saúde” e ligando-se de forma direta ao poder do Estado, sobrevêm grandes avanços no conhecimento e práticas psiquiátricas.

Silva Filho (2001, p. 94) relata que após o final da Segunda Guerra Mundial, surge novamente um ideal de reforma das instituições encarregadas do tratamento e cuidados dos portadores de doenças mentais, que se espalha pela Europa e também nos Estados Unidos. Essa proposta passa a exigir maior agilização da organização hospitalar e novas maneiras e condições de tratamento, visando uma maior eficiência na recuperação dos portadores de doença mental especialmente na Europa Ocidental, num momento de falta de forças para o trabalho. Isto envolve a articulação de uma política de “portas abertas” para minimizar o isolamento do doente mental internado no hospício, e a preparação dessa instituição para que seu ambiente voltasse a ser um local de tratamento, sendo, então, construídas as comunidades terapêuticas onde se estimulavam o trabalho em grupo e a preparação de pessoas que atuariam como técnicos, com conhecimento da prática psiquiátrica.

Delay (1953 apud SILVA FILHO, 2001, p. 95) e Deniker (1966 apud SILVA FILHO, 2001, p. 95) destacam que essa nova proposta terapêutica entre o espaço hospitalar e o espaço extra-hospitalar:

[...] para ser eficaz o tratamento envolve não apenas o cuidado dos problemas neuróticos individuais, mas também a compreensão dos problemas novos que o fato de estar em um hospital de doenças mentais cria para o paciente. O paciente, o meio social em que ele vive e trabalha e a comunidade hospitalar de que se tornou membro temporário, todos são importantes e interatuam entre si.

Isto quer dizer que todo o trabalho de intervenção terapêutica depende agora do engajamento, por parte do dispositivo institucional, das normas de relações sociais com maior abrangência que deverão ser ensinadas e assimiladas pelo doente, resultando em mudança de seus hábitos sociais (SILVA, L., 2001).

Ressalta Silva Filho (2001) que, entretanto, sobrava uma população de doentes que não oferecia condições para se encaixarem nesse modelo pedagógico. Esses eram os psicóticos que continuavam não receptivos à nova proposta do novo tratamento psiquiátrico. Foi com o surgimento dos psicofármacos que a prática psiquiátrica conseguiu realizar seus intentos de controle dos transtornos dos doentes mentais.

Na década de 1950, os psiquiatras começaram a utilizar as drogas denominadas neurolépticos.

Tais substâncias, segundo os criadores da primeira, a Clorpromazina, em 1952, que têm a propriedade de produzir um estado de indiferença “especial”; serem eficazes quanto a excitação e agitação psicomotora, e reduzirem os sintomas psicóticos, como alucinações e delírios; causarem um efeito colateral semelhante à síndrome extrapiramidal, e agirem predominantemente sobre estruturas subcorticais (SILVA FILHO, 2001, p. 96).

Silva Filho (2001) relata que, dessa forma, restabelecendo-se com a racionalidade da medicina geral que localizou outra vez no corpo, o lugar das doenças de grande parte de seus doentes, mantendo o que já havia conquistado no século passado por meio da regulamentação de sua autoridade sobre a loucura, e se portando como “embaixatriz social” dos regulamentos vigentes na sociedade, a medicina mental põe em prática sua nova síntese. A partir desse fato, essa nova disciplina tem como principal objetivo a promoção da saúde mental.

Para Silva Filho (2001, p. 97):

O deslocamento da doença para a saúde mental, como objetivo prioritário dos atos médicos psiquiátricos, passa a nortear sua prática para a luta, ao nível das causas possíveis da patologia, contra tudo o que na sociedade possa interferir no bem-estar dos cidadãos. Isto leva à necessidade da produção de um conhecimento psiquiátrico que reflita e atue sobre a sociedade como um todo. Nasce o controle dos perigos virtuais para a sanidade mental dos indivíduos, e com ele a prevenção como saber e prática na Psiquiatria.

Especialmente nos Estados Unidos, no começo dos anos 1960, um novo projeto de prevenção inaugura-se no campo psiquiátrico. Está vinculado à política social americana, no período de combate contra a situação de pobreza, e suas origens se fundamentam nos “programas de ação comunitária” embasadas pelas teorias de que por meio das oportunidades e interações sociais, as questões de saúde e, também os problemas sociais, como “tensões e conflitos”, seriam minimizados ou removidos (SILVA FILHO, 2001).

Silva Filho (2001) comenta que, os psiquiatras americanos em 1961, motivados por um ideal e pressionados pelo problema dos custos sempre elevados da assistência hospitalar aos doentes mentais e a baixa eficiência das respostas terapêuticas que se verificavam nas constantes taxas de ocorrências e cronificação de doentes mentais, sugerem transformação na assistência psiquiátrica. Asseguram como resultado uma diminuição da incidência ou tempo da enfermidade mental e, conseqüentemente uma redução da grande perda emocional e financeira dos familiares que possuem um de seus membros doentes e, também, dos recursos econômicos dos Estados e Nações.

Em 1963, nos Estados Unidos, é inaugurado pelo então presidente Kennedy, um programa nacional de saúde mental, que trata dos gastos e perdas econômicas referentes à atenção psiquiátrica, sendo sugerido como meio alternativo a aplicação das normas preventivistas e da ação comunitária através da criação de centros comunitários para o atendimento aos portadores de doença mental (ROSEN, 1974 apud SILVA FILHO, 2001).

Silva Filho (2001, p. 98) afirma que:

Desde então, a participação do Estado se faz diretamente vinculada às ações de saúde mental, na tentativa de maximizar o potencial terapêutico a atenuar as contradições da prática privada na medida em que preenche os vazios (estendendo a cobertura) na prestação de serviços médico-psiquiátricos.

Caplan (1966) definiu a Psiquiatria Preventivista como comunitária na década de 1960, inserindo-a como parte dos programas de saúde, organizadas pela política do Presidente Kennedy dos Estados Unidos. O autor organizou seu programa em: a) Prevenção Primária – programas para diminuir os transtornos mentais numa comunidade; b) Prevenção secundária – programas para diminuir a duração dos transtornos mentais; e c) Prevenção Terciária – programas para minimizar os danos causados pelas doenças mentais.

Para Birman e Costa (1994), o que Caplan (1966) propôs de novidade foi a Prevenção Primária, devido às outras duas propostas já existirem na prática assistencial comunitária.

É assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da “Comunidade”, que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 56).

Para Birman (1982 apud AMARANTE, 2003), a Psiquiatria Preventivista, organizada após as críticas às estruturas asilares, transferiu o objeto de intervenção da Psiquiatria convencional para a sociedade. O objetivo da intervenção deixa de ser o tratamento das doenças, e sua ênfase passa a ser a prevenção da doença. A Psiquiatria expande, portanto, o seu campo de atuação, cujo objeto, doença mental amplia-se para saúde mental, porém, mantém a mesma racionalidade médica de intervenção.

Portocarrero (1990) comenta que, da metade do século XX até a década de 1980, predominou o discurso da saúde mental caracterizado como discurso reformista, cujo objetivo era a troca do discurso manicomial para efetivar definitivamente, a cientificidade e a humanização do tratamento no seguimento da administração da doença mental. A idéia de doença mental conservou-se no discurso científico, passando a ser explicada não somente pelo ponto de vista somático ou moral, mas dentro de uma perspectiva multifatorial intitulada de biopsicossocial, valorizando uma visão global da pessoa.

2.2.1 O tratamento moral

Resende (2001) menciona que Pinel (1809) dividiu as doenças mentais em quatro classificações básicas: 1- Mania (delírio geral, com ou sem furor), 2- Melancolia (delírio parcial), 3- Demência e 4- Idiotia, e estabeleceu o tratamento moral da insanidade, um tratamento humanitário para os pacientes internados nos hospitais. Foi assim que nasceu o hospital psiquiátrico, ou manicômio, como instituição de pesquisa e tratamento da doença mental. Por esta razão, Pinel é considerado o pai da Psiquiatria.

Nessa época, os nomes mais influentes de um movimento de reforma por meio do qual os loucos seriam pela primeira vez isolados de seus companheiros de infortúnio e começariam a receber atendimentos psiquiátricos foram Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália e Todd nos Estados Unidos. Toda a proposta de tratamento estava centrada em bases humanitárias ou, como enfatizou Mann (1956 apud RESENDE, 2001, p. 25) pode ser definido como ato de humanidade, ou então, como a lei do amor, “este sentimento de simpatia que faz do aliviar da dor do outro o alívio de si próprio”. Movimento este, que difundiu-se com o nome de tratamento moral.

O *Traité de Pinel* (Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental), estudo

publicado em 1801 e republicado em 1809, confere a Psiquiatria o título de especialidade médica e admite a loucura como alienação. Considera como causas desta, as paixões exageradas ou exacerbadas pelas contradições e não acredita na viabilidade da existência de causas orgânicas. Para Pinel (1809 apud PESSOTI, 1994, p. 146), a loucura diz respeito a “[...] um comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade, manifestada pelo paciente por sintomas, que podem ter em comum o fato de referirem-se a uma mesma lesão da vontade ou juízo”. Pinel estabelece como causas provocadoras da alienação a hereditariedade, as sugestibilidades de uma educação pervertida e o descontrole na maneira de portar-se diante da vida.

A idéia de paixões, que Pinel apresenta, refere-se aos vícios, aos desentendimentos conjugais, e a todo tipo de acontecimento que traz sofrimento e prejuízo emocional à pessoa. De acordo com essas teorias derivou-se a visão moralista da loucura, e o tratamento preconizado baseava-se na tarefa de reeducação dos costumes, em que busca enquadrar as atitudes do diferente dentro das normas éticas vigentes e, portanto, restabelecendo o estado normal de suas funções psíquicas (PESSOTI, 1994).

2.3 ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Abordar-se-á neste capítulo, numa perspectiva histórica, como a sociedade brasileira se relacionou e compreendeu as doenças mentais, tendo como referência e influência o quadro internacional.

Resende (2001) informa que o doente mental no Brasil faz sua estréia no cenário urbano, onde também prevalece a desordem, ocasionada pela livre circulação de todo tipo de marginalizado, inclusive os doentes mentais que apresentavam comportamentos bizarros e pela violência com que, muitas vezes, reagem às provocações e zombarias das pessoas nas ruas. Esses acontecimentos resultavam em perigo à paz da sociedade, embora de forma diferente do que ocorreu na Europa, ou seja, ainda não se tinha instalado a industrialização, a urbanização maciça no Brasil, mas já se tornava necessário proibir o livre direito de circulação de doentes mentais pelas cidades. O autor relata ainda, que em ambas as situações, o doente mental, que por muito tempo pôde usufruir de um certo grau de

[...] tolerância social e de relativa liberdade, teve esta liberdade cerceada e

seu seqüestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2001, p. 29).

Pode-se observar que as mesmas circunstâncias sociais ocorridas no Brasil, são as mesmas que aconteceram na Europa nos séculos XVII e XVIII. Os portadores de doença mental foram vistos como desordeiros e perturbadores da paz social e, também, como impedidores do desenvolvimento econômico, por serem improdutivos. Por esta razão, passaram a ser excluídos da sociedade, em locais inadequados. As diferenças são apenas de ordem estrutural, marcadas por diferentes contextos econômicos, políticos, sociais e culturais entre a Europa e o Brasil. Foucault (2002), descreveu que nos séculos XVII e XVIII na Europa, ocorreu o que ele denominou de a grande internação, ou seja, o isolamento em massa dos doentes mentais.

No começo do século XIX, no Brasil, a loucura passou a ser tema das discussões religiosas que, em parceria com o governo, lentamente, isolaram-na do contexto social, segregando-a nos porões e celas fortes dos hospitais das Casas de Misericórdia e nas prisões públicas (FIGUEIREDO, G., 1996).

Figueiredo, G. (1996) relata que, se aconteceu alguma ação política que beneficiasse o doente mental, esta foi a de “exclusão social” e esclarece que dessa maneira, do século XVI ao início do século XIX, toda ação política recaiu sobre a exclusão do doente mental da sociedade.

Foi nesse período de nossa história que se iniciou a exclusão social da loucura, isto é, o processo por intermédio do qual a loucura foi progressivamente desabitando o contexto social para ser confinada a lugares específicos (MACHADO et al., 1978 apud VECHI, 2004, p. 3).

Dentro dessa perspectiva, foi que a doença mental no Brasil, passou a ser referenciada como desordem, perturbação da paz social e impedimento do desenvolvimento econômico, o que não acontecia até o início do século XIX, onde os doentes mentais faziam-se presentes no convívio social, sendo os mesmos eventualmente recolhidos nas prisões públicas da época.

2.3.1 Santas Casas: origem da assistência psiquiátrica no Brasil

Os asilos, hospícios ou hospitais eram os lugares de recolhimento para os que necessitavam da caridade, ou seja, os órfãos, os recém-nascidos abandonados, os mendigos, os morféuticos e os loucos. Esporadicamente contavam com um atendimento médico, por ter como objetivo apenas oferecer um abrigo e alimentos. Portanto, observa-se que esses estabelecimentos surgiram quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia, bem anterior ao nascimento da Psiquiatria como especialidade médica (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Russel-Wood (1981 apud ODA; DALGALARRONDO, 2005) acrescenta que sendo tradição cultural características dos territórios de colonização portuguesa, a confraria leiga católica Irmandade de Misericórdia esteve presente nas principais cidades brasileiras desde o século XVI.

No início, apesar de nem todas as Irmandades brasileiras manterem hospitais de caridade, ao longo dos anos, uma de suas principais funções foi o cuidado curativo dos pobres que a partir da metade do século XIX, passou a oferecer atendimento também às pessoas consideradas alienadas (MESGRAVIS, 1976 apud ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Resende (2001) relata que outras instituições e mesmo as Santas Casas de Misericórdia já existentes desde os séculos XVI e XVII e que acolhiam os velhos, doentes pobres, mendigos e crianças órfãs não abrigavam ou contavam com alienados entre sua clientela. Os doentes das famílias mais abastadas eram escondidos em suas casas, em ambientes próprios ou construções anexas especialmente construídas e quando agressivos ou agitados eram contidos ou amarrados. Dessa forma, ao contrário de como a doença mental se manifestou na Europa na Antiguidade e Idade Média, a impressão que se tem da loucura no Brasil é que ela permaneceu em silêncio por muito tempo, em decorrência da imensa extensão do território brasileiro, não sendo possível considerá-la inexistente em nosso país.

Para Resende (2001, p. 35), as Santas Casas de Misericórdia já recebiam os alienados mentais no meio de seus clientes, mas davam-lhes tratamento diferente dos demais,

[...] amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

Relata, ainda o autor, que o número de leitos não supria a necessidade emergente com que a situação se apresentava nas ruas. Somavam apenas alguns alienados recolhidos aos porões das Santas Casas.

Restavam-lhes as prisões, que dividiam com criminosos, condenados ou não, bêbados e arruaceiros, e onde, contrariamente ao que sucedia nas enfermarias das casas de caridade, os maus tratos eram democraticamente distribuídos a todos (RESENDE, 2001, p. 35).

Figueiredo, G. (2000) relata que entre as irmandades que se estabeleceram no Brasil, no período do descobrimento, a de maior relevância foi a Misericórdia, baseada no modelo da Casa-mãe de Lisboa, esta criada em 1498 por decisão real. A irmandade de Misericórdia chega ao Brasil em 1543 com a inauguração da Santa Casa de Santos, por Braz Cubas. Com o decorrer do tempo, criaram-se vários hospitais, consolidando-se na base assistencial hospitalar da colônia, servindo também, mais tarde, como espaço de preparação e formação dos primeiros médicos brasileiros. Os recursos para a manutenção das suas atribuições tinham origem de donativos sociais e contribuições do Estado.

2.3.2 Os primeiros estabelecimentos exclusivos para pessoas com alienação mental no Brasil

A imagem do doente mental, conforme concepção vigente na Europa, foi introduzida no Brasil Colônia entre os internos das Santas Casas de Misericórdia. A construção do Hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, é um marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira (RESENDE, 2001).

Há informações que desde o início do século XVIII a Santa Casa da Bahia oferecia acomodações para os portadores de doença mental e que esses locais eram chamados de “casinha de doudos”. O primeiro registro de internação de portador de doença mental no Brasil vem da Santa Casa de São João Del Rey, Minas Gerais, no ano de 1817 (FIGUEIREDO, G., 2000).

Para Figueiredo, G. (2000), as Santas Casas foram bastante criticadas por vários estudiosos no que diz respeito aos cuidados que os doentes mentais recebiam, mas que não existiam, no decorrer do século XIX, exemplos assistenciais diferenciados no resto do mundo

nos quais fossem possíveis se espelhar. Relata, ainda, que no século XX, ocorreu no Brasil problema maior quando as Santas Casas deixaram de fazer parte do quadro assistencial psiquiátrico, e outros modelos assistenciais com novas propostas de atendimento já se faziam presentes em vários países. Relata o autor, que nas décadas de 1970 e 1980, observa-se hospitais públicos e privados enclausurarem doentes mentais com a alegação de tratamento, mas boa parte deles com interesses apenas lucrativos.

Mângia (1997) assevera que a urgência da instituição psiquiátrica no Brasil evidenciou-se ainda no Império, no ano de 1830, quando os médicos do Rio de Janeiro passaram a denunciar a terrível situação dos alienados recolhidos nas prisões e na Santa Casa. Os médicos passam a observar a necessidade da criação de uma instituição específica para asilar os alienados mentais. O hospício D. Pedro II inaugurado em 1852 e outras instituições que são construídas no império, atendem principalmente as necessidades iniciais da urbanização do Rio de Janeiro e São Paulo, não caracterizando ainda a “gestão médica da instituição psiquiátrica” que veio acontecer no período republicano inaugurando a chamada Psiquiatria Científica, caracterizada pela direção médica na administração e gerenciamento do hospício, consolidando a disciplina psiquiátrica que amplia de forma gradativa seu campo de atuação, direcionando suas ações para questões sociais, como a criminalidade, a prostituição e o alcoolismo.

Segundo Mângia (1997), o tratamento moral no Brasil, aparece agregado à proposta de asilamento científico e foi em São Paulo que o mesmo atingiu seu apogeu, a princípio no Hospital do Juqueri em Franco da Rocha. É dentro desse contexto de transição do velho para o novo asilo que alguns autores defendem que a disciplina asilar deve pautar-se na subordinação a um rígido regime de trabalho realizado pelos internos. Franco da Rocha é visto como o ideólogo mais significativo dessa proposta no Brasil, mesclando sugestões oriundas de estudiosos europeus contemporâneos com a prática elaborada naquela que se transformou no modelo de instituição psiquiátrica brasileira no começo do século e nas décadas posteriores. As características das práticas que teve início nessa instituição são herdadas das concepções do tratamento moral europeu.

Mângia (1997) diz que Franco da Rocha em *A questão do trabalho nos hospícios* (1889), defende o trabalho no hospício, justificando sua decisão baseada nas concepções de vários alienistas europeus, que defendem a importância do trabalho para os alienados e, também, para a instituição. Sua proposta condena a ociosidade, vendo-a como prejudicial para

qualquer pessoa, seja ela, doente ou não. Atribui ao trabalho a possibilidade de afastar as “fantasias mórbidas”, maus costumes e inclinações destrutivas e de direcionar o fluxo das energias nervosas, que se não forem direcionadas para uma ocupação organizada apresenta-se como energia destrutiva, trazendo prejuízo à instituição. Acredita que o trabalho resultaria em controle da loucura não possibilitando suas manifestações bizarras e trazendo ordem e economia para a instituição. Outra vantagem apontada por Franco da Rocha (1889 apud MÂNGIA, 1997), é a de que os exercícios físicos oriundos do trabalho, fazem com que as funções fisiológicas sejam estimuladas, propocionando, aos alienados, melhores condições de alimentação e sono. Defendia, também, que o aspecto moral e pedagógico do trabalho instaurava novos hábitos, proporcionando um exemplo para aqueles que não seguiam o caminho normal da vida.

O trabalho na agricultura é proposto como o mais eficiente por exigir menos esforço intelectual, e pelo fato do doente mental poder praticá-lo em total liberdade.

Franco da Rocha (1900 apud MÂNGIA, 1997, p. 93) defende o trabalho na agricultura dizendo:

Não há dúvida alguma que a agricultura constitui a ocupação mais apropriada, tanto para os loucos crônicos como para os convalescentes. No trabalho da agricultura uma grande maioria de doentes voltará de novo à sua atividade habitual; mas, abstraindo mesmo desse fato, a agricultura em si é a mais favorável das ocupações para os loucos. A diversidade de serviços, o constante movimento em liberdade, a modesta aplicação de inteligência que esse trabalho exige, a satisfação em ver o crescimento das plantas e dos animais, sem que venha perturbá-la o medo de insucesso, tudo isso concorre para que a agricultura exerça uma influência curativa notável sobre o estado físico e mental dos doentes.

Com base nesses argumentos, defendia-se a construção em todos os hospitais psiquiátricos, de colônias agrícolas, que de acordo com a psiquiatria moralizadora, traria de volta a humanização perdida pela doença mental. Havia também, a proposta de variados trabalhos para os pacientes, diferenciados pelo sexo e classe social (MÂNGIA, 1997).

Outras instituições além do Hospício de Alienados Pedro II, ainda no período do Segundo Reinado, foram criadas e muitas denominadas exclusivas para alienados como a de Pernambuco (1864), Hospício de Alienados de Recife, Olinda; Hospício Provisório de Alienados, em Belém, Pará (1873); Asilo de Alienados São João de Deus, Salvador, Bahia (1874); Hospício de Alienados São Pedro, Porto Alegre, Rio Grande do Sul (1884), e a

criação do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo em Fortaleza, Ceará (1886) (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Ferraz e Figueiredo (1998) escrevem que o pensamento brasileiro de hospício do século XVI, até aproximadamente no final do século XIX, estava coerente com a idéia portuguesa e com todos os outros povos que assimilaram o significado latino de *hospitium* a seus idiomas, ou seja, um pensamento ligado à noção de caridade e religiosidade. Para os autores, a eleição do hospício estabelece-o como modelo assistencial aos doentes mentais no Brasil apesar de ter inspiração em práticas européias do século XX, e está vinculada a uma idéia mantida pela orientação de caridade.

Está na origem dos modelos assistenciais brasileiros em saúde mental, a caridade, revelando-se prática presente dentro dos hospitais psiquiátricos. Para Ferraz e Figueiredo (1998, p. 4), “[...] no início, a caridade era católica, até o gradativo afastamento das Santas Casas de Misericórdia do problema, que foi herdado pelos espíritas de orientação Kardecista”.

Por mais de quatro séculos, os hospitais da Misericórdia se caracterizaram como base assistencial brasileira. Boxer (1969 apud FERRAZ; FIGUEIREDO, 1998, p. 4) relata o que o físico francês Charles Dellon escreveu sobre a Misericórdia, no século XVII: “A Caridade constitui toda a base desta nobre e muito gloriosa sociedade” [...]. Foi esta a característica do processo até o advento da República. Com a retirada da Misericórdia do campo da assistência aos doentes mentais, termina também o compromisso católico de gerenciar o problema, mas não termina o modelo de caridade que ainda se perpetua (FERRAZ; FIGUEIREDO, 1998).

Segundo Maciel (1999), com a criação do Hospício D. Pedro II, outras províncias ainda no império, decidiram pela implantação de seus asilos para alienados. Foram elas: São Paulo, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul. Nos Estados do Pará, Amazonas, Maranhão, Ceará, Paraíba, Alagoas, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná, os asilos teriam sido implantados no período da Primeira República. Para o autor, os outros Estados não optaram pela criação de asilos, o que caracterizou que o processo de hegemonia quanto à tutela dos loucos pelo Estado, não se realizou de maneira homogênea no Brasil. Pela forma de organização da Federação, constitucionalmente não era atribuição do Governo Central resolver questões internas de saúde dos Estados, o que dificultou a implantação de uma política nacional de atenção aos portadores de alienação mental, levando-os a buscarem alternativas diferenciadas para lidar com as questões de administração da doença mental.

Para Oliveira (2003), a região Centro-Oeste até o ano de 1960, era uma região muito pouca habitada. Relata que na década de 1960 e nas décadas posteriores, aconteceu um grande processo de mudança econômica nessa região. Nesse período, a região Centro-Centro era considerada no cenário nacional, a “fronteira capitalista recente”, recebendo, portanto, investimentos e grande fluxo de migrantes das regiões Nordeste, Sudeste e Sul e pela construção da cidade de Brasília que fazia com que se deslocasse para a região Centro-Oeste grande número de migrantes. O autor ainda comenta que, em 1970 o Estado de Mato Grosso tinha apenas um único hospital psiquiátrico, o Adauto Botelho, em Cuiabá, capital do Estado, hospital público que contava com 250 leitos e aproximadamente 500 pacientes internados. O atendimento era precário, como em quase todos os outros hospitais psiquiátricos brasileiros. O número de médicos era em torno de quatro, o quadro de enfermagem era reduzido, desqualificado e sem formação técnica.

2.3.3 Fundação do primeiro Hospital Psiquiátrico em Campo Grande-MS

O Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, situado na cidade de Campo Grande-MS, na rua Dr. Bezerra de Menezes, n. 325, Vila Planalto, constitui-se numa entidade filantrópica e sem fins lucrativos. Tem como entidade mantenedora o Centro Espírita Discípulos de Jesus, com sede na capital de Mato Grosso do Sul. É a maior instituição psiquiátrica do Estado destinada ao atendimento de pacientes em crise aguda que necessitam de internação. Foi inaugurado em janeiro de 1966, primeiramente, com o nome de Sanatório Mato Grosso. Com a divisão do Estado, ocorrida em 11 de outubro de 1977, de acordo com a Lei Complementar n. 31 que criou o Estado de Mato Grosso do Sul, passou a denominar-se Hospital Nosso Lar.

O Hospital tem 40 anos de funcionamento e é um hospital de referência no Estado. O mesmo dispõe de 160 leitos conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 50 leitos para o atendimento a outros convênios e particulares e recebe pacientes encaminhados da cidade e de todo o Estado. Mato Grosso do Sul possui atualmente 78 Municípios, e conta com uma população de aproximadamente 2.264.468 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005). O hospital mantém uma parceria com os Municípios e sua capacidade operacional está sempre lotada. Como não existe no Município uma central de regulação de vagas para os pacientes psiquiátricos que necessitam de internação, os atendimentos a esses pacientes são agendados pelo serviço social do hospital. Quando

atendidos, o médico decide ou não pela internação. O Hospital Nosso Lar possui um quadro de 160 funcionários, tais como: médicos psiquiatras, clínico geral, psicólogas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêutico, nutricionistas, dentista, recepcionistas, cozinheiras, copeiras, serviço de manutenção, pedreiros, serventes e funcionários da área administrativa, entre outros.

Sua fundadora foi Maria Edwirges Borges que se propôs a construir um hospital psiquiátrico em Campo Grande, sensibilizada com o fato de que as pessoas que apresentavam problemas mentais e de comportamento, então eram recolhidas à cadeia pública, ato que para ela se caracterizava como desamor. Esteve à frente do mesmo até o ano de 2000, quando veio a falecer, sendo um nome expressivo nos anais da história de Campo Grande, pois seu trabalho assistencial se estendeu por várias regiões do Estado.

2.4 A ANTIPSIQUIATRIA

2.4.1 A desconstrução do saber médico sobre a loucura

Como o termo já induz a um pensamento de contradição, pelo fato do prefixo *anti* levar a uma idéia de controvérsia, escolheu-se a definição de Roudinesco e Plon (1998, p. 24) que a caracterizaram dizendo:

Embora o termo antipsiquiatria tenha sido inventado por David Cooper num contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político radical de contestação do saber psiquiátrico, desenvolvido entre 1955 e 1975 na maioria dos grandes países em que se haviam implantado a psiquiatria e a psicanálise: na Grã-Bretanha, com Ronald Laing e David Cooper; na Itália, com Franco Basaglia; e nos Estados Unidos, com as comunidades terapêuticas, os trabalhos de Thomas Szasz e a Escola de Palo Alto de Gregory Bateson.

A gênese da antipsiquiatria está na década de 1960, oriunda de uma corrente de contestação tanto cultural, quanto política, que ocorreu na Inglaterra (AMARANTE, 2003). Para o mesmo autor, esses movimentos (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*) tinham como integrantes um grupo de psiquiatras, com destaque para Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, muitos dos quais possuíam bastante experiência em psiquiatria e psicanálise.

Segundo Amarante (2003, p. 42),

O consenso entre eles diz respeito à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia. Aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica.

Com o aparecimento dos movimentos de reforma psiquiátrica, a antipsiquiatria se transformou em um processo “contracultural” que começou a interrogar o problema da doença mental e a própria Psiquiatria, e se caracterizou por uma crítica global e ideológica desse movimento. A antipsiquiatria serviu para agilizar as fronteiras entre a razão e a loucura no pensamento da época, como, também, para comprovar a influência das incoerências sociais e da alienação na construção da doença mental (DESVIAT, 2002, p. 41).

Birman (1982 apud AMARANTE, 2003, p. 42) afirma:

A naturalização do binômio loucura/doença mental passou a ser questionada, o que não acontecia no quadro da racionalidade médica e no quadro epistemológico anterior. Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida a sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? São questões que passaram a se colocar como centrais. O que era até então considerado óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações, deslocando-se a interpretação desses fenômenos para o pólo de uma produção social e institucional da loucura como enfermidade mental.

A antipsiquiatria é um:

[...] movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, veiculando um ideário ricamente polêmico. A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula (MEYER, 1975 apud AMARANTE, 2003, p. 42).

Barreto (2005, p. 127) afirma que a antipsiquiatria inglesa, de Laing e Cooper, foi a que iniciou a desconstrução e deslegitimação do saber psiquiátrico como um grupo de técnicas de anulação social, a qual também colocou em questão o conceito de doença mental,

atingindo grande impacto no período ao propagar a denúncia da violência mostrada pela Psiquiatria, tendo como alvo a esquizofrenia, considerada “o símbolo sagrado da psiquiatria”. De acordo com Szasz (1994), a doença mental apresenta-se de forma sutil, caracterizada pela violência das pessoas consideradas normais contra aqueles que eram vistos como loucos. Segundo Rosa (2003), os formuladores da antipsiquiatria inglesa creditam a causa da esquizofrenia aos conflitos familiares, às relações de autoritarismo que não possibilitam processos de crescimento individual. Já a antipsiquiatria americana teve destaque com a produção teórica de Szasz (1979, p. 36), com a obra *O mito da doença mental*, na qual evidencia a confusão realizada entre cérebro e mente, e opõe-se à “[...] existência da doença mental como doença anátomo-patológica, segundo o padrão médico e científico, que afirma ser a enfermidade mental uma doença do cérebro”.

Szasz (1994) entende, dessa maneira, que a apresentação dos sintomas, comportamento desviante, é questão de juízo de valor que propõe a invalidação do diferente, um indivíduo que apresenta problemas de vida e não patologia. O autor entende que a internação psiquiátrica é uma maneira de castigo utilizada em nome da terapia psiquiátrica, a qual burla a ética da liberdade política. Na sua compreensão, é uma atitude aceitável socialmente de se livrar de indivíduos considerados indesejáveis e inoportunos.

Vizeu (2005) argumenta que a antipsiquiatria relaciona-se a um movimento no qual põe em dúvida a validade da psiquiatria como método científico de tratamento da doença mental. Seus organizadores questionam epistemologicamente a disciplina psiquiátrica como norma de saber fundamentada “numa lógica causal e analítico-empírica”, portanto, não sendo a Psiquiatria especializada no tratamento das doenças mentais, que é altamente subjetiva e não relacionada aos aspectos objetivos da realidade da pessoa.

De acordo com Amarante (2003, p. 44),

[...] a antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado da sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do discurso através da metanóia, da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada.

Embora a antipsiquiatria dê seguimento a um processo de cisão radical com o conhecimento moderno da Psiquiatria, termina por organizar outra referência teórica para a esquizofrenia, baseada na escola de Palo Alto, denominada teoria da lógica das comunicações, ou seja, a causa da esquizofrenia estaria relacionada aos problemas de comunicação entre as pessoas (AMARANTE, 2003).

Porém, credita-se à antipsiquiatria um reconhecimento que não se limita somente ao registro do pioneirismo histórico mas por ter elevado o trabalho de maior contestação, onde culminou no “[...] ponto de convergência em que a clínica e política se encontram no projeto da Psiquiatria Democrática italiana de desinstitucionalização radical” (BARRETO, 2005, p. 128).

2.4.2 A Psiquiatria Comunitária de Franco Basaglia e a Lei n. 180/1998

Para Amarante (2003), as propostas de reorientação da assistência psiquiátrica apresentam-se mergulhadas em contextos históricos e sociais precisos, sendo, assim, datadas e adornadas por questões relacionadas entre saberes, práticas e subjetividades. O autor relata que, as experiências de reorganização das práticas psiquiátricas que aconteceram na Itália, França, Estados Unidos, Inglaterra e Brasil estão relacionadas e demarcadas por particularidades, portanto, faz-se necessário leituras específicas.

Em seu livro, *Loucos pela Vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Amarante (2003, p. 46) revela que:

[...] as experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil encontram-se relacionadas e ao mesmo tempo marcadas por singularidades e, portanto, merecendo leituras particulares. Tal particularidade não exclui a possibilidade de que tenhamos marcos históricos comuns, por exemplo, as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da Segunda Guerra Mundial.

Para Amarante (2003), torna-se interessante a maneira como, em um momento sócio-histórico preciso, acontecem as apropriações particulares das necessidades sociais e, portanto, como determinados cenários sociais se comportam nas relações com o trabalho, a doença, o desvio e a diferença de maneira geral. Nesse sentido, concede-se à história uma força

demarcadora de diferença, sendo considerada como desconstrutora dos mecanismos institucionais vistos como a-históricos e, assim, imutáveis ou eternos.

Amarante (2003, p. 47) relata que, com um discurso radical contra o modelo psiquiátrico vigente, o projeto iniciado por Franco Basaglia em 1960 e que o movimento da psiquiatria democrática italiana deu continuidade,

[...] afirma a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.

Barros (1994 apud AMARANTE, 2003) comenta que, com essa crítica à Psiquiatria tradicional inicia-se nos anos de 1960, no manicômio de Gorizia, na Itália, por Franco Basaglia, um projeto de humanização do hospital psiquiátrico. O modelo de comunidade terapêutica, planejado por Maxwell Jones, na Inglaterra, é usado inicialmente como estratégia para desencadear uma crise interna no dispositivo institucional para, depois, proporcionar a “[...] projeção da gestão psiquiátrica e das contradições sociais e políticas que lhe são conexas, para fora dos muros da instituição” (BARROS, 1994 apud AMARANTE, 2003, p. 47).

Desviat (2002) discorre sobre o movimento Psiquiatria Democrática, declarando que o mesmo tornou-se a plataforma basagliana que tinha intenção de expandir em todo o território italiano o projeto de reforma.

O Partido Radical propôs um plebiscito para a revogação da legislação psiquiátrica em vigor. Por iniciativa do Estado, constituiu-se uma comissão para rever a lei de 1904. A Lei 180, aprovada em 13 de maio de 1978, adotou normativamente o que constituía a precondição do processo desinstitucionalizador: o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade (DESVIAT, 2002, p. 45).

Na proposta de reforma psiquiátrica que aconteceu no Brasil na década de 1970 e que foi conduzida pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, teve como subsídio os fundamentos teórico-prático dos pressupostos de Basaglia (1985). Para esse autor, os pressupostos incluem um processo de desconstrução e de invenção referente as tecnociências,

aos ideais e da função dos técnicos e intelectuais. Seus pressupostos estão pautados numa visão de loucura e sofrimento psíquico, não como situações a serem deturpadas ou apenas toleradas, mas aceitas pela sociedade e tratada como tal.

A Lei n. 180/1978 da Reforma Psiquiátrica italiana fixa:

- a) Suspensão de novas internações em hospital psiquiátrico a partir de maio de 1978; suspensão também, de qualquer tipo de internação a partir de dezembro de 1981 e proibição da construção de novos estabelecimentos psiquiátricos;
- b) Os serviços psiquiátricos na comunidade, os serviços territoriais, devem ser construídos em áreas geográficas estabelecidas e trabalhar em parceria com os serviços de pacientes internados, a fim de promover a continuidade do tratamento. Esses serviços podem dispor de unidades psiquiátrica com, no máximo, 15 leitos nos Hospitais Gerais, onde se realizarão todas as internações, tanto voluntárias quanto compulsórias;
- c) A extinção do estatuto de periculosidade social do doente mental. Nos procedimentos obrigatórios, fixou-se que um juiz deveria tutelar a salvaguarda dos direitos civis dos pacientes. A internação compulsória, perante a não aceitação do tratamento, em casos urgentes, pode ser autorizada por dois médicos, ou pelo prefeito ou seu representante legal. Esse procedimento está sujeito a uma revisão judicial depois de dois e após sete dias, dispondo de grande aparato de recursos para apelações.

Desviat (2002) acrescenta que está bem claro que essa lei contribui de forma valiosa para a reforma, ao mesmo tempo que proporcionou medidas concretas e operacionais, sem deixar também de provocar muitos conflitos e mudanças. Conforme Rotelli (1987 apud DESVIAT, 2002, p. 46), Franco Basaglia, o inspirador da Reforma Psiquiátrica italiana disse: “Por sua lógica interna, pelas características com que funciona, essa lei cria mais contradições do que as resolve. Mas isso, como vemos, não significa que seja uma lei ruim, muito pelo contrário”.

Para Rosa (2003, p. 66), além de Basaglia perceber o hospício como uma das instituições de violência, ele “[...] implementa uma negação ativa dessa organização a partir de seu interior, mobilizando seus atores e recursos em toda sua dimensão cultural e material,

visando a criação de novos serviços, de base comunitária”. Diz ainda que Basaglia, além de reforçar a influência do psiquiatra, dá poder a outros profissionais da equipe de saúde mental, aos usuários, aos familiares e também ao público em geral dos serviços.

Rosa (2003) argumenta que, enquanto a antipsiquiatria negava a doença mental, a perspectiva basagliana assumia totalmente os cuidados pelos pacientes com sofrimento psíquico, propondo um trabalho de desconstrução do hospital psiquiátrico, visando a reconstrução das pessoas como atores sociais.

Segundo Rotelli (1991), com a aprovação da Lei n. 180/1978, os portadores de doença mental readquirem seus direitos de cidadania política e civil. Para ele, após a aprovação da lei, todos os países ocidentais procuram reformar seus modelos psiquiátricos. Na Europa Ocidental, procurou-se construir serviços extra hospitalares, na expectativa de que essa decisão resultaria em curas para os portadores de doença mental e na redução do número de internados nos hospitais psiquiátricos.

Transcorridos mais de 30 anos da aplicação da Lei n. 180/1978, Rotelli (1991, p. 119) relata:

[...] podemos afirmar tranqüilamente que esta política faliu. Faliu na Inglaterra, na França, nos Países Escandinavos e depois também na Alemanha. A política de aumentar os serviços externos para reduzir os hospitais psiquiátricos e oferecer melhores possibilidades de cura foi considerada um fracasso por todos os governos da Europa Ocidental. A população de internados nos hospitais psiquiátricos franceses permaneceu inalterada em 110 mil pessoas. Fenômeno análogo verificou-se na Inglaterra, na Alemanha, nos Países Escandinavos e na Holanda.

Outro modelo de transformação aplicado no campo de assistência psiquiátrica ocorreu nos Estados Unidos, e foi o de desospitalização, com o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Rotelli (1991, p. 120) afirma:

Nos Estados Unidos, como se sabe, passou-se, nos últimos 20 anos, de 580 mil internados para 90 mil atualmente. O fechamento de 70% dos hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos foi realizado sobretudo para reduzir as despesas do Estado. O governo Kennedy determinou a formação de 800 centros comunitários de saúde mental para substituir 2 mil hospitais psiquiátricos. Com o governo Reagan, quase todos estes centros foram suprimidos. A política americana de saúde mental pode, portanto, ser facilmente identificada pelo simples slogan: ‘os loucos pelas ruas’.

Para Sonenreich e Silva Filho (1995), a palavra desospitalização passa a ser inserida nos programas de saúde mental, nos países mais desenvolvidos do mundo, nos anos de 1960. O discurso da época era de que o hospital psiquiátrico ao invés de tratar, cronifica. Relatam os autores que vários estudos comprovam que determinados casos progredem para deterioração mesmo recebendo tratamento extra hospitalar. Para os autores, a hospitalização em hospitais psiquiátricos ruins não traz benefícios aos pacientes, mas melhorando o atendimento e as condições dos mesmos, o paciente irá beneficiar-se do resultado terapêutico. Observa-se que para os autores, os prejuízos não estão na internação em si, mas na péssima qualidade dos serviços existentes.

Sonenreich e Silva Filho (1995) relatam que, em nenhum país foram implantados serviços comunitários capazes de substituir o hospital psiquiátrico. O modelo italiano, com a Lei n. 180/1978, é visto por vários estudiosos como um fracasso. Até seus defensores concordam que os resultados esperados não foram alcançados devido a não alocação de verbas suficientes para a efetivação dos cuidados alternativos na comunidade. Os autores combatem as más condições humanas e materiais nos hospitais psiquiátricos, dando ênfase na ampliação do atendimento ambulatorial, evitando ao máximo a hospitalização. Para eles, a extinção dos hospitais psiquiátricos trará sérios problemas para os pacientes e seus familiares, constituindo um ato de desumanidade.

Lovisi (2000) argumenta que, o processo de desospitalização dá prioridade ao atendimento psiquiátrico extra-hospitalar, buscando evitar a hospitalização dos portadores de transtorno mental. Na década de 1960, nos Estados Unidos, torna-se realidade a desinstitucionalização psiquiátrica, deslocando para os serviços alternativos implantados na comunidade o atendimento e tratamento dos doentes mentais. Esse redirecionamento do atendimento em saúde mental ostentava três fatores-chaves: 1) diminuir a porcentagem de hospitalizados em hospitais psiquiátricos; 2) reduzir o tempo de hospitalização; e 3) empreender tanto quanto possível o tratamento nos serviços alternativos implantados na comunidade.

Para Lovisi (2000), essa reorientação do atendimento em saúde mental, está em fase adiantada nos Estados Unidos, tanto no que diz respeito à duração da implantação dos serviços, quanto à diminuição dos leitos psiquiátricos públicos. Relata o autor, que têm ocorrido várias críticas a esse processo, relacionadas ao mal planejamento, à falta de orientação da população quanto ao processo, e à falta de valorização dos aspectos culturais da

região quanto a implantação dos programas. Para Torrey (1988 apud LOVISI, 2000), a principal crítica está relacionada à falta de articulação tanto administrativa quanto financeira entre os hospitais psiquiátricos e os serviços de atendimento alternativos na comunidade. Esses serviços começaram a priorizar o atendimento de pacientes neuróticos, deixando de atender os pacientes em crises agudas e crônicos, aumentando com isso, o número de doentes mentais crônicos entre a população que vive nas ruas. Foi constatado que os profissionais de saúde mental dos serviços comunitários não apresentavam formação clínica especializada para tratar os pacientes que foram desospitalizados, além do número de centros comunitários construídos terem sido inferiores à previsão inicial e as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não deram conta de receber toda a demanda.

Lovisi (2000) também relata que, apesar do problema da desinstitucionalização psiquiátrica ter sido uma questão relevante para o aumento de moradores de rua nos Estados Unidos, em outros países isso não aconteceu. A não articulação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços comunitários ocorrida nos Estados Unidos não aconteceu no Reino Unido, sendo relevante nesse acontecimento as diferenças das políticas de saúde implantadas nos dois países. Nos Estados Unidos, o financiamento do sistema de saúde é fundamentado no seguro-saúde, sendo as hospitalizações e o atendimento dependentes qualitativamente e quantitativamente da agência de seguro à qual o paciente faz parte. No Reino Unido, o financiamento é feito por intermédio de um sistema público de saúde, com a cobertura sendo igual para todas as pessoas. Para o autor, no Reino Unido o processo de desinstitucionalização psiquiátrica aconteceu de maneira mais racionalizada, com a diminuição gradativa dos leitos psiquiátricos ocorrendo uma maior articulação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços comunitários, sendo os pacientes transferidos para uma rede alternativa de atendimento já implementada e à disposição dos pacientes.

Relata Lovisi (2000), que Marshall (1989) e Weller (1986) afirmam que apesar de haver diferenças entre a implantação do processo de desinstitucionalização psiquiátrica entre os Estados Unidos e Reino Unido, houve aumento da população de rua na Inglaterra com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Acreditam que esse aumento do número de moradores de rua pode, também, estar relacionados a outros fatores, tais como, nível alto de desemprego, deficiência na política de habitação para a população de renda salarial baixa e a resistência dos profissionais de saúde mental quanto à internação dos pacientes em crise aguda.

Zusman (1992) cita, ao referir-se aos movimentos que são contrários aos hospitais psiquiátricos que é fundamental a criação de uma mentalidade nova, uma reelaboração de concepções junto à população, e redes alternativas eficazes de assistência, antes de simplesmente desativar os hospitais psiquiátricos. A preocupação com o ser humano portador de sofrimento psíquico deve ser maior do que os interesses apenas econômicos e políticos, dentro de uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se quer prestar assistência.

2.5 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO SUS

[...] somente se ajudarmos a preservar e recuperar a saúde mental de nossas populações preteridas é que elas poderão tentar fazer a mudança de que precisam para preservar e recuperar sua saúde em geral, e para continuarem sendo os agentes do desenvolvimento social (GONZÁLEZ-UZCÁTEGUI; LEVAV, 1991, p. 59).

2.5.1 Movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira

Ao referir-se à Reforma Psiquiátrica brasileira percebe-se a necessidade de entendimento desse segmento da história de organização da assistência psiquiátrica, partindo de suas resoluções gerais e específicas no cenário nacional.

Com o fim da II Guerra Mundial, surgiram muitos movimentos de protestos contra o saber e práticas psiquiátricas foram desenvolvidas em vários países, com destaque à Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. Foram movimentos reformistas do atendimento psiquiátrico na contemporaneidade no que diz respeito a uma reorganização técnica-científica e administrativa da Psiquiatria, sem o radicalismo da desinstitucionalização, organizada pelo movimento italiano nos anos de 1960. Muitos desses movimentos questionavam o dispositivo médico psiquiátrico e as instituições que lhe diziam respeito, tais como a experiência de Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorizia e Trieste (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Silveira e Braga (2005, p. 5) afirmam que uma significativa discussão na concepção de

reforma relaciona-se ao conceito de “[...] doença mental, o qual passa a ser desconstruído para dar lugar a nova forma de perceber a loucura enquanto ‘existência-sofrimento’ do sujeito em relação com o corpo social”. Para os autores, a reforma psiquiátrica brasileira desenvolveu seus fundamentos teóricos embasados nessa concepção, orientando-se pela visão teórica apresentada na reforma italiana. No entanto, destacam que o processo histórico do trabalhar com a doença mental no Brasil teve características distintas daquelas ocorridas na Europa.

Para Paulin e Turato (2004), a década de 1970 foi assinalada no Brasil pela influência crescente de propostas que na Europa e especialmente nos Estados Unidos já estavam efetivadas, através da psiquiatria comunitária. O decreto do presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, chamado *Community Mental Health Center Act*, foi embasado nas propostas preventivistas de Caplan (1966) que traçava nova direção aos objetivos da Psiquiatria. A partir daí, incluiu-se como meta, a diminuição da doença mental na comunidade, dando ênfase à promoção da saúde mental no Brasil. As propostas preventivistas tornam-se as maiores referências nas organizações setoriais da Psiquiatria brasileira, em oposição ao modelo hospitalar privado que se tornara dominante.

Goulart (2006, p. 11) acrescenta que o movimento de Luta Antimanicomial, a partir do fim da década de oitenta, tornou-se um dos mais importantes “atores” da sociedade civil brasileira na continuidade da mudança no cenário da saúde mental:

Trata-se de um fenômeno associativo de caráter mobilizador e reivindicador que congregou profissionais de saúde mental (particularmente psiquiatras e psicólogos que trabalham no setor público como técnicos e como gestores); os portadores de sofrimento mental, em especial os usuários ou ex-usuários dos serviços de saúde mental, e familiares dos portadores de sofrimento psíquico.

O Movimento, atualmente está estruturado com base em núcleos articulados em forma de redes em vários Estados da federação, contendo uma secretaria nacional, garantindo uma descentralização efetiva das ações, como também, realizando congressos bianuais e encontros nacionais semestrais (GOULART, 2006).

Goulart (2006) relata que dentro deste movimento foi que apareceram iniciativas que se tornaram essenciais tanto no aspecto legislativo como assistencial. As estratégias do movimento proporcionam reformas na legislação e na organização de novos modelos substitutivos que fossem específicos para o atendimento de maior urgência, não só numa

visão clínica mas, também, de reabilitação sociocultural dos usuários dos serviços, ou seja, dos portadores de doença mental.

A luta antimanicomial está relacionada a um movimento que atua em benefício dos direitos humanos violados nos hospitais psiquiátricos, cujo objetivo principal é denunciar a forma desumana de tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais. E isso só foi possível com o comprometimento político de entidades da sociedade civil que tornavam público as barbáries dos hospitais psiquiátricos e solicitavam das autoridades medidas contra tais instituições (VIZEU, 2005).

2.5.2 O processo de Reforma Psiquiátrica

Tenório (2002) comenta que é comum imaginar que as palavras reforma e psiquiatria passaram a caminhar juntas, apenas recentemente. Para ele, elas são parceiras desde o surgimento da própria Psiquiatria e acrescenta:

Sabemos que foram os ‘reformadores’ da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com os outros marginalizados da sociedade (TENÓRIO, 2002, p. 4).

Delgado (1992 apud TENÓRIO, 2002) observa que no decorrer do século XIX, as iniciativas reformadoras deram seqüência visando dar uma direção científica às instituições especializadas. Já no século XX, a reforma começa a se posicionar pela crítica à insuficiência do asilo, construindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas.

Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um desafio reformista, e o ‘fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70’ é outra iniciativa do ‘reformismo no campo da saúde mental’ no Brasil (TENÓRIO, 2002, p. 4).

Para Tenório (2002, p. 5), “O processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira data de pouco mais de vinte anos e tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco.” Delgado (1992 apud TENÓRIO, 2002, p. 5) afirma: “Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas – bastante novas, a reforma insiste num argumento originário: os ‘direitos’ do doente mental e sua ‘cidadania’”.

Amarante (2003, p. 87), ao tratar do tema, define a reforma dizendo:

Está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação política-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início com o surgimento do Movimento Sanitário, nos anos de 1970, visando à transformação dos modelos de atenção e administração das práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, igualdade no oferecimento dos serviços e participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde no que diz respeito à organização e produção de tecnologias de cuidado. Apesar de ser contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem sua própria história, dentro de um contexto internacional de propostas de mudanças para a superação da violência nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Esse processo foi criado já no final dos anos 1970, em plena crise do

[...] modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 6).

Soalheiro (2003) relata que, o Movimento Sanitário ocorreu no início da década de 1980, tornando-se de grande importância para a concretização da Reforma da Saúde no Brasil. Para o autor, o Movimento Sanitário pode ser considerado como precursor político da Reforma Sanitária brasileira, e sua principal característica foi unir diferentes atores sociais, intelectuais, trabalhadores, sindicalistas, usuários entre outros, na proposta política de mudança do sistema de saúde. Acrescenta ainda, que apesar dos intelectuais apresentarem propostas de mudanças nas políticas de saúde, houve uma exacerbação do pensamento crítico em relação à saúde e uma aplicação na construção de um saber relacionado somente à gestão e planejamento do sistema de saúde e da reforma da assistência na área de saúde mental. As

questões que possibilitaram a identidade desse movimento foram a não concordância do modelo que vigorava na década de 1970 de um lado, e por outro, a idealização de um modelo de saúde com características de universalidade ao acesso, integralidade e equidade na atenção, descentralizado e com a participação da comunidade em sua gestão. Para Amarante (2003), a ação política do Movimento Sanitário brasileiro alcançou sucesso, pois proporcionou significativos avanços tais como, a consolidação de um aparato jurídico-legal para o novo modelo, o SUS, sendo suas normas e corpo doutrinário, acrescentados na legislação e na Constituição Federal do país.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo político e social complexo, dele fazendo parte usuários, instituições e movimentos de origens diferentes, e que acontece em:

[...] territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Para Amarante (2003, p. 88), torna-se difícil identificar o início do processo de modificação da prática e do saber relacionado à Psiquiatria. Desde o surgimento do primeiro asilo psiquiátrico na França, com Pinel, quanto da criação no Brasil do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, observam-se “críticas, resistências e projetos de mudança das instituições e das práticas da Psiquiatria”. O autor situa a Reforma Psiquiátrica brasileira dentro de um processo que teve início no final da década de 1970, com o aparecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável pela elaboração teórica e organização de novos modelos práticos referentes à saúde mental.

Amarante (2003) relata que, com o fim da Segunda Guerra Mundial surgem não só nos países mais atingidos, como Inglaterra, França ou Estados Unidos, mas em grande parte do ocidente, e também no Brasil, “a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesas”. Constituem, então, “após o advento da Psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana, a trajetória da saúde mental”. Afirma Amarante (2003, p. 88):

É quando a arcaica concepção de prevenção da psiquiatria higienista, outrora denominada de profilaxia, passa a superar a idéia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental. Neste projeto, a Psiquiatria não visa simplesmente à terapêutica e à prevenção das doenças mentais, mas constrói um novo objeto: a saúde mental.

Tenório (2002) escreve que no final da década de 1970, no combate ao autoritarismo do Estado, surgem as críticas à ineficaz assistência pública em saúde e ao modelo de política privatista do governo central. Também tornam-se notórias as denúncias de fraude no setor de financiamento dos serviços e, o que é mais relevante para o posterior movimento da reforma, as acusações de abandono, da prática da violência e dos maus-tratos a que os pacientes internados nos grandes manicômios do país eram submetidos. Acrescenta que as críticas não eram contra os pressupostos da Psiquiatria e do asilo, mas aos seus “excessos ou desvios”. Cria-se então, em 1978, o MTSM com exigências trabalhistas e um discurso humanitário, alcançando notoriedade e conduzindo, nos anos posteriores, as ocorrências que possibilitaram o avanço da luta até seu desfecho final como antimanicomial.

Segundo o Ministério da Saúde, o MTSM é um movimento formado por vários trabalhadores componentes do “[...] movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2005, p. 7). A vivência italiana de desinstitucionalização em Psiquiatria e sua crítica radical ao asilamento é fonte inspiradora, possibilitando o rompimento com os antigos paradigmas. A partir de então, surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Em 1987, em Bauru-SP, acontece o II Congresso Nacional do MTSM com o *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios”. Também, nesse mesmo ano, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

Campos e Furtado (2006) afirmam que no ano de 1987 foi de fundamental importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, representando a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Para o Ministério da Saúde a intercessão em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP),

[...] realizada em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes, demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005, p. 19).

São implantados em Santos, nesse período, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que atendem 24 horas e são criadas associações, cooperativas e residências para os egressos do hospital psiquiátrico. Com essa experiência no Município de Santos, consolida-se o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Lima e Teixeira (1995) argumentam que foi na década de 1970 que iniciou no Brasil o movimento em prol da desinstitucionalização, apoiado pelo então MTSM, cujo discurso era a luta pela não privatização da saúde, em decorrência da precariedade do sistema psiquiátrico brasileiro. Relatam os autores, que transcorridos quase vinte anos do início do movimento, o que se vê é a continuidade dos convênios com clínicas particulares, os ambulatórios são mal articulados e em número reduzido e os hospitais públicos chegando quase a falência. Para os autores, as reformas do sistema de saúde mental no Brasil não podem ser viabilizadas e nem efetuadas isoladamente do sistema nacional de saúde, pelo fato de serem condenadas ao fracasso, como ocorreu em vários outros países.

Vê-se dessa forma, que os serviços alternativos de assistência na comunidade e o investimento em recursos humanos e materiais destinados a evitar as internações psiquiátricas e tratar efetivamente os pacientes, devem ser pensados com muita seriedade e absoluta prioridade. O processo de desinstitucionalização brasileiro deve passar por uma criteriosa avaliação, tendo como modelo as consequências ocorridas em outros países, no decorrer de mais de quarenta anos, e especialmente de um estudo para analisar as condições que são inerentes da política de saúde em nosso país.

De acordo com o Ministério da Saúde, com a Constituição de 1988 é criado o SUS, organizado de forma articulada entre as gestões federal, estadual e municipal, tendo autonomia sob o controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde. A implantação do SUS torna viável um processo no qual o caminho da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem se estruturando desde o movimento pela Reforma Sanitária nos anos de 1970 (BRASIL, 2005).

Essa nova Constituição tornou universal o direito ao acesso gratuito aos serviços de saúde. Para garantir esse acesso aos serviços de saúde, o Estado foi encarregado não somente da regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde, como também da prestação dos serviços que se tornassem necessários, por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta, por fundações mantidas pelo Poder Público,

por entidades filantrópicas e pela contratação, de clínicas, laboratórios e hospitais privados em caráter complementar. Dessa forma os serviços e ações de saúde financiados pelo Poder Público integram um sistema único com caráter regionalizado, hierarquisado e organizado seguindo regras básicas, ou seja, atendimento universal e integral, com vistas para as atividades preventivas, descentralização, tendo direção única em cada instância de governo (BRASIL, 2004).

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresenta no Congresso Nacional um Projeto de Lei propondo a normalização dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Com a apresentação deste projeto de Lei, iniciam-se as lutas do movimento pela Reforma Psiquiátrica nos campos “legislativo e normativo” (BRASIL, 2005, p. 7).

Os movimentos sociais, tendo como referência o Projeto de Lei Paulo Delgado conseguem, a partir de 1992, a aprovação em muitos estados brasileiros das primeiras leis que definem a troca gradativa dos leitos psiquiátricos por uma rede articulada de assistência à saúde mental. Na década de 1990 começam a vigorar no país as primeiras normas federais visando à implementação de serviços de atenção diária, baseadas nos exemplos dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia e, também, as primeiras normas para a aprovação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos. O que proporcionou essa viabilização foi o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, que representa o marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas, e pela realização em 1992, da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005).

2.6 LEI N. 10.216/2001 E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O abismo da loucura em que estão mergulhados os homens é tal que a aparência de verdade que nele se encontra é simultaneamente sua rigorosa contradição (FOUCAULT, 1999, p. 18).

2.6.1 A implantação da rede extra-hospitalar

No final da década de 1990, o processo de expansão dos CAPS e NAPS torna-se

contínuo. As novas normas do Ministério da Saúde de 1992, apesar de regulamentar os novos serviços de atenção diária, não indicaram uma direção específica para o financiamento dos CAPS e NAPS. Porém, as iniciativas do CAPS Luis Cerqueira e do NAPS santista, foram precursoras de modelos não só no Estado de São Paulo, mas em todo o Brasil, uma vez que subsidiaram o Ministério da Saúde na formulação da Portaria n. 224/1992, respeitada como único documento oficial a instituir normas para credenciar e financiar os CAPS pelo SUS. Depois de se tornar pública essa portaria, o número de CAPS e/ou NAPS aumentou de forma significativa, chegando a atingir cento e sessenta serviços em 1995 e ultrapassando mais de quinhentas unidades em todo o país no ano de 2004 (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Finalmente, no ano de 2001, após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Embora a aprovação tenha sido de um substitutivo do Projeto de Lei Original, a Lei n. 10.216 (Lei da Reforma Psiquiatria Brasileira), de 06 de abril de 2001, ficou conhecida popularmente como Lei Paulo Delgado. A Lei Federal n. 10.216/2001 (ANEXO A) aponta um novo redirecionamento para a assistência em saúde mental,

[...] privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005, p. 8).

Com a criação da Lei, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha novo ritmo. Para o Ministério da Saúde, é no

[...] contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização em 2001 da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005, p. 7).

Para o Ministério da Saúde, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001 houve uma grande expansão da rede de atenção diária à saúde mental, atingindo regiões de grande tradição hospitalar, onde a saúde mental comunitária era basicamente inexistente.

Também, ganha impulso o processo de desinstitucionalização de pessoas com história de longa hospitalização, com a criação do Programa “De Volta para Casa” pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais,

egressos de longas internações, seguindo critérios definidos na Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003 (ANEXO A), que tem como parte integrante o pagamento de auxílio-reabilitação psicossocial. A finalidade do programa é a “[...] ampliação da rede de relações dos usuários, assegurar o bem estar global da pessoa e estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania” (BRASIL, 2005, p. 9).

2.6.2 A desinstitucionalização

E eles se deram conta de que as necessidades das pessoas com distúrbios mentais não são fundamentalmente diferentes das do resto: moradia digna, trabalho, renda fixa, amigos, vizinhos receptivos e tudo o mais (MALTZMAN, 1991, p. 87).

O processo de desinstitucionalização e a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos tornou-se questão de política pública no Brasil a partir de 1990, ganhando impulso no ano 2002 com várias normatizações do Ministério da Saúde, que criam “mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais”. O Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), institui o programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Com esses novos serviços torna-se possível a diminuição de milhares de leitos psiquiátricos, como, também, a extinção de vários hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 10).

O PNASH/Psiquiatria foi criado em 2002 e se caracteriza por ser um instrumento de avaliação, que possibilita aos gestores uma avaliação das condições da assistência oferecida pelos hospitais públicos e privado que fazem parte de sua rede de prestação de serviços de saúde. Também indica aos prestadores de serviços normas para um atendimento psiquiátrico hospitalar compatível com as normas do SUS, descredenciando os hospitais que não oferecem qualidade na assistência oferecida a sua população (BRASIL, 2005).

Segundo dados do Ministério da Saúde, Mato Grosso do Sul possui 200 leitos psiquiátricos distribuídos em dois hospitais psiquiátricos. Um dos hospitais localiza-se no Município de Campo Grande, local onde se realizou o presente estudo, com 160 leitos e outro, no Município de Paranaíba, com 40 leitos. O hospital, *locus* da pesquisa, encontra-se inserido

no processo de desinstitucionalização/redução de leitos, proposta pelo Ministério da Saúde. O hospital possuía 220 leitos psiquiátricos e teve uma redução de 40 leitos nos últimos anos, para se enquadrar no programa de avaliação PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2005).

2.7 A REDE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Para o Ministério da Saúde, a rede de atenção à saúde mental brasileira, faz parte do SUS. Cabe ao SUS organizar em todos os Estados brasileiros as ações e serviços de saúde de maneira “[...] hierarquizada e regionalizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual” (BRASIL, 2004, p. 11). O SUS tem como princípio a acessibilidade universal nos serviços e ações públicas em saúde. Portanto, para consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, faz-se necessária a implantação de uma rede comunitária de cuidados referentes à saúde mental. A articulação em forma de rede entre os diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, é de fundamental importância para a organização de um conjunto de formas alternativas capazes de oferecer acolhimento aos portadores de sofrimento psíquico (BRASIL, 2004) (FIGURA 1).

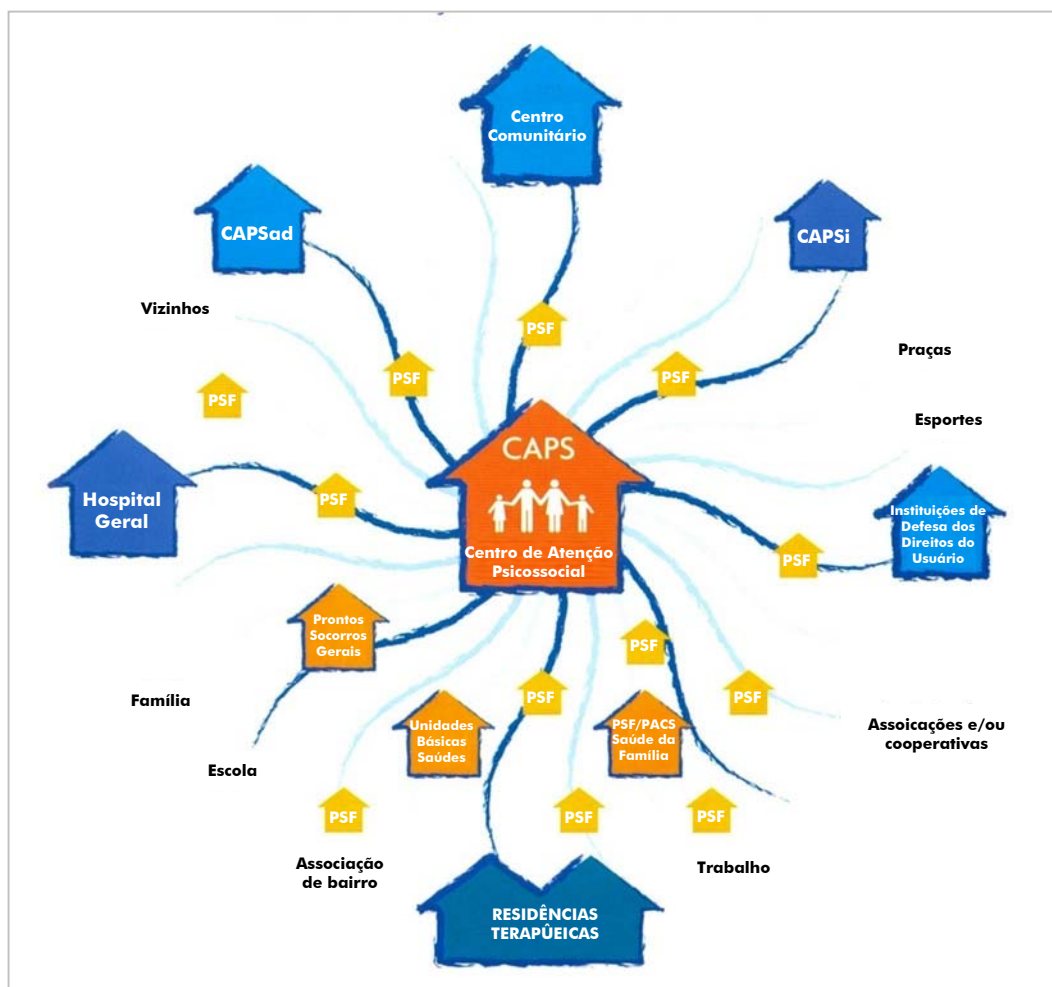


FIGURA 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental.

Fonte: Brasil (2004, p. 11).

2.7.1 As residências terapêuticas

O SUS vem dando prioridade, nos últimos anos, à questão da desinstitucionalização e a efetiva reintegração na comunidade dos indivíduos portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Portanto, os SRTs, residências terapêuticas ou apenas moradias, são casas que se encontram na área urbana com a finalidade de atender às necessidades de moradia dos portadores de doenças mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, ou não. Embora os SRTs se constituam como novos serviços, essas residências devem ser capazes de assegurar o direito à moradia de seus usuários e de proporcionar aos moradores a sua reintegração na comunidade. A implantação e a expansão destes novos equipamentos é recente no Brasil (BRASIL, 2005).

Observa-se que, dentro da proposta do Ministério da Saúde, quanto à expansão de serviços a serem implantados na comunidade, Mato Grosso do Sul não possui, até o momento, nenhum modelo de SRTs, o que torna problemática a prática de redução de leitos, podendo ocorrer uma desassistência aos portadores de transtornos mentais graves em nosso Estado. Acredita-se que a desospitalização deve ocorrer paralelamente à construção dessas novas alternativas de assistência. Furtado (2006), em estudo global sobre SRTs no país necessários para desinstitucionalizar os “moradores” de hospitais psiquiátricos, afirma que existem apenas, até o momento (ano 2004), 272 (10,8%) de SRTs cadastrados e 2.250 (89,2%) de SRTs necessários. Segundo o autor, dentro dos SRTs cadastrados, Mato Grosso do Sul não possui nenhum, necessitando de 10 SRTs.

Para Vasconcelos (2000), dentro do contexto internacional, a construção de alternativas apropriadas de residências para os pacientes que requerem cuidado constante, há décadas, é prioridade dentre os mecanismos utilizados para a desinstitucionalização em vários países europeus e Estados Unidos. Esses mecanismos têm a finalidade de evitar apenas a transferência do paciente de uma instituição para outra, ou então a desospitalização e a negligência social. Essas residências teriam também a função de assegurar que os recursos de ordem financeira destinados a área de saúde mental deixem de existir, juntamente com os antigos leitos psiquiátricos.

2.7.2 O papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

De todos os mecanismos de atenção à saúde mental, os CAPS têm um papel estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira. É com o aparecimento desses serviços que torna possível a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, sendo esses regulamentados pelo Gabinete Ministerial Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. O objetivo dos CAPS é dar

[...] um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 25).

De acordo com o Ministério da Saúde, cabe aos CAPS (BRASIL, 2004):

- a) Oferecer atendimento em forma de atenção diária;
- b) Administrar os projetos terapêuticos propondo atendimento clínico eficiente e individual;
- c) Proporcionar a inserção social dos usuários por meio de ações entre os setores que promovam “educação, trabalho, esporte, cultura e lazer”, criando juntos, estratégias de enfrentamento dos problemas, gerenciando e organizando a rede de serviços de saúde mental de sua região;
- d) Dar supervisão e suporte à atenção à saúde mental na rede básica, Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- e) Ser regulador da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de seu território;
- f) Organizar juntamente com o gestor local as atividades de supervisão dos hospitais psiquiátricos que atendem em sua região; e
- g) Conservar atualizada a lista dos usuários de seu território que fazem uso de medicamentos para a saúde mental.

Existem modalidades diferentes de CAPS. Eles se diferenciam entre si quanto ao porte, estrutura física e capacidade de atendimento, clientela atendida, quantidade de profissionais e diversidade nos trabalhos terapêuticos, e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Portanto, estes serviços apresentam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2004).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de “menor porte”, mas com capacidade para promover uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população de abrangência, com doenças mentais graves e persistentes (BRASIL, 2005).

Os CAPS II são serviços de “médio porte”, para assistência a municípios com mais de 50.000 habitantes, tendo uma equipe mínima de 12 profissionais (equipe multidisciplinar) entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade operacional para o atendimento de cerca de 360 pessoas por mês, com funcionamento durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são para o atendimento diuturno de adultos, durante os sete dias da semana, com transtornos mentais severos e persistentes de cada região. São os serviços de “maior porte” da rede CAPS, para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. São serviços de grande complexidade, por oferecer atendimento 24 horas em todos os dias da semana e inclusive feriados, disponibilizando no máximo, cinco leitos, realizando acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas e no máximo 7 dias). Sua equipe mínima deve ser constituída por 16 profissionais e ter capacidade para oferecer atendimento e acompanhamento para 450 usuários por mês.

Os CAPS-i são especializados no atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais, devendo atender à demanda em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Devem contar com uma equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPS-ad são serviços especializados no atendimento diário à população com transtornos de comportamento decorrentes do uso prejudicial e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Devem possuir leitos de repouso cujo objetivo principal é o tratamento de desintoxicação. São serviços previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, devendo funcionar durante os cinco dias úteis da semana e ter capacidade para atender cerca de 240 pessoas por mês, com uma equipe mínima de 13 profissionais de saúde de nível médio e superior. Percebe-se que as características populacionais dos municípios tornam-se um dos critérios mais relevantes para o planejamento e implantação da rede de atenção à saúde mental nos municípios. Para o Ministério da Saúde, “De fato, é o gestor local, articulando com as outras instancias de gestão do SUS, que terá condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município” (BRASIL, 2005, p. 25).

Os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar e que oferecem atendimento aos usuários dos CAPS nas diversas modalidades são: médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, enfermeiro com formação em saúde mental, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

Quanto à implantação da rede CAPS no Estado de Mato Grosso do Sul, pode-se afirmar que está em fase de implantação. De acordo com a atual Coordenadoria Estadual de Saúde Mental existem, até o momento, dezoito CAPS implantados no Estado, distribuídos entre os seus setenta e oito municípios. Campo Grande conta atualmente com apenas um CAPS II, um CAPSi e um CAPSad.

2.7.3 Saúde Mental no Programa de Saúde da Família

Rosa e Labate (2005) afirmam que o PSF, aparece no Brasil como uma nova diretriz de reorientação do modelo de assistência partindo da atenção básica, de acordo com as novas propostas do SUS. Segundo Vianna e Dal Paz (1998 apud ROSA; LABATE, 2005, p. 6), o PSF inicia-se quando o Ministério da Saúde elabora, em 1991, o PACS com o objetivo de colaborar com a redução das mortalidades de crianças e mães, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de assistência dos serviços de saúde para as regiões mais carentes e desassistidas. Através da experiência no Ceará com o PACS,

[...] o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA; DAL PAZ, 1998 apud ROSA; LABATE, 2005, p. 6).

De acordo com Levcovitz e Garrido (1996 apud ROSA; LABATE, 2005, p. 6), o PSF pode ser definido como:

[...] um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados.

Cada equipe do PSF, que é composta por médico, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem e enfermeiro, é responsável pelo atendimento de até 1.000 famílias, ou seja, em torno de 3.400 pessoas de um bairro ou município. Para o MS, existiam em atividade até o ano de 2005, 23.664 equipes, além de 203.923 agentes comunitários de saúde. São pessoas de escolaridade primária ou média, oriundos da própria comunidade e preparados em habilidades consideradas básicas para o tratamento e prevenção das doenças (BRASIL,

2005). O PSF é um serviço que busca atender a pessoa e a família de maneira integral e contínua, criando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sua estratégia é reorganizar a assistência, centrada no hospital, passando a focar a família em seu meio físico e social (BRASIL, 1997).

Esse Programa vem trabalhando na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, atingindo grandes resultados para a saúde coletiva e alcançando todo o país com as suas equipes de Atenção Básica. Estas são compostas pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente e a realidade mostra que as mesmas, diariamente, defrontam com problemas de saúde mental. Dessa forma, estas equipes de Atenção Básica, por sua convivência com familiares e comunidades, tornam-se um recurso fundamental para o enfrentamento de relevantes problemas de saúde pública, tais como os relacionados ao abuso do álcool/drogas e vários outros tipos de sofrimento psíquico.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005, p. 32).

É de fundamental importância a inclusão de profissionais da área da saúde mental nos PSFs, tais como psicólogo e/ou psiquiatra, pois estarão atuando juntamente com outros profissionais na detecção precoce de transtornos mentais de forma preventiva, proporcionando atendimento integral às famílias e a população em geral.

Dessa forma, o MS nos últimos anos, vem oferecendo condições e construindo diretrizes para que os municípios que possuem menos de 20.000 habitantes, que perfazem 70% dos municípios brasileiros, onde moram 18% da população do país, construam sua rede de atenção em saúde mental estruturada a partir da Atenção Básica, seguindo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e procurando estabelecer vínculos e acolhimento aos portadores de transtorno psíquico. Nestes municípios, equipes pequenas de saúde mental, que estão trabalhando em ambulatórios ou CAPS de municípios mais próximos, por exemplo, passam a oferecer apoio matricial às equipes de Atenção Básica. Esse apoio matricial seria um arranjo institucional desenvolvido para proporcionar uma interlocução entre os serviços de saúde mental, como por exemplo, os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), numa

proposta de estruturar o serviço e o processo de trabalho de forma a tornar linear as especialidades e estas possibilitarem todo o trâmite das equipes de saúde. Nesta visão, a responsabilização conjunta dos casos elimina a lógica do encaminhamento, pois objetiva aumentar a capacidade de resolução de problemas de saúde pela equipe local. Em se tratando de municípios maiores, onde já estão estruturados os CAPS ou outros serviços da rede de atenção à saúde mental, o sistema do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, em conjunto com membros das equipes dos outros serviços, dão suporte as diferentes equipes de Atenção Básica por meio de ações de supervisão, capacitação e atendimento específico e conjunto. Portanto, cabe as equipes matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica compartilharem os casos e construírem coletivamente as estratégias para o enfrentamento de problemas provenientes do abuso de álcool e outras drogas, da violência, das estratégias para redução de danos, do combate ao estigma e exclusão pela doença mental, como também, desenvolver ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial dos usuários (BRASIL, 2005).

Figueiredo, M. (2005, p. 29) argumenta que:

O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários.

Porém, a Atenção Básica muitas vezes não apresenta condições para lidar com essa importante tarefa. Em razão disso, o Ministério da Saúde vem incentivando, de forma ativa, a inclusão “nas políticas de expansão, formulação e avaliação” da Atenção Básica, de critérios que contemplem a questão da subjetividade dos indivíduos e os casos mais frequentes de saúde mental. Para o MS grande parte da população que sofre de transtornos mentais, sejam leves ou severos, está recebendo atendimento efetivo das equipes de Atenção Básica, tanto nos grandes municípios quanto nos municípios pequenos. Assumir este compromisso, é assumir uma responsabilidade referente à promoção de saúde, à procura da eficácia das práticas e à produção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais abrangente, principalmente em se tratando dos pequenos municípios, onde, segundo o MS, não é necessário a criação de CAPS. A integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS e um dos pilares da estruturação da Atenção Básica em Saúde. Pode ser definida como o

empenho da equipe de saúde em acolher e atender, da melhor maneira possível, as necessidades de saúde, que são sempre complexas, dependendo por isso, de capacitação em sua expressão individual. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar comprometido com a maior integralidade sempre que possível e, também ser realizado visando que a integralidade esperada só terá êxito como resultado do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus vários campos de saberes e práticas (BRASIL, 2005).

Partindo dessas experiências, o MS está trabalhando na elaboração de diretrizes para a incorporação dessas ações no âmbito da estratégia Saúde da família, com a intenção de caminhar na qualificação do trabalho das equipes, efetivando ações que partem desde a promoção à reabilitação, fundamentais para a manutenção e garantia da integralidade. Essas normas, propostas pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde, têm como objetivo as intervenções dos dois campos. Porém, essas experiências das “equipes matriciais” de saúde mental ainda estão em fase de efetivação (BRASIL, 2005).

2.8 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS PRINCIPAIS DESAFIOS

[...] os verdadeiros muros do hospício são internos, são os que existem entre o pessoal e os pacientes, e esses muros são como escudos arraigados na própria carne, que se dilacera quando eles se racham (GENTIS, 1971, p. 33).

Para o MS a Reforma Psiquiátrica enfrenta dois grandes desafios e que são também os desafios do SUS. Para o MS, os maiores desafios são a acessibilidade e equidade:

- Estima-se que 3% da população necessitam cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva.
- Cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem.
- O modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatorios de especialidades) por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade.
- Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a

abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade.

- Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas. A criminalização do consumo agrava a vulnerabilidade dos usuários de drogas, exigindo uma articulação efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social. Sem esta articulação e cooperação intersetorial, um acesso efetivo à prevenção e ao tratamento não está assegurado.
- A qualidade do atendimento deve ser garantida em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes dos centros universitários, e pode ser assegurada através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores. O distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais (BRASIL, 2005, p. 43-44).

Conclui-se, portanto, que é de fundamental importância oferecer atenção especial para a implantação das redes de assistência e das equipes do PSF nos municípios, qualificar os profissionais, com o objetivo de oferecer atendimento integral às famílias, transformando não somente o local de atuação mas, principalmente, o comportamento dos profissionais e dos políticos se, verdadeiramente, pretende-se transformar o modelo de assistência fundamentado no compromisso político e ético.

2.9 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos últimos anos, a assistência psiquiátrica vem se transformando. Novos modelos substitutivos tomando lugar do modelo convencional, visando o atendimento na comunidade. Nesses novos serviços, o ato de cuidar impõe aos profissionais uma conduta “técnico-política” persistente, que sensibilize e envolva a comunidade. Portanto, deve haver maior responsabilidade das famílias e das pessoas, com o objetivo de construir com as mesmas uma melhor qualidade de vida. Nesses novos modelos, quem passa por sofrimento psíquico é atendido no próprio território, visando a sua reabilitação psicossocial e seus familiares devem participar de seu tratamento (COIMBRA et al., 2005).

Kantorski, Pitta e Miron (2002 apud COIMBRA et al., 2005) revelam que, na década de 1990, trabalhadores da saúde mental envolveram usuários e familiares de serviços psiquiátricos no Brasil e fundaram o Movimento de Luta Antimanicomial. Dentro desse

contexto, da pós-modernidade, a desinstitucionalização em Psiquiatria/saúde mental apresenta um projeto terapêutico novo, englobando a reabilitação psicossocial de portadores de sofrimento psíquico, tornando-se imprescindível o envolvimento dos familiares. Para Pitta (1996 apud COIMBRA et al., 2005), a reabilitação psicossocial deve ser compreendida como o processo pelo qual é facilitado a pessoa com limitações, a recuperação, no melhor nível possível de autonomia de suas habilidades dentro da comunidade em que está inserido.

Saraceno (1999) enfatiza que a reabilitação psicossocial está pautada em três vertentes: a casa, o trabalho e o lazer, e que a família pode ser um quarto elemento para aqueles usuários que ainda possuem algum tipo de vínculo familiar. A pessoa poderá residir na casa da família e, com isso, algumas das propostas da reabilitação serão contempladas como o apoio para as famílias dos pacientes e apoio social (moradia, emprego, rede social, apoio social e lazer), e suas ações deverão ser baseadas na comunidade onde haverá o envolvimento dos usuários, dos familiares e da própria comunidade.

Para Melman (2001) os usuários e seus familiares não estão sendo mais vistos na reabilitação apenas como objeto de ação direta, para garantir o papel de promotor de transformações da realidade, mas dando sua opinião e contribuindo de forma ativa das discussões sobre as políticas da saúde mental. Para Coimbra et al. (2005), quando a família se envolve no tratamento dos usuários há uma diminuição das recidivas e da quantidade de hospitalizações psiquiátricas nos pacientes portadores de transtorno mental severo ou grave. Ainda para Melman (2001) ao dar apoio e envolver a família para que esta enfrente as barreiras na convivência com a doença mental, a carga excessiva, o sentimento de culpa, o afastamento social, a falta de informações, dificuldades de interação com os profissionais de saúde, situações de emergência, crises e problemas de relacionamento com os familiares, reduziria a carga emocional da família e do próprio paciente, aumentando o vínculo e a empatia da família com seu familiar, portador de transtorno mental.

Alguns autores (CARMO, 1981; KOGA, 1997; SGAMBATI, 1983) têm dado ênfase em seus estudos, à sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o familiar portador de transtorno mental, principalmente quando da alta hospitalar, desenvolvendo condutas de incompreensão familiar e até mesmo de rejeição do doente, causadoras de reinternações recorrentes ou até mesmo de internações permanentes. Esses autores defendem que a família precisa de atendimento de profissionais da saúde mental. Para Sadigursky (1994), a instituição familiar não se apresenta de forma favorável quando se trata da desinstitucionalização do

portador de doença mental, promovendo pressão para que o serviço psiquiátrico se responsabilize pela custódia dos usuários pelo fato desse grande encargo não ser aceito por ela de forma passiva.

Gonçalves e Sena (2001) relatam que, na vivência prática, o grupo de profissionais como um todo, raramente está à disposição ou pré-disposto a trabalhar a dimensão subjetiva e objetiva do cuidado com o portador de sofrimento psíquico. Não é raro presenciar-se o fato de profissionais da saúde mental imporem a família que aceite a doença sem oferecer-lhe orientações e apoio. Assim, como não é mais aceitável estigmatizar, excluir ou rotular os portadores de doença mental, também a reforma psiquiátrica não deve se transformar apenas num incentivo à devolução destes aos seus familiares, como se estes fossem os únicos responsáveis pela problemática da vida cotidiana acrescidas das dificuldades produzidas pela convivência, pelo cuidado e pela manutenção do familiar que sofre de doença mental. Torna-se necessária uma mudança de mentalidade e de comportamento da sociedade para com o portador de doença mental, principalmente dos profissionais da saúde e da educação.

A sobrecarga vivida pelas famílias dos portadores de transtorno mental tem sido estudada por pesquisadores internacionais desde meados dos anos 1950 e começo dos anos 1960 e intensificada a partir dos anos 1970 e 1980. O conjunto de estudos tem mostrado que a presença de um portador de doença mental na família acarreta uma sobrecarga considerável para seus membros (LOUKISSA, 1995; ROSE, 1996; MAGLIANO et al., 1998; MAURIN; BOYD, 1990; MARTENS; ADDINGTON, 2001; LAUBER et al., 2003; JUNGBAUER et al., 2003: apud BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Martens e Addington (2001 apud BANDEIRA; BARROSO, 2005) e Rammohan et al. (2002 apud BANDEIRA; BARROSO, 2005) concordam com que essa sobrecarga sofrida pelos familiares pode desenvolver transtornos psicológicos, tais como ansiedade e depressão, ocorrendo principalmente em mulheres que possuem filhos ou maridos portadores de doença mental devido caber a elas maior responsabilidade quanto aos cuidados. A sobrecarga por que passam os familiares de pacientes psiquiátricos integra uma dimensão valiosa que deve ser avaliada pelos serviços de saúde mental, através de programas informativos, cujo objetivo é reduzir o estigma e aumentar o apoio e a qualidade de vida das famílias, por duas razões. Primeiro, essas intervenções teriam o objetivo de prevenir as ocorrências de transtornos psicológicos dos próprios familiares, advindos da sobrecarga. Segundo, intervenções apropriadas frente às famílias dos pacientes psiquiátricos tornam-se um dos fatores do

tratamento na comunidade que ajudará na reinserção social desses usuários (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Dentro do processo de desinstitucionalização, têm-se procurado proporcionar aos pacientes e seus familiares um convívio saudável e harmonioso para que os pacientes mantenham-se em seus lares e em sua comunidade. Na prática profissional desta pesquisadora, em convivência com os doentes mentais e seus familiares, percebe-se que essa convivência com o portador de sofrimento psíquico em algumas famílias é tão difícil para ambas as partes que acarreta reinternações sucessivas para o paciente. Observa-se, também, familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar portador de transtorno mental. Para a grande maioria daqueles são muitos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, e não é raro encontrar famílias desmotivadas, resistentes e receosas frente a qualquer proposta de mudança, seja dos serviços ou dos profissionais. Nota-se, ainda, que quase todos os membros da família também estão em sofrimento psíquico, pois o lidar com a doença mental e com o doente torna-se uma sobrecarga e grande fonte de estresse. Acredita-se que se as famílias não receberem a atenção, o apoio, a orientação e esclarecimento sobre a doença e como lidar com ela, toda tentativa de manter o paciente fora do hospital estará fadada ao fracasso.

2.10 A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL

Para Dimenstein (1998), como profissional no Brasil, o psicólogo está inserido há bem pouco tempo. A Psicologia é uma profissão regulamentada recentemente no Brasil, mas referindo-se à prática psicológica, esta remonta à década de vinte. A regulamentação ocorreu em 27 de agosto de 1962, com a promulgação da Lei Federal n. 4.119, passando a Psicologia a ser reconhecida como profissão. Em 1964 o Conselho Federal de Educação através do Decreto n. 53.464, regulamenta a formação do psicólogo e seu exercício profissional. Com esse Decreto, o Brasil passa a ser um dos poucos países que utiliza uma legislação reguladora da profissão em todo o seu território.

Na década de 1970, com a promulgação da Lei n. 5.766, de 20 de dezembro de 1971, foi criado o Conselho Federal de Psicologia (CFP), sendo a Lei regulamentada com o Decreto n. 79.822, de 17 de junho de 1977. Nos Estados Unidos, nos anos 1970, inicia-se o Programa de Saúde Mental Comunitária tendo como proposta oferecer aos pacientes psiquiátricos

atendimentos na própria comunidade em que estavam inseridos; fazer com que os recursos da comunidade se tornassem mais abrangentes e criar centros de saúde comunitários como recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos de grande porte (CARVALHO; YAMAMOTO, 2002).

Spink (2003) afirma que, a Psicologia apesar de estar familiarmente relacionada com o conceito de saúde, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo o bem-estar físico, mental e social, como disciplina, aparece com certo atraso na área da saúde. A autora relata, que existe atualmente, uma Sociologia da saúde, uma Antropologia da saúde e, também, uma Economia da saúde com campos bem demarcados e grande produção científica nos departamentos de Medicina Social e Preventiva das escolas de Medicina. A Psicologia chega tardiamente neste contexto, buscando ainda determinar seu campo de atuação, sua efetiva contribuição teórica e as maneiras de agregação do biológico e do social ao fato psicológico, buscando eliminar as idéias centradas em um sujeito abstrato e a-histórico que vigora na psicologia clínica convencional.

Spink (2003, p. 31) relata que, a Psicologia da Saúde aparece “[...] como um novo campo de saber [...]” na década de 1980, e que a adoção em São Paulo, a partir de 1982, de uma política de desospitalização, cujo objetivo era a extensão dos serviços de saúde mental à rede básica, possibilitou uma nova maneira de inserção dos psicólogos na área de saúde. Os hospitais, os ambulatorios, postos e centros de saúde foram-se firmando como lugares propícios para a construção de novas práticas pelo psicólogo. Para a autora, a implementação dessa nova política, foi o resultado de longo trabalho entre psiquiatras convencionais e alternativos, cujas bases estavam na propagação do trabalho desenvolvido na Itália por Franco Basaglia.

Dimenstein (1998) acrescenta que, nos anos 1980, nota-se em relação às políticas públicas o aparecimento de algumas propostas de mudança no sistema de assistência à saúde, devido a um quadro caracterizado pela má qualidade dos atendimentos e produtividade.

Já, em 1979, o Ministério da Saúde e Previdência Social (MSPAS) havia criado o PREVSAÚDE, com o objetivo de regionalizar a assistência, a hierarquização dos profissionais e dos serviços, a maximização dos padrões dos procedimentos, a integração institucional, especificando principalmente a atuação do setor privado, simplificando os cuidados médicos e a participação da comunidade. Porém, esse plano foi rejeitado pelos

representantes do setor privado e tornou-se sem aplicação. Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o propósito de sugerir normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde da população. Foi lançado o [...]“Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, com o objetivo de buscar uma melhora da qualidade assistencial, a humanização dos atendimentos e um maior acesso das populações rurais e urbanas aos serviços de saúde” (DIMENSTEIN, 1998, p. 59).

Como resultado desse plano, em 1982, foi aprovado o “Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária” com a intenção de reestruturar a assistência psiquiátrica no país, de melhorar as condições de internação, de humanizar o modelo assistencial, e com o objetivo maior de ampliar a rede ambulatorial e incentivar novas formas intermediárias de assistência psiquiátrica, ou seja, hospital-dia, hospital-noite, lares protegidos e outros. Embasado em novos modelos da Saúde Mental, que proporcionam uma visão do usuário dentro do seu contexto, esse plano de reorientação psiquiátrica proporciona um lugar privilegiado à equipe multiprofissional e, entre os atendimentos ambulatoriais prescritos, a Psicologia Clínica delinea-se como um deles. A equipe de saúde mental, da qual o psicólogo passa a ser efetivo começa a assumir compromisso com várias atividades, anteriormente específicas apenas aos médicos, tais como a determinação dos novos modelos de contrato para a prestação do serviço hospitalar psiquiátrico e dos modelos de relatórios analíticos referentes à prestação de serviços. Com essa nova proposta de assistência psiquiátrica integral, a equipe multiprofissional tem destaque na medida em que era necessário ampliar as técnicas de tratamento e diagnóstico, onde se reconhece sendo possível somente com profissionais de diferentes áreas (DIMENSTEIN, 1998).

Gomes (1999) argumenta que, atualmente se destaca como novo campo de saber e atuação por parte dos psicólogos, a Psicologia Social e a Psicologia Comunitária. O termo Psicologia Comunitária é bastante novo e amplo, sendo um campo de saber em construção, oriundo da Psicologia Social. Para Gallindo (1981 apud GOMES, 1999, p. 72),

A Psicologia Comunitária é um movimento dentro de um campo maior de psicologia aplicada e que se caracteriza como uma nova abordagem para se lidar com os problemas de comportamento humano. Ela enfatiza mais o ambiente social do que fatores intrapsíquicos como determinantes da saúde mental.

Portanto, a palavra Psicologia Comunitária, inclui as pesquisas que estão sendo realizadas na Psicologia Social Aplicada às Comunidades, o Movimento de Saúde Mental Comunitário, a Psicologia do Desenvolvimento Comunitário e o Movimento de Ação Comunitária na América Latina, e outros estudos de psicologia vinculados à comunidade. Esse termo pode ser entendido como uma imagem prática da Psicologia, que visa o desenvolvimento e a utilização de técnicas psicológicas de importância para se obter melhor qualidade de vida da comunidade (GOMES, 1999).

Dimenstein (1998) afirma ainda, que no ano de 1983 foram executados dois projetos como parte da implantação do plano CONASP, sendo um programa de racionalização das contas hospitalares, com a inserção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o outro, o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), considerado como um dos caminhos de acesso do psicólogo às instituições públicas de saúde. As AISs são consideradas como o centro de organização para uma atenção integral à saúde da população por meio de uma rede de serviços interligados e regionalizados. Houve, dessa forma, a necessidade de valorizar o profissional de saúde, oferecendo melhores condições de trabalho e remuneração, até uma responsabilidade com a criação progressiva das equipes de saúde, ou melhor, de contratação de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, professor de educação física etc, pois atribuíam-se às equipes o papel crítico de transformação e reorientação do sistema de saúde. Nesse mesmo ano, na área da saúde mental, essas normas passaram a conduzir a prática da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração das políticas de saúde do subsetor saúde mental.

Carvalho e Yamamoto (2002, p. 6) afirmam que, a mudança de política de saúde mental no Brasil, acontecida nos fins de 1970 e que recebeu influência da Psiquiatria Comunitária dos Estados Unidos, resultou do restrito acesso aos serviços do setor de assistência à saúde e dos custos altos dos serviços oferecidos à comunidade. Também, com o reaparecimento dos movimentos populares, surgem grupos organizados e contrários às políticas privatizantes e injustas de saúde, fazendo com que o Estado reformulasse suas propostas. Para os autores citados, a inserção do psicólogo no setor público de saúde acontece no momento em que já se encontrava em declínio o modelo médico privatista-assistencialista. O objetivo era implementar alternativas de serviços em substituição ao hospital psiquiátrico, que tivessem custo menor e mais eficiência. O interesse por psicólogos

pelos órgãos públicos advém da constatação de que o psiquiatra não conseguiria alterar o quadro de assistência tradicional, precisando, então, de uma equipe multiprofissional.

Nas décadas de 1970/1980, o movimento denominado antipsiquiatria, desencadeado por Laing e Cooper (1969 apud CARNEIRO; ROCHA, 2004, p. 67), mostra uma crítica radical à psiquiatria institucional que “[...] questiona seus próprios métodos e reivindica para a loucura um novo status existencial”.

A idéia de comunidade terapêutica em que ‘todos curam’ dá lugar à ação da equipe multidisciplinar, rompendo com a exclusividade do modelo médico-psiquiátrico e incorporando profissionais de diversas áreas (psicólogos, terapeutas ocupacionais, sociólogos, etc). Inaugura-se, assim, o conceito de ‘trabalhador em saúde mental’(BASAGLIA, 1978 apud CARNEIRO; ROCHA, 2004, p. 67).

Bandeira e Soares (1996, p. 160) dizem que, de acordo com o processo de desinstitucionalização já em andamento no país, a preparação e formação contínua desses profissionais de saúde mental pelas universidades e o incentivo à prática de pesquisa e acompanhamento, com o propósito de avaliar periodicamente a eficiência dos programas implantados na comunidade, torna-se imprescindível. Os psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental têm, portanto, papel relevante a desenvolver na execução dos programas de saúde mental comunitária no Brasil, como acontece em vários outros países. Teriam atuação em aspectos fundamentais no atendimento comunitário, como

[...] a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, o controle da sua sintomatologia, a orientação da família dos pacientes, a reabilitação e preparação do doente mental para sua reinserção social e sua manutenção na comunidade, o trabalho de agente de ligação entre centros comunitários e hospitais e demais serviços, a preparação e orientação profissional do doente mental, a atividade de pesquisa e avaliação de programas, e o trabalho de informação à sociedade sobre questões ligadas à saúde mental (BANDEIRA; SOARES, 1996, p. 160).

Portanto, cabe aos profissionais da saúde mental, dentre eles, os psicólogos, uma formação contínua para este tipo de atividade, para que possam atuar de forma eficiente junto aos novos projetos de reorientação relacionados à saúde mental. Como psicóloga atuando na área da saúde mental, nos são familiares as dificuldades para reintegrar os usuários após anos de internações e reinternações, e a necessidade do compromisso que se deve ter em buscar parceria com a família e com a sociedade. A implantação dessas mudanças mostra vários

obstáculos exigindo do psicólogo, no contexto de sua prática profissional, atenção e investigação sobre as novas demandas decorrentes das reestruturações na assistência em saúde mental, sem desconsiderar as necessidades específicas dos pacientes que são sujeitos únicos e têm o seu próprio tempo, que é subjetivo e não cronológico, que deve ser respeitado. Por isso, o caminho é longo e é preciso acompanhar os resultados dos novos serviços que estão sendo propostos para averiguar a sua eficácia.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Mensurar o Tempo Médio de Hospitalização (TMH) e as características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a associação entre TMH, sexo, idade, naturalidade, procedência, grupos diagnósticos e as nosologias mais freqüentes encontradas nos prontuários dos pacientes estudados.

Verificar a associação entre sexo, idade, naturalidade, procedência, grupos diagnósticos e nosologia com o TMH.

4.1 MÉTODO

4.1.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, de Campo Grande-MS, localizado na rua Dr. Bezerra de Menezes n. 325, Bairro Vila Planalto. É a maior instituição psiquiátrica do Estado para o atendimento de pacientes psiquiátricos que apresentam distúrbio grave ou persistente. O mesmo dispõe de 160 leitos conveniados ao SUS, do Ministério da Saúde, e 50 leitos para convênios e particulares. É um hospital de referência na região e recebe pacientes de todo o Estado. Optou-se pela realização do estudo, somente com os prontuários dos pacientes internados pelo SUS, no ano de 2004.

O Hospital está situado em uma área de 20.000 m² e tem de área construída 5.000 m². Foi inaugurado em janeiro de 1966, primeiramente, com o nome de Sanatório Mato Grosso. Com a divisão do Estado, passou a denominar-se Hospital Nosso Lar. Possui um quadro de 160 servidores: sete médicos psiquiatras, um médico clínico-geral, uma cirurgiã-dentista, quatro enfermeiros, trinta e dois auxiliares de enfermagem, quatro terapeutas-ocupacionais, quatro psicólogas, três assistentes sociais, duas nutricionistas, dois farmacêuticos-bioquímico, recepcionistas, cozinheiras, copeiras, pessoal de manutenção e limpeza, pedreiros, serventes e pessoal administrativo, entre outros. O Hospital é um departamento do Centro Espírita Discípulos de Jesus, entidade de fins filantrópicos para tratamento de doenças psiquiátricas. Sua fundadora foi Maria Edwirges Borges, que esteve à frente do mesmo até o ano de 2000.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo e de corte transversal mediante o levantamento de alguns dados sócio-demográficos (idade, sexo, naturalidade, procedência, tempo médio de hospitalização e clínicos – grupos diagnósticos) através de análise dos prontuários dos pacientes internados no período de janeiro a dezembro de 2004, totalizando 2.247 hospitalizações (prontuários). Trata-se de uma pesquisa documental pelo fato dos dados serem retirados dos próprios prontuários dos pacientes que são enviados ao SUS mensalmente pelo hospital, onde se encontram as referidas informações. Foi preenchido um formulário para

coleta de dados sócio-demográficos e clínicos, elaborado pela autora anteriormente e utilizado em um estudo piloto com 633 prontuários, já publicado em revista científica indexada (APÊNDICE A).

A escolha por grupos de cidades conforme as distâncias, ocorreu de forma arbitrária, seguindo a lógica de considerar o hospital, *locus* da pesquisa, como pólo de atração para o encaminhamento dos pacientes. Decidiu-se por estabelecer três grupamentos entre os 78 municípios que compõem o Estado de Mato Grosso do Sul: o primeiro, centralizado na cidade de Campo Grande e Cidades Limítrofes, o segundo envolvendo as cidades com distância entre 100 e 200 km de Campo Grande e em terceiro, as cidades situadas a mais de 200 km de Campo Grande (ANEXO B).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DOS PROCEDIMENTOS E DA PESQUISA

Durante o processo de pesquisa foram seguidas as orientações estabelecidas pelas seguintes normas: as do Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da Resolução n. 016, de 20 de dezembro de 2000; do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estabelecidas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, que trata de investigação não invasiva e que não envolve qualquer tipo de manipulação que possa atentar contra a ética em pesquisa (APÊNDICE B).

A direção geral do hospital emitiu parecer favorável, autorizando a realização da pesquisa nas suas dependências (ANEXO C). Da mesma forma o projeto foi avaliado e homologado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) (ANEXO D).

4.4 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

Na análise da associação do TMH com as variáveis citadas foram utilizados os seguintes métodos estatísticos:

O método estatístico empregado englobou estatística descritiva, medidas de tendência

central e de dispersão (média, desvio-padrão, erro da média e margem de erro¹), comparação de médias pelo teste *t* de *Student* para amostras independentes, teste de Kruskal-Wallis ou Análise da Variância (ANOVA), comparação de proporções pelo método do qui-Quadrado e correlação simples de Pearson. O programa utilizado para as análises estatísticas foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 12.0.0, Inc., 2003.

Em todos os casos, a declaração de diferença significativa adotou o nível de significância de 5% em teste bicaudal ($p < 0,05$).

Devido a baixa frequência de ocorrência de segundo e terceiro diagnóstico é que as inferências estatísticas passaram a considerar somente o primeiro diagnóstico na primeira internação, para a verificação de diferenças ou associações entre as variáveis. São 1.182 pacientes de um total de 2.247 hospitalizações (prontuários).

¹ **Margem de erro:** valor a se acrescentar ou diminuir do valor central (média ou porcentagem) de modo a se obter o limite superior e inferior do intervalo de confiança de 95%.

5 RESULTADOS

Foi feito um estudo retrospectivo de revisão documental de 2.247 prontuários de pacientes internados em um hospital público de Campo Grande-MS, de janeiro a dezembro de 2004, no qual se fez um censo da população total internada no período.

5.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos de acordo com a análise estatística aplicada no presente estudo.

5.1.1 Procedência

A Tabela 1 apresenta a procedência dos 1.182 pacientes, de acordo com a cidade de origem. Os dados revelaram que 59,8% dos pacientes são procedentes de Campo Grande-MS.

TABELA 1 - Procedência dos 1.182 pacientes, de acordo com a cidade de origem

Município	Pacientes		% acumulada	Margem de erro (%)
	n	%		
Campo Grande	707	59,8	59,8	2,9
Dourados	54	4,6	64,4	1,2
Nova Andradina	27	2,3	66,7	0,9
Mundo Novo	23	1,9	68,6	0,8
Guia Lopes da Laguna	17	1,4	70,1	0,7
Aquidauana	15	1,3	71,3	0,7
Fátima do Sul	15	1,3	72,6	0,7
Coxim	14	1,2	73,8	0,6
Maracaju	14	1,2	75,0	0,6
Ribas do Rio Pardo	13	1,1	76,1	0,6
Rio Verde de Mato Grosso	13	1,1	77,2	0,6
Miranda	12	1,0	78,2	0,6
Anastácio	11	0,9	79,1	0,6
Itaporã	11	0,9	80,0	0,6
Itaquiraí	11	0,9	81,0	0,6
Ponta Porã	11	0,9	81,9	0,6
Caarapó	9	0,8	82,7	0,5
Camapuã	9	0,8	83,4	0,5

Município	Pacientes		% acumulada	Margem de erro (%)
	n	%		
Douradina	9	0,8	84,2	0,5
Ivinhema	9	0,8	84,9	0,5
Amambaí	8	0,7	85,6	0,5
Bela Vista	8	0,7	86,3	0,5
Jopora	8	0,7	87,0	0,5
Naviraí	8	0,7	87,6	0,5
Anaurilândia	7	0,6	88,2	0,4
Bodoquena	7	0,6	88,8	0,4
Glória de Dourados	7	0,6	89,4	0,4
Bataguassu	6	0,5	89,9	0,4
Bonito	6	0,5	90,4	0,4
Jardim	6	0,5	90,9	0,4
Jateí	6	0,5	91,5	0,4
Água Clara	5	0,4	91,9	0,4
Corumbá	5	0,4	92,3	0,4
Deodápolis	5	0,4	92,7	0,4
Dois Irmãos do Buriti	5	0,4	93,1	0,4
Iguatemi	5	0,4	93,6	0,4
Inocência	5	0,4	94,0	0,4
Sete Quedas	5	0,4	94,4	0,4
Sidrolândia	5	0,4	94,8	0,4
Bandeirantes	4	0,3	95,2	0,3
Bataiporã	4	0,3	95,5	0,3
Corguinho	4	0,3	95,9	0,3
Eldorado	4	0,3	96,2	0,3
Nova Alvorada do Sul	4	0,3	96,5	0,3
Rio Brilhante	4	0,3	96,9	0,3
Vicentina	4	0,3	97,2	0,3
Nioaque	3	0,3	97,5	0,3
Novo Horizonte do Sul	3	0,3	97,7	0,3
Terenos	3	0,3	98,0	0,3
Três Lagoas	3	0,3	98,2	0,3
Aparecida do Taboado	2	0,2	98,4	0,2
Cassilândia	2	0,2	98,6	0,2
Porto Murtinho	2	0,2	98,7	0,2
São Gabriel do Oeste	2	0,2	98,9	0,2
Angélica	1	0,1	99,0	-
Antônio João	1	0,1	99,1	-
Brasilândia	1	0,1	99,2	-
Caracol	1	0,1	99,2	-

Município	Pacientes		% acumulada	Margem de erro (%)
	n	%		
Coronel Sapucaia	1	0,1	99,3	-
Jaraguari	1	0,1	99,4	-
Laguna Carapá	1	0,1	99,5	-
Paranaíba	1	0,1	99,6	-
Paranhos	1	0,1	99,7	-
Pedro Gomes	1	0,1	99,7	-
Rio Negro	1	0,1	99,8	-
Sonora	1	0,1	99,9	-
Tacuru	1	0,1	100,0	-
Total	1.182	100,0	-	-

Para fins de análise estatística, as cidades relacionadas na Tabela 1 (procedência) foram agrupadas, conforme a Tabela 2, na qual se relaciona o número e a porcentagem das internações. Observa-se que o maior número de internações refere-se à cidade de Campo Grande e cidades limítrofes (63,3%), seguido das Cidades distantes a mais de 200 km de Campo Grande (30,5%).

TABELA 2 - Número e porcentagem das internações

Procedência	Pacientes		% acumulada	Margem de erro (%)
	n	%		
Campo Grande e cidades limítrofes	745	63,0	63,0	2,8
Cidades distantes de 100 a 200 km de Campo Grande	76	6,4	69,5	1,4
Cidades a mais de 200 km de Campo Grande	361	30,5	100,0	2,7
Total	1.182	100,0	-	-

5.1.2 Número de internações

A maioria dos pacientes sofreu, no período, 4 internações, sendo que metade deles sofreu somente uma internação e 75% até duas internações; a média do número de internações

entre todos os pacientes ficou em 1,9 por paciente, com desvio-padrão de 1,3 (TABELA 3, GRÁFICO 1).

TABELA 3 - Número de internações sofridas por paciente no período de janeiro a dezembro de 2004

Internações	Pacientes		% acumulada
	n	%	
Primeira	575	48,6	48,6
Segunda	380	32,1	80,8
Terceira	116	9,8	90,6
Quarta	57	4,8	95,4
Quinta	24	2,0	97,5
Sexta	16	1,4	98,8
Sétima	6	0,5	99,3
Oitava	3	0,3	99,6
Nona	1	0,1	99,7
Décima	1	0,1	99,7
Décima primeira	2	0,2	99,9
Décima segunda	0	0,0	99,9
Décima terceira	1	0,1	100,0
Total	1.182	100,0	-

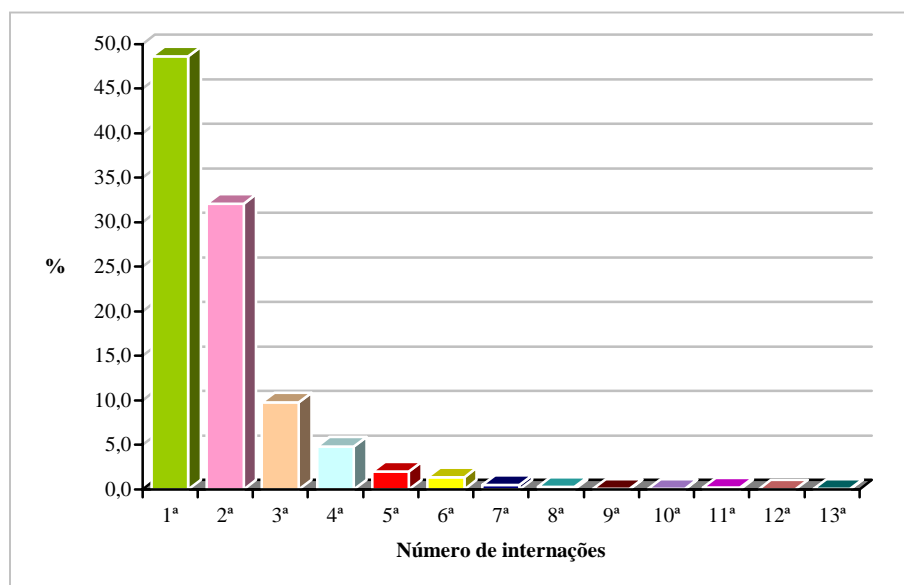


GRÁFICO 1 - Distribuição percentual do número de internações.

5.1.3 Categorias diagnósticas – primeiro diagnóstico

A Tabela 4 e o Gráfico 2, contém a frequência das categorias diagnósticas por paciente levando em conta as reinternações, razão pela qual a soma de todas as porcentagens é superior a 100%, já que ocorre repetição do mesmo diagnóstico (são 2.247 ocorrências ou hospitalizações em relação a 1.182 pacientes).

Observando os dados da Tabela 4 e do Gráfico 2, verificou-se que 82,4% dos diagnósticos no período são de Esquizofrenia (F20); 46,8% são de Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (F10); 14,1% são Transtorno Afetivo Bipolar (F31); 11,2% são de Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas (F19); 8,5% são de Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física (F06); 5,8% são de Transtornos esquizoafetivos (F25); 4,3% são de Episódio maníaco (F30); 3,3% são de Retardo mental moderado (F71) e 2,3% são de Episódio depressivo (F32). Pode-se observar que os números de porcentagens encontrados na Tabela 4 são praticamente o dobro dos números de porcentagem encontrados na Tabela 5, isto porque, o número médio de internações por indivíduos ficou em 1,9, com desvio padrão de 1,3 (quase o dobro, ou seja, na média cada indivíduo teve praticamente duas internações).

TABELA 4 - Frequência das categorias diagnósticas por paciente, levando em conta as reinternações

Categoria	Pacientes		Margem de erro (%)
	n	%	
F04 Síndrome amnésica orgânica	2	0,2	0,2
F06 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física	101	8,5	1,6
F07 Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais	18	1,5	0,7
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	553	46,8	2,9
F11 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de opióides	1	0,1	-
F12 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides	5	0,4	0,4
F14 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína	12	1,0	0,6
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	132	11,2	1,8
F20 Esquizofrenia	974	82,4	2,2
F22 Transtornos delirantes persistentes	10	0,8	0,5
F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios	32	2,7	0,9
F25 Transtornos esquizoafetivos	69	5,8	1,4
F29 Psicose não-orgânica não especificada	9	0,8	0,5
F30 Episódio maníaco	51	4,3	1,2
F31 Transtorno afetivo bipolar	167	14,1	2,0
F32 Episódio depressivo	27	2,3	0,9
F33 Transtorno depressivo recorrente	18	1,5	0,7
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo	4	0,3	0,3
F50 Transtornos alimentares	1	0,1	-
F60 Transtornos específicos de personalidade	1	0,1	-
F63 Transtornos de hábitos e impulsos	1	0,1	-
F70 Retardo mental leve	4	0,3	0,3
F71 Retardo mental moderado	39	3,3	1,0
F72 Retardo mental grave	14	1,2	0,6
F79 Retardo mental não especificado	2	0,2	0,2

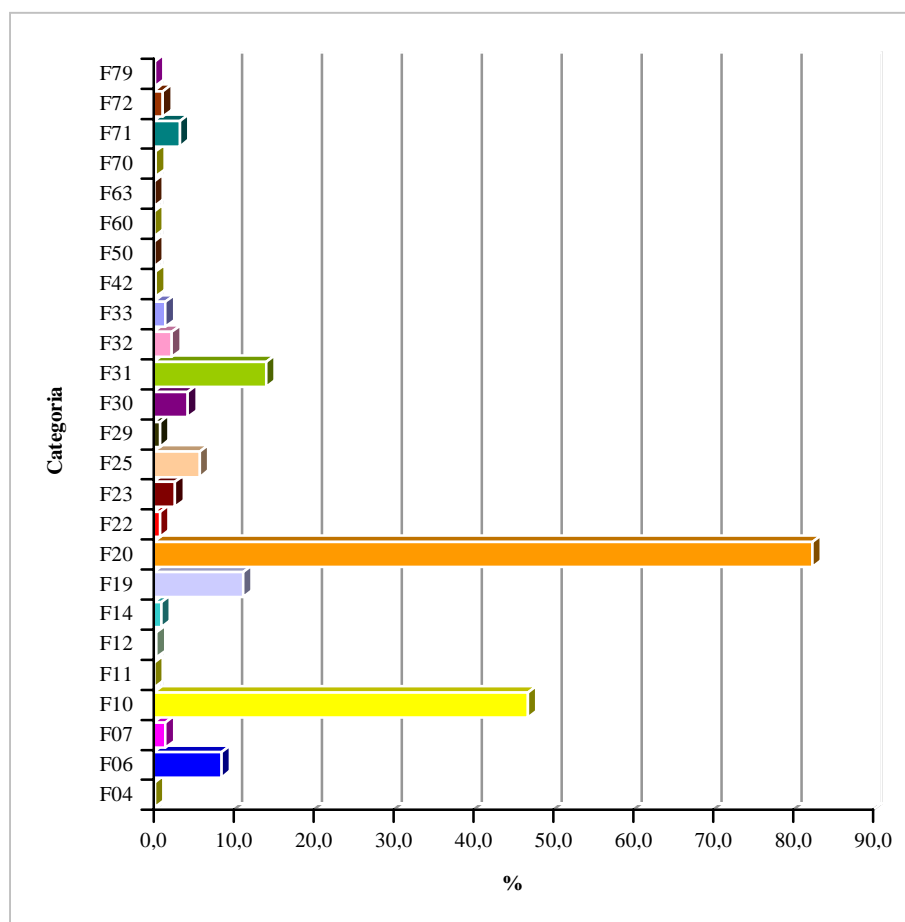


GRÁFICO 2 - Categorias diagnósticas – primeiro diagnóstico.

Verificam-se nos dados da Tabela 5, com relação ao total de categorias diagnosticadas observadas no período referente às 2.247 ocorrências (hospitalizações), que 43,3% dos diagnósticos são Esquizofrenia (F20); 24,6% são Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (F10); 7,4% corresponde a Transtorno afetivo bipolar (F31); 5,9% são de Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas (F19); 4,5% são Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física (F06); 3,1% corresponde a Transtornos esquizoafetivos (F25); 2,3% são Episódio depressivo (F30); 1,7% são Retardo mental moderado (F71); 1,4% são Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23); e 1,2% são Episódio depressivo (F32), perfazendo a porcentagem acumulada de 95,6% das categorias diagnosticadas encontradas nas 2.247 ocorrências.

TABELA 5 - Distribuição do total de categorias diagnósticas observadas no período

Categoria	Pacientes		% acumulada
	n	%	
F20 Esquizofrenia	974	43,3	43,3
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	553	24,6	68,0
F31 Transtorno afetivo bipolar	167	7,4	75,4
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	132	5,9	81,3
F06 Outros transtornos mentais decorrentes			
De lesão e disfunções cerebrais e de doença física	101	4,5	85,8
F25 Transtornos esquizoafetivos	69	3,1	88,8
F30 Episódio maníaco	51	2,3	91,1
F71 Retardo mental leve	39	1,7	92,8
F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios	32	1,4	94,3
F32 Episódio depressivo	27	1,2	95,5
F33 Transtorno depressivo recorrente	18	0,8	96,3
F07 Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais	18	0,8	97,1
F72 Retardo mental grave	14	0,6	97,7
F14 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína	12	0,5	98,2
F22 Transtornos delirantes persistentes	10	0,4	98,7
F29 Psicose não-orgânica não especificada	9	0,4	99,1
F12 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides	5	0,2	99,3
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo	4	0,2	99,5
F70 Retardo mental leve	4	0,2	99,6
F04 Síndrome amnésica orgânica	2	0,1	99,7
F79 Retardo mental não especificado	2	0,1	99,8
F11 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de opióides	1	0,0	99,9
F50 Transtornos alimentares	1	0,0	99,9
F60 Transtornos específicos de personalidade	1	0,0	100,0
F63 Transtornos de hábitos e impulsos	1	0,0	100,0

5.1.4 Categorias diagnósticas – segundo e terceiro diagnósticos

O segundo diagnóstico ocorreu em somente 49 vezes (considerando as reinternações), o que corresponde uma proporção muito pequena em relação ao total de pacientes no período, razão pela qual será somente apresentado neste tópico, não sendo considerado no restante do estudo.

De acordo com a Tabela 6 e o Gráfico 3, a categoria diagnóstica F10 foi a de maior prevalência no segundo diagnóstico.

TABELA 6 - Categorias diagnósticas – segundo diagnóstico

Categoria	Pacientes		Margem de erro (%)
	n	%	
F06 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física	9	0,8	0,5
F07 Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais	4	0,3	0,3
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	13	1,1	0,6
F17 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de tabaco	1	0,1	-
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	7	0,6	0,4%
F20 Esquizofrenia	2	0,2	0,2
F30 Episódio maníaco	3	0,3	0,3
F31 Transtorno afetivo bipolar	1	0,1	-
F32 Episódio depressivo	3	0,3	0,3
F33 Transtorno depressivo recorrente	3	0,3	0,3
F71 Retardo mental moderado	3	0,3	0,3

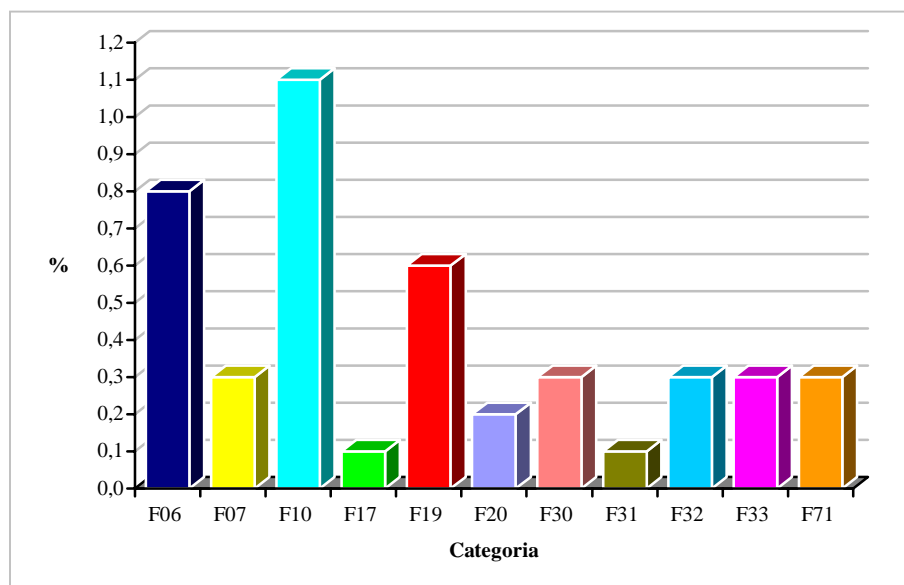


GRÁFICO 3 - Categorias diagnósticas – segundo diagnóstico.

Já em relação ao terceiro diagnóstico, somente ocorreu duas vezes a categoria F71, perfazendo 0,2% do total, com igual margem de erro (0,2%), indicando tratar-se de evento raro.

Por estas razões (baixa frequência de ocorrência de segundo e terceiros diagnósticos) é que o estudo analítico passou a considerar somente o primeiro diagnóstico.

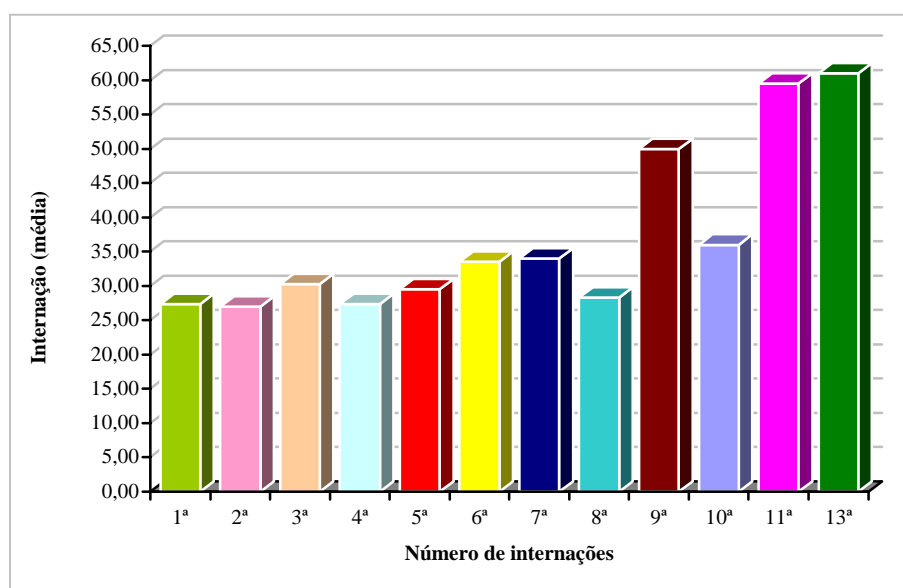
5.1.5 Tempo médio de hospitalização

O número de pacientes com mais de 8 internações é pequeno, além de ficar aquém do mínimo necessário para constituir uma amostra representativa de uma população. Em vista disso, foram comparadas as médias do tempo de internação entre os pacientes com até 8 internações (1.177 pacientes), o que permitiu concluir pela sua igualdade ($p=0,151$), com média geral de 27,66 dias por paciente (desvio-padrão=11,80 dias; EPM=0,34 dia) (TABELA 7, GRÁFICO 4).

A decorrência deste procedimento (análise) permite afirmar, já aqui na descrição dos dados, que o tempo de internação não sofre influência significativa do número de internações.

TABELA 7 - Tempo médio de hospitalização por paciente, considerando o número de internações

Internações	n	Média	Desvio-padrão	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Primeira	575	27,33	10,74	28	28	2	76
Segunda	380	26,95	11,17	26	22	2	78
Terceira	116	30,23	16,85	28	22	2	106
Quarta	57	27,33	12,12	26	15	4	74
Quinta	24	29,50	13,09	26	25	1	57
Sexta	16	33,56	12,31	31	24	9	59
Sétima	6	34,00	15,47	40,5	14	14	49
Oitava	3	28,33	8,39	24	23	23	38
Nona	1	50,00	-	50	50	50	50
Décima	1	36,00	-	36	36	36	36
Décima primeira	2	59,50	10,61	59,5	52	52	67
Décima terceira	1	61,00	-	61	61	61	61

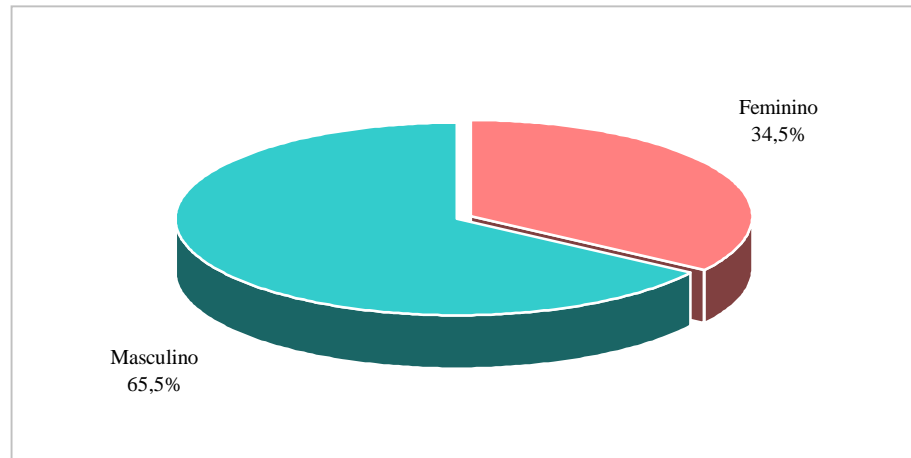
**GRÁFICO 4** - Tempo médio de hospitalização por paciente, considerando o número de internações.

5.1.6 Sexo

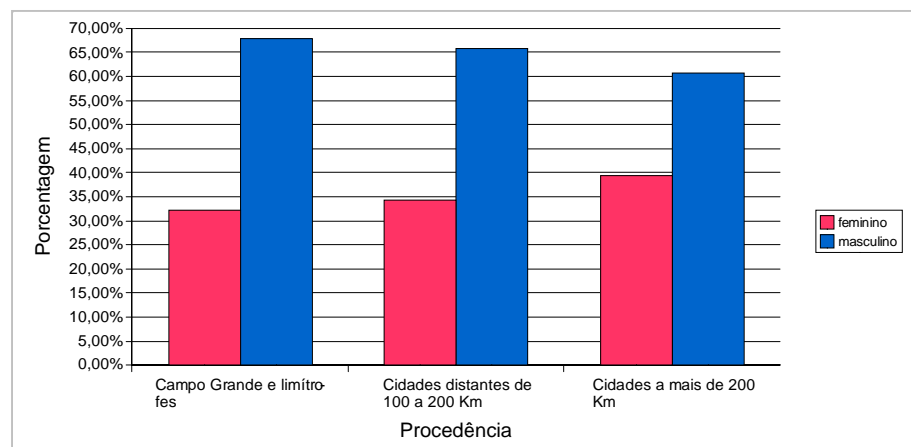
A maior parte dos pacientes internados no período é do sexo masculino (65,5%) ($p=0,000$), conforme Tabela 8 e Gráfico 5.

TABELA 8 - Frequência da distribuição por sexo

Sexo	Pacientes		Margem de erro (%)	p-valor
	Número	%		
Feminino	408	34,5	2,8	0,000
Masculino	774	65,5	2,8	

**GRÁFICO 5** - Frequência da distribuição por sexo.

Não há diferença na distribuição do sexo em função da procedência ($p=0,065$), conforme ilustra o Gráfico 6.

**GRÁFICO 6** - Distribuição do sexo em função da procedência.

5.1.7 Idade

Figura representando o histograma da idade dos 1.182 pacientes no primeiro diagnóstico, cuja média foi de 39,1 anos por paciente, com desvio-padrão de 11,85 anos (mínimo de 17 e máximo de 87 anos).

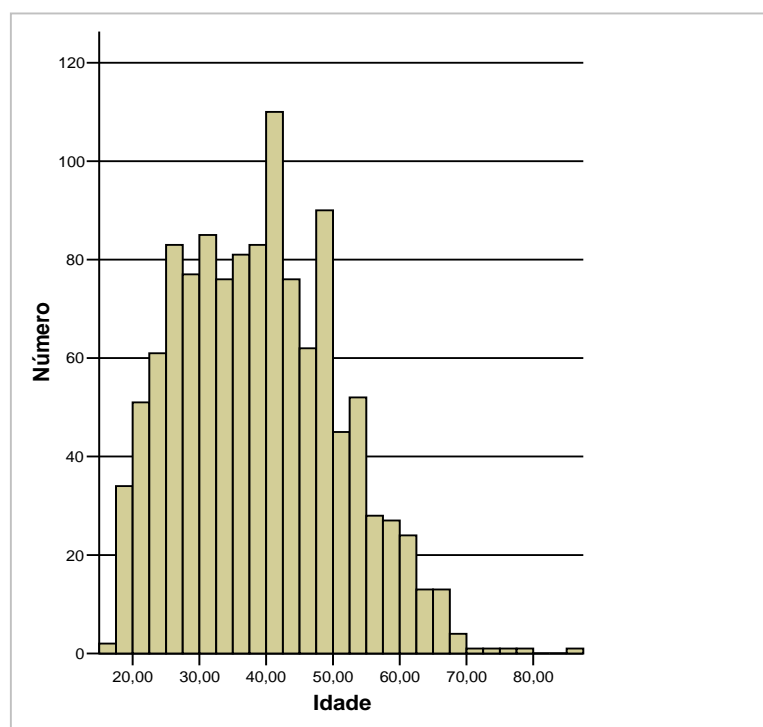


GRÁFICO 7 - Histograma por faixa etária dos 1.182 pacientes no primeiro diagnóstico.

Não houve diferença significativa na idade entre os dois sexos: média de 39,91 anos (desvio-padrão=11,86 anos) entre as mulheres e 38,64 anos (desvio-padrão de 11,82 anos) entre os homens ($p=0,080$).

Igualmente não houve diferença significativa na idade quando se considerou a procedência ($p=0,268$), conforme mostra o agrupamento disposto na Tabela 9.

TABELA 9 - Distribuição da média de idade considerando a procedência dos pacientes

Procedência	n	Média	Desvio-padrão	EPM*	Mínimo	Máximo
Campo Grande e cidades limítrofes	745	39,46	11,84	0,43	17,15	78,54
Cidades distantes de 100 a 200 km de Campo Grande	76	37,56	11,47	1,32	19,95	60,64
Cidades a mais de 200 km de Campo Grande	361	38,60	11,92	0,63	17,35	87,45
Total	1.182	39,08	11,85	0,34	17,15	87,45

*Erro Padrão da Média (EPM).

p-valor=0,268.

5.2 ESTATÍSTICA ANALÍTICA

5.2.1 Tempo de internação

Como já mostrado anteriormente na Tabela 7, o tempo de internação, medido em dias, não foi influenciado pelo número de internações ($p=0,151$), com base nos pacientes com até 8 internações, pelas razões já expostas. Desse modo, o tempo médio de hospitalização, entre os pacientes com até 8 internações (1.177 pacientes), foi de 27,66 dias, com desvio-padrão de 11,80 dias.

Considerando-se, porém, a correlação entre o tempo de internação no primeiro diagnóstico e o número de internações obtido entre todos os 1.182 pacientes, este valor é significativo ($r=0,13$; $p=0,000$), indicando haver uma influência positiva do número de internações que o paciente veio a sofrer sobre o tempo de internação observado no primeiro diagnóstico; mesmo assim, o coeficiente de determinação decorrente é de somente 1,7%, indicando a pequena importância desta variável sobre o tempo de internação.

O sexo não influenciou significativamente o tempo de internação, ficando a média entre as 408 mulheres em 28,17 dias (desvio-padrão=12,28 dias), e em 27,55 dias (desvio-padrão=11,72 dias) entre os 774 homens ($p=0,390$).

O tempo de internação também não foi influenciado pela idade, ficando a correlação entre ambas as variáveis em $r=0,07$ ($p=0,020$); neste caso, o coeficiente de determinação é

desprezível (somente 0,5%), a despeito da correlação significativa e positiva entre ambas as variáveis.

Quanto as principais categorias diagnósticas (no primeiro diagnóstico e agrupadas de acordo com a maior frequência), a Tabela 10 resume os dados referentes ao tempo de internação em função das principais categorias diagnósticas.

Existe diferença significativa do tempo de internação em função das categorias diagnósticas constantes da Tabela 10 ($p=0,001$); esta diferença deve ser interpretada da seguinte maneira: as categorias diagnósticas F06, F10, F31 e outros, têm o mesmo tempo médio de hospitalização ($p=0,451$), ficando a categoria F19 com o menor tempo em relação a este agrupamento ($p=0,050$) e F20 com maior tempo em relação ao mesmo agrupamento ($p=0,042$), sendo a maior diferença observada entre F19 e F20 ($p=0,000$).

TABELA 10 - Distribuição do tempo de internação em função das principais categorias diagnósticas

Categoria diagnóstica	n	Média	Desvio-padrão	EPM*	Mínimo	Máximo
F6 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física	52	27,77	9,86	1,37	7	50
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	349	27,11	9,63	0,52	3	70
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	83	23,18	10,55	1,16	2	49
F20 Esquizofrenia	428	29,64	12,85	0,62	3	87
F31 Transtorno afetivo bipolar	90	27,16	9,91	1,04	3	51
Outros	180	26,99	14,66	1,09	1	106

*Erro Padrão da Média (EPM).

p-valor=0,001.

O Gráfico 8 foi construído com base nos dados da Tabela 10, ilustra a distribuição do tempo de internação, em dias, segundo as principais categorias diagnósticas:

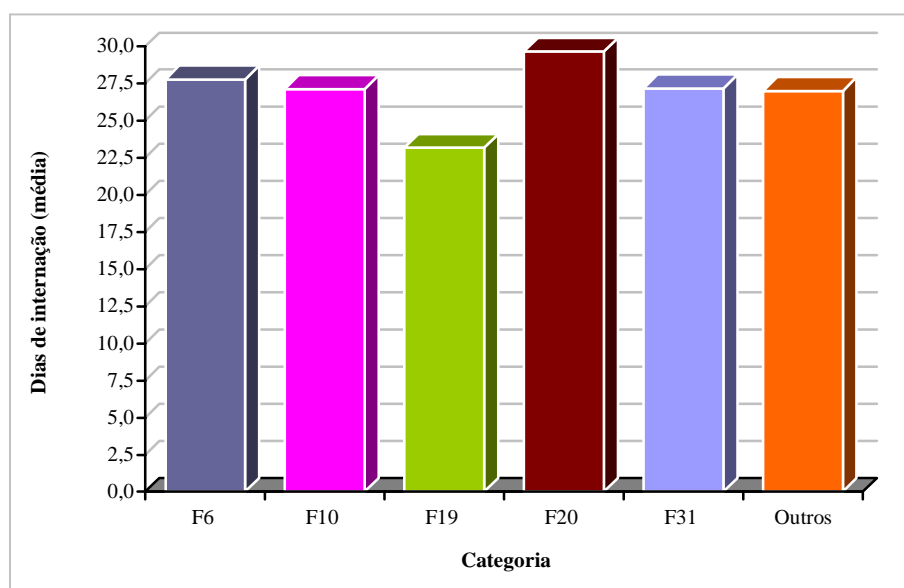


GRÁFICO 8 - Distribuição do tempo de internação, em dias, segundo as principais categorias diagnósticas.

A Tabela 11 apresenta os valores médios do tempo de internação, em dias, de acordo com a procedência.

Há diferença significativa do tempo de internação entre os três grupos ($p=0,045$), decorrente do maior tempo de internação entre os pacientes procedentes de cidades a mais de 200 km de Campo Grande em comparação àqueles de Campo Grande e cidades limítrofes ($p<0,050$).

TABELA 11 - Valores médios do tempo de internação, em dias, de acordo com a procedência

Categoria diagnóstica	n	Média	Desvio-padrão	EPM*	Mínimo	Máximo
Campo Grande e cidades limítrofes	745	27,15	11,41	0,42	1	81
Cidades distantes de 100 a 200 km de Campo Grande	76	27,66	9,78	1,12	10	62
Cidades a mais de 200 km de Campo Grande	361	29,06	13,2	0,69	3	106

*Erro Padrão da Média (EPM).

p-valor=0,045.

O Gráfico 9, construído com base nos dados da Tabela 11, ilustra esta comparação:

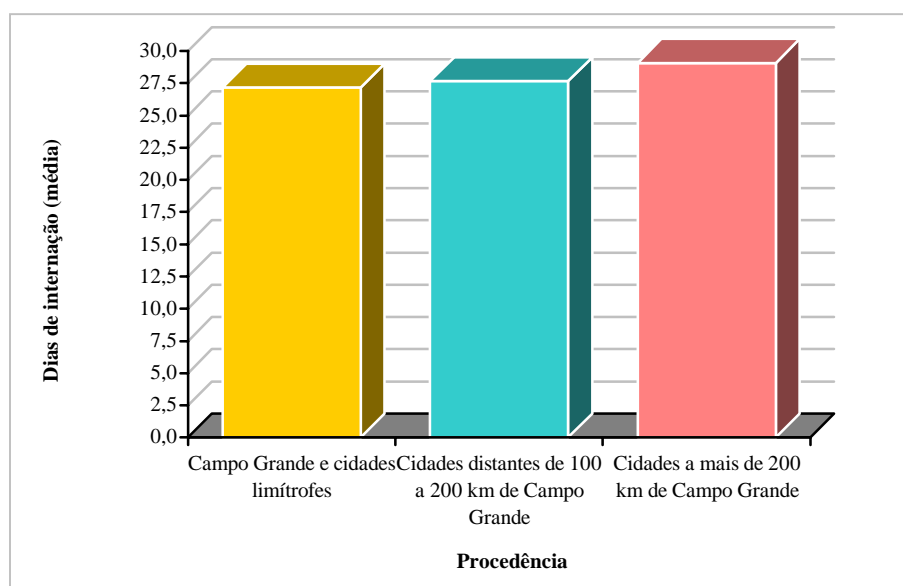


GRÁFICO 9 - Valores médios do tempo de internação, em dias, de acordo com a procedência.

5.2.2 Número de internações

A relação entre o número de internações e o tempo de internação na primeira ocorrência, em dias, está descrita no tópico anterior.

O número de internações ocorreu, em média, 1,93 (desvio-padrão=1,38) entre as 408 mulheres e 1,89 (desvio-padrão=1,28) entre os 774 homens, sendo considerados semelhantes ($p=0,630$).

A idade não influenciou o número de internações, já que não houve correlação significativa entre ambas ($r=0,04$; $p=0,160$).

Quanto as principais categorias diagnósticas, para constituir conjuntos representativos para fins de tratamento estatístico, esta associação foi verificada em relação ao total de internações (2.247), considerando-se a presença do diagnóstico em única internação ou múltipla (duas ou mais internações em que ocorreram os diagnósticos considerados).

Inicialmente são apresentadas duas Tabelas descritivas (12 e 13) das categorias diagnósticas identificadas no total de internações, segundo a sua ocorrência uma única vez ou múltiplas vezes.

TABELA 12 - Distribuição das categorias diagnósticas identificadas no total de internações, segundo a sua ocorrência nos casos de internação única

Categoria diagnóstica	Internação única		Margem de erro (%)
	n	%	
F06 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física	30	3,8	1,4
F07 Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais	5	0,6	0,6
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	249	31,9	3,3
F11 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de opióides	1	0,1	-
F12 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides	3	0,4	-
F14 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína	10	1,3	0,8
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	52	6,7	1,8
F20 Esquizofrenia	255	32,6	3,4
F22 Transtornos delirantes persistentes	3	0,4	-
F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios	14	1,8	0,9
F25 Transtornos esquizoafetivos	37	4,74	1,5
F29 Psicose não-orgânica não especificada	2	0,3	0,4
F30 Episódio maníaco	22	2,8	1,2
F31 Transtorno afetivo bipolar	44	5,6	1,6
F32 Episódio depressivo	13	1,7	0,9
F33 Transtorno depressivo recorrente	10	1,3	0,8
F50 Transtornos alimentares	1	0,1	-
F60 Transtornos específicos de personalidade	1	0,1	-
F63 Transtornos de hábitos e impulsos	1	0,1	-
F70 Retardo mental leve	2	0,7	-
F71 Retardo mental moderado	22	2,8	1,2
F72 Retardo mental grave	4	0,5	0,5
Total	781	100,0	-

TABELA 13 - Distribuição das categorias diagnósticas identificadas no total de internações, segundo a sua ocorrência nos casos de múltiplas internações

Categoria diagnóstica	Múltiplas internações		Margem de erro (%)
	n	%	
F04 Síndrome amnésica orgânica	2	0,1	-
F06 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física	71	4,8	1,1
F07 Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais	13	0,9	0,5
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	304	20,7	2,1
F12 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides	2	0,1	-
F14 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína	2	0,1	-
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	80	5,5	1,4
F20 Esquizofrenia	719	49,1	2,6
F22 Transtornos delirantes persistentes	7	0,5	0,4
F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios	18	1,2	0,6
F25 Transtornos esquizoafetivos	32	2,2	0,8
F29 Psicose não-orgânica não especificada	7	0,5	0,4
F30 Episódio maníaco	29	2,0	0,7
F31 Transtorno afetivo bipolar	123	8,4	1,4
F32 Episódio depressivo	14	0,9	0,5
F33 Transtorno depressivo recorrente	8	0,5	0,4
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo	4	0,3	0,3
F70 Retardo mental leve	2	0,1	-
F71 Retardo mental moderado	17	1,2	0,7
F72 Retardo mental grave	10	0,7	0,4
F79 Retardo mental não especificado	2	0,1	-
Total	1.466	100,0	-

A Tabela 14 que permitiu a construção do Gráfico 10, com as respectivas comparações estatísticas é apresentada a seguir.

Como se pode observar, há uma significativa diferença na distribuição das categorias diagnósticas conforme se trate de internação múltipla (duas ou mais) ou única; esta diferença se deve à maior frequência de ocorrências do diagnóstico F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool) e outros diagnósticos não listados na internação única em relação a múltiplas, dando-se o contrário em relação aos diagnósticos F20 (Esquizofrenia) e F31 (Transtorno afetivo bipolar).

TABELA 14 - Distribuição do número de internações em função das principais categorias diagnósticas agrupadas

Principal categoria diagnóstica	Múltiplas internações		Internação única		p-valor
	n	%	n	%	
F6 Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física	71	4,8	30	3,8	0,2750
F10 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	304	20,7	249	31,9	0,0000
F19 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas	80	5,5	52	6,7	0,2489
F20 Esquizofrenia	719	49,0	255	32,6	0,0000
F31 Transtorno afetivo bipolar	123	8,4	44	5,6	0,0177
Outras	169	11,5	151	19,3	0,0000
Total	1.466	100,0	781	100,0	-
p-valor	0,0000				

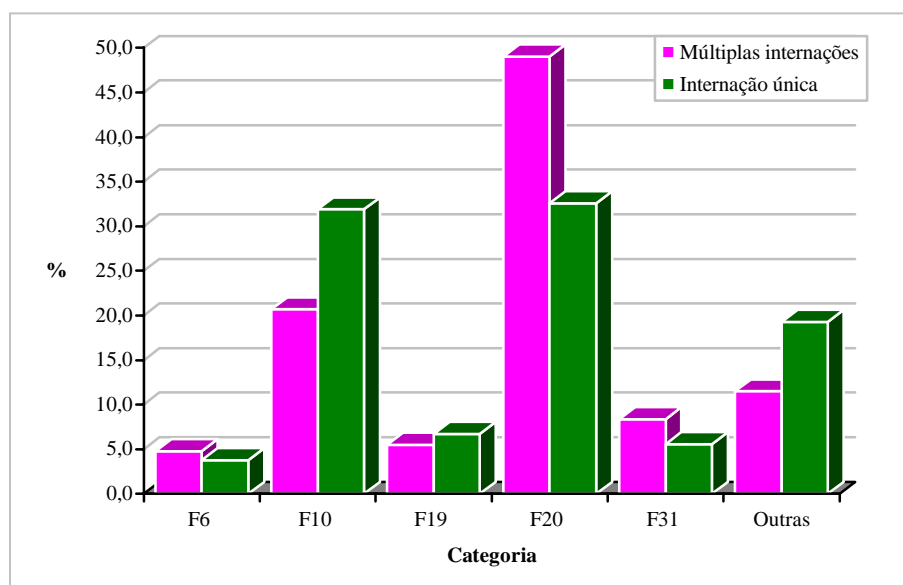


GRÁFICO 10 - Distribuição do número de interações em função das principais categorias diagnósticas agrupadas.

A procedência não influenciou o número de interações, que foi semelhante entre os três locais considerados para a interpretação estatística do resultado ($p=0,927$), conforme é mostrado na Tabela 15 e Gráfico 11.

TABELA 15 - Distribuição do número de interações por procedência

Procedência	n	Média	Desvio-padrão	EPM*	Mínimo	Máximo
Campo Grande e cidades limítrofes	745	1,90	1,36	0,05	1	13
Cidades distantes de 100 a 200 km de Campo Grande	76	2,08	1,67	0,19	1	10
Cidades a mais de 200 km de Campo Grande	361	1,86	1,11	0,06	1	7
Total	1.182	1,90	1,31	0,04	1	13

*Erro Padrão da Média (EPM).

p-valor=0,927.

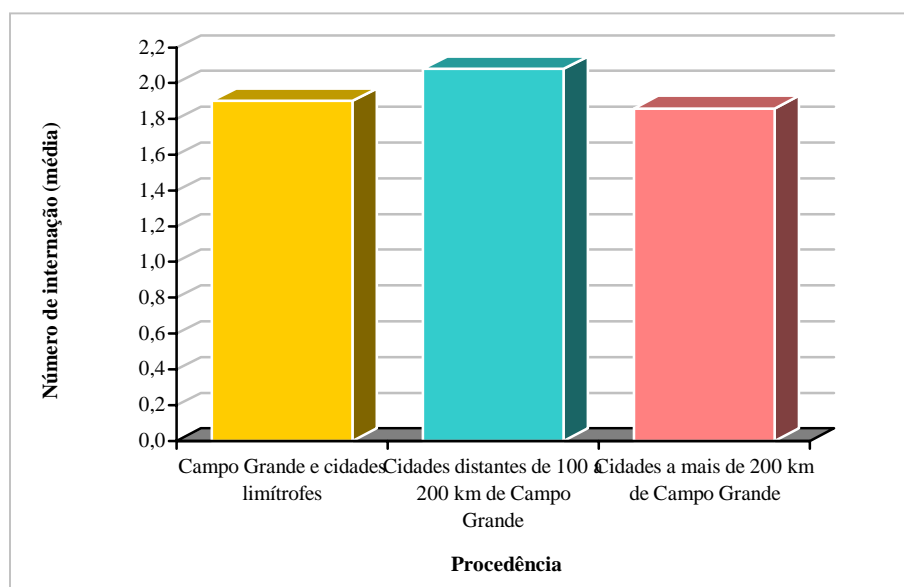


GRÁFICO 11 - Distribuição do número médio de internações por procedência.

5.2.3 Procedência

Como a procedência já foi considerada em relação ao sexo, idade, tempo de internação e número de internações, neste tópico será considerada a sua relação com as principais categorias diagnósticas.

A Tabela 16 apresenta a distribuição das principais categorias diagnósticas em função da procedência.

Há diferença significativa nas distribuições ($p=0,000$) que não decorre das categorias F06 (Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doenças físicas), F31 (Transtorno afetivo bipolar) e outras não listadas (p -valor respectivamente de 0,1321; 0,6895; 0,7372), mas de F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool) e F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas), maior frequência em Campo Grande e cidades limítrofes ($p=0,0043$ e $p=0,0000$ respectivamente), e de F20 (Esquizofrenia), menor frequência em Campo Grande e cidades limítrofes ($p=0,0008$), muito embora em relação a F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) não haja diferença significativa entre os pacientes de

Campo Grande e cidades limítrofes em comparação com aqueles das cidades mais distantes ($p=0,0936$).

TABELA 16 - Distribuição das principais categorias diagnósticas em função da procedência

Procedência	Primeiro diagnóstico						Total
	F6	F10	F19	F20	F31	Outros	
Campo Grande e cidades limítrofes	26 3,5%	242 32,5%	73 9,8%	241 32,3%	54 7,2%	109 14,6%	745 100,0%
Cidades distantes de 100 a 200 km de Campo Grande	5 6,6%	13 17,1%	3 3,9%	37 48,7%	5 6,6%	13 17,1%	76 100,0%
Cidades a mais de 200 km de Campo Grande	21 5,8%	94 26,0%	7 1,9%	150 41,6%	31 8,6%	58 16,1%	361 100,0%
Total	52 4,4%	349 29,5%	83 7,00%	428 36,2%	90 7,6%	180 15,2%	1.182 100,0%

O Gráfico 12, construído com base nos dados da Tabela 16, ilustra a distribuição dos diagnósticos principais em relação à procedência:

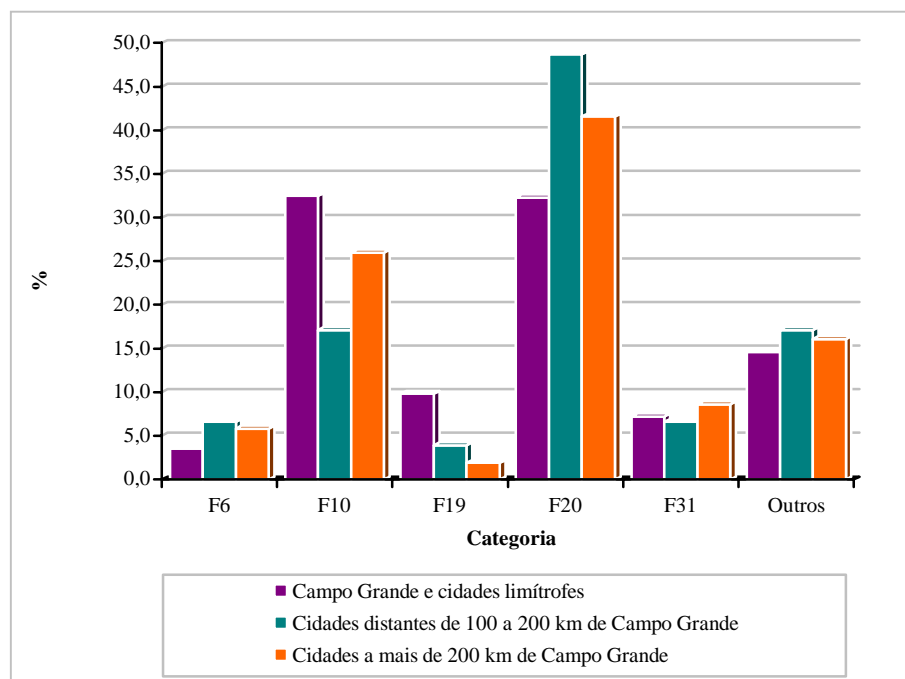


GRÁFICO 12 - Distribuição dos diagnósticos principais em relação à procedência.

O presente estudo descreve a população de pacientes internados no Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, no período de janeiro a dezembro do ano de 2004, no qual se fez um censo da população total internada no referido período.

6.1 PORCENTAGEM DAS INTERNAÇÕES RELACIONADAS À PROCEDÊNCIA:

No presente estudo, observando-se a porcentagem das internações relacionadas à procedência, percebe-se que 30,5% das internações são de pacientes oriundos das cidades com mais de 200 km de distância de Campo Grande. Nesse grupo encontram-se 58 municípios com uma população estimada de 1,2 milhão de habitantes. Seis vírgula quatro por cento das internações são de cidades distantes entre 100 e 200 km, com uma população de aproximadamente 300 mil habitantes e contando apenas com 10 municípios. Esses dados populacionais contribuem para justificar porque o grupo das cidades mais distantes contribui com um número de pacientes internados mais expressivo que os das cidades mais próximas em relação a elas.

No grupo das cidades distantes mais de 200 km de Campo Grande encontram-se alguns municípios (número de sete) onde já foram implantados os CAPS I e CAPS II e um município contando com um hospital psiquiátrico com 40 leitos, onde há a presença do médico psiquiatra. Embora os pacientes recebam o atendimento clínico, muitas vezes o paciente em uma crise aguda necessita de internação, pois oferece risco contra si e a outrem, sendo então necessário o encaminhamento para Campo Grande uma vez que o outro hospital psiquiátrico existente no Estado, na Cidade de Paranaíba, não consegue atender à demanda dos municípios vizinhos e, muitas vezes, do próprio local.

Algumas pesquisas corroboram o atual estudo: Brenner et al. (1999) em estudo realizado na cidade de Porto Alegre-RS, em uma clientela de internados em hospital psiquiátrico, relatam que 54,2% são procedentes de Porto Alegre, 18,2% residem no interior do Estado do Rio Grande do Sul e 27,5% são oriundos de outros Estados. Correia (1998) demonstra em estudo sobre internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto, realizado em quatro hospitais, que a grande maioria de pacientes internados reside na cidade de Ribeirão Preto, ou nas cidades vizinhas. No presente estudo, são procedentes de Campo Grande, 59,8% dos pacientes.

Observa-se que em relação à procedência, a distância entre a residência e o hospital seja causadora de desconfortos, tais como, dificuldade de transporte, falta de recursos financeiros para os familiares acompanharem o paciente nas visitas e reuniões familiares e outros, que deveriam ser resolvidos, haja vista que cerca de um terço dos pacientes provém de cidades a mais de 200 km de Campo Grande. Acredita-se que estes dados são de extrema importância para a concretização de um programa adequado de atenção à saúde mental em nosso Estado para um melhor atendimento aos doentes mentais, seja na atenção básica, primária ou secundária, envolvendo o fluxo desses pacientes.

Busnello (1997 apud CORREIA, 1998, p. 47) propõe a preparação e treinamento de “[...] membros da própria comunidade para o atendimento básico, mas sendo acompanhados por um técnico com nível superior”. Sugere, ainda, que esses integrantes da comunidade podem ser agentes comunitários de saúde como orienta atualmente o Ministério da Saúde, nos PSFs.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) relatam que o atendimento em saúde mental nos Estados Unidos não está restrito a um serviço apenas, mas, sim, a uma rede de serviços que procura suprir as necessidades do paciente. Estão congregados nesses serviços de atendimento ao doente mental serviços de emergência, hospitalização breve, internação, consultoria e educação, serviços para atendimento à criança e aos idosos, serviços de acompanhamento de egressos de hospitais e serviços de abrigo transitório de prevenção ao alcoolismo e abuso de drogas.

6.2 NÚMERO DE INTERNAÇÕES

Quanto ao número de internações, o presente estudo mostra que o número de pacientes com mais de oito internações é pequena. A maioria dos pacientes sofreu, no período, até quatro internações, sendo que metade deles sofreu somente uma internação e 75% duas internações. Acredita-se que se em nosso Estado já tivessem sido implantados os serviços extra-hospitalares ou substitutivos previstos em Lei, onde os pacientes pudessem estar sendo encaminhados e recebendo atendimento adequado após a alta hospitalar, estes não reinternariam com tanta frequência. Campo Grande possui somente um CAPS II, para atender a uma população de quase 800.000 habitantes, cuja demanda exige, pelo menos um CAPS III pois seria o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em

municípios com população acima de 200.000 habitantes. Por isso, o único CAPS II local, não dá conta de atender toda a demanda, sobrando a internação, muitas vezes, como a única saída para resolver o problema do paciente em crise.

No estudo de Correia (1998), quanto ao número de internação, foi observado que nos quatro hospitais da Região de Ribeirão Preto-SP existem taxas superiores a 67% e um com taxa de 22,2% de pacientes que apresentaram somente uma internação. Quanto às reinternações nos referidos hospitais, foram de 33,0% no hospital Z; 31,4% no hospital W; 23,1% no hospital Y; e 77,8% no hospital X.

Bassit (1981 apud CORREIA, 1998) em uma pesquisa em hospital psiquiátrico em Tremembé-SP, encontrou taxa de 72,0% referente a reinternação dos pacientes e 28,0% dos casos, eram de primeiras internações, diferindo do atual estudo.

Cerqueira (1989) constatou taxas de reinternações em 1965 (35,7%), em 1970 (58,0%) e em 1973 (52,1%) em Hospitais Públicos e Privados de Ribeirão Preto. O mesmo autor relata serem altas as taxas de readmissões e declara que esse acontecimento era devido a falta de serviços extra-hospitalares, para o atendimento aos portadores de doença mental. No presente estudo, a taxa de reinternações é semelhante às últimas citadas a partir de 1970, já que observamos 51,4% de reinternações entre os pacientes da pesquisa.

6.3 CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS POR PACIENTE

No presente estudo, em relação às categorias diagnósticas por paciente, considerando o primeiro diagnóstico (são 2.247 ocorrências em relação a 1.182 pacientes), verificou-se prevalência do diagnóstico (F20) Esquizofrenia, de 82,4%. O segundo diagnóstico ocorreu em somente 49 vezes (considerando as reinternações), correspondendo a uma proporção muito pequena em relação ao total de pacientes no período, razão pela qual não foi considerado no restante do estudo. A categoria diagnóstica F10 foi a de maior prevalência no segundo diagnóstico. Já em relação ao terceiro diagnóstico, somente ocorreu duas vezes a categoria F71 (Retardo mental moderado).

Em relação à categoria diagnóstica F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool) ter sido a de maior prevalência no segundo diagnóstico, justifica-se pelo fato de muitos pacientes apresentarem comorbidades psiquiátricas. Na

experiência e convivência da pesquisadora com os pacientes que se internam no hospital, *locus* da pesquisa, pode-se citar que vários pacientes apresentam diagnósticos de F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool) e F20 (Esquizofrenia) e outros, e muitas das reinternações são motivadas, ora por uso abusivo de bebida alcoólica, ora por alterações de comportamento relacionadas aos sintomas da esquizofrenia ou outros transtornos.

Drake, Osher e Wallach (1989) e Menezes et al. (1996) corroboram a afirmação dizendo que em relação aos transtornos mentais é comum que os relacionados ao uso de álcool coexistam com outros transtornos psiquiátricos. O consumo de bebidas alcoólicas, mesmo que em pequenas quantidades, traz prejuízos mais sérios que os apresentados em pacientes sem comorbidade. Cupffel (1992) relata que, em algum momento de suas vidas, em torno de 50% dos pacientes com doenças mentais graves desenvolvem problemas relacionados ao consumo de álcool/drogas. Praticamente todos os sintomas psiquiátricos podem ocorrer pelo uso descontrolado de bebida alcoólica, tornando-se difícil estabelecer o diagnóstico diferencial sem um longo período de avaliação e abstinência do paciente. Alucinações vivenciadas por dependentes de álcool não diferem significativamente das alucinações experimentadas por pacientes portadores de esquizofrenia. Segundo Cornelius et al. (2003), os pacientes com doenças mentais relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas e outra comorbidade psiquiátrica tem um prognóstico pior do que indivíduos com apenas um transtorno, além do tratamento ser mais difícil. Concordamos com os autores citados, por verificarmos que nossa realidade não difere das estudadas por eles.

6.4 TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES NO PRESENTE ESTUDO

A esquizofrenia é o diagnóstico de maior prevalência no presente estudo (43,3%), corroborando outros estudos realizados em hospitais psiquiátricos, tanto nacionais quanto internacionais.

Coutinho et al. (2002) em um estudo mais amplo em vinte hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro envolvendo a participação de 3.223 pacientes internados, encontrou como diagnóstico mais frequente a esquizofrenia (42,1%). Já, em outro estudo realizado também por Coutinho et al. (2002) em uma instituição asilar no Rio de Janeiro, em uma população

constituída por 1.494 participantes, os diagnósticos mais frequentes foram a esquizofrenia (53,6%), o retardo mental (26,4%) e o alcoolismo (1,8%), diferindo dos anteriores e inclusive do presente estudo. Silva, A. (1997) relata que em estudo americano, 48% dos pacientes internados tinham diagnóstico de esquizofrenia.

Dhadphale e Shaikh (1981), em estudo realizado no Zâmbia, observaram que o diagnóstico psiquiátrico em uma amostra de pacientes hospitalizados, a maioria destes (27%) eram portadores de esquizofrenia. Num estudo realizado em Madri (Espanha) no Hospital “Punta de Europa”, de Algeciras, cujo objetivo foi descrever a frequência de reingressos, foi constatado que das reinternações psiquiátricas se observa que a esquizofrenia é a responsável pela maior parte das readmissões, o que se verifica também no atual estudo. Já, no estudo de Ballón et al. (2003) realizado no Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de La Seguridad Social del Perú (HNERM-ESSALUD), 40% dos pacientes atendidos nos diversos serviços do Departamento de Salud Mental del HNERM-ESSALUD, no ano de 2000, tiveram diagnóstico de esquizofrenia. Resultados muito próximos dos encontrados neste estudo.

Em estudo realizado anteriormente por Souza, Souza e Caetano (2005), no Hospital Nosso Lar (*locus* desta pesquisa), com uma população de 633 pacientes, no ano de 2002, o diagnóstico de maior prevalência foi (F20) Esquizofrenia, (43%), seguidos por (F10) Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool, (35,1%) e (F30) Episódio maníaco, (10%). Percebe-se que a porcentagem para esquizofrenia e transtornos afins, assim como para transtornos afetivos permaneceram praticamente os mesmos, variando apenas para transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Nos estudos de Brenner et al. (1999), no Rio Grande do Sul, Caton e Gralnick (1987) nos Estados Unidos, Coutinho et al. (2002) no Rio de Janeiro e Oksenberg et al. (1989) no Chile, o diagnóstico de esquizofrenia foi responsável por 40% a 60% do total das internações. Para Brenner et al. (1999), o diagnóstico de esquizofrenia foi relatado para 67,1% dos pacientes.

Menezes e Mann (1993), em um estudo sobre o ajustamento social de pacientes com esquizofrenia, relatam que a esquizofrenia é um grave problema de saúde pública em países desenvolvidos, afetando em média 0,5/1000 pessoas adultas e provocando altos custos econômicos para a sociedade. Relatam, também, que no Brasil o diagnóstico de esquizofrenia representa cerca de um terço de todas as internações psiquiátricas e que existe uma carência

de informações sobre as reais condições e perfil desses pacientes, razão pela qual, despertou na autora o interesse em desenvolver esta pesquisa.

Alves (2003), em estudo realizado com pacientes egressos do Hospital-Dia da Santa Casa de Campo Grande-MS, no período de 1996 a 1998, encontrou entre os diversos diagnósticos, um predomínio para esquizofrenia de 46,1%.

No presente estudo, o diagnóstico F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool) ocupa o segundo lugar (24,6%), mostrando similaridade, também, com outros estudos. Segundo a OMS,

[...] pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo fazem uso de modo prejudicial de substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e situação econômica e que esta realidade encontra equivalência em território brasileiro (BRASIL, 2005, p. 41).

Portanto, o uso de substâncias torna-se um grave problema de saúde pública no país, e especialmente em nosso Estado, onde se fazem necessárias políticas públicas efetivas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, o que não se verifica até o presente. No Estado de Mato Grosso do Sul, existem atualmente apenas três CAPS-ad, localizados nos municípios de Campo Grande, Dourados e Ponta Porã, sendo insuficientes para atender as necessidades de demanda da população que necessita dos serviços.

Foi no ano de 2002, seguindo as orientações da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, que o MS começa a implementar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários de Álcool e outras Drogas*, aceitando a questão do uso prejudicial de substâncias como sério problema da saúde pública e implantando uma política pública específica para o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, relacionada no campo da saúde mental. O grave problema do uso do álcool impõe as sociedades de todos os países e ao Brasil, uma sobrecarga de problemas indesejáveis e altamente dispendiosos, que acometem as pessoas em todos os domínios de sua existência. A grande extensão e complexidade do quadro epidemiológico sugere urgências nas políticas públicas para o enfrentamento dos graves acontecimentos em decorrência do consumo do álcool (BRASIL, 2005). Para o MS, a dimensão epidemiológica do consumo prejudicial e dependência de álcool no Brasil, de acordo com sexo e faixa etária são: Uso na vida: faixa

etária entre 12-17 anos, homens 52,2%; mulheres 44,7%; entre 18-24 anos, homens 78,3%; mulheres 68,2%; entre 25-34 anos, homens 85,6%; mulheres 67,6%; com mais de 34 anos, homens 82,1%; mulheres 59,5%. Dependência: faixa etária entre 12-17 anos, homens 6,9%; mulheres 3,5%; entre 18-24 anos, homens 23,7%; mulheres 7,4%; entre 25-34 anos, homens 20%; mulheres 7,1%; com mais de 34 anos, homens 16,1%; mulheres 5,1% (BRASIL, 2005).

Gasparini (2003), em seu estudo realizado com 1.026 estudantes universitários da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), localizada em Campo Grande, MS no ano de 1999, detectou que as drogas mais utilizadas na vida, pelos estudantes, não caracterizando dependência, foram as seguintes: álcool, 92,69%; tabaco, 42,88%; solventes, 16,57%; maconha, 15,79%; anfetamínicos, 9,84% e ansiolíticos, 8,67%. A autora enfatiza a necessidade da realização de mais pesquisas epidemiológicas, no Estado de Mato Grosso do Sul e em todo o país, para melhor estruturação de políticas públicas, tanto no campo da saúde mental como na Educação.

Em estudo anterior Souza, Souza e Caetano (2005), identificaram a prevalência para F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool) de 35,1%, taxa bem superior ao estudo atual, devendo esta diferença ter sido pelo fato da população estudada, não cobrir um ano completo, sendo feito em um período limitado (agosto a novembro de 2002), com somente 633 pacientes.

Em estudo realizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro-RS, por Araújo et al. (2003) em um número de 261 pacientes internados, 16,7% correspondia ao diagnóstico de dependência química. Outro estudo realizado no Hospital Central Militar, na cidade do México, por Ramos-Pinedo e Hernández-Daza (2000) para verificar o consumo de álcool em pacientes psiquiátricos (comorbidade), utilizou-se uma amostra de 105 pacientes internados em um período de seis meses (setembro/1998 a fevereiro/1999). A associação encontrada entre os transtornos psiquiátricos e o consumo de álcool foi de 27,3% com os transtornos esquizofrênicos.

No estudo de Hambrecht e Häfner (1996) o abuso de substâncias é considerado problema comum em pacientes portadores de esquizofrenia, ocorrendo em até 60% destes, piorando com o avançar da doença e prejudicando a adesão do paciente ao tratamento. Relatam, também, que existem algumas hipóteses para a natureza da comorbidade entre esquizofrenia e abuso de substância, tais como: uso de substâncias pode causar ou

desencadear esquizofrenia em pessoas vulneráveis, ou seja, em pessoas que já teriam geneticamente uma pré-disposição; pacientes com esquizofrenia, usariam drogas para diminuir sintomas da doença ou efeitos colaterais da medicação e a relação entre as duas categorias diagnósticas seria uma “coincidência” por serem entidades clínicas que se assemelham quanto a idade de início e prevalência, não ocorrendo relação causal entre ambas. Seria importante que mais pesquisas fossem realizadas para a verificação desse fenômeno.

A experiência profissional da pesquisadora com a realização de entrevista e anamnese, tanto com os pacientes quanto com seus familiares, observa-se com frequência que muitos pacientes esquizofrênicos têm problemas com uso de drogas (lícitas e ilícitas), em geral mais de um ano antes do primeiro sintoma de esquizofrenia. Muitas vezes, para uns os sintomas de esquizofrenia e abuso de droga começaram simultaneamente e, para outros, o abuso de drogas ocorreu após o primeiro sintoma de esquizofrenia. Portanto, são pacientes que apresentam comorbidades psiquiátricas, geralmente com problemas graves, mas que no momento da internação recebem apenas o diagnóstico de Esquizofrenia (F20), não se beneficiando muitas vezes do tratamento para ambos os diagnósticos. Acredita-se que mais estudos sobre abuso de substâncias em comorbidez com transtornos psiquiátricos devam ser realizados para se verificar o perfil desses pacientes, haja vista que são questões bastante complexas.

6.5 TEMPO MÉDIO DE HOSPITALIZAÇÃO POR PACIENTE

No presente estudo, o número de prontuários de pacientes com mais de oito internações é pequeno. Em vista disso, foram comparadas as médias do tempo de internação entre os pacientes com até oito internações (1.177 pacientes), chegando-se a uma média geral de 27,66 dias por paciente. Considerando-se, porém, a correlação entre o tempo de internação na primeira consulta e o número de internações obtido entre todos os 1.182 pacientes, este valor é significativo, indicando haver uma influência positiva do número de internações que o paciente veio a sofrer, sobre o tempo de internação observado na primeira consulta.

Pode-se considerar que os pacientes com maior número de internações apresentam maior tempo de internação, provavelmente devido ao fato de serem pacientes com problemas graves e com outras comorbidades que requerem maior atenção e acompanhamento clínico no tratamento, necessitando maior número de dias de internação e reinternações. Percebe-se que nesses pacientes, cada recidiva, leva-se mais tempo para a remissão dos sintomas da doença e

melhora clínica. Sabe-se que a não adesão ao tratamento, falta de medicação na rede pública, falta de noção de morbidez por parte dos pacientes, falta de orientação aos familiares e dificuldades de acesso ao CAPS local, leva às recorrentes recidivas. Se fosse proporcionado ao paciente egresso e seus familiares, acompanhamento por profissionais que dariam continuidade ao tratamento, sem dúvida que as readmissões tenderiam a diminuir, minimizando os prejuízos provocados aos pacientes e à sociedade. Portanto, são muitas as variáveis envolvidas com o fenômeno das reinternações.

No presente estudo, o TMH foi semelhante entre homens e mulheres, ficando em 27,55 entre os 774 pacientes do sexo masculino e, entre as 408 mulheres em 28,17 dias. Porém, há na literatura discrepâncias muito significativas no TMH em hospital psiquiátrico. Há de se considerar que as metodologias dos censos são bem diversificadas, assim como a legislação e o controle sanitário local. Também é preciso considerar o tipo e as características peculiares de cada hospital. O TMH estabelecido pelo Ministério da Saúde é de 30 dias para uma internação de adulto (BRASIL, 1990).

O TMH dos pacientes deste estudo diferiu bastante de algumas pesquisas. Brenner et al. (1999) detectaram um tempo de internação de 30 dias numa amostra de 258 homens e 225 mulheres em um hospital de Porto Alegre. Lieberman et al. (1993) estudaram 217 pacientes e encontraram um TMH de $23 \pm 16,2$ dias. Hibbard e Trimboli (1982) encontraram uma média de 21 dias em 612 pacientes. Caton e Gralnick (1987) estudaram 119 pessoas com esquizofrenia crônica de três hospitais e encontraram uma variação de 21 a 70 dias. No estudo de Mattes, Rosen e Klein (1977) chegou-se ao extremo de 179 dias. Coutinho et al. (2002) estudaram 1.494 pacientes internados em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, com o predomínio de homens (53,4%), e encontraram 77,6% com um tempo de internação igual ou superior a dois anos. Os mesmos autores, em um estudo mais amplo em vinte hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro inclusive os de longa duração, totalizando 3.223 pacientes (66,0% homens), relataram que mais da metade deles estava internada há mais de três meses, e um terço há mais de um ano. Não houve diferença importante quanto ao tempo de internação entre homens e mulheres nesses estudos.

6.6 DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

Quanto ao sexo dos pacientes, internados no período deste estudo, a maioria é do sexo

masculino (65,5%) e 34,5% do sexo feminino. O estudo também mostra que não há diferença na distribuição do sexo em função da procedência, mantendo-se prevalência do sexo masculino em relação ao feminino. No entanto, o p-valor encontrado ($p=0,065$) sugere que se pode estar diante de uma tendência, a ser confirmada por um aumento da casuística, de que os pacientes provenientes das cidades mais distantes tenham uma redução na prevalência do sexo masculino em relação ao feminino.

O predomínio do sexo masculino neste estudo é bastante elevado, podendo-se inferir que isso se deva ao fato da instituição (*locus* da pesquisa) ter internado grande número de pacientes com distúrbios relacionados ao álcool e esquizofrenia no período estudado. Algumas pesquisas corroboram o presente estudo, tais como as de Almeida e Coutinho (1990) que relatam que esses diagnósticos são mais frequentes entre o sexo masculino. Em estudo realizado por Rheder e Carlini-Contrim (1990 apud CORREIA, 1998) a respeito de internações hospitalares por dependência de droga e álcool em 1988, foi detectado o predomínio das internações masculinas, superando significativamente as internações do sexo feminino. Também no estudo de Caetano (1982), sobre as internações psiquiátricas no Brasil nos anos de 1960 a 1974, observa-se que em todos os anos as internações masculinas foram superiores às internações femininas. As internações masculinas ficaram entre 55,1% e 62,8%, enquanto as femininas variaram entre 37,2% e 44,9%.

Araújo (1955 apud CORREIA, 1998) em estudo com portadores de doenças mentais internados em hospitais públicos e particulares do Brasil em 1952, relativo à primeira admissão, observou que houve predomínio também do sexo masculino nas internações em hospitais psiquiátricos. Coutinho et al. (2002) também relatam em seu estudo o predomínio do sexo masculino (53,4%) sobre o sexo feminino (46,6%). Herrera (1997) concluiu em seu trabalho com pacientes com esquizofrenia internados no hospital psiquiátrico Julio Endara (Quito) no ano de 1995, que a maioria dos pacientes internados era do sexo masculino (63,3%), e 36,6% do sexo feminino. Esses dados demonstram que os homens estão sujeitos a um risco maior de sofrer destas patologias.

Albus et al. (1994 apud MARI; LEITÃO, 2000) estudaram 197 pacientes internados em um hospital psiquiátrico na Alemanha com diagnóstico de esquizofrenia, e verificaram que a idade na primeira admissão hospitalar foi mais precoce para os homens, média de 25 anos, do que para as mulheres, média de 30 anos de idade. Porém, para o subgrupo de pacientes com histórico familiar positivo para transtornos psicóticos em familiares de

primeiro grau não houve diferença entre os sexos quanto à idade de início, embora esses pacientes apresentassem um início de doença mais precoce em relação aqueles sem antecedentes familiares.

Para Bassit e Louzã Neto (2000), há diferenças no curso da esquizofrenia entre os sexos masculino e feminino desde que Kraepelin, em 1896, definiu a *dementia praecox* e percebeu que os homens apresentavam idade de início mais precoce. A idade de início para os homens está em torno dos 15 e 25 anos, enquanto as mulheres apresentam dois momentos: primeiro, em torno dos 25 e 29 anos, e outro, entre 40 e 45 anos. Geralmente, as mulheres apresentam melhor prognóstico nas fases de início da doença, apresentando maior taxa de remissão, melhora no desempenho social e menos sintomas negativos, mostrando melhor resposta ao tratamento com antipsicóticos. Para os autores, as diferenças relacionadas à gravidade da doença e ao prognóstico favorável às mulheres podem ser devidas ao início mais tardio, possibilitando às mulheres maior desempenho social. O início mais tardio da esquizofrenia nas mulheres pode ser oriundo de fatores sociais, mas também pode ser devido à presença do hormônio estradiol no organismo a partir da adolescência. O provável efeito protetor do hormônio estradiol no início tardio da esquizofrenia em mulheres, é valorizado pela observação de nível diminuído do estradiol, independente do uso de antipsicóticos, em pacientes jovens do sexo feminino com esquizofrenia.

6.7 FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES DO PRESENTE ESTUDO

O presente estudo mostra que a média da idade dos 1.182 pacientes no primeiro diagnóstico foi de 39,1 anos por paciente. Mostra também, que não houve diferença significativa na idade entre os sexos: média de 39,91 entre as mulheres e 38,64 anos entre os homens. Igualmente, não houve diferença significativa na idade quando se considerou a procedência. Campo Grande e cidades limítrofes apresenta média de 39,46 anos; cidades distantes de Campo Grande de 100 a 200 km média de 37,56 anos; cidades distantes de Campo Grande a mais de 200 km, média de 38,60 anos.

A faixa etária predominante em estudos similares é variável. Amarante, Coutinho e Silva (1999), em um censo dos pacientes internados em 20 hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, encontraram uma faixa etária inferior a 40 anos, corroborando este estudo. Brenner et al. (1999) observaram em seus estudos com uma amostra de 258 homens e 224 mulheres,

que 28,4% de ambos os sexos têm idade entre 31 e 40 anos. Correia (1998), em seu estudo relata que grande concentração de pacientes situa-se na faixa etária entre 20 e 49 anos, diferindo dos dados deste estudo. Em estudo realizado por Dalgalarrodo (1990), no Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (HC-UNICAMP), na Unidade de Internação Psiquiátrica, indica maior prevalência de indivíduos com idade de 34 anos com leve predomínio para o sexo feminino.

Coutinho et al. (2002) encontraram 52,6% com idade inferior a 40 anos, também corroborando com o presente estudo. Terzis (1984 apud CORREIA, 1998) realizou pesquisa com pacientes portadores de esquizofrenia na cidade de São Paulo e observou que a faixa etária predominante se situava em torno dos 35 anos, tanto para homens como para mulheres. No estudo de Araújo (1955 apud CORREIA, 1998) observa-se o predomínio da faixa etária entre 20 e 39 anos, semelhante ao estudo de Caetano (1982). Ferreira (1987) também constatou em seu estudo em Hospital Psiquiátrico, na cidade de Criciúma-SC, uma concentração maior na faixa etária entre os 31 e 40 anos, para os sexos masculino e feminino.

No estudo de Herrera (1997), detectou-se nas primeiras internações dos pacientes com esquizofrenia a média de idade para homens de 28,6 anos, e para mulheres 28,2 anos. No estudo de Oliveira e Luis (1996) no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (1988-1990), numa amostra de 1.082 pacientes, a maioria dos atendimentos se refere a pacientes do sexo masculino e o grupo de idade mais afetado foi de 25-44 anos para ambos os sexos. Já os estudos de Paim (1980) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) demonstram que na esquizofrenia, os homens têm seu primeiro surto na idade entre 15 e 25 anos e a mulher entre 25 e 35 anos.

Os dados disponíveis na literatura, deixam clara a necessidade de se promover assistência mais efetiva aos portadores de transtornos mentais nas idades mais precoces, especialmente para o sexo masculino, com acompanhamento bastante intensivo posteriormente à crise para evitar as recidivas, as reinternações e a cronificação desses pacientes.

Saggese e Leite (1999) relatam que, cuidar de crianças e adolescentes é um dever ético de toda sociedade. Em relação à saúde mental infanto-juvenil, o compromisso ético está ligado a uma preocupação estratégica, ou seja, a falta de diretrizes claras de atuação para essas faixas de idade, que no Brasil constituem 40% da população. Esse descaso atual, representará

um custo elevado para a futura sociedade pela falta atualmente de investimento. Para os autores, as políticas governamentais que buscam atingir o direito básico de cidadania, devem ter como metas oportunidades sócio-educativas e uma atenção especial com a saúde mental, fator determinante para o desenvolvimento de todo ser humano. Asseguram os autores, que os problemas relacionados à saúde mental dos jovens não são problemas pequenos. Estudos epidemiológicos mostram uma prevalência de transtornos mentais na população infanto-juvenil em torno de 10 a 15%, atingindo até 21% se considerar apenas a população de adolescentes com mais de 15 anos. Cerca de 50% dos transtornos mentais incapacitam as pessoas para várias atividades diárias de vida. Comentam os autores, que pesquisas revelam que o início de vários transtornos mentais é muito mais precoce do que se pensa e que as taxas de suicídio e homicídio no meio dos jovens têm aumentado significativamente em várias regiões do mundo.

Cabe ressaltar que no presente estudo, essas internações afetaram principalmente indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 40 anos, ou seja, uma camada da população que constitui importante força produtiva de um país. A maioria dos transtornos psiquiátricos aparece muito precocemente, afetando de forma global a qualidade de vida dos pacientes. Apesar da maior prevalência entre os homens, não se pode concluir que a doença mental indica maior frequência em homens do que em mulheres em nosso Estado, uma vez que a população pesquisada é a hospitalar, isto é, a mais comprometida quanto à gravidade. Pesquisa na população geral pode não refletir essa distribuição. Sugere-se que pesquisas com amostras da população geral sejam efetivadas, onde as condições socioeconômicas estejam incluídas para que se possam comparar dados locais e regionais para um melhor planejamento da assistência aos portadores de transtorno mental.

Vasconcelos (2000) menciona que a sociedade brasileira tem uma visão preconceituosa relacionada a questão da doença mental, resultando, assim, em exclusão afetiva, social e econômica de grande contingente de pessoas portadoras de transtorno mental, pois não é interessante para o capitalismo quem não produz. Portanto, os portadores de transtorno mental que são improdutivos, é uma população que é deixada à margem, sendo excluída da sociedade.

Para Spadini e Souza (2006), os transtornos mentais permanecem até os dias atuais obscuros diante da medicina, isto pelo fato de não haver uma origem que explique realmente estas doenças que são tão estigmatizantes. Porém, o adoecimento psíquico é fácil de ser

percebido, pois as pessoas que adoecem apresentam comportamentos fora daqueles que a sociedade já elencou como normais. Assim, não sendo compreendidos pela sociedade como uma doença de causa conhecida, tem sua explicação pelos valores culturais, e não somente por fatores biológicos. Com isso, existe o paradigma da exclusão social, isolando os portadores de doença mental, que não são aceitos de acordo com os padrões já estabelecidos. A estigmatização da doença mental faz com que o seu portador perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja isolado da sociedade em que vive. O estigma pode ser explicado como um sentimento de vergonha, rejeição ou desaprovação, fazendo com que uma pessoa seja maltratado ou discriminado pelos demais.

Cardoso et al. (2006) realizaram pesquisa com objetivo de investigar a qualidade de vida por sexo em pacientes com esquizofrenia, explorando o domínio ocupacional. O estudo foi realizado com pacientes em acompanhamento ambulatorial, num total de 123 pacientes de um Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM), de Divinópolis, Minas Gerais. O estudo evidenciou diferenças importantes na qualidade de vida entre mulheres e homens, sobretudo no domínio ocupacional. Para os autores, a baixa qualidade de vida no domínio ocupacional para homens, remete à temática ocupacional, indicando uma estreita ligação do trabalho com a satisfação em atividades de lazer e com o sentimento de bem-estar. Os programas de reabilitação psicossocial da ênfase a atividade ocupacional, não somente pelo trabalho como trabalho, mas pelo que o mesmo pode proporcionar ao paciente, ou seja, sua independência, habilidade física, relacionamento social e programas de lazer. Nota-se, portanto, que a realização de atividade ocupacional, seja ela qual for, está fortemente relacionada com melhor qualidade de vida, especialmente para pacientes portadores de esquizofrenia.

6.8 TEMPO DE INTERNAÇÃO EM DIAS EM RELAÇÃO ÀS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

No presente estudo, há diferença significativa do tempo de internação em dias em função das categorias diagnósticas (CID-10). As categorias diagnósticas F06 (Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física), F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool), F31 (Transtorno afetivo bipolar) e outras têm o mesmo tempo médio de hospitalização, ficando a categoria F19

(Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) com o menor tempo em relação a este agrupamento e F20 (Esquizofrenia) com maior tempo em relação ao mesmo agrupamento, sendo a maior diferença observada entre F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) e F20 (Esquizofrenia). Na experiência profissional da pesquisadora com os pacientes que se internam no hospital Nosso Lar, pode-se inferir que os pacientes portadores do diagnóstico F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) têm menor tempo de internação por não concordarem com o tratamento, solicitando alta hospitalar antes do tempo previsto pelo médico. Muitos pacientes com diagnóstico F19 não aceitam a idéia de que a dependência química seja uma doença e, como tal, deve ser tratada. A internação, quando necessária, é realizada em hospital psiquiátrico, o que lhes causam constrangimento, pois não se consideram “loucos”. Esses pacientes devem ser encaminhados, de acordo com a Lei n. 10.216/2001, ao Serviço de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPS-ad) (BRASIL, 2004). No Estado de Mato Grosso do Sul existem apenas três CAPS-ad, sendo um localizado no Município de Campo Grande, inaugurado em setembro de 2006, um no Município de Dourados e um no Município de Ponta Porá.

Em relação aos portadores de esquizofrenia, os mesmos necessitam de maior tempo de internação em decorrência de ser a esquizofrenia uma patologia de início precoce, principalmente nos homens, e de evolução crônica, bem como demorada remissão dos sintomas. Salokangas (1983 apud CHAVES; MARI; SHIRAKAWA, 1998), em um estudo prospectivo realizado na Finlândia, com 175 pacientes esquizofrênicos em sua primeira admissão hospitalar, constatou após oito anos, que os homens apresentavam um número maior de reinternações e permaneciam mais tempo internados que as mulheres. Um terço das mulheres (ao contrário de um quinto dos homens) encontrava-se sem sintomas.

Lara Tapia (1997), em estudo realizado no México com um grupo de noventa pacientes com psicoses crônicas, encontrou uma média de duas a quatro internações, sendo maior nos casos de esquizofrenia, onde também se encontra um período de tempo maior nos dias hospitalizados. Esses dados corroboram os resultados do presente estudo, e de vários outros (BRENNER et al., 1999; COUTINHO et al., 2002; OKSENBERG et al., 1989), mas

não com os estudos de (CATON; GRALNICK, 1987; LIEBERMAN et al., 1993; RUSSO et al., 1997), que encontraram dias de hospitalização menores.

Para Shirakawa e Razzouk (1998, p. 15), em Psiquiatria, o diagnóstico de esquizofrenia é tema de extrema relevância, não apenas pela dificuldade em identificar um marcador biológico que estabeleça a doença como tal, mas principalmente por ser uma doença incapacitante e progressiva em pessoas jovens. Os autores relatam, ainda, que a esquizofrenia causa na vida do sujeito e de seus familiares um “impacto devastador” e que a melhor forma de evitar ou retardar seus efeitos é fundamental o diagnóstico precoce dos sinais e sintomas e o tratamento adequado das crises psicóticas. Para os autores, a causa da esquizofrenia ainda é desconhecida, mas os estudos até os dias atuais evidenciam que vários fatores contribuem para o seu desenvolvimento, tais como fatores genéticos, sociais, pessoais e neurobiológicos, todos favorecendo o surgimento da doença. A prevalência da esquizofrenia é em torno de 1,0% da população geral, acometendo principalmente “o sexo masculino em idade jovem e está presente em todas culturas e regiões geográficas e em todos estratos sociais”. Seu manejo clínico, enfoque terapêutico e os critérios diagnósticos vêm passando por transformações ao longo dos séculos, como também, na prevenção e reabilitação dos sujeitos acometidos.

6.9 TEMPO DE INTERNAÇÃO EM DIAS RELACIONADO À PROCEDÊNCIA

Neste estudo, quanto ao tempo de internação em dias em relação à procedência, podemos inferir que há diferença significativa no tempo de internação entre os três grupos, decorrente do maior tempo de internação entre os pacientes procedentes de cidades a mais de 200 km de distância de Campo Grande, em comparação àquelas de Campo Grande e cidades limítrofes. A média do número de dias de internação para Campo Grande e cidades limítrofes é 27,15 dias; cidades distantes de 100 a 200 km é de 27,66 dias, e 29,06 dias para as cidades distantes à mais de 200 km. Pode-se concluir que essa situação esteja ocorrendo com a população estudada devido grande parte dos pacientes internados serem oriundos das cidades com mais de 200 km de distância de Campo Grande, o que torna difícil o retorno desses pacientes, às suas cidades uma vez que dependem das viaturas (ambulâncias) das prefeituras de origem, pois são por meio delas que os pacientes são trazidos para a hospitalização e, também, por meio das mesmas que eles retornam.

Em função desse fato, muitos pacientes recebem a alta hospitalar e ficam aguardando o momento de virem buscá-los, só sendo registrado o dia da alta quando o paciente deixa o hospital. Isto pode levar até quatro dias ou mais para o paciente sair do hospital após receber alta hospitalar.

Outro fator também agravante e que pode estar contribuindo para um maior tempo de hospitalização, é o fato do diagnóstico de esquizofrenia ser mais prevalente nessa população estudada, contando com muitos pacientes em estado grave.

No outro estudo feito pela pesquisadora no mesmo hospital (SOUZA; SOUZA; CAETANO, 2005), 52,7% das mulheres e 51,3% dos homens eram procedentes do interior do Estado e o restante da Capital. Já no estudo de Brenner et al. (1999) realizado em Porto Alegre, os mesmos encontraram 54,2% de pacientes dessa capital. Caton e Gralnick (1987) consideraram que os pacientes procedentes de áreas geográficas mais debilitadas economicamente tendiam a ter um período de internação mais longo. Lieberman et al. (1993) destacaram que melhores fatores sociais (amizades, apoio dos familiares, lazer entre outros) dos pacientes se correlacionavam com melhora mais rápida dos sintomas, conclusão também verificada por Russo et al. (1997).

Correia (1998), em seu estudo sobre internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto relata que, quanto à procedência do paciente em relação ao tempo de internação, pode-se afirmar que nas internações de longa permanência são significativos os números de pacientes que residem em outras regiões do Estado de São Paulo. Dalgalarondo (1990), em estudo na unidade psiquiátrica do HC-UNICAMP também observou que os pacientes procedentes de fora do Estado de São Paulo permanecem mais tempo internados do que os que têm residência em Campinas e região ou outras áreas do Estado. Botega e Dalgalarondo (1997) comentam que o objetivo das internações é promover aos pacientes internados um local acolhedor, provisoriamente, para oferecer suporte ao tratamento dos pacientes com alteração do comportamento e que oferecem risco para si e/ou terceiros. Para os autores, as internações breves são aquelas com períodos menores que duas semanas, as médias, de três a doze semanas e as longas teriam período superiores a doze semanas. Pode-se dizer que no hospital onde se realizou o presente estudo as internações são consideradas médias, não alcançando cinco semanas.

Sabe-se que o portador de doença mental não se recupera totalmente após uma crise psicótica em poucos dias, seu prognóstico é incerto e seu tratamento é a longo prazo. Acredita-se, porém, que quanto mais tempo o paciente permanece no hospital, sua integração social e familiar torna-se menor. Para Kolb (1977), somente uma instituição ou um só serviço, em qualquer comunidade, não está capacitado a prestar atenção total aos sujeitos portadores de transtornos mentais. Relata que os centros de saúde mental devem formar os serviços, como também, levantar e atender a necessidade da população de uma determinada região.

6.10 CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DE ACORDO COM INTERNAÇÃO MÚLTIPLA OU ÚNICA

No presente estudo pode-se observar que há uma significativa diferença na distribuição das categorias diagnósticas conforme a internação múltipla (duas ou mais) ou única. Observa-se que a categoria diagnóstica F20 (Esquizofrenia) é a que apresenta maior porcentagem de múltiplas internações (reinternações) com 49,0%; seguida de F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool), 20,7%; F31 (Transtorno afetivo bipolar), 8,4%; F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas), 5,5% e F06 (Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais e de doença física), 4,8%.

Pode-se observar que a categoria diagnóstica F20 (Esquizofrenia), é a de maior prevalência neste estudo, assim como em outros estudos, tanto nacionais como internacionais. Em se tratando de múltiplas internações, o diagnóstico F20 também aparece com um número maior de reinternação, confirmando os estudos encontrados. Como já foi mencionado, os sujeitos do presente estudo são compostos pela maioria do sexo masculino (65,5%), grupo em que a esquizofrenia é mais prevalente e os pacientes são crônicos, portadores da doença há vários anos.

Em relação à questão de gênero, relacionado à produtividade e saúde mental, Ludermir (2000) em estudo realizado em Olinda, segunda maior cidade em população do Estado de Pernambuco, onde participaram 683 pessoas de 15 anos ou mais, para estimar a associação do desemprego informal com os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são os transtornos geralmente observados na população e que indicam um prejuízo no funcionamento normal

das pessoas, tais como insônia, cansaço físico, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e outros. A autora relata, que os resultados do estudo sugerem que o mundo do trabalho tem dois sexos e que homens e mulheres vivenciam o trabalho informal diferentemente. O estudo mostra que as mulheres desempregadas e as trabalhadoras informais apresentaram um risco aumentado para os TMC, não sendo encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a posição no mercado produtivo e a saúde mental nos homens.

De acordo com Ludermit (2000), o desemprego está se tornando o maior problema social, político e econômico do mundo ocidental desde a década de 1970, verificando, em decorrência dessa questão, que seus custos sociais apresentam relevância maior do que o esperado. Desemprego e classe social estão intimamente relacionados. Quanto mais baixa a classe social, maiores são as possibilidades do trabalhador ficar sem emprego. Para a autora, não é somente o desemprego que é determinado pela classe social, mas também a saúde mental do trabalhador. Enfatiza que, no Brasil onde o trabalho se caracteriza como fonte primordial de remuneração, status e segurança e também considerado fundamental para que as pessoas tenham uma vida honesta, a depreciação social imposta pelo desemprego, pode afetar o bem-estar psicológico das pessoas. Em seu estudo, Ludermit (2000) relata que 79% dos entrevistados considerou o trabalho como parte fundamental de suas vidas.

Silva e Stefanelli (1991) relatam que a reinternação de pacientes com esquizofrenia crônica em hospitais psiquiátricos é preocupante. Em um estudo envolvendo três países (Peru, Brasil e Colômbia) evidenciaram-se os seguintes fatores na base desse fenômeno: socioeconômicos, falta de orientação dos familiares e pacientes e política institucional. Cerqueira (1977) relata que o problema se agrava devido à assistência ao portador de doença mental ainda ser centrada no hospital, onde 85,0% das internações são de pacientes graves. Carmo (1981) concluiu em um estudo de revisão de literatura sobre o tema em questão que, freqüentemente, o paciente com psicose ao receber alta hospitalar permanece com algum tipo de incapacidade e que a sua permanência na comunidade dependerá, ora, da natureza e do grau de seu transtorno psiquiátrico e, ora, do meio ambiente para o qual ele retornará. Se os amigos e familiares o vêem como um peso, uma vergonha, ou o paciente tem dificuldades em arrumar emprego ou não tem amigos, é bastante provável que retornará ao hospital, onde sabe que é recebido e aceito ou, pelo menos, terá um lugar seguro.

Sgambati (1983) em seu estudo com paciente e família corrobora dizendo que a

atitude e o apoio familiar são questões de relevância na melhora do estado emocional do paciente e, que a rejeição leva ao desajuste social, dificultando a adaptação do paciente à vida na sociedade.

Scherer e Scherer (2001) relatam que em várias partes do mundo têm aparecido abordagens alternativas para se trabalhar com a doença mental, mas que, no entanto, os considerados casos crônicos de doença são deixados à margem, em comparação com os agudos. Os autores enfatizam que tem sido dada prioridade a tratamento extra-hospitalares, comunitários e se fala muito pouco sobre os pacientes crônicos internados. Para estes, os tratamentos se resumem, principalmente, às abordagens psicofarmacológicas, aos cuidados restritos, como a contenção física, permanência em unidades fechadas e outras formas de tratamento, muitas vezes tidas como abordagens iatrogênicas.

Ballón et al. (2003), também corroboram as constatações acima relatando que a esquizofrenia é uma doença psiquiátrica severa e incapacitante, geradora de altos custos tanto para o paciente e seus familiares como para o sistema de saúde. Os autores afirmam que apesar dos avanços e da eficácia dos tratamentos farmacológicos disponíveis, os mesmos só atuam na remissão dos sintomas positivos do transtorno, originando a fantasia de que todos os pacientes com esquizofrenia deveriam conviver e residir na comunidade, sem levar em conta que entre 30% a 60% dos pacientes são refratários à terapêutica habitual. Esta refratariedade ao tratamento pode ser atribuída a vários fatores, tanto biológicos (como anormalidades cerebrais, detectadas por exames de imagem (Tomografia), com disfunção frontal, neurotoxicidade dos desequilíbrios dopaminérgicos e do glutamato, entre outros) como também, a fatores psicossociais. Assinalam que a alta frequência de recaídas e rehospitalizações estariam relacionadas com algumas características familiares como o alto nível de Emoção Expressa (EE), que são as atitudes e condutas frente ao paciente pelos familiares, o grau de instrução dos familiares, o grau de conhecimento da família sobre a doença, as atitudes frente ao paciente, a existência de outros problemas de saúde no seio familiar e a violência do paciente frente aos familiares. Relatam, também, que 80% dos pacientes com esquizofrenia se hospitalizam nos três primeiros anos posteriores ao diagnóstico. Essa taxa é muito alta e dá lugar a que muitos pacientes registram 30 a 40 hospitalizações, com os conseqüentes fenômenos de exclusão da vida familiar e desadaptação da vida fora da instituição psiquiátrica.

Pinheiro (2006) realizou pesquisa com pacientes internados no Hospital Nosso Lar (*locus* do atual estudo) no ano de 2004, encontrando a esquizofrenia como patologia prevalente de reinternações. Vale ressaltar que esses pacientes apresentam história de várias reinternações, a maioria com um tempo de adoecimento superando os dez anos.

De acordo com os autores citados, pode-se inferir que, nas discussões com os profissionais da equipe multidisciplinar do hospital onde se realizou o presente estudo, como também, com os familiares dos pacientes no momento da internação, os mesmos quando questionados sobre os motivos que os levaram a buscar reinternação para um de seus familiares, respondem que “ele deixou de tomar o remédio e piorou. Fala que não tem nada”. Quando indagados sobre o motivo que pode ter desencadeado esta crise e as consequências desta para os familiares, geralmente respondem “só quer ficar isolado”, “está muito agressivo”, “estou com medo dele, não sei como lidar com seu comportamento”, “estou esgotado”, “ele não pára em casa, só fica pelas ruas”, “está quebrando tudo dentro de casa”. Observa-se nos familiares o desconhecimento da patologia e forma como lidar com a doença e com o doente, gerando sofrimento a ambos.

Em relação ao diagnóstico F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool), o mesmo aparece nos prontuários do presente estudo em relação às outras categorias diagnósticas como a segunda causa de internações múltiplas. Na vivência da pesquisadora na avaliação de pacientes com este tipo de diagnóstico, pode-se afirmar que os mesmos quando buscam a internação, é porque houve grande pressão por parte da família ou das chefias em seu ambiente de trabalho, pois os mesmos quase sempre já não conseguem desenvolver suas atividades laborativas com o desempenho esperado pela organização da qual faz parte. São pacientes com história de uso/abuso de bebida alcoólica há vários anos, cuja dependência já foi diagnosticada, e a grande maioria não adere ao tratamento após alta hospitalar.

Alguns autores validam o presente estudo, quando investigaram o tema alcoolismo e internação psiquiátrica. Oliveira e Luis (1996), em uma investigação realizada no setor de emergências psiquiátricas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (1988-1990) com 1.082 pacientes diagnosticados com algum distúrbio psiquiátrico relacionado ao álcool, encontraram 576 casos com “síndrome de dependência alcoólica” e 127 pacientes com “álcool sem dependência”. A grande maioria dos atendimentos foi verificada no sexo masculino com idade de 25-44 anos. Relatam, também, que do total da população

pesquisada, somando-se os diagnósticos relacionados ao consumo de álcool, estes aparecem em segundo lugar na relação de diagnósticos principais, sobressaindo-se do número referente às Psicoses Esquizofrênicas.

Em estudo realizado por Cardin et al. (1986), revisando pesquisas sobre alcoolismo, de acordo com vários autores, destacam que a esquizofrenia e o alcoolismo reunidos alcançariam quase 50% dos diagnósticos psiquiátricos. Ressaltam que a maioria dos estudos fora realizado nas décadas de 1930 e 1950. Já o trabalho de Silva Filho et al. (1998) difere do atual estudo. Avaliaram o trabalho do serviço “Porta de Entrada” (PE) de um Hospital Psiquiátrico de Niterói-RJ, de janeiro a agosto de 1995, onde foram estudadas questões relativas a pacientes com múltiplas reinternações (≥ 3). Ressaltam que 54,8% das reinternações frequentes (≥ 3) foram de alcoolistas, 28,6% de psicóticos e 16,6% eram pacientes com outros diagnósticos. Em comparação à continuidade do tratamento ambulatorial após a alta, constatou-se que o grupo de pacientes com esquizofrenia aderiu ao tratamento, ao contrário dos alcoolistas que não o fizeram.

Para Cardin et al. (1986, p. 193), o uso do álcool é um hábito social dos mais antigos, pois está relacionado a “ritos religiosos” que lhe atribui uma infinidade de efeitos, tais como “[...] calmante, afrodisíaco, estimulante do apetite, desinibidor e outros”. Seu consumo, portanto, é observado desde a pré-história, mas somente no século passado começaram aparecer grupamentos de estudos, pesquisando os problemas que o consumo de álcool vem acarretando em todas às populações. Magaña et al. (1986 apud CORTÉS-PADILHA; RASCÓN-GASCA, 2001) relatam que, frequentes reinternações e recaídas entre pacientes alcoolistas, também estão relacionadas à EE presentes no ambiente familiar. A pesquisadora concorda com os autores citados por verificar tais situações no seu atendimento individual e em grupo, no setor que trabalha do hospital do presente estudo, quando os pacientes relatam muitas cobranças e pressões dos familiares em relação ao uso abusivo de bebida alcoólica. A mesma pesquisadora chama atenção para o grande problema do abuso de álcool no Estado de Mato Grosso do Sul, uma vez que aparece como o segundo diagnóstico de maior prevalência, necessitando de programas de atenção básica efetiva, uma vez que o alcoolismo já é considerado como um problema de saúde pública, segundo a OMS.

6.11 PRINCIPAIS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS EM FUNÇÃO DA PROCEDÊNCIA

No presente estudo, observa-se que há diferença significativa nas distribuições, principalmente nas categorias diagnósticas F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool), F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) e F20 (Esquizofrenia), quando comparadas entre os três grupos de procedência. O diagnóstico F20 prevalece com maior porcentagem nos três grupos, confirmando o que já foi discutido de acordo com vários estudos, o caráter complexo e de difícil tratamento quando se refere à esquizofrenia. O termo esquizofrenia (esquizo = cisão, frenia = mente) foi introduzido pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler em 1911, para designar uma doença psíquica caracterizada, principalmente, pela cisão do pensamento, do afeto, da vontade e do sentimento. Uma das mais importantes dimensões do prognóstico da esquizofrenia é o prejuízo no ajustamento social, por caracterizar uma disfunção na performance de papéis sociais específicos, geralmente esperados de uma pessoa pela comunidade ou grupo social ao qual está inserido (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). Para Menezes e Nascimento (1998), grande parte dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos apresenta sintomas psicóticos e incapacidade social dois anos após a internação.

O diagnóstico F10 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool), destaca-se nos grupos de Campo Grande e cidades limítrofes e das cidades a mais de 200 km de Campo Grande, justificando-se por serem os grupos com maior número de municípios e populações. Pelo fácil acesso ao álcool, o importante é a identificação precoce de situações de consumo, a intervenção imediata em relação aos problemas causados, as intervenções psicológicas e o tratamento dos efeitos nocivos do álcool, assim como a educação da família e a reabilitação social. Acredita-se que são as principais estratégias de eficácia para o tratamento da dependência do álcool e outras substâncias, assim como suas conseqüências na vida das pessoas.

Em relação ao diagnóstico F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas), observa-se maior porcentagem em Campo Grande e cidades limítrofes. Campo Grande é a Capital do Estado, com uma população de quase 800.000 habitantes, tornando-se possível o acesso aos pontos de

distribuição de drogas, o que facilita o uso, abuso e dependência. Pode-se dizer que é pequeno o número de usuários e dependentes que procuram a internação e tratamento. Na prática profissional da pesquisadora, percebe-se a grande resistência à internação devido à dificuldade de ficar sem o uso contínuo das drogas. Muitos pacientes que procuram pela internação são indivíduos que já se envolveram com a justiça, por furto, brigas e até crimes, em função da dependência de drogas. Por isso, faz-se necessário por parte dos municípios e do Estado, a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, privilegiando a reabilitação e a reinserção social desses indivíduos, e também, da divulgação através dos vários meios de comunicação para que a população tome conhecimento desses serviços.

A desintoxicação médica que é feita quando o usuário é internado é apenas a primeira fase do tratamento da dependência, não alterando o uso de drogas a longo prazo. É necessário oferecer cuidados de longa duração, como também, tratamentos psicoterápicos que são fundamentais para a eficácia do tratamento da dependência, uma vez que se pode abordar a motivação, a capacidade de luta, as aptidões para resolver problemas e também as dificuldades nas relações interpessoais, a fim de reduzir os números de recorrência e internações. Laranjeira (1996 apud SILVA; OLIVEIRA; BARROS, 2001, p. 301) afirma que

[...] apenas um grupo muito pequeno de pacientes com problemas de danos cerebrais secundários ao uso de álcool e outras drogas e outros quadros psiquiátricos associados poderiam beneficiar-se de internações em um hospital psiquiátrico.

Sendo que a solução do problema do consumo de drogas poderá somente acontecer com a integração de todos os setores do governo e da comunidade. Portanto, deve-se ter uma política de drogas flexível para que aconteça uma adaptação rápida às possíveis mudanças de consumo, e viabilidade da assistência.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível traçar um perfil dos pacientes internados no Hospital Psiquiátrico Nosso Lar no ano de 2004, com as variáveis possíveis de serem investigadas, isto é, as que constavam nos prontuários. Vários autores relatam a quase inexistência de informações epidemiológicas nos serviços do Sistema Único de Saúde. Há uma carência de material bibliográfico sobre estudos epidemiológicos na área de saúde mental, e os existentes dizem respeito à prevalência ou incidência de transtornos mentais que acometem as populações, porém com centralização na região Sudeste e Sul do país, que apresentam características próprias quando comparadas com as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Em nossa região, o número de estudos epidemiológicos relacionados à saúde mental é quase inexistente, o que nos motivou a realização do presente estudo.

Quanto aos resultados encontrados no presente estudo, pode-se afirmar que a grande maioria dos pacientes é procedente de Campo Grande. A maioria sofreu, no período estudado, até quatro internações, sendo que metade deles sofreu somente uma internação.

O diagnóstico prevalente foi o de esquizofrenia. O TMH foi de 27,66 dias por paciente. Houve prevalência do sexo masculino, não havendo diferença na distribuição do sexo em função da procedência. Não houve diferença significativa na idade entre os dois sexos.

O TMH medido em dias, não foi influenciado pelo número de internações e nem pela idade dos pacientes.

Houve significativa diferença do TMH em função das categorias diagnósticas, sendo a maior diferença observada entre F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) e F20 (Esquizofrenia).

Também houve diferença significativa do TMH entre os três grupos de procedência, ficando as cidades a mais de 200 km de Campo Grande com média maior de dias de internação.

Quanto ao número de internações, o mesmo não foi influenciado pela idade, mas observa-se uma significativa diferença na distribuição das categorias diagnósticas em função do número de internações. Já, a procedência não influenciou o número de internações.

Em relação à distribuição das principais categorias diagnósticas, observa-se diferença significativa nas distribuições em relação à procedência.

Espera-se que o presente estudo, possa contribuir na elaboração de políticas públicas e ações de saúde mental, tais como, a implementação e implantação dos PSFs com ênfase na saúde mental; criação de CAPS nos municípios mais distantes para que possam oferecer assistência resolutive e integral aos doentes mentais e apoio aos seus familiares; oficinas terapêuticas e profissionalizantes; divulgação na mídia para a desmistificação da cultura da exclusão e do preconceito à doença mental e ao doente mental, uma vez que é o desconhecimento que alimenta o estigma, e só a informação poderá combatê-lo; programas educativos de suporte para as famílias; setorização da assistência psiquiátrica, para que o usuário permaneça e seja atendido perto de sua moradia, facilitando sua mobilidade e redução dos gastos com transportes; preparação de equipes de saúde mental; inserção das equipes de saúde mental nos centros de saúde, entre outros, como também, o planejamento dos investimentos e programas de promoção e reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais do Estado de Mato Grosso do Sul. Sugere-se que mais estudos sejam realizados, investigando-se outros grupos e temas para o levantamento dos riscos para o acometimento da doença mental em nossa população.

De acordo com as novas diretrizes da Lei n. 10.216/2001 e com o surgimento das novas propostas e idéias a respeito dos direitos e deveres de pessoas portadoras de transtornos mentais, vários outros serviços estão sendo planejados, estruturados e implantados em nosso Estado e Município, buscando construir um novo modelo de atendimento e compreensão do portador de doença mental, assim como, respeitar sua cidadania e direitos. Pode-se afirmar que os serviços existentes em nosso Estado são em número reduzido, não dando conta de atender à demanda da população que procura por assistência. Por isso, deve-se evitar o risco de praticar uma desospitalização. Faz-se necessário, então, a implantação efetiva dos novos serviços de assistência à saúde mental, orientados pela nova lei, em número suficiente para assegurar o atendimento adequado, com avaliação criteriosa da qualidade e resolutividade dos serviços, para evitar o agravamento de uma situação considerada bastante precária para a população brasileira e em especial a do Mato Grosso do Sul, que se encontra bastante necessitada de atendimento efetivo na área de saúde mental.

Na observação da pesquisadora em relação aos pacientes que procuram por hospitalização e tratamento no hospital Nosso Lar, pode-se afirmar que são pacientes bastante comprometidos no quesito ajustamento social, necessitando em termos de atendimento, cuidados especiais em serviços comunitários de atenção à saúde mental. Acredita-se que esses serviços devem ser abrangentes e integrados, facilmente acessíveis e construídos em cada

região de origem dos pacientes, de forma a proporcionar uma resposta adequada às demandas clínicas e de ajustamento social desses pacientes ao longo da evolução da doença. Na convivência da pesquisadora com pacientes que se internam no hospital (*locus* da pesquisa), especialmente os pacientes oriundos de outros municípios, grande parte distantes mais de 200 km de Campo Grande, percebe-se que esse fator é gerador de ansiedade, angústia, sentimentos de abandono e muitas vezes até de novas crises, piorando o quadro psíquico do paciente, pois o mesmo recebe muito pouca ou nenhuma visita de seus familiares durante o período de hospitalização, sentindo-se abandonado e rejeitado, além de ter um tempo maior de hospitalização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. O alcoolismo e o hospital geral. Estudo de prevalência junto a demanda ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 39, n. 2, p. 91-95, 1990.

ALVES, A. M. O. *Perfil sócio-demográfico e clínico do portador de doença mental crônica egresso do Hospital-Dia de Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande, MS*. 2003. 87 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. D.; COUTINHO, E. S. F.; SILVA, J. P. L. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 505-511, 1999.

ARAÚJO, R. B. et al. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, n. 2, p. 346-352, 2003.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 1.

BALLÓN, R. et al. Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrênicos crônicos. *Revista de Neuro-psiquiatria*, v. 66, n. 1, p. 13-26, 2003.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

BANDEIRA, M.; SOARES, N. L. Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45, n. 3, p. 159-165, 1996.

BARRETO, J. *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2005.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____ (Org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133.

BASSIT, D.; LOUZÃ NETO, M. R. Relação entre data de admissão hospitalar e período do ciclo menstrual de mulheres com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 57-61, 2000.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização das instituições para uma reforma comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de _____*. *Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília-DF, 1997.

_____. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília-DF, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BRENNER, M. K. et al. Mudanças na clientela de internados em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 48, n. 9, p. 415-420, 1999.

CAETANO, R. Admisiones de primer ingreso a los servicios psiquiátricos em Brasil, 1960-1974. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 92, n. 2, p. 103-114, 1982.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1.053-1.062, 2006.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1966.

CARDIN, M. S. et al. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, p. 191-211, 1986.

CARDOSO, C. S. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1.303-1.314, 2006.

CARMO, D. R. *Contribuição ao estudo da integração na família de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos*. 1981. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.

CARNEIRO, N. G. O.; ROCHA, L. C. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 66-75, 2004.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicologia para América Latina*, ago. 2002. Disponível: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 09 out. 2006.

CATON, C. L. M.; GRALNICK, A. A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry*, v. 38, n. 8, p. 858-863, 1987.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1989.

_____. Reintegração social de pacientes psicóticos, a partir da terapêutica ocupacional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 1, n. 1, p. 17-19, 1977.

CHAVES, A. C.; MARI, J. de J.; SHIRAKAWA, I. Gênero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. de J. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 103-118.

COIMBRA, V. C. C. et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, n. 1, p. 99-104, 2005. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_01.htm>. Acesso em: 09 out. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2005.

CORNELIUS, J. R. et al. Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent Developments in Alcoholism*, v. 16, p. 361-374, 2003.

CORREIA, V. R. *Internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto no período de 1989 a 1993*. 1998. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

CORTÉS-PADILHA, M. T. C.; RASCÓN-GASCA, M. L. R. Fatores psicossociais relacionados con la psicosis orgánica. *Revista Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 43, n. 6, p. 529-536, 2001.

COUTINHO, E. S. F. et al. Censo de pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1.803-1.807, 2002.

CUPFFEL, B. J. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 180, n. 9, p. 589-92, 1992.

DALGALARRONDO, P. *Repensando a internação psiquiátrica: a proposta das unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais*. 1990. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DHADPHALE, M.; SHAIKH, S. P. Psychiatric diagnosis of 236 admissions seen at Ndola, Zambia. *East African Medical Journal*, v. 58, n. 1, p. 65-71, 1981.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

DRAKE, R. E.; OSHER, F. C.; WALLACH, M. A. Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective community study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 177, n. 7, p. 408-414, 1989.

ESTUDOS epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=208&layout=html&>>. Acesso em: 18 set. 2006.

FERRAZ, M. P. T.; FIGUEIREDO, G. Hospício, caridade e psiquiatria. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-8, 1998.

FERREIRA, C. V. L. *Estudos epidemiológicos das doenças mentais em amostra hospitalar no sul de Santa Catarina*. 1987. 153 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1987.

FIGUEIREDO, G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 133, set. 2000.

_____. *A evolução do hospício no Brasil*. 1996. 152 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Petrópolis: Vozes, 1972.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *História da loucura*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

GASPARINI, H. D. *Uso de drogas entre estudantes universitários*. 2003. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2003.

GOMES, A. M. A. Psicologia comunitária: uma abordagem conceitual. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 71-79, 1999.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Revista de Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006.

HAMBRECHT, M.; HÄFNER, H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, v. 40, p. 1.155-1.163, 1996.

HERRERA, F. Incidência de esquizofrenia em el hospital psiquiátrico Julio Endara, 1995. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, v. 22, n. 1, p. 36-39, 1997.

HIBBARD, T.; TRIMBOLI, F. Correlates of successful short-term psychiatric hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry*, v. 33, p. 829-833, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativa populacional*. Brasília-DF, 2005.

JORGE, M. S. B.; MACÊDO, A. M. B. Concepções da loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In: JORGE, M. S. B et al. (Orgs.). *Saúde Mental – da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 125-148.

KAPLAN, H. L.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria, ciências comportamentais e psiquiatria clínica*. 7. ed. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOGA, M. *Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar*. 1997. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

KOLB, L. C. *Psiquiatria clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro, Koogan, 1977.

LARA TAPIA, H. Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. *Archivos de Neurociencias*, México, v. 2, n. 1, p. 7-12, 1997.

LIEBERMAN, P. B. et al. Dimensions and predictors of change during brief psychiatric hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, v. 15, n. 5, p. 316-324, 1993.

LIMA, L. A.; TEIXEIRA, J. M. Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p.71-76, 1995.

LOVISI, G. M. *Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói*. 2000. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

LUIS, M. A. V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, M. S. B et al. (Orgs.). *Saúde Mental – da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 15-40.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-659, 2000.

MACIEL, L. R. A loucura encarcerada: um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927). 1999. 213 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.

MÂNGIA, E. F. Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 8, n. 2-3, p. 91-97, 1997.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, p. 15-17, 2000. Suplemento.

MATTES, J. A.; ROSEN, B.; KLEIN, D. F. Comparison of the clinical effectiveness of “short” versus “long” stay psychiatric hospitalization, II: results of a three-year post-hospital follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 165, n. 6, p. 387-394, 1977.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENEZES, P. R. et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *The British Journal of Psychiatry*, v. 168, n. 5, p. 612-619, 1996.

MENEZES, P. R.; MANN, A. H. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 340-349, 1993.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Curso e prognóstico da esquizofrenia após a hospitalização. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. de J. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 67-83.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, n. 11, p. 551-558, 1995.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983-1.010, 2005.

_____. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 1, p. 128-141, 2004.

OKSENBERG, A. et al. Descripción de variables que inciden sobre el tiempo de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak. *Revista de Psiquiatria*, Santiago, Chile, v. 6, n. 2, p. 127-136, 1989.

OLIVEIRA, A. G. B. *A reforma Psiquiátrica em Cuiabá: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. 2003. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, E. R.; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas – Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p. 171-179, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

ORNELLAS, C. P. *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

ORTEGA, C. G.; BARRIOS, J. A.; ORTEGA, J. J. Tasa de reingresos de un Hospital Comarcal. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v. 72, n. 2, p. 103-110, 1998.

PAIM, I. *Tratado de clínica psiquiátrica*. 2. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 2001.

_____. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

PFEIFFER, S. I.; O'MALLEY, D. S.; SHORT, S. Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals: a synthesis of findings. *Psychiatric Service*, v. 47, n. 3, p. 263-269, 1996.

PINHEIRO, T. L. S. *Reinternções em tempo de reformas psiquiátricas*. 2006. 77 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Campo Grande-MS, 2006.

PORTOCARRERO, V. M. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. 1990. 213 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

RAMOS-PINEDO, A.; HERNÁNDEZ-DAZA, M. Consumo de alcohol en los pacientes psiquiátricos del Hospital Central Militar: determinación de factores predictivos de riesgo. *Revista de Sanidad Militar*, v. 54, n. 4, p. 200-203, 2000.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 15-69.

ROSA, L. C. S. T. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1.027-1.034, 2005.

ROTELLI, F. A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. *Divulgação em Saúde para o Debate*, n. 4, p. 119-122, 1991.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUSSO, J. et al. Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatric Service*, v. 48, n. 11, p. 1.427-1.434, 1997.

SADIGURSKY, D. *Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família*. 1997. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SAGGESE, E.; LEITE, L. C. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Cadernos, Juventude Saúde e Desenvolvimento*, Brasília-DF, v. 1, p. 197-205, 1999. Disponível em: <<http://www3.bireme.br/bvs/adolesc/P/cadernos/capítulo/cap19/cap19.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. O doente mental crônico internado: uma revisão da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 4, p. 56-61, 2001.

SGAMBATI, E. R. V. *Reinternação e rejeição familiar: um estudo com pacientes psiquiátricos*. 1983. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

SHIRAKAWA, I.; RAZZOUK, D. A evolução dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. de J. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 15-23.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 75-102.

SILVA FILHO, J. F. et al. Avaliação de qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em Saúde Mental de Niterói, RJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 47, n. 2, p. 73-80, 1998.

SILVA, A. R. da. A desospitalização psiquiátrica no IPSEMG. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 83-87, 1997.

SILVA, J. P.; OLIVEIRA, M. A. F.; BARROS, S. O indivíduo dependente de substâncias psicoativas e a internação em hospital psiquiátrico. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 25, v. 25, n. 3, p. 299-304, 2001.

SILVA, L. B. C. *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SILVA, M. C. P.; STEFANELLI, M. C. Estudo preliminar sobre os fatores que levam a reinternação de pacientes em hospitais psiquiátricos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 21-28, 1991.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago. 2005.

SOALHEIRO, N. I. *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos*. 2003. 172 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SONENREICH, C.; SILVA FILHO, L. M. A. Desospitalização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 159-167, 1995.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; CAETANO, D. Tempo médio de hospitalização em um hospital psiquiátrico de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 13-18, 2005.

SPADINI, L. S.; SOUZA, B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2006.

SPINK, M. J. P. *Psicologia da saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SZASZ, T. S. *Cruel compaixão*. Campinas: Papirus, 1994.

_____. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

_____. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

_____. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

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

VASCONCELOS, E. M. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia, Natal*, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004.

VIZEU, F. The modern psychiatric institution from an organizational perspective. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 1, p. 33-49, 2005.

ZUSMAN, J. A. O hospital-dia: uma perspectiva histórico-crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 393-398, 1992.

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados sócio-demográficos e clínicos

Protocolo n.

1 – Idade (anos)	2 – Sexo: F () 0 Sexo M () 1
3 – Procedência: MS Outros Estados Paraguai Bolívia Outro país	4 – Naturalidade: MS Outros Estados Paraguai Bolívia Outro país
5 – Internação no ano de 2004.	
1ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	8ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:
2ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	9ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:
3ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	10ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:
4ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	11ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:
5ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	12ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:

6ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	13ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:
7ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:	14ª internação: dias; diagnóstico (CID-10): data de entrada: data de saída:
6 – Número de internações:	

APÊNDICE B - Declaração para pesquisa

DECLARAÇÃO

Eu, Neomar Herculano de Souza Barros, mestranda do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), MS, declaro estar ciente da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, bem como da Resolução CPF n. 002/87 de 15 de agosto de 1987 do Conselho Federal de Psicologia – Código de Ética Profissional do Psicólogo – a respeito da Ética para com estudos e pesquisas envolvendo seres humanos.

Campo Grande-MS, 1º de junho de 2005.

.....
Neomar Herculano de Souza Barros

ANEXO A - Legislação pertinente

LEI Nº 10.216 - DE 06 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

LEI Nº 10.708 - DE 31 DE JULHO DE 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica “incentivo-bônus”, ação 0591 do Programa Saúde Mental no 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
Ricardo José Ribeiro Berzoini

ANEXO B - Informações geográficas

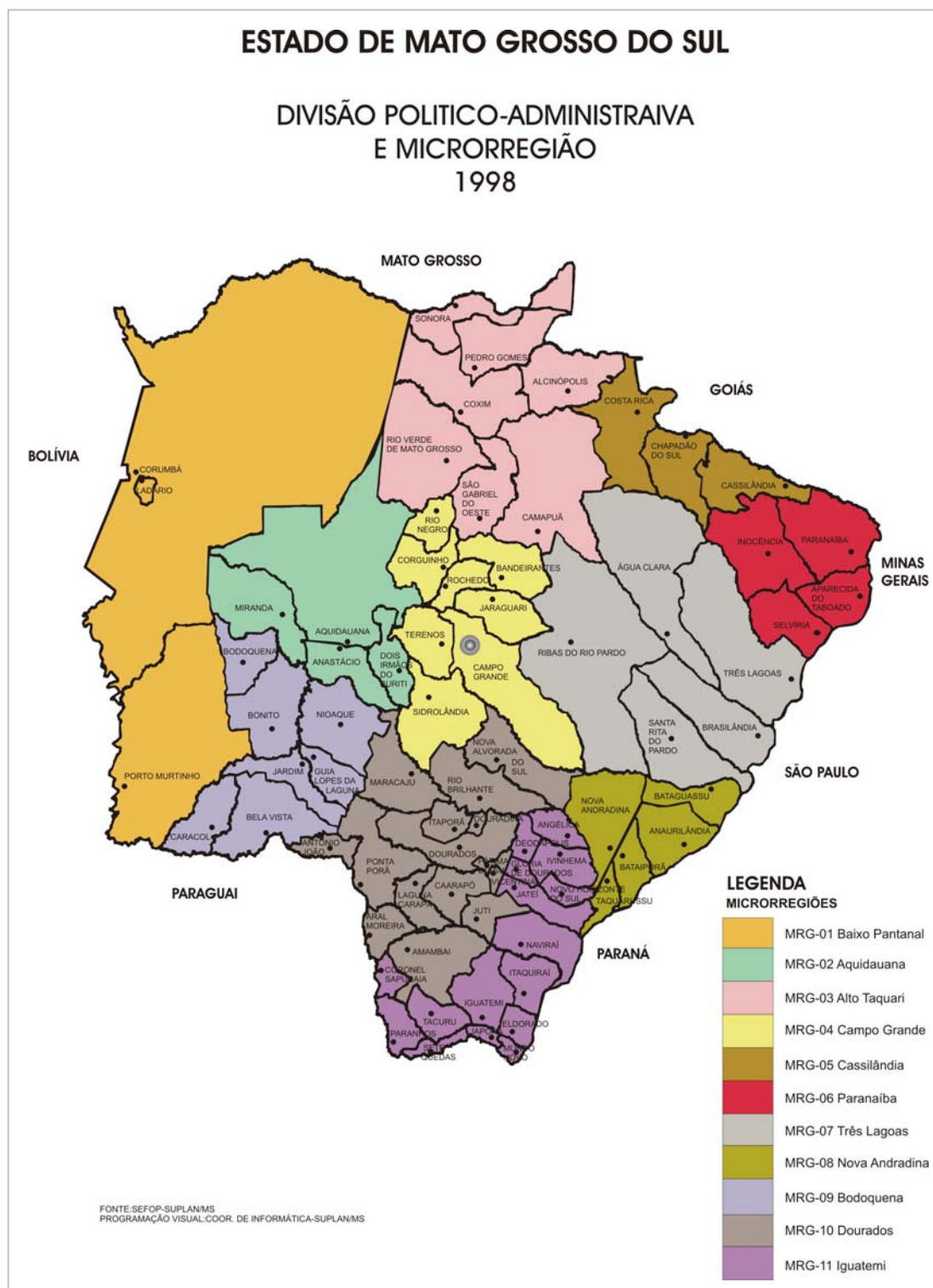
LISTA DOS MUNICÍPIOS POR DISTÂNCIAS DA CAPITAL (km)

Cidades	Distância (km)	Cidades	Distância (km)
Terenos	23	Nova Andradina	292
Jaraguri	46	Antonio João	274
Sidrolândia	64	Batayporã	301
Bandeirantes	74	Bela Vista	349
Rochedo	83	Inocência	322
Ribas do Rio Pardo	92	Ponta Porã	328
Corguinho	98	Pedro Gomes	298
Dois Irmãos do Buriti	98	Bataguassu	334
Nova Alvorada do Sul	111	Taquarussu	322
Anastácio	127	Ámambai	346
São Gabriel do Oeste	141	Costa Rica	339
Aquidauna	130	Três Lagoas	324
Camapuã	143	Novo Horizonte do Sul	336
Rio Brilhante	155	Chapadão do Sul	331
Maracajú	160	Sonora	360
Rio Negro	158	Naviarí	342
Nioaque	169	Anaurilândia	361
Água Clara	187	Alcinópolis	384
Miranda	194	Aral Moreira	360
Rio Verde de Mato Grosso	202	Coronel Sapucaia	391
Dourados	219	Caracol	409
Douradina	194	Itaquiraí	387
Itaporã	210	Paranaíba	410
Fátima do Sul	237	Tacuru	467
Guia Lopes da Laguna	260	Ladário	417
Jardim	265	Santa Rita do Pardo	266
Vicentina	247	Brasilândia	401
Angelica	255	Corumbá	418
Figueirão	250	Selviria	407
Coxim	258	Cassilândia	435
Bodoquena	251	Aparecida do Taboado	425
Caarapó	269	Paranhos	512
Jateí	265	Sete Quedas	513
Glória de Dourados	274	Mundo Novo	450
Ivinhema	286	Porto Murtinho	468
Juti	295	Japorã	464
Laguna Carapã	276	Eldorado	427
Bonito	249	Iguatemi	464
Deodápolis	249		


- Cidades limítrofes
- Cidade não limítrofes distantes até 100 km
- Cidade não limítrofes distantes de 100 a 200 km
- Cidades não limítrofes distantes mais de 200 km

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005).

MAPA DO MS – DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA E MICROREGIONAL



ANEXO C - Autorizando a realização da pesquisa

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP				
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)				
1. Projeto de Pesquisa:				
Características Biosociodemográficas e Clínicas de Pacientes Internados em Hospital Psiquiátrico de Campo Grande/MS no ano de 2004				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)	3. Código: 7.07	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)		
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)	6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()		
8. Unitermos: (3 opções) Reforma Psiquiátrica; Tempo médio de internação; doença mental				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos	10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros (x) Não se aplica ()			
No Centro : Total: 1.182	Estudo Retrospectivo com prontuários de pacientes internados no ano de 2004			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Neomar Herculano de Souza Barros				
12. Identidade: 006243 SSP/MS	13. CPF.: 106.513.061-91	19. Endereço (Rua, n.º): Rua Maracajú nº 1297	21. Cidade: Campo Grande	22. U.F.: MS
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Psicóloga	20. CEP: 79002-212	23. Fone: (67) 3324-1038/ 9985 3214	24. Fax: (67) 3384-4836
16. Maior Titulação: Especialista	17. Cargo	25. Email: neomarsouza@uol.com.br		
18. Instituição a que pertence: Universidade Católica Dom Bosco				
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 23 / 03 / 06				
Assinatura				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Hospital Psiquiátrico Nosso Lar		29. Endereço (Rua, n.º): Rua Bezerra de menezes nº 325		
27. Unidade/Orgão:		30. CEP: 79009-130	31. Cidade: Campo Grande	32. U.F.: MS
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: (67) 3324-7763	34. Fax:.	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Jerônimo Gonçalves da Fonseca Cargo: Diretor Geral Data: 06 / 06 / 06				
Assinatura				
PATROCINADOR				
36. Nome:				
37. Responsável:				
38. Cargo/Função:				
39. Endereço				
40. CEP:				
41. Cidade:				
42. UF:				
43. Fone:				
44. Fax:				
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada:	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ()	48. Não Aprovado ()	
		Data: / /	Data: / /	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:				
Data: / /				
Data: / /				
Encaminho a CONEP:				
50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()				
52. Data: / /				
53. Coordenador/Nome				
Assinatura				
Anexar o parecer consubstanciado				
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:		
55. Processo :				
58. Observações:				


ANEXO D - Declaração do Comitê de Ética



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 737 da Pesquisadora Neomar Herculano de Souza Barros intitulado "Características biosociodemográficas e clínicas de pacientes internados em Hospital Psiquiátrico de Campo Grande/MS no ano de 2004", foi revisado por este comitê e aprovado em reunião Extraordinária no dia 8 de maio de 2006, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 9 de maio de 2006.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187