Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo:
Um estudo exploratório

Felipe Szabzon

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços
de Saúde Pública**

**Orientadora: Prof. Dra. Fabiola
Zioni**

São Paulo

2013

**Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo:
Um estudo exploratório**

Felipe Szabzon

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços
de Saúde Pública**

**Orientadora: Prof. Dra. Fabiola
Zioni**

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Este trabalho foi financiado pelo **INCT para Estudos da Metrópole** (CEBRAP, USP), Processo nº 2008/57843-1, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Processo nº 550634/2012-6, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. A CAPES disponibilizou uma bolsa de mestrado para realização deste trabalho no âmbito do projeto INCT para Estudos da Metrópole. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão da FAPESP, do CNPq ou da CAPES.

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer ao Centro de Estudos da Metrópole que ofereceu todo o apoio para o desenvolvimento desta pesquisa, incluindo a disponibilização de infraestrutura computacional, assistência para a utilização de softwares e uma bolsa de mestrado através do projeto INCT para Estudos da Metrópole financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Simultaneamente, gostaria de agradecer ao apoio do Núcleo de Saúde, Cidadania e Desenvolvimento do CEBRAP (NSCD), e em particular da coordenadora da equipe, Vera Schattan Coelho, que me acompanhou e me ensinou muito ao longo de todo este processo. Foi através da participação em pesquisas do Núcleo que entrei em contato com o campo da saúde, das metodologias e do trabalho com as informações que foram a base desta pesquisa.

À minha orientadora que acreditou no projeto desde o início da pesquisa, apoiou e ofereceu liberdade para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da USP (Lasamec) e a toda equipe com quem foi possível trocar experiências ao longo da realização desta pesquisa.

Aos membros da banca de qualificação Prof. Alberto Olavo Advíncula Reis e Prof. Ianni Scarcelli que ofereceram preciosas contribuições para o encaminhamento deste trabalho.

Também gostaria de agradecer ao Prof. Chester Luis Galvão pelos importantes insights e contribuições para o desenho de pesquisa.

À toda equipe do Centro de Estudos da Metrópole que esteve sempre disponível ajudou muito com a execução do geoprocessamento dos dados.

Não poderia deixar de mencionar o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que disponibilizou informações importantes para o desenvolvimento do trabalho e a toda a equipe da Faculdade de Saúde Pública, aos funcionários do Departamento de Práticas de Saúde Pública, da Secretaria de Apoio aos Alunos e aos funcionários da biblioteca que apoiaram a realização deste projeto.

Szabzon, F. Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: Um estudo exploratório [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Resumo

Introdução: O Brasil vem passando por um processo de redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, que tinha o hospital psiquiátrico como principal equipamento assistencial, para um novo modelo pautado pela ampliação dos serviços comunitários, redução no número de leitos em hospitais especializados e na criação de enfermarias psiquiátricas de retaguarda em hospitais gerais. Este processo ganhou força no ano de 2001, quando foi promulgada a Lei Federal 10.216 que tornou a assistência à saúde mental no país parte de uma política nacional compatível com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Este trabalho analisa o perfil das internações psiquiátricas hospitalares na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2010. Procura evidenciar se o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em nível hospitalar teve repercussão na utilização destes serviços e quais foram as mudanças decorrentes deste processo no âmbito municipal e intramunicipal. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa. Os dados desta pesquisa foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), e são referentes à “Autorização para Internação Hospitalar” (AIH). As informações sobre as internações foram organizadas em um banco de dados e processados através do programa SPSS. Foram selecionadas as informações relativas às internações de especialidade psiquiátrica e de pacientes cujo município de residência fosse São Paulo. A seguir foi realizado o georreferenciamento do CEP de residência do paciente. **Resultados:** Foram analisadas 153.208 internações psiquiátricas. Os resultados apontam que após uma redução inicial, seguiu-se um aumento no total de internações. Nesse processo houve a ampliação do percentual de internações realizadas em hospitais gerais e a diminuição do percentual de internações em hospitais especializados. Ressalta que houve uma queda no percentual de internações de longa duração e em hospitais situados em outros municípios do Estado. O georreferenciamento das internações mostra que a criação de leitos em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais ampliou o acesso a estes serviços para a população residente das subprefeituras com os indicadores socioeconômicos (IDH) mais baixos da cidade.

Descritores: Serviços de Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Hospitalização; Psiquiatria; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

Szabzon, F. Psychiatric hospitalization profile in São Paulo: An exploratory Study/Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: Um estudo exploratório [Dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Abstract

Introduction – Brazil has been undergoing a process of reorientation of the mental health care system, which had as its main care equipment the psychiatric hospital to a new model, based on the expansion of community services, the reduction of the number of beds in specialized hospitals and in creating psychiatric wards in general hospitals. This process gained momentum in 2001 when the federal law 10,216 was passed and made the mental health care in the country part of a national policy consistent with the assumptions of the Unified Health System (SUS). **Objectives** – This paper analyzes the profile of psychiatric hospitalizations in the city of São Paulo in the period from 2000-2010. It seeks to bring evidence if the restructuring process had repercussions in the usage of hospital services and what were the changes in access to this equipments resulting from this process in an intramunicipal level. **Methods** – This is an exploratory study of a quantitative nature. The data used was obtained from the Hospital Information System (SIH-SUS), and refers to the “Authorization for Hospitalization” (AIH). The data about the admissions were organized into a database and processed using SPSS. Only the cases relating to psychiatric specialty and patients whose municipality of residence was São Paulo were selected. Then GIS technology was applied to georeference the patient’s ZIP code of residence. **Results** – Were analyzed 153,208 psychiatric admissions. The results show that after a reduction in the number of psychiatric hospitalizations between 2000 and 2002, an increase in the number of hospitalizations happened. In this process there was an expansion in the percentage of hospitalizations in general hospitals and a decline in the percentage of hospitalizations in specialized hospitals. Also stresses that there was a reduction in the percentage of long-term hospitalizations and in hospitals situated in other municipalities of the state. The georeferencing of admissions shows that the creation of beds in psychiatric wards of general hospitals expanded the access to these services for the residents of the boroughs with the lowest socioeconomic indicators (HDI) of the city.

Descriptors: Mental Health Services; Health Care Reform; Hospitalization; Psychiatry; Mental Health; Unified Health System;

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. A assistência psiquiátrica no Brasil	14
2.1 Os primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros (1850 -1900)	16
2.2 O fortalecimento do parque hospitalar psiquiátrico (1900 – 1964)	18
2.3 A grande expansão da rede hospitalar psiquiátrica privada (1964-1978)	24
2.3.1 Processos de reorientação dos serviços psiquiátricos em âmbito internacional.....	28
2.3.2 A experiência de reestruturação da assistência em São Paulo.....	37
2.4 A reestruturação dos serviços de Saúde Mental no Brasil (1990 a 2000)	42
2.4.1 A reestruturação dos serviços de saúde mental no município de São Paulo.....	50
3. Objetivos	56
3.1 Objetivo Geral:.....	56
3.2 Objetivos específicos:	56
4. Material e Métodos	57
4.1 AIH Psiquiátrica – Instrumento de informação e implementação da política	59
4.2 Procedimento metodológico:.....	68
4.2.1 Fórmulas Utilizadas para o Cálculo dos Indicadores:.....	73
5. Resultados e discussão	75
5.1 A mudança no perfil de utilização de leitos psiquiátricos no município de São Paulo	77
5.2 A mudança no perfil de utilização de leitos psiquiátricos em escala intramunicipal	87
6. Considerações finais	104
7. Referências Bibliográficas	107
8. Anexos	113
Anexo 1) Procedimentos Realizados em Hospital Psiquiátrico Especializado	113
Anexo 2) Procedimentos Realizados em Hospital Geral.....	114
Anexo 3) IDH-M, Índice de População SUS e População total por Subprefeitura	115
Anexo 4) Demonstrativo de interrupção de internações	116
Anexo 5) Lista de municípios que realizaram internações de pacientes residentes de São Paulo	117
Anexo 6) Índice de necessidades em Saúde no município de São Paulo por subprefeitura, 2008	118
Anexo 7) Subprefeituras por ordem crescente de IDHM	119
Curriculum Lattes do Autor	120
Curriculum Lattes da Orientadora	121

Índice de Figuras

Índice de Tabelas

tabela 1 Número de unidades de CAPS e CECCOS de 2000 a 2012	53
tabela 2 Número de leitos Psiquiátricos no município de São Paulo, 2005 e 2010	54
tabela 3 Quadro síntese do total de AIHs pesquisadas, 2000 a 2010	76
tabela 4 Percentual de internações realizadas no município de São Paulo e em outros municípios do Estado de São Paulo, 2000 e 2010	86

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Taxa de Internações Psiquiátricas por 100 usuários do SUS, Município de São Paulo por tipo de hospital, 2000 a 2010	78
Gráfico 2 Taxa Internações Psiquiátricas por 100 usuários do SUS, Município de São Paulo por tipo de internação, 2000 a 2010	81
Gráfico 3 Percentual de internações por tempo de permanência, 2000 a 2010	82
Gráfico 4 Taxa de internações psiquiátricas por 100 Usuários do SUS por Subprefeitura - 2000	95
Gráfico 5 Taxa de internações psiquiátricas por 100 Usuários do SUS por Subprefeitura - 2010	96
Gráfico 6 Taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado por 100 Usuários do SUS por Subprefeitura - 2000	98
Gráfico 7 Taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado por 100 Usuários do SUS por Subprefeitura - 2010	99
Gráfico 8 Taxa de internações psiquiátricas em hospital geral por 100 Usuários do SUS por Subprefeitura - 2000	101
Gráfico 9 Taxa de internações psiquiátricas em hospital geral por 100 Usuários do SUS por Subprefeitura - 2010	102

Índice de Mapas

Mapa 1 Estimativa da população exclusivamente usuária SUS no município de São Paulo por subprefeitura, 2000	88
Mapa 2 Estimativa da população exclusivamente usuária SUS no município de São Paulo por subprefeitura, 2010	88
Mapa 3 Índice de Desenvolvimento Humano no município de São Paulo por subprefeitura, 2000	90
Mapa 4 Georreferenciamento do local de residência do paciente, internações realizadas entre 2000 e 2010	92
Mapa 5 Taxa de internações psiquiátricas por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2000	94
Mapa 6 Taxa de internações psiquiátricas por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2010	94
Mapa 7 Taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2000	97
Mapa 8 Taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2010	97
Mapa 9 Taxa de internações psiquiátricas em hospital geral por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2000	100
Mapa 10 Taxa de internações psiquiátricas em hospital geral por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2010	100

Lista de Siglas

AIH	Autorização Para Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e cooperativa
CEINFO	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CEM	Centro de Estudos da Metrópole
CEP	Código de Endereçamento Postal
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DNS	Departamento Nacional de Saúde
GAAP	Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INS	Índice de Necessidades em Saúde
MS	Ministério da Saúde
MS-BBS	Bulletin Board System do Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PAS	Plano de Atenção à Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
SAID	Serviço de Atenção Integral ao Dependente
SEMDet	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e do Trabalho
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMDU	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais psiquiátricos de caráter manicomial deixaram marcas profundas na assistência à saúde mental no Brasil. É especialmente notória nesta história a grande expansão do número de leitos psiquiátricos, situados em grandes hospitais asilares, ocorrida nas décadas de 1960 e 1970. A partir dos anos 1980 um movimento em prol da reforma psiquiátrica ganhou amplitude e tem lutado pela implementação de um sistema psicossocial aberto e pelo fim destas instituições.

Nos últimos anos uma reforma setorial que propõe a substituição desse modelo manicomial por uma rede de atenção extra-hospitalar, com serviços integrados à atenção básica e demais equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), foi iniciada e logrou avanços importantes na reorientação dos serviços de saúde mental no país.

Com a aprovação da Lei N° 10.216 em 2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e sobre o redirecionamento do modelo assistencial, houve uma expressiva ampliação da rede de atenção e a definição de uma agenda política para a saúde mental nos anos que se seguiram.

Ainda assim, diversos estudos têm tecido críticas à morosidade do processo de desospitalização em curso no país (BARROS e BICHAFF, 2008; KILSZTAJN et al., 2008; ROCHA, 2005). De acordo com estes estudos, ao longo dos anos 2000, os hospitais psiquiátricos permaneceram abrigando pacientes residentes e mantiveram-se como os principais responsáveis pela maioria das admissões psiquiátricas no território nacional.

A reforma em curso prevê a redução progressiva de leitos em hospitais especializados e o retorno dos pacientes a uma vida social e ativa nos demais espaços de convivência cotidiana das cidades. Este movimento deve ser possibilitado pela reintegração dos internos dos hospitais psiquiátricos aos lares de seus familiares ou pela oferta de vagas em residências terapêuticas, e, simultaneamente pela oferta de serviços de saúde que ofereçam cuidados contínuos e substitutivos ao hospital psiquiátrico. Estes serviços devem ser oferecidos através da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e

pela inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Como retaguarda para os casos que necessitem de internação, a rede de atenção à saúde mental deve contar com leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ainda que sem atribuir a estes equipamentos nenhuma centralidade no sistema (DIAS, GONÇALVES e DELGADO, 2010).

Desta forma, uma mudança no perfil das internações hospitalares psiquiátricas no sentido de uma redução no número de internações em hospitais especializados e a ampliação dos serviços em hospitais gerais é esperada.

Simultaneamente a oferta destes serviços deveria estar amparada nas premissas do SUS de universalidade e equidade da atenção, ampliando o acesso aos pacientes com as maiores necessidades em saúde. Focando na cidade de São Paulo, Coelho e Pedroso (2002) apontaram que a população residente das regiões com melhores indicadores socioeconômicos tradicionalmente têm acesso privilegiado aos serviços públicos de saúde, mas notaram que uma ampliação da oferta de serviços em direção à periferia tem ocorrido desde a implementação do SUS.

O presente estudo teve como cenário a cidade de São Paulo, que é sede da maior região metropolitana e o município mais populoso do Brasil. A cidade tem uma dinâmica territorial marcada por uma grande diferença no padrão de vida de seus moradores, atravessada por enorme desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde.

O presente trabalho desenvolveu uma metodologia exploratória que permitiu sistematizar um amplo conjunto de informações sobre as internações psiquiátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde. Foram utilizadas tecnologias computacionais para o processamento de informações e para o georreferenciamento do local de residência dos pacientes internados sob a especialidade psiquiátrica. Foram obtidas mais de 26 milhões de fichas de “Autorização para Internação Hospitalar” (AIH), referentes a todas as internações pagas pelo Sistema Único de Saúde entre 2000 e 2010 no Estado de São Paulo. Através de softwares estatísticos foram filtradas e sistematizadas as informações referentes à área clínica da psiquiatria e de pacientes com município de residência na capital do Estado. Foram identificadas 335.170 Autorizações para

Internação Hospitalar referentes a 153.208 internações psiquiátricas ocorridas no período.

No Capítulo 2 é realizada a contextualização histórica sobre a questão da internação psiquiátrica no Brasil. Inicia-se apontado o processo de crescimento do parque hospitalar psiquiátrico, até atingir o seu auge nos anos 1960 e 1970 com a consolidação da chamada “Indústria da Loucura”. São apontadas algumas experiências internacionais que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira que teve início nos anos 1980. Estes movimentos incentivaram algumas experiências pioneiras no Estado de São Paulo, e tiveram influência sobre a organização e a distribuição da atual rede de serviços de saúde. Por fim, são descritas brevemente as principais iniciativas governamentais promulgadas entre 1990 e 2010 no sentido de orientar a reestruturação dos serviços hospitalares psiquiátricos no país e a construção da rede substitutiva no município de São Paulo.

No capítulo 3 é apresentado o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa.

No capítulo 4 é feita uma apresentação sobre o material utilizado na pesquisa como fonte de informação sobre as internações psiquiátricas hospitalares, as AIHs. Por se tratar de um documento administrativo, é realizada uma exposição sobre a sua sistemática de funcionamento, seus objetivos e a qualidade da informação disponível. É ressaltada a importância deste documento enquanto instrumento para o acompanhamento das internações psiquiátricas e consequentemente sua centralidade no sistema hospitalar ao propiciar o processo de indução e orientação dos serviços psiquiátricos no âmbito da reforma. No subitem seguinte são descritos os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa.

O Capítulo 5 discute os resultados encontrados e está dividido em duas partes. A primeira aponta as mudanças no município de São Paulo e ressalta a redução das internações em hospitais especializados, o crescimento do número de internações em hospitais gerais, assim como a redução da média de permanência dos pacientes por internação. Na segunda parte são apresentados os resultados em escala intramunicipal

obtidos através do georreferenciamento das AIHs, e aponta para mudanças no acesso aos serviços oferecidos em hospitais gerais, privilegiando a população residente das subprefeituras com os índices socioeconômicos mais baixos e, portanto, moradores das regiões mais pobres da cidade.

Por fim, no capítulo 6 são tecidas as considerações finais deste trabalho.

2. A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A internação em hospitais psiquiátricos, de caráter manicomial, foi a principal forma de atenção para portadores de doença mental no Brasil desde o final do império até os anos 1980. Ainda hoje estes equipamentos são responsáveis por um grande número de internações no país (KILSZTAJN et al., 2008).

A constituição destas instituições ao longo de mais de 160 anos de existência carrega uma história marcada pela exclusão social e diversas denúncias de maus tratos e manutenção dos pacientes em condições degradantes. Diversos autores sobre a história da psiquiatria apontam que as concepções assistenciais sob as quais estas instituições se constituíram foram mais pautadas por uma demanda de organização das cidades e do espaço público do que pelo tratamento e cuidado destes indivíduos (AMARANTE, 1995; CERQUEIRA, 1989; RESENDE, 1992; RIBEIRO, 1999). Apesar de alguns movimentos visando a melhora da assistência ao longo deste período, esta finalidade institucional parece ter estado presente em diversos momentos desta história da psiquiatria brasileira.

Resende (1992) propôs que a política de saúde mental no país fosse didaticamente dividida em três tendências principais até o início do movimento pela reforma psiquiátrica na década de 80. O processo reformista e a implementação de um “modelo psicossocial” é entendido aqui como uma quarta tendência, ainda que este período ainda possa ser subdividido em fases diferentes em torno da movimentação pela reforma, conforme apontado por Vasconcelos (2008). Vista a contemporaneidade desta tendência é difícil categorizá-la de forma concreta e apontar de que maneira as novas concepções assistenciais têm prevalecido na atual arena política.

Neste capítulo é apresentada uma revisão bibliográfica sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, e situados alguns dilemas encontrados nas diferentes tendências na oferta destes serviços no país.

É importante ressaltar que o termo “tendência” foi utilizado com o intuito de não tratar somente do conjunto de políticas públicas oficiais em cada período, mas também da concepção ideológica e o momento histórico em termos assistenciais. Resende (1992) cunha esta terminologia com o cuidado de garantir maior liberdade conceitual/terminológica para tratar do tema das políticas assistenciais sem permanecer preso a uma análise dos processos jurídico/políticos adotados em cada período. No subcapítulo “A reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil (1990 a 2000)” especial atenção é dada aos protocolos legislativos que orientaram o novo modelo assistencial em saúde mental neste período.

2.1 Os primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros (1850 -1900)

A história da assistência psiquiátrica no Brasil tem como marco inicial a inauguração do hospital Dom Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 (RESENDE, 1992; RIBEIRO, 1999; VENANCIO, 2011). Ainda que as Santas Casas de Misericórdia reservassem espaços diferenciados para o tratamento dos loucos nos porões dos hospitais desde o início do século XIX, estes locais não ofereciam qualquer tipo de cuidado ou assistência, de forma que restavam às freiras e ao campo da religião a esperança de qualquer tipo de melhora (RIBEIRO, 1999).

A partir da segunda metade do século XIX foram inaugurados diversos hospitais psiquiátricos e entre 1852 e 1900 mais de 10 unidades deste tipo foram construídas nas principais cidades do país (São Paulo, Olinda, Belém, Salvador, Niterói, Recife, Porto Alegre e Fortaleza), iniciando um novo momento no modelo assistencial para a doença mental.

Segundo Resende (1992), a criação destes hospitais amparava-se em proposições contraditórias, uma vez que, possuíam distintas finalidades a serem resolvidas pelo “aparato psiquiátrico”. Por um lado, os hospitais recebiam indivíduos com uma indicação prioritariamente social, em resposta a um movimento contrário ao livre trânsito de “insanos” pelas cidades que representava uma ameaça à paz e a ordem social, solicitando assim a remoção e a exclusão do elemento perturbador. Por outro lado, havia a reivindicação por uma assistência pautada pela indicação clínica que enfatizava a necessidade de tratamento adequado aos doentes que era reforçada pela recém-criada Sociedade de Medicina no Brasil.

Vale a leitura do depoimento de Lima Barreto (BARRETO, 2010a) que relatou sua experiência no Hospital Dom Pedro no início do século XX. O autor residiu durante sua infância no Hospital Dom Pedro onde seu pai era chefe almoxarife do hospital, e posteriormente foi interno da instituição por mais de uma vez e escreveu suas memórias sobre a vida no hospital. No conto “Manoel de Oliveira” (BARRETO,

2010b) o autor comenta sua percepção sobre a finalidade para qual foi criado o Hospital Dom Pedro e aponta que o trabalho da instituição estava muito mais voltado à recolher os bêbados e desocupados da capital do império, do que oferecer qualquer tipo de tratamento.

Em suma, dentre as principais demandas dos hospitais que surgiam estavam a de remover e excluir os “loucos” das cidades, abrigar, alimentar, vestir e tratar estes indivíduos desassistidos e incapazes de trabalhar. No entanto, dentre todas estas, a finalidade de removê-los foi a mais bem sucedida entre as funções do sistema assistencial, que mal conseguiu assistir socialmente estes indivíduos e muito menos tratar de suas mazelas (RESENDE, 1992).

Apesar da criação destas instituições no Brasil ter se iniciado sob a inspiração do movimento Europeu, em especial o que vinha ocorrendo na França inaugurado por Phillipe Pinel cinquenta anos antes, Resende (1992) aponta que a aplicação de métodos terapêuticos disponíveis na época, notadamente as técnicas de tratamento moral, foram aqui adaptadas para cumprir com a finalidade social de remover e excluir os elementos perturbadores. Funções para as quais os hospitais pareciam estar sendo criados no Brasil ao invés de sua finalidade terapêutica.

Críticas a estes hospitais foram ganhando sustentação frente ao cenário político que se reorganizava com o fim da monarquia no país, principalmente pelo papel de destaque que alguns psiquiatras passaram ocupar. Com o nascimento da república, ocorre a passagem da psiquiatria empirista (de observação da doença) para um novo modelo, com prerrogativas científicas (busca de práticas clínicas com resultados passíveis de comprovação científica), inaugurando uma nova tendência da assistência psiquiátrica brasileira (RESENDE, 1992).

2.2 O FORTALECIMENTO DO PARQUE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO (1900 – 1964)

Com o advento da república e o fortalecimento da abordagem científicista no campo da doença mental houve a transferência da prestação de assistência da igreja à classe médica, que ganhava força no cenário político e maior controle sob as instituições de saúde. Com muitos profissionais retornando da Europa, embasados pelas novas descobertas da bacteriologia, neurologia e imunologia, era preciso reorientar os serviços e esta mudança foi amparada pela promulgação de um conjunto de leis, que regulamentaram, pela primeira vez, a assistência à doença mental no país.

Os valores expressos na constituição da República do Brasil, promulgada em 1891, que previam sufrágio universal e igualdade perante a lei, contribuíram para que providências fossem tomadas com a finalidade de melhorar as condições dos internos dos hospitais psiquiátricos que se encontravam em condições deploráveis. Resende (1992) aponta que a mortalidade em alguns hospitais chegava a 50% da população internada e o uso de camisas de força era recorrente na maior parte deles.

No início deste novo século, houve a elaboração da primeira Lei que regulamentou a internação em hospitais psiquiátricos visando organizar a assistência no país e outorgou definitivamente à psiquiatria o controle dos hospitais, subordinando a internação ao parecer médico (Lei Federal Nº 1.132/1903). Esta Lei também decretou que os hospitais psiquiátricos passassem a ser o único lugar permitido para receber os doentes mentais, proibindo a manutenção dos alienados em cadeias públicas ou entre criminosos, sendo que na ausência de hospitais, estes, deveriam ficar em pavilhões especiais separados dos demais presos.

Simultaneamente a esta nova tendência positivista científica, tornou-se preciso organizar os hospitais internamente. Juliano Moreira, médico psiquiatra recém chegado da Europa foi indicado para o cargo de diretor do Hospital Nacional dos

Alienados (antigo Hospital Dom Pedro II). Ele assumiu a função em 1903, e, entre suas principais proposições estava a criação das colônias de alienados diferenciadas por tipo de agravo, além de um lugar especial para a pediatria psiquiátrica.

Este período foi um momento de transformações e investimentos em prol da assistência aos “alienados” no contexto das ações de higiene pública que estavam sendo promovidas durante a administração do prefeito Pereira Passos entre os anos de 1902 e 1906, e a gestão de Oswaldo Cruz como diretor-geral de Saúde Pública. Com a aprovação do decreto N° 1.132 houve um reforço das iniciativas ‘modernizadoras’ do Estado e as estendiam para a esfera da assistência pública aos doentes mentais (VENANCIO, 2011).

É importante ressaltar que o projeto positivista na República Oligárquica atingiu as diversas áreas da saúde e justificou um conjunto de reformas urbanas. Foi neste momento que se iniciou a reforma sanitária, principalmente na então capital do país, Rio de Janeiro, amparada por um movimento de “organização” das cidades, em vista as péssimas condições de saúde resultantes da ausência de saneamento e normas higiene. Tal período foi descrito por Sevcenko no livro “a Revolta da Vacina” (2010). Resende (1992) aponta que Juliano Moreira ao lado de Oswaldo Cruz lançaram-se ao trabalho de sanear a cidade, mas que nesta empreitada conjunta coube à psiquiatria “recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerra-las no asilo e tentar, se possível recuperá-las de algum modo” (pg. 45). Desta maneira, restou aos hospitais psiquiátricos responder a uma demanda social, que em muitos casos era contraditória à finalidade assistencial de oferta de cuidado aos doentes mentais.

No período que se seguiu, a maioria dos Estados brasileiros passou a incorporar a seus serviços de saúde colônias agrícolas, sendo que entre 1900 e 1950 foram criados pelo menos 14 instituições deste tipo em todo no país. Em alguns casos, as colônias serviam como complemento aos hospitais tradicionais já existentes, para dar conta dos casos crônicos das instituições urbanas, e em outros eram a única

opção assistencial e pretendia atender todos os tipos de doentes mentais nas diferentes etapas do tratamento (RESENDE, 1992).

Os hospitais colônia possuíam uma capacidade para abrigar um número muito maior de pacientes e situavam-se fora das cidades. Como exemplo da dimensão destes novos equipamentos, em meados de 1900 o Hospital Dom Pedro II tinha capacidade para 350 leitos, enquanto a colônia de Jacarepaguá tinha capacidade para 600 leitos e o Hospital Juqueri, construído na cidade de São Paulo 800 leitos¹. Este dado mostra como foi enfrentada a demanda por maior número de leitos, que crescia cada vez mais no contexto de organização das cidades.

A criação de novos hospitais e a ampliação dos já existentes tornaram-se medidas paliativas para o problema da superlotação destes equipamentos e a chegada de todo tipo de doentes apenas colaborava para fazer crescer a incapacidade terapêutica destes hospitais que permaneciam lotados e os pacientes encontravam-se em situação similar a de presos em celas comuns, sendo recorrente o uso da violência (RESENDE, 1992).

Esta tendência “científica” do início do século XX diferenciou-se da empirista no sentido de colocar o foco de sua atenção no importante tema do cuidado, mas falhou em sua missão de organizar um sistema funcional e resolutivo no campo da saúde mental como se propôs inicialmente.

Apesar da organização dos serviços pela classe médica e da criação de mais hospitais e leitos, o tratamento pouco mudou de um período para o outro, sendo que as práticas terapêuticas conhecidas até então não haviam evoluído e a questão sobre como tratar a doença mental permanecia um desafio.

¹ Neste período São Paulo investiu pesadamente em saneamento e saúde pública, visto o interesse determinado pelo dinamismo de sua economia. O primeiro asilo paulista para alienados foi o Hospício Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, inaugurado em 1852. Nos primeiros anos, apenas nove doentes foram internados, mas, logo depois, os relatórios denunciavam superlotação, epidemias, alta mortalidade, revoltas, fugas e a precariedade da instalação. Frente a esta situação, houve a criação do Hospício Colônia de Juqueri, com colônias anexas, destinado a receber 800 doentes servindo como referencia para todo o estado (BARROS e BICHAFF, 2008).

Apesar de alguns esforços pontuais como os de Ulysses Pernambucano com algumas propostas para os serviços de atenção aos doentes mentais nos anos 1930, a assistência psiquiátrica permaneceu estritamente restrita ao interior dos asilos até os anos 1940.

Aos poucos a experiência das colônias agrícolas foi se mostrando frustrante enquanto possibilidade terapêutica, e estas voltaram a assumir o papel dos hospitais comuns recebendo uma grande demanda dos centros urbanos e servindo de depositários de pacientes, agora mantendo-os ainda mais excluídos do convívio social.

Com a criação da previdência social no início dos anos 1940 apenas os trabalhadores formais, que, portanto, contribuíam para as caixas de pensão, possuíam acesso aos serviços de saúde que eram privados e contratados pelo sistema previdenciário, e os manicômios públicos, financiados pelo Ministério da Saúde, eram destinados aos não contribuintes. Estas instituições permaneceram lotadas de indivíduos desempregados ou sem família e o setor privado teve um grande crescimento frente a incorporação de setores de trabalhadores cada vez mais numerosos, o que ampliou a demanda por estes de serviços.

Após a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) houve a estruturação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) com a finalidade de organizar os serviços ligados aos distúrbios mentais que propôs pela primeira vez a diversificação dos serviços de saúde mental através da criação dos ambulatorios psiquiátricos.

A implementação destes ambulatorios teve atuação pontual e restrita, e até 1961 foram construídos apenas 17 unidades em todo o país. Estes serviços tinham como proposta acompanhar os egressos dos hospitais e desempenhar atividades de cunho preventivo, mas segundo Resende (1992), estas unidades acabavam por servir, prioritariamente como um captador de novos pacientes para os hospitais psiquiátricos. Desta forma, os pacientes continuavam a ser deixados nos hospitais cujos contingentes não paravam de crescer.

Ao final dos anos 1950 a situação dos serviços psiquiátricos era caótica. A maior parte dos hospitais operava com um número de internos muito superior a sua capacidade e a rede de serviços estava amparada principalmente nos grandes centros de internação que aglomeravam milhares de pacientes. O maior deles era o hospital do Juqueri em São Paulo que contava com mais de 14.000 internos. Resende (1992) aponta que grande parte dos hospitais tinham centenas de pacientes dormindo pelos corredores e alguns hospitais chegaram a abolir o uso de camas para ampliar sua capacidade de internação deixando os pacientes todos a dormir no chão. O Hospital Colônia de Barbacena, com a capacidade para 200 leitos possuía mais de 5.000 pacientes registrados em 1961 (ARBEX, 2013).

Aponta-se que a situação era tão ruim ou ainda pior do que a existente no país cem anos antes, quando os doentes eram aprisionados nos porões das Santas Casas de Misericórdia sem nenhum tipo de cuidado médico. O número de internados era muito maior e as condições a que estavam submetidos eram praticamente as mesmas.

A aceleração da urbanização e o assalariamento de parcela significativa da população como decorrência do processo de industrialização nos anos 1950 resultaram no crescimento da assistência médica por via dos Institutos previdenciários e viabilizaram o aumento de instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares aos contribuintes da previdência social por meio de impostos, privilegiando o setor privado. Neste contexto o hospital assumiu posição central na prestação de serviços de saúde à população (NICZ, 1982), não apenas para o campo da saúde mental, mas em todas as demais clínicas médicas.

Como a previdência social funcionava de forma segmentada por setores de trabalhadores, nem todos os contribuintes possuíam acesso aos serviços psiquiátricos. Foi apenas a partir da década de 1950 que a atenção psiquiátrica passou a ser mais amplamente incluída nos fundos de pensão. Desta forma, um maior número de pessoas passou a ter acesso a internações em sanatórios

particulares sem que isso significasse um custo para os indivíduos diretamente. Tal ampliação da oferta de serviços propiciou o franco crescimento da assistência médica de cunho individual praticada no modelo médico-hospitalar, em detrimento das práticas de saúde pública, de natureza coletiva (YUNES e CAMPOS, 1989).

2.3 A GRANDE EXPANSÃO DA REDE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA PRIVADA (1964-1978)

Após a tomada do poder pelos militares em 1964 houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e os serviços psiquiátricos passaram a ser oferecidos a todos os trabalhadores formais do país, modificando o sistema das caixas de pensão vigente até então. Esta medida manteve a assistência separada para dois grandes grupos populacionais: uma destinada a cobertura de trabalhadores contribuintes da previdência e seus dependentes, com direito ao atendimento por prestadores privados de serviços de saúde, e outra para a população sem registro de trabalho formal, atendidos pelo sistema público.

No INPS os hospitais disponíveis na rede pública permaneceram voltados aos indivíduos sem vínculos empregatícios formais, e os serviços de assistência aos contribuintes da previdência social mantiveram a lógica de oferta através da contratação de leitos em hospitais privados. Como consequência destas medidas o crescimento no número de internações em todo país foi tamanho que nos cinco anos após 1964, o número de internações psiquiátricas realizadas em leitos particulares passou de 35.000 em 1965 para 90.000 internações em 1970 (RESENDE, 1992).

Cerqueira (1989) aponta a escalada no número de internações por neurose de 5.186 em 1965 para 15.766 em 1970 chegando a 85.769 em 1976. Segundo o autor, tal aumento relativo a um diagnóstico “genérico”, esteve mais atrelado ao interesse financeiro na prestação de serviços da iniciativa privada do que a uma demanda real por internações, sendo frequente a realização de internações desnecessárias.

Não apenas o número de internações cresceu, mas o tempo médio de permanência das internações ainda era muito alto sendo de aproximadamente de 3 meses de duração. O autor ressalta que este era o tempo esperado para a recuperação nos

casos de doença mental no começo do século. No mesmo período, a população residente nos asilos em todo o país aumentou de 14.000 para 30.000, sendo que o número de pacientes dos hospitais públicos permaneceu a mesma.

Este período entre 1964 e 1970 caracterizou-se por uma tendência da função produtiva da psiquiatria e um forte favorecimento dos setores privados ligados ao setor hospitalar psiquiátrico que ficou conhecido como a *“Indústria da Loucura”*. Entre as muitas críticas que passaram a ser feitas a este modelo, a principal delas era que este sistema simplesmente favorecia uma lógica de serviços dispendiosos e cronificantes.

Nos anos que se seguiram uma série de propostas foram desenvolvidas, tanto pelas secretarias estaduais, como pelo Ministério da Saúde e pelo INPS. O reconhecimento da disfuncionalidade do sistema e a incorporação de propostas no início dos anos 1970 estimulou o desenvolvimento de iniciativas no sentido de atingir maior controle sobre o tempo de internação e a diminuição dos encaminhamentos dos ambulatorios para internação². Em alguns estados houve a instalação de centrais de internação (Pernambuco e Minas Gerais), sendo que estes tinham como propósito acompanhar os encaminhamentos para hospitalização priorizando critérios clínicos para dificultar a internação dos chamados “casos sociais”.

O Ministério da Saúde ratificou em 1972, em conjunto com outros países da América Latina, um documento sobre os princípios básicos que deveriam nortear a assistência psiquiátrica, reforçando os seguintes pontos: Privilegiar a diversificação da oferta de serviços; oferecer atenção regionalizada; condenação dos macro-hospitais e busca por alternativas para a hospitalização integral com ações especiais dirigidas ao egresso, assim como, a realização de campanhas para a reabilitação dos casos crônicos visando “a reintegração social do indivíduo” (CERQUEIRA, 1989).

² Consta que o encaminhamento dos ambulatorios para internação chegou a aproximadamente 36% do total de consultas entre 1964 e 1970 e estabilizou em 12% na década de 1970 (CERQUEIRA, 1989).

Em 1975 já havia dois documentos básicos para orientação dos serviços psiquiátricos, publicados com o intuito de retomar o controle da situação. O Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica do Ministério da Previdência Social (MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1973) e a Portaria de N° 32 do Ministério da Saúde. Ambos previam uma reorganização do modelo assistencial e o desenvolvimento de uma medicina de base comunitária. No entanto, a aplicação destes projetos enfrentou uma série de resistências, tanto por falta de uma lei que as amparasse como por dificuldades na negociação com a Federação dos Hospitais, preocupada com a redução de seu campo de atuação (CERQUEIRA, 1989).

Ainda que tenha havido um empenho governamental na primeira metade da década de 1970 no sentido de uma prática mais curativa e na busca de alternativas para a questão psiquiátrica, o número de internações continuava a crescer. A crise política e financeira de 1974 e a piora nas condições gerais de saúde da população contribuíram para que os avanços relativos a assistência psiquiátrica fossem postos de lado para privilegiar campanhas de atenção básica e vacinação (RESENDE, 1992).

A divulgação da Lei N° 6.229 de 1975 foi uma importante iniciativa no sentido de racionalizar o setor de saúde no Brasil e foi uma tentativa organizar a situação da prestação de serviços em um Sistema Nacional de Saúde. Na época, poucos avanços reais foram atingidos com a lei, pois no nível federal continuavam a existir múltiplas instituições promovendo ou executando ações de saúde, em especial os Ministérios da Saúde, da Previdência Social, da Educação e Cultura, do Interior e do Trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Simultaneamente, a lei causou desesperança para aqueles que esperavam mudanças mais radicais no modelo assistencial psiquiátrico. Cerqueira (1989) aponta que através desta lei o ministério da saúde deixou claro seu posicionamento em defesa da prestação de serviços através da iniciativa privada e a manutenção do modelo “hospitalocêntrico”, entravando o desenvolvimento da psiquiatria social no Brasil.

Em 1978 foi extinto no Ministério da Saúde a comissão permanente de consulta em saúde mental e deflagrada uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) responsável pela formulação das políticas de saúde mental. Como resultado houve a demissão de 261 funcionários, e em consequência deste fato, foi deflagrada de uma greve dos trabalhadores dos hospitais públicos no Rio de Janeiro. Para Amarante (1995), a greve nos hospitais da DINSAM foi o marco inicial do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em meio a situação de precariedade da assistência era notável a lentidão do sistema público brasileiro em tomar conhecimento das transformações que estavam ocorrendo neste mesmo período em outros lugares como na Europa e nos Estados Unidos (RESENDE, 1992).

A seguir são descritas as principais experiências que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira.

2.3.1 PROCESSOS DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS EM ÂMBITO INTERNACIONAL

Enquanto no Brasil ocorria o processo de ampliação da oferta de serviços psiquiátricos nas décadas de 1960 e 1970, principalmente em leitos de hospitais especializados, em âmbito internacional diversos movimentos em prol de reformas nos modelos assistenciais estavam ocorrendo buscando a reorientação da lógica de funcionamento de seus serviços.

As críticas às instituições manicomiais repercutiram de diferentes maneiras na segunda metade do século XX, ainda que tenha havido uma conscientização por grande parte da sociedade acerca da urgência na transformação do modelo clássico, uma vez que este havia sido “tão amplamente aceito e difundido, que influencia a prática psiquiátrica até nossos dias” (AMARANTE, 1995:26).

Apontam-se duas grandes razões que estimularam estes movimentos. Em primeiro lugar o avanço da ciência e o conseqüente advento dos medicamentos psiquiátricos nos anos 1950 que permitiram vislumbrar um novo horizonte no tratamento da doença psiquiátrica. Em segundo lugar, a forte experiência vivida nos países do hemisfério norte durante a segunda grande guerra mundial que remetia imediatamente a realidade dos hospitais psiquiátricos à dos campos de concentração.

Enquanto alguns autores contextualizam esta nova psiquiatria como “psiquiatria social” (CERQUEIRA, 1989), outros adotam a denominação de “psiquiatria reformada” para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade (ROTELLI apud AMARANTE, 1995:27).

Esta nova psiquiatria passou a buscar diferentes formulações procurando alternativas para a instituição asilar, mas todas elas tiveram em comum o ponto fundamental de buscar a promoção de uma melhor qualidade de vida para os pacientes psiquiátricos (BIRMAN e COSTA, 1994:44).

Entre estes movimentos destacam-se algumas experiências que tiveram particular repercussão na reestruturação dos serviços psiquiátricos no Brasil, e são descritos a seguir.

2.3.1.1 O MOVIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA INGLATERRA

O termo “Comunidades terapêuticas” caracteriza um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar.

Estas experiências possibilitaram uma transformação na dinâmica institucional através de terapias grupais, envolvendo os pacientes não apenas com a sua própria terapia, mas também com a dos demais pacientes, dos familiares e da comunidade. Esta experiência ressoou na reforma sanitária inglesa através da demonstração de que uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade era possível, visto que alguns doentes mentais podiam ser tratados fora dos manicômios (AMARANTE, 1995).

Botega e Dalgarrondo (1993) apontam que as comunidades terapêuticas, juntamente com outras ideologias que emergiam na época, como as novas estruturas assistenciais em unidades psiquiátricas em hospitais gerais, colaboraram para o início de um processo de “desinstitucionalização” na Inglaterra.

Estas inovações resultaram em um crescimento no total de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. As internações neste tipo de leito passaram de 15% do total das internações psiquiátricas em 1964, para 33% em 1977, chegando a 40% em 1989 (Mahadevan e Foster, 1982; Mayou, 1989 apud BOTEGA e DALGARRONDO, 1993).

Com estas mudanças, a integração da assistência psiquiátrica à assistência médica geral foi expandida, não apenas pela ampliação no número de internações em hospitais gerais, mas também pela atuação dos médicos generalistas que passaram a atender uma demanda cada vez maior de pacientes com transtornos mentais menos graves, deixando, assim, aos psiquiatras e aos hospitais psiquiátricos apenas os casos mais graves. É importante ressaltar que isso foi possível, também, pela

introdução dos psicofármacos, que permitiram aos clínicos gerais realizar tais tratamentos.

2.3.1.2 Os MOVIMENTOS DE PSIQUIATRIA DE SETOR NA FRANÇA E DE PSIQUIATRIA PREVENTIVA NOS ESTADOS UNIDOS

A psiquiatria de setor surgiu como um movimento de contestação dos serviços asilares e pretendeu trazer a tona uma vocação mais terapêutica destes equipamentos, “o que segundo seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a ideia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se, portanto, de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro de seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais que uma etapa transitória do tratamento” (FLEMING apud AMARANTE, 1995:34).

Neste movimento, o hospital psiquiátrico passou a ser reorganizado para atender uma demanda regionalizada, organizada a partir de uma divisão da cidade em áreas geográficas específicas, considerando necessidades sociais de cada território. Assim foram estipulados “setores” que contavam com uma equipe de saúde multidisciplinar e com um conjunto de instituições responsáveis por assegurar tratamento, prevenção e o acompanhamento dos pacientes. Esta territorialização tinha como finalidade garantir ao hospital uma adequação à cultura e hábitos dos residentes de uma mesma região e simultaneamente permitir dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe clínica do hospital. Na psiquiatria de setor a internação psiquiátrica passa a ser uma etapa do tratamento, sendo o acompanhamento dos pacientes realizado na comunidade.

A experiência conhecida por psiquiatria preventiva surgiu como estratégia para intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais, procurando assim, não apenas a prevenção de distúrbios psiquiátricos, mas fundamentalmente buscando desenvolver mecanismos de promoção da saúde mental (AMARANTE, 1995).

A psiquiatria preventiva, ou comunitária como também é chamada, afirmava que o hospital psiquiátrico deveria ser abandonado como centralidade da atenção à saúde

mental e o espaço da ação psiquiátrica deveria ser expandido para um contexto mais amplo, enfatizando a ação nas comunidades, que passariam a ser seu principal lócus de atuação.

Este movimento trouxe a novidade da atenção primária para o campo da saúde mental e, desta forma, o desafio de redefinir a intervenção psiquiátrica, que deixou os hospitais, onde se buscava a cura das enfermidades para inserir-se na comunidade onde se realizavam intervenções sobre as condições possíveis de conduzirem à doença.

BOTEGA E DALGALARRONDO (1993) chamam a atenção para o vertiginoso aumento dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais neste período, que de 1952 a 1976 passou de 7.000 para 29.000 e o número de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais que passou de 40 em 1940 para 1.384 em 1984. Uma das características que chama a atenção na política americana é o fortalecimento da prática particular da medicina, marcada pela transferência da rede de atendimento pública para a iniciativa privada. Assim como no caso brasileiro, a contratação de leitos privados com uma baixa regulação do setor ampliou a demanda por serviços. No caso americano, havia inicialmente um intuito contrário, que buscava reduzir a importância do hospital na rede de atenção à saúde mental.

Não apenas o número de unidades públicas diminuiu neste período (em 1976 das 840 unidades psiquiátricas de hospitais gerais apenas 141 eram públicas enquanto as demais 699 eram privadas) como também houve uma diferenciação no perfil da clientela de cada uma destas instituições. Enquanto as unidades públicas atendem uma população mais jovem, mais pobre e com distúrbios psiquiátricos mais graves, as unidades privadas atendem pacientes mais velhos, mais abastados economicamente e, em geral, com enfermidades menos graves (BOTEGA e DALGALARRONDO, 1993).

Conforme o programa investiu a maior parte de seus esforços técnicos e financeiros no nível da prevenção primária de saúde mental e na ampliação da rede de serviços

alternativos, admitiu-se reduzir o esforço público nas áreas de atenção secundária e terciária, e a passagem de leitos da rede pública para a rede privada ocorreu de maneira sutil e implícita na reforma médico-sanitário americana (AMARANTE, 1995).

2.3.1.3 O MOVIMENTO DA PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA NA ITÁLIA

A experiência italiana surgiu a partir das transformações propostas no hospital Gorizia gerenciado por Franco Basaglia, que propôs um rompimento com os modelos tradicionais de compreensão da doença mental e consequentemente das formas de assistência aos portadores de sofrimento psíquico.

Basaglia acreditava ser preciso superar a simples humanização do lócus manicomial, como foi proposto pela maioria dos movimentos reformistas, e enfrentar o desmonte das instituições manicomiais com a construção de novos conceitos para a atenção em saúde mental.

Este movimento que se consolidou como Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) trouxe para a agenda política da saúde mental internacional a urgência de uma transformação mais ampla, e que tocasse questões de cidadania e justiça, e permitisse assim ir além da reforma dos equipamentos psiquiátricos.

A rede de serviços proposta pela PDI foi amparada pela construção de centros de saúde mental responsáveis por territórios específicos, cada um cobrindo uma população de 20 a 40 mil pessoas funcionando 24 horas por dia e sete dias por semana. Também foram abertas residências para os usuários do sistema público de saúde mental. Outros equipamentos, como oficinas de trabalho foram construídos visando auxiliar ex-internos a encontrar trabalho ou apenas para se reunirem. Os serviços de emergências psiquiátricas deveriam ter até 15 leitos, mas funcionavam somente em horário diurno. Todos os serviços deveriam funcionar como uma rede atuando coordenadamente entre si.

Tal modelo tornou-se a política nacional na Itália em 1978. A lei que previu a reforma psiquiátrica italiana determinou a proibição da construção de hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes a partir daquela data. Os pacientes remanescentes poderiam permanecer nas instituições pelos próximos dois anos e

após esta data seriam transferidos para outro tipo de instituição, mas não poderiam mais ser reinternados em hospitais psiquiátricos especializados.

BOTEGA E DALGALARRONDO (1993), apontam que mesmo após a implementação desta política o sistema italiano permaneceu com dificuldades para superação de problemas estruturais como as desigualdades sociais entre regiões ricas e pobres do país e com uma desigual distribuição de leitos em hospitais gerais entre as regiões, estando a maior parte das unidades em hospitais do norte, que é a parte mais rica e desenvolvida do país. Além disto, os pacientes crônicos, principalmente os ex-residentes dos hospitais psiquiátricos se encontraram em condições muito precárias de assistência uma vez que se manteve no país uma carência de serviços intermediários de moradia e custódia (principalmente nos estados mais pobres do sul).

Estas experiências na organização dos serviços psiquiátricos ao redor do mundo apontavam para a emergência do tema relativo a insuficiência do modelo manicomial e estimulou novas iniciativas neste campo. Inspirados nestes movimentos e frente a um sistema com sérios problemas estruturais foi iniciado em São Paulo um movimento pela reorientação e racionalização dos serviços psiquiátricos voltados pelo fortalecimento da saúde pública. A experiência paulista ocorrida nos anos 1970 e 1980 são descritas no subcapítulo seguinte.

2.3.2 A EXPERIÊNCIA DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO

Entre 1971 e 1974 um conjunto de iniciativas, dirigidas pelo Prof. Luiz Cerqueira, após sua nomeação como coordenador de saúde mental, foi desenvolvido buscando encontrar propostas que possibilitassem uma reestruturação dos serviços de atenção à saúde mental. Estas experiências foram sediadas no Governo Estadual, mas tiveram grande repercussão na região metropolitana de São Paulo que centralizava a maior parte dos leitos do Estado. Dos 121 hospitais psiquiátricos existentes em 1973 entre públicos e privados, 52 estavam localizados na grande São Paulo (21.874 leitos) e 69 no interior do Estado (16.330 leitos) (CERQUEIRA, 1989).

Entre as principais frentes de atuação desta coordenadoria estavam o estabelecimento de convênios com universidades e órgãos de ensino e pesquisa; a promoção de recursos humanos no setor; a elaboração de normas para supervisão regional; a padronização das unidades psiquiátricas; a implantação de sistema de informática; o apoio à formação de agentes terapêuticos; a regionalização administrativa em saúde mental; a criação de unidades extra-hospitalares e o desenvolvimento de mecanismos para a redução de leitos nos macro-hospitais (CERQUEIRA, 1989).

Como resultados das atividades desenvolvidas houve uma redução no número de pacientes internados nos macro-hospitais, a inauguração de serviços de emergência psiquiátrica e estabelecidos convênios com a universidades e órgãos de ensino e pesquisa em saúde³.

³ No Hospital do Juqueri o número de internos foi reduzido de 11.469 pacientes em 1972, para 9.005 em 1973. O programa de assistência extra hospitalar realizou mais de 85.000 consultas em 1973. No âmbito dos convênios foram implementados programas de pós-graduação e extensão universitária em 17 faculdades, de cunho interdisciplinar incluindo as áreas de terapia ocupacional, relações humanas, enfermagem psiquiátrica e a formação de médicos psiquiatras. Aliado ao desenvolvimento destes programas foram estabelecidos convênios com instituições de ensino para a realização de experiências de psiquiatria comunitária em diversas regiões do Estado (CERQUEIRA, 1989).

Durante este período foi realizado o primeiro Censo Hospitalar Psiquiátrico no Estado de São Paulo e instaurado um programa de produção de medicamentos psicotrópicos.

Segundo o próprio coordenador do programa, Prof. Luiz Cerqueira, tais experiências foram importantes para a tomada de consciência das universidades e da coordenação de Saúde Mental do Estado, pela prática de uma nova ideologia assistencial diretamente relacionada ao desenvolvimento de uma psiquiatria setorializada, com a possibilidade de aplicação de técnicas de saúde pública com vistas principalmente à prevenção primária, inaugurando mecanismos que possibilitassem aos serviços um funcionamento na lógica inversa à hospitalar tradicional (CERQUEIRA, 1989).

Na década de 80, o Governo do Estado na gestão de André Franco Montoro, mobilizou um grupo de técnicos (em sua maioria provenientes das experiências dos convênios de 1973) a elaborar um programa de governo na área de saúde mental. Tal grupo elaborou um diagnóstico da situação psiquiátrica no Estado de São Paulo, levando em consideração a prevalência de doença mental, a quantificação da população hospitalizada e recursos disponíveis da rede extra-hospitalar. Este projeto deu continuidade a experiência de Cerqueira e ampliou a rede de assistência em saúde mental extra-hospitalar por meio de ambulatórios e da incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica. Foram implantadas, também, as primeiras unidades de emergência psiquiátrica e enfermarias em hospitais gerais (CESARINO, 1989; YASUI, 1989).

Neste período haviam no Estado de São Paulo 121 hospitais psiquiátricos (sendo 112 particulares e 9 da administração direta do Estado); 18 ambulatórios de saúde mental na Grande São Paulo; 19 centros de saúde e 18 postos de saúde municipais oferecendo algum tipo de ação em saúde mental. Em relação aos hospitais psiquiátricos, existiam áreas com alta concentração de leitos e outras com grande escassez. Os hospitais públicos eram subutilizados enquanto os privados tinham a

taxa de ocupação máxima preenchida (40% hospitais públicos X 150% privados). A população hospitalar era constituída basicamente por pacientes crônicos ou cronificados, sendo altas as taxas de reinternação e permanência nos manicômios (SCARCELLI, 1998).

A situação da rede de serviços estava aquém do esperado e o levantamento realizado na época aponta que a rede extra-hospitalar era praticamente insignificante, sendo que a grande São Paulo necessitava um número cinco vezes maior de ambulatórios do que o existente. As condições de conservação da estrutura física apresentavam-se precárias ou em locais impraticáveis para a proposta de atendimento e o dimensionamento de pessoal variava de acordo com a região onde estavam implantados os serviços, o que implicava em um maior número de técnicos em áreas centrais e maior número de pessoal auxiliar na periferia (SCARCELLI, 1998).

Com o intuito de superar a situação de grande concentração de serviços públicos de saúde nas regiões centrais da cidade foi iniciado o Plano Metropolitano de Saúde, com financiamento do Banco Mundial para a construção de 492 Centros de Saúde e mais de 6.000 leitos hospitalares privilegiando as regiões mais necessitadas da metrópole. O projeto ainda desenvolveu uma série de propostas para a organização de serviços de saúde mental na rede de saúde pública (LUZIO e L'ABBATE, 2006; SÃO PAULO, 1987).

O Plano Metropolitano teve como proposta, descentralizar a rede de atenção à saúde no interior da região metropolitana, visto que os equipamentos de saúde estavam localizados nas regiões centrais da cidade, dificultando o acesso à estes serviços para a população mais pobre e residente de regiões periféricas da cidade (YUNES e CAMPOS, 1989). O programa previu a implementação de serviços básicos e hospitais municipais nos locais onde havia maior necessidade em termos de serviços de saúde para a população.

Segundo YASUI (1989) a primeira metade da década de 1980 foi um período de amplas discussões e reflexões sobre as práticas dos serviços extra-hospitalares e sua atuação no território municipal. Ainda que após 1986, se viu uma desativação e a desarticulação muitos movimentos que procuravam inaugurar uma nova política de saúde mental.

Apesar dos esforços institucionais e de alguns avanços voltados para transformação da rede de saúde, a implantação do Programa de Saúde Mental não produziu os efeitos esperados na viabilização de uma rede extra-hospitalar eficiente e de impacto nos problemas de saúde mental da população (SCARCELLI, 1998). No entanto, os movimentos embrionários do início deste período possibilitaram a construção de novos dispositivos e programas, como o “Programa de Intensidade Máxima” voltado para pessoas em intenso sofrimento psíquico. Implantaram-se, também, unidades de emergência psiquiátrica e enfermarias em hospitais gerais e, além disso, em 1987 foi criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira.

Neste período, importantes marcos históricos para o encaminhamento da questão da saúde mental ocorreram em âmbito nacional. O movimento de Luta Antimanicomial, que vinha ganhando repercussão desde o final dos anos 1970, assumiu como posicionamento o fim dos manicômios e a luta contra todas as práticas de discriminação e segregação dos portadores de transtorno mental e uniu forças com o movimento pela reforma sanitária que nos anos 1980 assumiu um importante papel na formulação do Sistema Único de Saúde (GOULART, 2007).

Ao final da década houve ainda a apresentação do Projeto de Lei Federal N° 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória.

No intervalo entre sua apresentação no congresso nacional e sua aprovação definitiva, o projeto passou a orientar diversas leis estaduais e a balizar as ações de diversos gestores públicos para a organização dos serviços psiquiátricos.

Após um período de intensos debates e forte mobilização social no campo da saúde pública, o início da década de 1990 foi marcada pela instalação de um governo democrático, regido pela nova constituição de 1988 e pela implementação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Federal N° 8.080 de 1990. O SUS estabeleceu a saúde como um "Direito de Todos e um Dever do Estado", afirmando desta maneira que constituiria um sistema universal para toda a população brasileira. Este modelo estava amparado por um arranjo institucional descentralizado e com uma estrutura participativa, em oposição ao sistema anterior que foi marcado rigorosamente pelo centralismo, autoritarismo e exclusão.

2.4 A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1990 A 2000)

Em novembro de 1990 ocorreu na Venezuela a conferência da organização mundial de saúde que culminou com a declaração de Caracas da qual Brasil foi signatário, juntamente com outros países da América Latina, visando a reorientação dos serviços assistenciais para a atenção em saúde mental. Entre os principais objetivos da declaração estava o de superar o modelo baseado no hospital psiquiátrico e o comprometimento dos signatários na luta contra os abusos e a discriminação dos usuários dos serviços de saúde mental (OPAS, 2007).

O encontro foi um marco na América Latina⁴ chamando a atenção para a importância de integrar as ações de saúde mental aos demais programas de atenção básica. A declaração propôs a substituição do modelo hospitalocêntrico, que estava presente na maior parte dos países do continente, por um modelo comunitário e pela garantia de proteção dos direitos humanos dos pacientes (ALMEIDA e HORVITZ-LENNON, 2010).

Pode-se ressaltar que os três principais pontos que tornaram a reestruturação do modelo de atenção à saúde mental imperativo no início dos anos 90 na América Latina foram: 1) o reestabelecimento dos governos democráticos, que tornavam inconcebíveis as práticas repressivas adotadas nestas instituições; 2) as novas bases epidemiológicas, uma vez que estudos recentes haviam comprovado que o modelo manicomial era capaz de cobrir apenas uma parte muito restrita dos casos que necessitavam de atenção psiquiátrica frente a transição demográfica que atravessava o continente; e 3) as bases técnicas, frente as novas propostas que surgiram nos países da Europa e América do norte demonstrando que existiam

⁴ Em 2001, 89,5% dos países da América Latina possuía uma política nacional de saúde mental. A adoção dessas políticas foi, na maioria dos casos, posterior à Declaração de Caracas. (Larrobla e Botega, 2001).

outras opções terapêuticas muito mais eficientes que o manicômio e pautadas por uma atenção mais humanizada (OPAS, 2007).

Em nível nacional, a declaração foi importante para reforçar a demanda dos movimentos sociais e pressionar os governos estaduais a iniciarem processos de reorientação da assistência psiquiátrica e, posteriormente, pela aprovação da Lei do deputado Paulo Delgado que estava em tramitação no congresso nacional. A Declaração de Caracas chamou a atenção para a urgência da transição do sistema, mas suas propostas foram tímidas se comparadas às propostas do movimento antimanicomial por um processo mais amplo pela desinstitucionalização e pelo fim das instituições asilares.

Esta movimentação política, somada à recente institucionalização do SUS garantiu novo fôlego para o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no país nos anos que se seguiram.

A incorporação das diretrizes estabelecidas pela declaração balizaram a implementação de algumas Portarias em nível federal nos anos 1990 que permitiram o início de um processo de reorientação dos serviços no Brasil. Os instrumentos normativos publicados neste período procuraram incentivar a criação de serviços de atenção psicossocial, inspirados nas experiências dos NAPS, em Santos, e do CAPS, de São Paulo, e levar adiante o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Até então, a rede pública de saúde provia somente serviços de internação psiquiátrica e consultas ambulatoriais, o que dificultava a realização de outras atividades terapêuticas.

A primeira Portaria promulgada foi a N° 189/91 que tornou possível a remuneração de atendimentos em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e os atendimentos em oficinas terapêuticas. Em seguida a Portaria N° 224/92 dispôs sobre as normas para o atendimento nestes estabelecimentos. Em relação à questão hospitalar a Portaria N° 189/91 definiu três grupos de procedimentos em psiquiatria referentes ao tipo de instituição em que a internação fosse realizada, esta diferenciação

permitiu identificar as internações realizadas em hospitais especializados, em hospitais gerais e em hospitais dia em âmbito administrativo e de geração de informação.

Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília que teve como tema central “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. O evento levantou a discussão sobre a necessidade de transformação do modelo assistencial para promover o alcance do direito à cidadania, principal objetivo da assistência à saúde e reforçou, neste sentido, a importância de implantar serviços que pudessem oferecer atenção integral em saúde mental (Ministério da Saúde, 1994). Na conferência foi proposta a revogação o Decreto N° 24.559, que desde 1934 era o único dispositivo normativo que regulamentava a assistência psiquiátrica no Brasil.

Neste mesmo ano foi promulgada a Portaria N° 408/92 que incluiu novos procedimentos na tabela SUS visando oferecer suporte para que a norma que regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental fosse cumprida. Esta portaria estabeleceu uma classificação para as unidades hospitalares com códigos de procedimentos específicos de acordo com o número de leitos que a unidade dispõe. Este mecanismo permitiu um monitoramento mais próximo dos hospitais psiquiátricos que estavam prestando serviço para o sistema público de saúde.

Em 1994 foi promulgada a Portaria N° 145 que criou um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental que previu a constituição de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAAP) nas três esferas de governo, Municipal, Estadual e Federal. Este instrumento foi a primeira iniciativa para qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. No entanto, o programa teve curta duração e passou a ser progressivamente desativado três anos após sua criação.

A partir de 1995 foram criadas diversas leis estaduais, sendo o Estado do Rio Grande do Sul o primeiro a ter uma lei específica no campo da saúde mental,

seguido pelos Estados do Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal e Espírito Santo. Estes projetos procuraram responder às propostas de transformação trazidas pelo movimento de saúde mental, com a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental.

Todos esses projetos tiveram amplo apoio dos movimentos sociais, e acabaram por reforçar a necessidade de aprovação do projeto federal em tramitação no congresso. Com a implementação destes projetos pelos Estados demonstrava-se, na prática, a possibilidade real de aplicação dos princípios colocados no projeto de lei nacional (PEREIRA, 2004).

Durante o primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso (entre 1995 e 1998) poucas atividades ligadas à reestruturação da assistência psiquiátrica foram realizadas em nível federal. Apenas no segundo mandato de seu governo (1999 a 2002), com José Serra no Ministério da Saúde e com Ana Pitta na coordenadoria de Saúde Mental, foi possível a publicação de novas portarias, retomando-se o projeto de reestruturação do setor. As principais medidas tomadas foram no sentido de garantir um aporte regular de recursos da União para que Estados e Municípios disponham de um programa de farmácia básica em saúde mental (Portaria GM N° 1.077/1999), assim como a regulamentação das residências terapêuticas (Portaria GM N° 106/2000) e a retomada do Sistema de Avaliação da Assistência Hospitalar com a criação do grupo técnico de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental (Portaria GM N° 799/2000).

Em 2001 foi aprovada a Lei Federal N° 10.216 em tramitação desde 1989, proposta por Paulo Delgado. Ainda que tenha sido publicada após uma série de modificações⁵ no projeto original, ela significou a consolidação de uma política oficial do governo

⁵ Centravam-se basicamente em dois pontos, o primeiro consistia na proibição da ampliação da rede existente enquanto o projeto inicial previa extinção dos hospitais psiquiátricos. A segunda questionava a necessidade de uma instância revisora das internações involuntárias e sua forma de atuação, se seria uma maneira de avaliação da atuação médica, ou uma estratégia de garantia de direitos (PEREIRA, 2004).

federal para o redirecionamento do modelo assistencial psiquiátrico no país. A lei regulamenta o cuidado aos internos de longa duração e prevê punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. Tal projeto privilegia os serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) foi criado através da Portaria N° 3.409 de 1998, e teve por objetivo melhorar a qualidade dos serviços hospitalares do SUS nas diversas áreas clínicas da saúde. Em 2002 foi promulgado pela Portaria GM N° 251 o módulo específico para os serviços psiquiátricos que teve como principal finalidade desenvolver mecanismos objetivos de avaliação da assistência assim como a realização de vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS. Os resultados dos processos avaliativos indicaram os hospitais que apresentavam sérios problemas referentes ao projeto terapêutico dos pacientes e da instituição, aos aspectos gerais da assistência (longo tempo de permanência, número alto de pacientes longamente internados) e aos aspectos gerais dos pacientes (limpeza, calçados e roupas, entre outros). A avaliação do PNASH/Psiquiatria outorga uma pontuação que permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer nova vistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde.

Em 2002 através da Portaria N° 77, foram implementados novos procedimentos separados por classe de hospitais conforme previsto pela avaliação do PNASH/Psiquiatria. Este mecanismo possibilitou priorizar a redução de leitos em hospitais com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial.

No mesmo ano foi promulgada a Portaria Ministerial N° 336 que regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), ampliando a

abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais e criação de um mecanismo de financiamento específico para estes serviços, superior aos tetos orçamentários municipais.

Em 2002 foi promulgada a Portaria N° 817, que introduz os grupos de procedimentos para tratamento de álcool e outras drogas e as Portarias N° 1.946 e N° 1.947 que instituíram os programas de atenção a crianças e adolescentes e novos procedimentos ambulatoriais para portadores de deficiência mental e autismo. No ano seguinte foi regulamentada a Lei 10.708 (através da Portaria N° 2.077/03) que instituiu o programa “De volta para casa”.

Em 2004, foi inaugurado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) almejando auxiliar o processo de redução de leitos psiquiátricos (Portarias N° 52 e N° 53). O Programa procurou estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte. Outro objetivo do programa é estabelecer critérios para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimentos em hospitais psiquiátricos, com recompensação de diárias hospitalares. O programa atua de forma concomitante com o PNASH e tem como principal estratégia promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (hospitais com mais de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 400 a 600 leitos psiquiátricos).

O programa procurou garantir uma transição segura no processo de mudança do modelo assistencial, no qual a redução dos leitos hospitalares pudesse ser planejada e acompanhada da construção simultânea de alternativas de atenção com foco no modelo comunitário. Para tanto, foram definidos os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes contratados pelo SUS). Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos deveriam reduzir, no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais

entre 320 e 440 leitos poderiam reduzir até 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos deveriam reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A partir de 2004 uma série de portarias são promulgadas com a finalidade garantir recursos para os CAPS e o aprimoramento dos serviços através de supervisão institucional e a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), assim como políticas específicas para usuários de álcool e outras drogas (Lei Federal N° 11.343/06).

A tabela de reajuste dos valores de diárias hospitalares aprovada pela Portaria N° 2.488/2007 mostra a diferença nos valores da remuneração por classe hospitalar conforme estabelecido pelo programa PRH, e como os valores são decrescentes quanto maior a classe.

Em 2008 houve a instituição do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental nos Hospitais Gerais (Portaria N° 1.899) que teve como objetivo estimular os gestores municipais e estaduais a implantar leitos em hospitais gerais. Estas enfermarias que haviam sido regulamentadas pela Portaria N° 224 de 1992, mas ganharam destaque na rede frente à reorientação dos serviços de saúde mental quando passaram a ser privilegiados na rede de saúde mental, uma vez que são considerados como uma importante porta de entrada para internações psiquiátricas e um mecanismo mais efetivo de acesso aos serviços de saúde mental.

Em 2009 a Portaria N° 2.629 reajustou os valores dos procedimentos de atenção à saúde mental nos hospitais gerais e incentivou a realização de internações com menos de 20 dias nestas instituições. A Portaria N° 2.644 do mesmo ano institui um novo reagrupamento das classes para os hospitais psiquiátricos (antes instituídos pelo PRH). Frente aos resultados o programa de reestruturação considera que neste momento há um novo perfil do parque hospitalar no país, no qual passam a predominar hospitais de pequeno e médio porte, mas ainda assim foi mantido o mecanismo de melhor remuneração aos menores hospitais.

Como resultado deste processo de reestruturação da atenção à saúde mental houve uma expressiva redução na oferta de leitos psiquiátricos em hospitais especializados no Brasil. O Estado de São Paulo ainda possui uma das maiores concentrações de leitos do país mesmo que entre 1989 a 2007, 45 hospitais psiquiátricos tenham sido fechados (BARROS e BICHAFF, 2008). Em 2004 o estado possuía o maior número de leitos psiquiátricos ocupados (14.189 leitos) seguido pelo Rio de Janeiro que possuía quase a metade do número de leitos ocupados (7.943) no mesmo ano (KILSZTAJN et al., 2008).

Conforme foi descrito anteriormente, desde os primeiros anos da década de 1980, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por meio de ações que envolveram a expansão da rede de serviços ambulatoriais e a avaliação dos hospitais psiquiátricos existentes, deu início ao processo de reorientação do modelo de atenção à saúde mental. Esta iniciativa resultou numa redução de 67,3% no número de leitos psiquiátricos, em hospitais especializados até 2009, que não apresentavam condições assistenciais mínimas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, além de dar início aos processos de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência, especialmente por intermédio de iniciativas de reestruturação nos projetos institucionais dos hospitais psiquiátricos próprios da SES-SP (BARROS e BICHAFF, 2008).

Embora exista uma grande rede de serviços, diante da dimensão populacional do Estado de São Paulo, constata-se, na maioria das regiões, sua insuficiência e desigual distribuição frente à magnitude dos problemas em saúde mental. Além disso, levantamentos realizados pela SES-SP, indicaram que cerca de 50% dos leitos psiquiátricos no Estado estavam ocupados por pacientes considerados “crônicos” e “moradores” e, apesar deste diagnóstico, apenas medidas pontuais foram tomadas por alguns hospitais da rede própria, no sentido de buscar a inclusão destas pessoas na sociedade (BARROS e BICHAFF, 2008).

2.4.1 A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Embora o processo de reestruturação da rede de saúde mental em São Paulo tenha sido iniciado nos anos 1970 pelo professor Luiz Cerqueira e tido continuidade nos anos 1980 durante o governo de André Franco Montoro com a elaboração do Plano Metropolitano de Saúde, estas iniciativas estiveram em grande medida amparadas em nível estadual e tiveram intervenções pontuais em alguns locais da cidade de São Paulo.

No final dos anos 1980 na gestão da prefeita Luiza Erundina (1989 a 1992) houve um importante momento para o avanço na política antimanicomial no município de São Paulo e sendo que esta administração teve como uma de suas principais tarefas construir uma rede substitutiva aos manicômios e a proposição de que a base de sustentação desta rede estivesse pautada em um sistema consistente de referência e contra-referência que pudesse ser continente aos vários momentos de expressão dos sintomas relacionados ao sofrimento mental (LOPES, 1999).

Procurou-se fortalecer as ações dos serviços já existentes, como as Unidades Básicas de Saúde, os Prontos Socorros e Hospitais municipais e criar novos equipamentos que contemplassem demandas específicas da população relativas a saúde mental, como hospitais dia e Centros de Convivência e Cooperativas nos parques e clubes municipais buscando ampliar as ações em espaços públicos, com possibilidade concreta de inclusão dos usuários dos serviços em locais de convívio social e lazer na cidade (SCARCELLI, 1998).

A construção das redes de atenção à saúde mental no município fez parte de uma política antimanicomial pioneira e de uma amplitude sem precedentes no Brasil e na América Latina (DAÚD JR apud DELFINI, 2010).

Até 1992 haviam sido instaladas na cidade de São Paulo 129 equipes multiprofissionais em UBS; 14 hospitais-dia; 18 CECCOs; 14 emergências

psiquiátricas, 3 enfermarias de saúde mental e 70 unidades de saúde mental nos hospitais gerais. O projeto “Hospital Aberto” foi incluído na estrutura de todos os quinze Hospitais Municipais, mas o projeto “Lar Abrigado” que consistia na construção de residências terapêuticas, que foi idealizado pela equipe da saúde mental, não chegou a ser concretizado. Nesse mesmo período, ingressaram na rede, mais de mil novos trabalhadores em saúde mental (SCARCELLI, 1998).

As cidades de São Paulo, Santos e Campinas, ganharam destaque e de certo modo influenciaram o resto do país na organização dos serviços de saúde mental. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS de Santos se mostraram inovadores no contexto da assistência psiquiátrica e tornaram-se parte da política do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo implantados em todo o cenário nacional (BARROS e BICHAFF, 2008).

No entanto, a gestão seguinte comanda pelo prefeito Paulo Maluf (1993 a 1996) deu pouca atenção às iniciativas desenvolvidas pela sua sucessora, e com a instalação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS)⁶ no final de sua gestão estas atividades foram interrompidas. O PAS foi continuado na gestão de Celso Pitta (1997 a 2000) e houve uma grande perda de recursos humanos no campo da saúde mental. Aponta-se que dos profissionais que atuavam em serviços públicos aproximadamente 70% não aderiram ao plano. Com isso, houve a necessidade de se contratar novos e muitas vezes inexperientes profissionais que não deram continuidade à política de saúde mental antimanicomial. O modelo de saúde instaurado pelo PAS representou um retrocesso para o projeto de saúde mental e o renascimento das relações manicomiais em São Paulo (LOPES, 1999; LUZIO e L’ABBATE, 2006).

⁶ O PAS teve como principal característica a criação de uma nova modalidade de gestão na qual se outorgou aos entes privados o gerenciamento dos serviços governamentais de saúde. Assim, o PAS buscou afirmar-se como uma alternativa de gestão na saúde, sobretudo na vertente gerencial e de recursos humanos. O Plano foi acusado por contemplar um arranjo operacional que contornou a legislação, principalmente a prevista na Lei das licitações (Elias e Nascimento, 1999).

Com a implementação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), foi realizado o desmanche e a descaracterização dos equipamentos da rede de saúde mental. Embora os Centros de Convivência e Cooperativa e os Hospitais-Dia permanecessem existindo, na prática estes equipamentos abandonaram os princípios da luta antimanicomial e incorporaram a lógica hospitalar e ambulatorial de prescrição e controle de medicamentos.

Foi somente no início de 2001, que a gestão municipal de Marta Suplicy (2001 a 2004) retomou o processo de municipalização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS em São Paulo⁷. Desta forma foram transferidas as UBSs estaduais e que estavam nos módulos do PAS para a gestão direta da SMS. Com a implementação do SUS o município foi formalmente habilitado na condição de Gestão Plena da atenção básica e a partir de 2002 passou a receber recursos extra teto para a construção dos CAPS no município (MARTINS e CAPUCCI, 2003).

Durante esta gestão a construção da rede de atenção à saúde mental seguiu as diretrizes da Lei Federal N° 10.216 e deu continuidade a implementação de serviços substitutivos como CAPS e a construção de Hospitais Gerais com enfermarias psiquiátricas. Segundo Kalil Duailibi, coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo na gestão de José Serra, “Marta juntou ambulatorios e hospitais-dia para criar CAPSs, mas se preocupou pouco com a integração destes equipamentos à rede básica”(TEIXEIRA, 2006).

A partir de 2003 o número de CAPS passou a crescer anualmente conforme mostra o Quadro abaixo:

⁷ Enquanto a maioria dos municípios brasileiros iniciou a implementação do SUS nos anos 1990, em São Paulo os primeiros passos para a implementação do Sistema foram dados por Luiza Erundina, mas tal processo foi interrompido na gestão de Paulo Maluf e Celso Pita, vista a opção pelo PAS (Martins e Capucci, 2003).

TABELA 1 NÚMERO DE UNIDADES DE CAPS E CECCOS DE 2000 A 2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Centro de Atenção Psicossocial*	0	0	0	24	44	43	45	45	49	61	65	69	79
Centro de Convivência e Cooperativa	14	16	16	16	20	20	20	20	21	21	21	21	21

*Inclui: Centro de Atenção Psicossocial Adulto, Infantil e Álcool e Drogas

Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano (SMDU), 2012⁸

O número de Centros de Atenção Psicossocial cresceu pouco na gestão do prefeito José Serra (2005 a 2007), quando o foco para a construção das redes de atenção à saúde mental foi retirado dos CAPSs e foi privilegiada a atenção em unidades básicas de saúde que funcionariam segundo a lógica de referenciamento com equipes interdisciplinares em alguns serviços estratégicos que fariam o matriciamento nas demais unidades da região, restando aos CAPS, basicamente, o atendimento dos pacientes agudos, oferecendo atendimento intensivo. Os CECCOS também foram reativados neste período (TEIXEIRA, 2006).

Entre 2005 e 2007 apenas 3 CAPS e 4 CECCOS foram inaugurados. Com a saída de José Serra para disputa pelo governo do estado, o vice prefeito Gilberto Kassab assume a gestão municipal e, neste período mais 4 CAPS foram abertos em 2008.

Sobre os leitos hospitalares de atenção à saúde mental⁹, entre 2005 e 2010 houve a ampliação de leitos em hospitais gerais e em centros de atenção integral como CAPS III e SAID. O número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido em 48,7% e aumentado em 27,6% o número de leitos em hospital geral entre 2005 e 2008. Segundo relatório da SMS, neste período foram fechados 430 leitos em hospitais psiquiátricos, sendo 132 leitos SUS em 2008, e a não reconstrução de

⁸; acesso em 03/02/2012

⁹ Não foram encontrados dados sobre a oferta de leitos psiquiátricos e criação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais no início dos anos 2000.

mais 298 leitos em 2009, frente aos resultados do PNASH Psiquiatria no município (COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

TABELA 2 NÚMERO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2005 E 2010

	2005	2010
Hospital geral sms	64	93
Hospital geral (outros)	179	179
Hospital Psiquiatrico (SMS)	729	386
Hospital Psiquiatricos (SES)	257	257
SAID	0	80
Caps III	0	30
Total de leitos	1196	1025
Leitos/1000hab.	1,196	0,11

Fonte: SMS, Compartilhando lições aprendidas, 2011

Ao final de 2010, verifica-se que houve uma grande mudança na oferta de serviços de saúde mental no município de São Paulo. Com uma longa história de avanços e retrocessos nos últimos 40 anos, ainda existem diversos aspectos que precisam ser avaliados e aprimorados na rede de saúde mental. No entanto, o município de São Paulo conserva uma série de particularidades e foi palco de diversas experiências locais que podem gerar evidências e aprendizados para outros municípios brasileiros que estão em processo de reorientação de seus modelos assistenciais.

A região metropolitana de São Paulo está entre as maiores do mundo e estimativas da Organização das Nações Unidas apontam que nos próximos 25 anos a população mundial estará concentrada em áreas urbanas como esta (ANDRADE et al., 2012).

Apesar da diversidade de contextos sociais no interior de uma cidade com estas dimensões foram encontrados poucos estudos sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para residentes de diferentes localidades da cidade (COELHO, DIAS e FANTI, 2010; COELHO e PEDROSO, 2002). No entanto, é facilmente reconhecível que existe em São Paulo uma grande desigualdade nas condições e necessidades de saúde, principalmente no que diz respeito ao acesso e tratamento

médico, afetando principalmente aqueles em piores condições socioeconômicas, conforme é reconhecido pelos próprios órgãos de saúde do município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

Neste capítulo foi realizada a revisão de alguns desafios enfrentados para a superação do modelo hospitalar psiquiátrico brasileiro e retomou experiências importantes que tiveram como cenário a cidade de São Paulo. Diante do exposto, essa dissertação de mestrado justifica-se como uma contribuição para o entendimento das atuais condições de assistência, assim como para uma reflexão sobre o processo em curso da reforma psiquiátrica brasileira.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar as mudanças no perfil das internações hospitalares psiquiátricas realizadas pelo SUS na cidade de São Paulo entre 2000 e 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- A. Identificar as principais mudanças na utilização dos leitos psiquiátricos pagos pelo SUS.
- B. Evidenciar o processo de reestruturação da rede hospitalar psiquiátrica na perspectiva da utilização dos serviços.

4. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo exploratório que procura Identificar mudanças no perfil das internações hospitalares psiquiátricas pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo no período de 2000 a 2010.

Analisa, portanto, o período referente a primeira década dos anos 2000, que coincide com a aprovação da Lei Federal Nº 10.216/2001 que impulsionou as ações de reestruturação dos serviços psiquiátricos e com a retomada da implementação do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo.

Para analisar estas mudanças na cidade foi sistematizado um conjunto de informações sobre as internações pagas pelo SUS sob a especialidade psiquiátrica para residentes do município.

A principal fonte utilizada é disponibilizada pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Os dados obtidos são referentes à “Autorização para Internação Hospitalar” (AIH). Um banco de dados foi organizado e procedimentos de estatística descritiva foram aplicados buscando sistematizar e organizar as informações relativas às mudanças no perfil de utilização de leitos psiquiátricos.

A metodologia adotada nesta pesquisa foi desenvolvida pelo Núcleo de Saúde, Cidadania e Desenvolvimento do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (NSCD/CEBRAP) que utilizou procedimentos de georreferenciamento das AIHs para analisar a distribuição e o acesso aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo (COELHO e PEDROSO, 2002; COELHO e SILVA, 2007)

Trata-se, portanto, de um estudo realizado a partir de dados secundários disponibilizados pelo SUS e acessíveis para todos os interessados neste tipo de informação. No entanto, existe grande dificuldade para organização e compreensão do conteúdo dos bancos de dados uma vez que, por se tratarem de registros administrativos, os bancos são codificados e a identificação das variáveis precisa ser

realizada através de manuais técnicos operacionais para gestores e operadores do sistema e pela descrição dos arquivos de transferência do DataSUS, ainda que o segundo não contenha os códigos de preenchimento de cada campo e esteja frequentemente desatualizado.

Para situar o leitor sobre o sistema de emissão das AIHs e sua lógica de funcionamento nos casos de especialidade psiquiátrica será apresentado a seguir uma descrição do material utilizado na pesquisa. A seguir, será apresentado o procedimento metodológico adotado na organização do material e os passos realizados.

As informações obtidas foram confrontadas com a literatura especializada na área, uma vez que nem todas as informações disponíveis são dignas de confiabilidade.

Candiago (2007) aponta que o uso de dados administrativos para pesquisa em psiquiatria tem tido caráter eventual na literatura brasileira, apesar de ser frequente o seu uso em âmbito internacional.

Lessa e colaboradores (2000) apontam que o SIH é um sistema de grande importância para estudar o perfil das internações hospitalares e contribuir como fonte de informações para a vigilância e o planejamento em saúde, mesmo apresentando alguns problemas que serão descritos a seguir.

4.1 AIH PSIQUIÁTRICA – INSTRUMENTO DE INFORMAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS foi criado em 1991, para substituir o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social. A Autorização para Internação Hospitalar (AIH) é o principal mecanismo de alimentação do sistema de informação e foi criado para possibilitar e controlar a remuneração dos hospitais em resposta à necessidade de contenção de despesas com assistência médica no âmbito do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (Plano Conasp) nos anos 1980. O plano determinou a implantação do mecanismo em todo o território nacional para os hospitais privados, contratados ou conveniados ao INAMPS (CARVALHO, 2009).

A Autorização para Internação Hospitalar representa até hoje a maior fonte de informação do país sobre a produção hospitalar (VERAS e MARTINS, 1994). A utilização deste documento no campo da saúde é antiga e foram encontrados diversos trabalhos sobre sua potencialidade para o planejamento, gestão e avaliação dos serviços hospitalares (BITTENCOURT, CAMACHO e LEAL, 2006; CAMPOS et al., 2000; CARVALHO, 2009; COSTA, PINHEIRO e ALMEIDA, 2003; KILSZTAJN et al., 2008; PORTELA et al., 1997; SANTOS, 2009).

SILVA (2001) ressalta que o Plano Conasp ficou marcado por suas medidas racionalizadoras nas áreas ambulatorial e hospitalar sendo uma das principais medidas adotadas a criação da AIH que representou uma nova sistemática de controle das internações hospitalares e passou a remunerá-las não mais por unidade de serviço, mas por diagnósticos e procedimentos realizados.

Com a criação deste mecanismo a AIH se tornou um instrumento para o planejamento, monitoramento e avaliação do sistema hospitalar no país, ainda que o objetivo primordial deste documento seja o ressarcimento das despesas de atendimento dos pacientes internados nos hospitais que fazem parte do SUS.

Os dados relativos à internação são digitados nos hospitais após a alta do paciente, ou no final de cada mês nos casos de internações de longa permanência. Os dados são enviados à Secretaria Municipal de Saúde, que os critica, glosa as AIHs irregulares, e, a seguir os envia à Secretaria Estadual de Saúde, onde são submetidos a novas críticas e consolidados, antes de serem finalmente remetidos ao Ministério da Saúde. No DATASUS/MS, os dados passam mais uma vez por um processo de crítica, e finalmente são atribuídos os valores relativos aos procedimentos realizados e é feita a consolidação por unidade prestadora de serviços e o cálculo dos valores a serem repassados a cada instituição. A ordenação final de seu pagamento é feita pelos estados e municípios autorizados por sua condição de gestão (quando “Plenos de Sistema”). O SIH realiza, a seguir, o processamento dos registros administrativos, reúne as informações e administra a disponibilização dos dados relativos a todas as internações hospitalares realizadas no âmbito do SUS (CARVALHO, 2009).

A análise das AIHs relativas a especialidade psiquiátrica exige uma compreensão específica da sistemática de emissão das fichas de internação de longa duração. Diferentemente da maior parte das internações hospitalares que tem uma curta duração, as internações psiquiátricas, principalmente aquelas emitidas por instituições especializadas, costumam ter um tempo de permanência alto e, portanto, emitem autorizações mensais de continuidade da internação para que recebam a remuneração ao longo do período e não apenas após a alta do paciente.

A atual sistemática para emissão das AIHs foi determinada pela Portaria N° 189/91. Nesta portaria foi determinada que a AIH pode ser de dois tipos, sendo o primeiro utilizado para a internação inicial, e o outro para a continuidade da internação. Os dois tipos são: AIH de identificação 1, chamada de AIH normal, que são as AIHs que foram permitidas pelo SIH após a análise dos dados contidos no laudo de solicitação da internação; e a AIH de identificação 5, chamada de AIH de longa permanência. Este tipo de AIH é utilizado para a internação de longa permanência de pacientes nas especialidades Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados e Internação

Domiciliar. As AIHs de continuidade possuem o mesmo número da AIH de identificação 1 que gerou a internação inicial¹⁰.

Quando realizada qualquer internação no âmbito do SUS, uma Autorização para Internação Hospitalar deve ser emitida, contendo as devidas informações para que o sistema remunere o hospital pelo serviço prestado. Neste documento deve necessariamente constar um número de identificação, que será único para aquela internação.

Desta forma, quando uma internação psiquiátrica ocorre, uma AIH de tipo 1 com duração máxima de 45 dias é emitida. Caso a internação necessite continuidade, uma nova AIH de tipo 5 deve ser emitida desde que contenha o mesmo número de identificação e data de início da AIH inicial de tipo 1 da mesma internação. O mesmo procedimento se aplica para a emissão das demais AIHs de continuidade independentemente de quantas forem solicitadas. A AIH de tipo 5 tem a duração máxima de 30 dias. O número de internações realizadas por uma instituição, município ou estado difere do número de AIHs pagas, na medida em que essa se refere às AIHs apresentadas para a remuneração do hospital, e a mesma internação possa emitir diversas autorizações para internação hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os arquivos disponibilizados ao público pelo DataSUS são os “Arquivos Reduzidos (RD)”, que não contém as informações que permitiriam identificar o paciente, o médico ou gestores responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, tais campos são omitidos do banco pelo sistema para preservar a confidencialidade da informação. Este fato torna impossível identificar o fenômeno chamado de “revolving door” (fenômeno de reinternação do paciente) identificado na literatura como recorrente (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2011; MACHADO e SANTOS, 2011).

¹⁰ Existe também a AIH 7 que é semelhante à AIH 1 só que em meio magnético. Segundo Santos (2009) seu uso hoje em dia não é mais realizado por ser considerado um desperdício de recursos públicos. Não foi encontrada nenhuma AIH de tipo 7 nos bancos de dados utilizados nesta pesquisa.

Foram encontrados na literatura alguns estudos que utilizaram o registro do número de dias de permanência dos pacientes disponibilizado nas AIHs psiquiátricas (CANDIAGO e ABREU, 2007; COSTA, PINHEIRO e ALMEIDA, 2003; KILSZTAJN et al., 2008; PORTELA et al., 1997). O campo com o número de dias de permanência corresponde ao total de dias de internação referente a cada ficha de AIH, ou seja, dependendo do tipo de AIH emitida terá o tempo de permanência máximo igual a 45 ou 30 dias. Não está relacionado, por tanto, ao tempo de internação do paciente, mas ao tempo de permanência relativo ao registro administrativo e que precisa, desta maneira, ser remunerado pelo SUS. Esta informação é particularmente importante de ser notada, pois em alguns estudos e documentos oficiais o tempo de internação médio é calculado com base neste campo o que introduz um viés importante no cálculo do tempo médio das internações.

A ficha de AIH também contém informações sobre o diagnóstico primário e secundário do paciente, mas a literatura especializada chama a atenção para a baixa qualidade desta informação (CANDIAGO e ABREU, 2007; VERAS e MARTINS, 1994).

VERAS E MARTINS (1994), realizaram estudo com bancos de AIHs e os resultados de suas análises apontaram que as informações relativas a dados administrativos das internações e informações demográficas sobre o paciente eram muito mais confiáveis do que as informações clínicas. Ainda que a pesquisa seja antiga e neste ínterim houve um grande aprimoramento na qualidade da informação, os autores afirmam que pelo fato do diagnóstico ser uma questão muito subjetiva e não passível de verificação, sua qualidade é baixa e pouco confiável e apontam que este tipo de problema também foi identificado em outros países.

CANDIAGO (2007) aponta que o aproveitamento dos dados sobre o diagnóstico nas internações é limitado devido a dúvidas quanto à confiabilidade das informações. Ressalta que as principais razões para este problema são a falta de treinamento padronizado para a codificação dos diagnósticos e a forma de pagamento do

SIH/SUS, que ao remunerar por diagnósticos e procedimentos abre espaço para um preenchimento que gere melhores resultados financeiros para a unidade prestadora de serviço.

O estudo de COSTA E ALMEIDA (2003) analisou a qualidade dos dados de endereçamento constantes nas AIHs e verificou a ocorrência de alguns problemas neste campo. Segundo o estudo, diversos hospitais preenchem o campo com o Código de Endereçamento Postal (CEP) com endereços genéricos (preenchidos com o código geral da cidade, ou com CEP do próprio Hospital). COELI (1997) Identificou que 14,4% dos CEPs apresentavam-se como iguais ao do Hospital onde foi realizada a internação.

O CEP é um conjunto numérico que foi criado pela empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, em 1971. A principal razão pela qual foi criado é a de orientar e acelerar o encaminhamento, o tratamento e a distribuição de objetos de correspondência e não a organização do espaço público. Trata-se, portanto, de um código criado com uma finalidade privada, mas cujo uso foi expandido com o avanço das tecnologias de geocodificação e mapeamento. O CEP é composto por 8 dígitos que permite identificar com precisão o local da residência. No entanto, o código pode ser decomposto possibilitando identificar o distrito, o município e a unidade da federação. Ou seja, nos casos onde não é possível identificar com precisão o local da residência, este pode ser aproximado ao distrito de residência, que é suficientemente fidedigno para a análise aqui proposta que terá como unidade territorial as subprefeituras.

Nos casos de internações psiquiátricas também é frequente o preenchimento do campo com o CEP do hospital onde foi realizada a internação. Segundo a Portaria PTISAS/MS N° 15/95 nos casos que não for possível obter a identificação completa do paciente é recomendado o preenchimento do campo com o CEP do hospital. Ou seja, o campo deverá ser assim preenchido nos casos de pacientes sem documento de identificação, sem condições de prestar informações sobre seu endereço de

residência ou na ausência de responsável que o identifique ou ainda no caso de pacientes que não possuem endereço fixo de residência.

No âmbito deste trabalho é possível supor que também devem ser preenchidas com o CEP do hospital as AIHs de continuidade dos pacientes residentes das instituições que não dispõem de endereço fixo fora dos hospitais.

De forma geral, a literatura aponta que uma causa provável para este tipo de problemas é a falta de padronização e de procedimentos de crítica para o registro do endereço no SIH-SUS, o que pode ser explicado por não ser fundamental para o objetivo principal deste sistema, que é o pagamento das internações (COELI, 1997; COSTA, PINHEIRO e ALMEIDA, 2003).

Além do preenchimento de AIHs com o CEP do hospital, existe uma perda no processo de geocodificação nos casos em que são encontrados códigos de endereçamento não existentes ou genéricos do município. No entanto, o banco organizado no presente estudo demonstrou uma grande melhora na qualidade desta informação ao longo dos anos 2000 de forma que a perda de casos na etapa de georreferenciamento foi mais baixa do que a encontrada por COELI (1997), que informou uma perda de 34,5% dos casos no município do Rio de Janeiro em 1995.

Outro campo importante do banco diz respeito ao procedimento clínico realizado na internação. O campo contendo a descrição do procedimento foi o principal mecanismo de controle e acompanhamento da rede hospitalar psiquiátrica a partir dos anos 1990. No caso das AIHs de psiquiatria, o procedimento não está relacionado a atividade clínica desempenhada, como na maior parte das demais especialidades médicas, mas ao tipo de instituição em que a internação foi realizada¹¹. Desta forma, o campo contendo o procedimento foi utilizado para regulamentar o setor hospitalar psiquiátrico. A Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência

¹¹ Ver anexos 1 e 2 com os procedimentos psiquiátricos encontrados nas AIHs e a separação entre hospitais psiquiátricos especializados e por hospitais gerais.

hospitalar do setor, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos. Um dos mecanismos desenvolvidos para tal foi a criação de grupos de procedimentos com valores de remuneração diferenciada conforme o previsto pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH).

Os programas de redução e controle dos hospitais psiquiátricos (PNASH e PRH) são exemplos de utilização das AIH como instrumento para propiciar o processo de indução e orientação da produção da rede hospitalar psiquiátrica. Nestes programas foram atribuídos códigos para os procedimentos realizados de acordo com os resultados da avaliação do hospital, resultando em valores diferenciados para a remuneração das instituições com notas baixas ou que não reduzissem o número de leitos disponibilizados conforme o previsto pelo Ministério da Saúde. Como exemplo de utilização deste mecanismo, em 2002 a Portaria N° 1.001 estipulou a nova classificação dos hospitais psiquiátricos credenciados pelo SUS com base no porte (número de leitos) e na pontuação aferida pela avaliação realizada pelo PNASH. Em 2004 a Portaria N° 53 criou novos procedimentos no âmbito do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, permitindo um acompanhamento mais próximo das unidades hospitalares e a remuneração diferenciada para cada procedimento constante nas AIHs. Cada Hospital psiquiátrico tem autorização para realizar um único tipo de procedimento de acordo com a classificação que recebeu.

Esquemáticamente, pode-se dizer que a base de dados da AIH possui 3 tipos de informações. 1) Sobre o paciente (sexo, idade e endereço); 2) Sobre o hospital (razão social, natureza jurídica); e 3) sobre a internação (diagnóstico principal e secundário que motivaram a internação, procedimento realizado, tempo de permanência, se houve óbito e gastos do SUS com a internação) (COSTA, PINHEIRO e ALMEIDA, 2003).

O sistema de AIHs possibilita o cruzamento de informações diagnósticas, demográficas e geográficas para cada internação hospitalar ampliando o escopo de uso da informação no campo da Saúde Coletiva e extrapola o propósito principal do sistema que é o de repasse de recursos financeiros para os hospitais conveniados do SUS referentes às internações realizadas (BITTENCOURT, CAMACHO e LEAL, 2006; SANTOS, 2009).

O desenvolvimento do SIH-SUS ocorreu de forma integrada aos movimentos que marcaram a história da reforma sanitária brasileira, sendo, em grande medida, deles decorrente. Este fato ocorre, justamente, por que tal sistema se configura como o principal instrumento para o planejamento, avaliação e monitoramento das políticas relacionadas à organização e ao financiamento da assistência médico-hospitalar no sistema público de saúde (CARVALHO, 2009).

No contexto da reforma psiquiátrica, o modelo de funcionamento das AIHs contribuiu para que este documento se tornasse um instrumento importante no processo de indução da política, estimulando internações em hospitais bem avaliados e a criação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Simultaneamente, possibilitando o acompanhamento das metas de redução no número de leitos.

Se observado pela perspectiva inversa, todo o processo de reestruturação da rede assistencial teve repercussão direta no próprio sistema de informações refletindo na criação de novos mecanismos para estimular as mudanças esperadas.

O estudo deste documento representa, portanto, duas perspectivas importantes para o acompanhamento da reforma psiquiátrica. Em primeiro lugar, permite identificar o perfil da população que utiliza estes serviços e um conjunto abrangente de informações sobre os serviços prestados. Em segundo lugar, sistematiza um conjunto de informações que permite a utilização das AIHs para este tipo de estudo oferecendo uma metodologia que pode subsidiar novas pesquisas sobre a utilização de leitos hospitalares em outras especialidades ou territórios.

As duas perspectivas requerem a utilização de um grande conjunto de informações públicas, que apesar de estarem disponíveis, requerem uma metodologia que permita seu uso de maneira mais sistemática. Trata-se, portanto, de um instrumento importante para reorientação do modelo hospitalar e que permite acompanhar o processo de mudança verificando que tipos de serviços têm sido oferecidos e remunerados pelos SUS e sobre a população que tem tido acesso a estes serviços em longos intervalos temporais.

4.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO:

O primeiro passo para a realização deste trabalho foi a aquisição dos bancos de dados, através de download no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus). Foram obtidos os bancos de dados referentes a movimentação mensal das AIHs de todo o Estado de São Paulo para todas as áreas clínicas, baixados mês a mês. Os arquivos fornecidos pelo SUS são disponibilizados no formato “.DBC” e precisam ser convertidos em arquivos acessíveis e possíveis de serem trabalhados. A conversão dos arquivos é possível através do software TabWin, disponibilizado pelo Datasus, através da função “Comprime/Expande .DBF”. Posteriormente, os arquivos mensais foram agregados em bases anuais através da utilização do programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

Estes bancos de dados são fornecidos pelo Datasus através do sistema MS-BBS (Bulletin Board System do Ministério da Saúde) que disponibiliza para download¹² os arquivos contendo as informações processadas e codificadas de todas as AIHs pagas pelo SUS. Os arquivos são organizados por unidade da federação e estão disponíveis para qualquer usuário que deseje baixar o arquivo para seu computador.

Através de pesquisa nos arquivos do Datasus e nos manuais técnicos operacionais de preenchimento da AIH para gestores públicos e administradores do sistema, os códigos de preenchimento foram devidamente identificados e atribuídos os valores e categorias de preenchimento para cada variável do banco de dados.

A seguir, foram selecionados apenas os casos de internação psiquiátrica e os casos cujo município de residência fosse relativo a São Paulo (especialidade 5 – psiquiátrica; e município de residência 355030 – São Paulo). É importante notar que este percurso metodológico considera as internações de residentes de São Paulo

¹² ftp://msbbs.datasus.gov.br/arquivos_publicos/estado_sp/00_index.htm/ os arquivos posteriores a 2008 foram baixados da versão atualizada e corrigida pelo Ministério da Saúde no site: ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/SIHSUS/200801_/Dados/ (ultima consulta em 18/06/2013)

ocorridas em outros municípios fora da cidade de ocorrência do caso. Esta questão é particularmente relevante para as internações psiquiátricas que são reconhecidas por ocorrerem em hospitais de grande porte distribuídos por todo o Estado. Também permite acompanhar a redução no número de internações psiquiátricas para o Estado e o banco de dados poderá ser utilizado em pesquisas futuras que contemplem outros municípios ou regiões do Estado de São Paulo.

Os bancos anuais, contendo apenas os casos de especialidade psiquiátrica e de pacientes residentes de São Paulo foram integrados e o georreferenciamento do CEP de residência do paciente foi realizado utilizando bases cartográficas produzidas pelo Centro de Estudos da Metrópole - CEM. Este georreferenciamento permite identificar a rua de residência do paciente. Posteriormente, através de outras ferramentas de geoprocessamento foi realizada a sobreposição de camadas geográficas, permitindo identificar a subprefeitura onde se localiza a residência. O georreferenciamento através do CEP estabelece um ponto geográfico para cada ficha de internação, e os distribui no mapa segundo a base de logradouros (cada CEP é uma rua, que por sua vez é representada por uma linha no mapa e o ponto da residência é inserido aleatoriamente ao longo da linha e nenhum ponto é sobreposto). Este mecanismo nos permite identificar a região de moradia do paciente, mas não possibilita aferir com precisão onde fica sua residência. Desta maneira a confidencialidade é mantida.

É importante ressaltar que há uma perda neste processo, principalmente relativa ao preenchimento do campo CEP com informações genéricas do município ou com o código de endereçamento postal não identificado na base de logradouros. A utilização unidades territoriais como as subprefeituras permitiu localizar uma boa parte dos casos, pois possibilita utilizar os códigos de maneira abrangente através do uso dos 4 primeiros dígitos do CEP, apenas quando o código completo e mais preciso não pode ser localizado (o código possui 8 dígitos).

Foi utilizada como unidade de análise territorial a divisão intramunicipal das subprefeituras. Esta divisão da cidade foi criada dentro de uma proposta de descentralização da política municipal e de distritalização da saúde nos anos 2000, visando possibilitar a identificação clara das demandas do território, onde as atividades relativas a saúde básica (desde a prevenção e vigilância até a reabilitação) ficariam sob o comando de uma autoridade sanitária local (MARTINS e CAPUCCI, 2003).

Conforme apontado por outros autores mencionados anteriormente, em alguns casos o CEP de residência do paciente foi preenchido com as informações do hospital e não de sua residência, estes casos foram omitidos da parte da análise que envolveu a escala intramunicipal. No entanto, foram mantidos na base e considerados na análise de dados para o município.

As internações realizadas para residentes de cada subprefeitura foram organizadas buscando aferir diferenças na utilização dos serviços hospitalares por moradores de diferentes regiões da cidade.

Com o banco de dados organizado e geocodificado, foram agregados todos os casos com mesmo número de AIH para que o banco fornecesse informações sobre as internações e não sobre as fichas de autorização, conforme descrito por outros autores citados anteriormente.

O processo para a realização desta agregação é delicado e alguns estudos sobre o método para a realização deste procedimento foram encontrados na literatura especializada (CANDIAGO e ABREU, 2007; PORTELA et al., 1997).

Como a agregação envolve a transformação de vários casos em um único (ou seja, várias fichas de internação são transformadas em um único caso) é preciso determinar que operação deverá ser realizada no momento desta agregação para cada um dos campos da base. Foi utilizada uma sintaxe no programa SPSS para a realização desta operação.

Basicamente, três operações foram aplicadas dependendo da natureza da informação contida em cada campo do banco de dados. A soma dos valores, a eleição do menor número ou do maior número, e a eleição do primeiro valor que aparece no banco.

Como exemplo, o número de dias de permanência de todas as fichas de AIH com a mesma identificação foi somado. O campo “tipo da AIH”, contendo informação sobre a qualidade da internação (se AIH de tipo 1 ou de tipo 5) foi escolhido o número mais alto (5, o que permitiu identificar todas as internações que tiveram continuidade). E o campo com o código do hospital onde foi realizada a internação foi escolhido o primeiro (visto que todas as AIHs relativas a mesma internação ocorreram no mesmo hospital).

O banco inicial foi preservado e utilizado para confirmação dos procedimentos realizados.

Quanto ao ano de competência da AIH, foi mantido o número mais baixo, de forma que em cada ano temos as informações sobre as internações que se iniciaram no período e não de todas as internações vigentes a cada momento. É importante notar que as internações iniciadas antes do ano 2000, mas em vigência neste ano foram consideradas como iniciadas neste momento.

Foram extraídas as frequências e valores médios de variáveis selecionadas e posteriormente foram calculadas as taxas relativas as internações para a população usuária do SUS na cidade de São Paulo e em cada uma das subprefeituras separadamente.

Foram utilizadas fontes de informação produzidas pelo IBGE, relativas a população da cidade, pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano/SMDU sobre a população em cada subprefeitura, pelo Atlas do Trabalho de Desenvolvimento da Cidade de São Paulo 2000 que identificou o IDH-M para cada subprefeitura da

cidade e pela CeInfo, relativa aos índices de população exclusivamente usuária do SUS.

4.2.1 FÓRMULAS UTILIZADAS PARA O CÁLCULO DOS INDICADORES:

O trabalho com indicadores, principalmente no campo da saúde, necessita de parâmetros que permitam aferir se um determinado resultado é suficientemente bom, se esta acima ou abaixo do esperado.

Segundo Silva (2001) a segunda grande contribuição do plano Conasp nos anos 1980 foi o estabelecimento de parâmetros de demanda/oferta de serviços de saúde, que não existiam anteriormente, dificultando a realização de estudos avaliativos e de planejamento em saúde. A Portaria MS N° 3.046/1982 perdurou até 2002 quando foi publicada a Portaria N° 1.101, que estabeleceu novos parâmetros para a provisão de serviços de saúde.

O parâmetro para cálculo do número de internações esperadas utilizada nesta pesquisa foi calculado de acordo com esta portaria. Segundo o documento, o cálculo das internações hospitalares esperadas, em uma determinada região e ano, deve ser aferida segundo a seguinte fórmula:

$$\text{NIHE} = \frac{\text{Total da População} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$$

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas

O cálculo do parâmetro recomendado de internações psiquiátricas para determinada população deve ser calculada segundo esta outra fórmula:

$$\text{Internações Psiquiátricas: (Pop.} \times 0,08) \times 3,50\%$$

Sendo 0,08 o índice para o cálculo do percentual da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano.

Como no Brasil temos um sistema publico e uma ampla rede particular de caráter complementar ao SUS que é utilizada por grande parte da população, através de planos de saúde e convênios médicos, e nesta pesquisa foram utilizados apenas as

informações sobre a rede pública de saúde, a população total foi ajustada segundo o índice de população exclusivamente usuária do SUS no município de São Paulo.

Esta população foi calculada segundo o índice divulgado pela CEinfo em 2010. Neste estudo foi identificada a população residente do município que não dispõe de nenhum tipo de plano ou convenio de saúde, ou seja, depende exclusivamente do SUS ou precisa pagar diretamente por serviços privados, caso necessite utilizar serviços de saúde. O índice está disponível também por subprefeitura o que permite a análise intramunicipal¹³. Como este índice foi calculado apenas uma vez (para o ano de 2008), o mesmo índice foi utilizado para o cálculo da população exclusivamente usuária do SUS em todos os anos, mas a população foi corrigida segundo os resultados do CENSO 2000 e 2010 e a estimativa de crescimento da população, divulgada pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano (SMDU) no site Infocidade¹⁴, nos anos intermediários.

Este ajuste é necessário, pois o presente trabalho utilizou apenas as internações pagas pelo Sistema Único de Saúde e não considerou as internações realizadas por instituições privadas sem nenhum convênio com o SUS.

O cálculo da taxa de internações realizadas foi feito segundo o parâmetro disposto na Portaria N° 1.101/02. A taxa foi calculada para o Número de Internações Esperadas (NIHE) e para o Número de Internações Realizadas (NIR), segundo a unidade de medida recomendada pelo Ministério da Saúde (% int/pop/ano). A portaria identifica que no Brasil a variação entre as regiões é de 0,17 a 0,29 e o parâmetro exemplificado para internações na especialidade psiquiátrica é de 0,28.

$$\text{Tx. de Internações} = \frac{\text{NIR} \times 100}{\text{Total da População}}$$

NIR = Número de Internações Realizadas no ano

¹³ Ver no anexo 3 a tabela com a população total e população exclusivamente usuária do SUS e o IDHM por subprefeitura.

¹⁴ <http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/index.php>

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram levantadas informações de mais de 26 milhões de Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) emitidas no Estado de São Paulo em todas as áreas clínicas. Após o filtro da especialidade “Psiquiatria” e de pacientes com município de residência em São Paulo, formou-se um banco de dados constituído por 336.132 AIHs. Com a realização do georreferenciamento e a agregação das fichas com o mesmo número de identificação chegou-se a um total de 153.208 internações realizadas.

Os resultados e a discussão dos material levantado relativo a mudança no perfil das internações para o município de São Paulo são apresentados no capítulo 5.1. Os achados referentes ao geoprocessamento e as mudanças na utilização dos serviços hospitalares em âmbito intramunicipal são apresentados no capítulo 5.2.

Na tabela 3, disposta a seguir é apresentado o número total de AIHs em cada etapa da construção do banco de dados.

TABELA 3 QUADRO SÍNTESE DO TOTAL DE AIHS PESQUISADAS, 2000 A 2010

Ano de Competência	Total de AIHS Emitidas no Estado de São Paulo - Todas as Especialidades Médicas	Total de AIHS emitidas no Estados de São Paulo com Especialidade Psiquiátrica	Total de AIHS emitidas no Estados de São Paulo com Especialidade Psiquiátrica para Residentes do Município de São Paulo	Total de AIHS após geoprocessamento	Total de AIHS após agregação
2000	2.398.344	253.576	36.790	35.392	18.718
2001	2.345.199	233.554	33.621	32.555	14.310
2002	2.360.210	218.243	30.407	29.463	9.748
2003	2.376.275	208.737	30.287	29.976	13.320
2004	2.400.029	202.885	30.944	30.893	11.972
2005	2.443.863	197.893	32.236	32.202	13.376
2006	2.220.115	171.937	29.095	31.940	13.529
2007	2.480.308	186.414	32.567	32.566	15.838
2008	2.303.435	180.020	28.660	28.660	14.101
2009	2.420.494	172.471	25.908	25.908	13.907
2010	2.493.987	166.882	25.617	25.615	14.389
Total de AIHS	26.242.259	2.192.612	336.132	335.170	153.208

Fonte: SIH/DataSUS, Ceinfo, Sempla, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

5.1 A MUDANÇA NO PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O primeiro conjunto de informações analisado é apresentado no Gráfico 1 a seguir. Neste gráfico nota-se a queda no total de internações psiquiátricas no início do período estudado e aumento nos anos que se seguiram. Em 2000 o número total de internações psiquiátricas foi de 18.718 que caiu praticamente pela metade até 2002, quando foram registradas 9.748 internações. Em 2010 este número atingiu a marca de 14.389 internações. Como não há informações para o período imediatamente anterior ao ano 2000 é difícil dizer quando este padrão de queda no número de internações teve início e qual foi o ponto mais alto no total de internações realizadas, mas é importante notar que o total de internações neste período estava acima do parâmetro esperado. Conforme apontado na revisão de literatura o processo de fechamento de leitos psiquiátricos, no Brasil e no Estado de São Paulo, foi iniciado nos anos 1990, mas é difícil afirmar quando passou a ter uma influência mais significativa para os munícipes paulistanos. Em 2010, aproximadamente o mesmo número de internações psiquiátricas foi realizado que em 2001. No entanto houve uma mudança no tipo de instituição que ofereceu o atendimento.

É importante notar que no gráficos a seguir estão descritas as internações que tiveram início em cada ano de competência, mas que podem ter duração superior a um ano, ou seja, o gráfico não mostra o total de internações vigentes, mas apenas as internações que tiveram início em cada ano.

GRÁFICO 1 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR 100 USUÁRIOS DO SUS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR TIPO DE HOSPITAL, 2000 A 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Ceinfo, Sempla - Organização do Autor

No início do período a taxa é superior ao total de internações esperadas para a população segundo o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Este fenômeno é influenciado pelo número de internações de longa duração que se acumulam no começo do período estudado, tanto das internações anteriores ao ano 2000, mas que estavam em vigência, como pelas internações iniciadas neste ano¹⁵. É preciso ressaltar que não se pode afirmar que a provisão de serviços nesta época tinha uma melhor cobertura do que ao final do período. Ao contrário, aponta-se a existência de um alto número de pacientes com internações de longa duração.

As internações realizadas foram separadas entre as que foram realizadas em hospitais especializados (hospitais psiquiátricos) e as que ocorreram em hospitais gerais (em enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais). Esta separação permite verificar que a queda no total de internações entre 2000 e 2002 esteve fortemente

¹⁵ No ano de 2000, foram consideradas as internações que tiveram início nos anos anteriores, mas que estavam em vigência naquele período. Foram encontradas 2.628 internações com data de início anterior ao ano 2000, no entanto não foi possível analisá-las separadamente. É importante notar que, ainda que descontados estes casos, o padrão de queda permanece até 2002, reforçando que a queda no indicador não é resultante deste bias.

atrelada a redução no número de internações em hospitais especializados. Este comportamento vai de encontro ao esperado pelo processo da reforma psiquiátrica e sugere que a redução das internações neste tipo de hospital já vinha ocorrendo no Estado de São Paulo antes da promulgação da Lei Federal, uma vez que o gráfico demonstra um padrão de queda desde o princípio do período.

O número de internações realizadas em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais é crescente ao longo da década, mas apenas supera o total de internações em hospitais especializados em 2009. Informações do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, o gasto com ações extra-hospitalares ultrapassou o gasto com internações no ano de 2006, no entanto não dispõem de informações sobre a qualidade do gasto no interior do grupo das internações hospitalares, se em hospitais gerais ou especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No gráfico também é apontado o parâmetro com o número de internações esperadas para a população de São Paulo. Os resultados desta pesquisa apontam que o total de internações realizadas na maior parte do período analisado está aquém do previsto pela Portaria N° 1.101, o que indica que uma potencial parcela da população que necessita de serviços de internação psiquiátrica pode ter sua demanda reprimida.

Ainda que a reforma preveja uma redução no número de internações psiquiátricas e a ampliação dos serviços extra-hospitalares de atenção integral, os serviços de internação em hospitais gerais devem fazer parte da rede para momentos de urgência, desde que articulados com os demais equipamentos da saúde mental. É importante notar que faltam parâmetros mais claros sobre o número de internações hospitalares esperadas em um modelo psicossocial de atenção. Estes parâmetros apenas poderão ser aferidos com a definição da participação das enfermarias psiquiátricas no modelo psicossocial de atenção a saúde mental estabelecendo claramente os casos onde deve ser realizado o acolhimento dos pacientes em serviços de atenção integral, como os CAPS III e SAID e os casos que

necessitam de internação hospitalar. Como estes serviços extra-hospitalares não emitem AIH sua produção não consta nesta base de dados. Também não foram incluídas neste estudo as internações realizadas em comunidades terapêuticas.

Um dos principais argumentos contrários a redução no número de leitos psiquiátricos no contexto da reforma foi a preocupação com a desassistência dos pacientes que necessitassem de internação. Os resultados deste trabalho mostram que apesar de uma queda no número de internações no início da década houve, a seguir, uma ampliação no número de internações e estas ocorreram em um novo tipo de equipamento.

Os resultados apresentados no gráfico 1 demonstram que houve uma redução nas internações realizadas nos hospitais especializados e o aumento progressivo das internações em hospitais gerais, conforme foram criadas de novas enfermarias neste tipo de equipamento. Estes achados demonstram que a utilização dos serviços acompanhou a mudança na oferta de leitos conforme a reorientação do sistema hospitalar psiquiátrico no município de São Paulo.

Resultados similares também foram encontrados por CANDIAGO (2007) no Rio Grande do Sul entre 2000 e 2004. O autor informa que a proporção de internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais no Estado cresceu neste período e era superior a média nacional, o que poderia ser explicado pela concentração de unidades psiquiátricas nestes equipamentos no Sudeste e Sul do Brasil (43% e 32%, respectivamente sobre o total de leitos psiquiátricos), e pelo pioneirismo legislativo do Estado que, desde 1991, já possuía legislação específica, vedando a abertura de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

Para além desta diferenciação no tipo de equipamento onde a internação foi realizada, uma mudança no perfil das internações foi identificada pelo tipo de AIH emitida. Conforme foi descrito no capítulo anterior, a sistemática para a emissão das AIHs consiste na realização da primeira internação com uma AIH normal, e no caso da internação necessitar um período de permanência superior a 45 dias, uma

nova AIH de longa duração deve ser emitida com a validade máxima de 30 dias. Conforme novas internações forem necessárias a emissão de autorizações para internação deve ser realizada mensalmente. Foram organizadas as informações das internações ocorridas no período separando os casos que evoluíram para longa permanência e os casos que apenas a internação normal foi realizada.

GRÁFICO 2 TAXA INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR 100 USUÁRIOS DO SUS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR TIPO DE INTERNAÇÃO, 2000 A 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Ceinfo, Sempla - Organização do Autor

O gráfico 2 aponta que o número de internações que teve evolução para AIH de longa permanência caiu sistematicamente ao longo do período. Em tendência contrária, o número de AIHs normais, que não passaram de 45 dias subiu constantemente. Em 2001 a taxa de 0,12% do total das internações por usuário SUS é igual para os dois tipos de AIH psiquiátrica, mas fica clara a tendência oposta na emissão de cada tipo de AIH a partir de 2002.

Este resultado aponta para a redução de novas internações que tiveram evolução para internação do tipo “longa permanência”. Enquanto as AIHs normais podem ser emitidas por ambos os tipos de hospitais, as AIHs de longa duração só podem ser emitidas em hospitais especializados. A diferença no padrão de queda das AIHs de

longa permanência e de internações em hospitais especializados sugere que além do fechamento de leitos, houve também uma mudança na forma de operar destas instituições, que tem realizado mais internações de tipo normal, e, portanto, de duração máxima de 45 dias.

Para verificar a mudança no tempo de permanência dos pacientes ao longo da década foi aferido o tempo de permanência das internações iniciadas em cada ano. A seguir, foram estabelecidos 3 intervalos de acordo com a duração das internações. O primeiro grupo mostra o total de internações com permanência dos pacientes até 20 dias. O segundo, o número de internações com duração entre 21 e 100 dias, e por último, o total de internações cujo tempo de permanência dos pacientes no hospital foi superior a 101 dias. A seguir foi calculado o valor do percentual referente a cada grupo sobre o total de internações iniciadas em cada ano.

GRÁFICO 3 PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR TEMPO DE PERMANÊNCIA, 2000 A 2010

Fonte: SIH/DataSUS - Organização do Autor

Como foi apontado na revisão de literatura, existe uma tradição de internações de longa duração em algumas instituições, e que um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica foi a construção de um modelo que possibilitasse o desmonte

destes equipamentos, de modo que os pacientes não permanecessem socialmente excluídos no interior destas instituições.

No gráfico 3, é interessante notar que ao longo do período estudado houve uma redução nos dois grupos que representam as internações com duração superior a 20 dias. A linha vermelha mostra que as internações entre 21 e 100 dias de permanência caíram pela metade, de 60% das internações para menos de 30%.

A linha verde, que representa as internações com mais de 100 dias de duração, mostra que estes casos ficaram por volta de 10% das internações ao longo do período, mas foi gradativamente caindo e atingiu os patamares mais baixos em 2009 e 2010 com a marca de 2,48% e 1,67% consecutivamente.

A linha azul demonstra que as internações com duração inferior a 20 dias de permanência, tiveram grande aumento no período. No ano 2000, este grupo figurava em cerca de 35% das internações, enquanto em 2010, chegou a mais de 70% dos casos.

A média de tempo de permanência entre os hospitais gerais foi de 10 dias, mas oscilou entre 1 e 20 dias de permanência. Ou seja, as internações com tempo de duração inferior a 20 dias estão sendo oferecidas primordialmente pelas enfermarias psiquiátricas situadas em hospitais gerais.

Esta mudança foi possivelmente influenciada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), uma vez que um dos critérios de avaliação do programa, a cerca dos aspectos gerais da assistência, é o tempo médio de permanência dos pacientes no hospital. De acordo com o programa é atribuída a nota “Excelente” ao hospital com o tempo médio de internação inferior a 18 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação e com até 5% clientela de longa permanência. Entre 18 e 25 dias de média de permanência e pacientes sem evidências de impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e 15% a 20% da clientela de longa permanência são atribuídas as notas “bom” ou

“Regular”. Quando o tempo médio de internação na instituição passa de 1 mês o PNASH considera a situação mais crítica e dependendo das demais condicionantes atribui as notas “Ruim” ou “Péssima”. De acordo com a pontuação obtida pelo hospital na avaliação do PNASH, o valor da remuneração da internação pode ser reduzido.

O percentual de internações com até 18 dias permanência subiu de 31,14% para 65,45% entre 2000 e 2010 consecutivamente e o percentual de internações com mais de 31 dias caiu de 51,52% para 17% dos casos no mesmo período.

O parâmetro ministerial divulgado pela Portaria N° 1.101/02 para tempo médio de internação em hospitais gerais é de 5,5 dias e o para hospitais psiquiátricos é de 40 dias.

Foram encontrados na literatura alguns trabalhos que analisaram o tempo de permanência dos pacientes psiquiátricos. A equipe de KILSZTAJN (2008) utilizou as informações contidas nas Autorizações de Internação Hospitalar, para calcular o número médio de leitos psiquiátricos ocupados por unidade da federação e o valor pago por paciente/mês. A pesquisa foi realizada em âmbito nacional e mostrou que a ocupação dos leitos psiquiátricos permanece muito alta, o que indicaria uma incapacidade do sistema hospitalar para suportar a redução de leitos psiquiátricos, uma vez que os serviços estariam operando na sua capacidade máxima para atender a demanda.

Machado e Santos (2011) procuraram analisar a relação entre características sociodemográficas e a taxa de permanência hospitalar de pacientes de um hospital psiquiátrico. Realizaram um levantamento nos prontuários de um hospital psiquiátrico e mostraram que existe um perfil de usuários do sistema que apresenta frequentemente maior taxa de permanência hospitalar, principalmente referente aos pacientes pertencentes a grupos tradicionalmente marginalizados, como mulheres e negros com idade entre 40 e 49 anos.

O censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (BARROS e BICHAFF, 2008) aponta que quando a internação tem duração superior a 1 ano, já se deve considerar o paciente como residente da instituição. O estudo apontou que em 2007 existiam aproximadamente 6.339 pessoas residindo em instituições psiquiátricas no Estado de São Paulo, sendo que 915 eram naturais da capital do Estado.

O trabalho com a informação sobre longos períodos de permanência no banco de dados das AIHs é dificilmente possível, uma vez que foi observado que em alguns momentos um grande número de internações pode ser interrompido abruptamente e novas internações foram iniciadas a seguir¹⁶. Não foi encontrada uma explicação para este acontecimento. Em entrevista na Secretaria Municipal de Saúde apenas no ano de 2008, quando houve uma mudança no SIH foi verificado que a sequência do número de identificação das AIHs precisou ser interrompido, visto que ocorreu uma mudança nos formulários de preenchimento das AIHs. Ao longo do período estudado houveram diversas mudanças no código de preenchimento do procedimento realizado nas internações psiquiátricas, mas não foi possível relacionar este fato diretamente ao encerramento das internações nos demais anos. Quando isso ocorre há uma quebra no tempo total de internação, o que torna difícil evidenciar a presença de internações muito longas nas instituições. No entanto, este fenômeno não é tão recorrente e permite análises como a que foi realizada neste trabalho.

Outro resultado na mudança do perfil de utilização de leitos psiquiátricos pode ser observado através do fato de que as internações de pacientes residentes de São Paulo têm ocorrido no próprio território municipal. No período estudado foi verificado que, cada vez mais, os paulistanos que necessitam de internações psiquiátricas hospitalares são internados dentro do próprio município, sendo que, em 2010, poucas internações foram realizadas em hospitais de outras localidades do Estado.

¹⁶ Vide tabela no anexo 4 com o número de internações iniciadas e finalizadas por data de ocorrência

Tradicionalmente os grandes hospitais psiquiátricos estão localizados do interior do Estado. A tabela 4 mostra o percentual de internações de residentes da cidade de São Paulo em outros municípios.

TABELA 4 PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E EM OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2000 E 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% Internações Realizadas no Município de São Paulo	75,66	85,46	97,03	90,68	97,55	93,53	96,50	94,73	95,42	98,02	97,78
% das Internações Realizadas em outros municípios do Estado	24,34	14,54	2,97	9,32	2,45	6,47	3,50	5,27	4,58	1,98	2,22

Fonte: SIH/DataSUS - Organização do Autor

Conforme o apontado na revisão de literatura, a opção pela instalação dos hospitais fora dos grandes centros urbanos favoreceu a construção dos grandes complexos manicomiais no interior do Estado. Os municípios que mais receberam pacientes paulistanos nos anos estudados foram Franco da Rocha, Sorocaba e Araras¹⁷. Estas cidades possuem amplos complexos hospitalares sendo que na primeira está o Hospital do Juquery, na segunda o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz e na terceira a Clínica “Antonio Luiz Sayão”.

Com a redução de leitos psiquiátricos nestes grandes hospitais e a implementação de enfermarias psiquiátricas dentro do município de São Paulo, o número de internações psiquiátricas de residentes de São Paulo em outras cidades do Estado caiu de 4.556 internações em 2000 para 319 internações em 2010.

No modelo previsto pela reforma psiquiátrica brasileira a oferta de serviços deve ocorrer o mais próximo do local de residência do paciente, de forma que o egresso de uma internação possa dar continuidade ao tratamento e uma troca entre os

¹⁷ A lista das cidades realizaram internações de residentes de São Paulo está disponível em anexo 5.

profissionais envolvidos com o projeto terapêutico nos diversos serviços da rede de atenção pode ser propiciada.

É preciso ressaltar que, por mais que estes serviços estejam de acordo com os pressupostos da reforma, enquanto instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico, é necessário acompanhar seus processos de trabalho, uma vez que estes tendem a contrariar outros pressupostos psicossociais. Este fato se justifica tanto pelo “potencial que tem de privilegiar ações centradas em procedimentos médicos e dificuldade em elaborar projetos interdisciplinares, como pelos obstáculos do trabalho em rede” (DIAS, GONÇALVES e DELGADO, 2010). Portanto, os dados aqui evidenciados mostram uma mudança no local onde as internações têm ocorrido, mas não garantem que as práticas assistenciais destes serviços estão de acordo com os pressupostos do trabalho em rede previsto pela reforma psiquiátrica.

Ainda que seja um importante avanço a realização de internações psiquiátricas dentro do próprio município, uma cidade com grandes desigualdades e dimensões territoriais como São Paulo precisa ser monitorada cuidadosamente. São diversas as questões que concernem as especificidades relativas as diferenças as regiões da cidade, desde os mecanismos de gestão de recursos financeiros e humanos, até a integração da rede de cuidado oferecida no local. Este cenário complexo influencia diretamente na utilização dos serviços públicos, acarretando muitas vezes em desigualdades de acesso à saúde para a população residente de diferentes locais da cidade.

A seguir são apresentados os resultados do geoprocessamento das AIHs no município de São Paulo buscando identificar a existência de diferenças no perfil de utilização dos serviços para residentes de distintas regiões da cidade.

5.2 A MUDANÇA NO PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM ESCALA INTRAMUNICIPAL

A cidade de São Paulo é uma das maiores do mundo e conserva dinâmicas sociais e territoriais marcadas por uma diversidade de contextos locais. O presente trabalho aborda este tema através de um viés intramunicipal e procura analisar mudanças no perfil de utilização de leitos por residentes de diferentes subprefeituras da cidade.

Os mapas 1 e 2 a seguir mostram os limites territoriais das 31 subprefeituras da cidade, e apontam as localidades com maior concentração de usuários do SUS. Esta informação é relevante, pois mostra a diversidade de contextos no interior do território municipal em termos de demanda por serviços do Sistema Único de Saúde.

MAPA 1 Estimativa da população exclusivamente usuária SUS no município de São Paulo por subprefeitura, 2000

MAPA 2 Estimativa da população exclusivamente usuária SUS no município de São Paulo por subprefeitura, 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Celnfo, SMDU, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

Além de diferenças no tamanho da população em cada subprefeitura, as localidades diferem entre si conforme o índice de residentes exclusivamente usuários do SUS, ou seja, da população de cada localidade que não possui nenhum tipo de seguro ou convênio de saúde privado e que depende, portanto, unicamente do sistema público de saúde ou do gasto direto com estes serviços. Nas localidades mais centrais, há uma baixa concentração de população usuária do SUS pois são as regiões onde grande parte da população possui plano privado de saúde. Ao redor do centro há uma grande concentração da população dependente do Sistema Único de Saúde, mesmo nas subprefeituras mais distantes e próximas às fronteiras da cidade, onde número de usuários do SUS não é tão alto pela baixa densidade populacional destas regiões. No entanto são localidades que possuem grande demanda por serviços de saúde conforme mostra os mapa com o Índice de Necessidades em Saúde (INS)¹⁸.

O Índice de Necessidades em Saúde foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde para possibilitar a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados na oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo. O INS foi produzido nos anos de 2004, 2005 e 2008 e sua utilização é direcionada para a administração pública da cidade, sendo seu uso pouco difundido entre as demais áreas das ciências humanas ou de outras localidades, tanto de outros municípios brasileiros, como nos circuitos internacionais.

Com a finalidade de tornar a metodologia desenvolvida neste estudo mais robusta foi utilizado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para aferir as regiões com maiores necessidades de serviços públicos. Somado a este fato, o INS está disponível apenas a partir de 2004 e os dados desta pesquisa foram coletados a partir do ano 2000.

Em 2010, o município de São Paulo possuía o segundo melhor IDHM do Brasil, ficando atrás apenas do Distrito Federal. Em 2000 o IDHM no município era de

¹⁸ Vide anexo 6.

0,578 e em 2010 passou para 0,783¹⁹. No entanto é importante notar que frente a diversidade de contextos sociais o índice não é o mesmo para todas as subprefeituras da cidade. No ano 2000 a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e do Trabalho de São Paulo (SEMDET) identificou a necessidade de tornar mais detalhada a análise das condições de vida na cidade e calculou o Índice do Desenvolvimento Humano Municipal com desagregação por subprefeitura, publicado no “Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo”.

O mapa 3 a seguir mostra o valor do IDH-M para cada subprefeitura aferido no ano 2000.

MAPA 3 Índice de Desenvolvimento Humano no município de São Paulo por subprefeitura, 2000

¹⁹ Informação obtida do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013, disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013 (acesso em 10/08/2013)

Apontada a diversidade de cenários sociais e contextos de necessidade e acesso aos serviços de saúde no interior do município, cabe-nos verificar se existem diferenças na utilização dos serviços hospitalares psiquiátricos por residentes de diferentes regiões da cidade.

O mapa 4 a seguir mostra resultado do georreferenciamento das AIHs. Cada ponto no mapa representa uma única internação. O mapa foi gerado a partir das AIHs agregadas e todos os casos em que o CEP de residência do paciente foi preenchido com o CEP do hospital foram omitidos desta parte do estudo, pois estas internações causariam um bias nos locais onde estão construídos os hospitais, não representando de fato acesso dos moradores da região a estes serviços. Aproximadamente 16% das internações hospitalares foram preenchidas com o CEP do Hospital. Este resultado está de acordo com o encontrado por Coeli (1997) que em sua pesquisa utilizou metodologia similar, e encontrou 14% dos casos preenchidos com CEP do hospital e não do local de residência do paciente.

É importante notar que foram encontradas 4.697 AIHs de pacientes residentes do município de São Paulo, com cujas fichas de internação tinham o CEP do hospital onde foram realizadas as internações no município de Franco da Rocha (Hospital do Juquery). Todas estas fichas foram emitidas entre 2000 e 2003 e foram retiradas desta etapa de análise onde foi realizado o geoprocessamento das informações. Todas as demais fichas de pacientes residentes do município de São Paulo, mas cujo CEP não foi encontrado na região da cidade de São Paulo foram retirados do banco. Não foi encontrado nenhum outro caso com frequência elevada.

MAPA 4 Georreferenciamento do local de residência do paciente, internações realizadas entre 2000 e 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Celinfo, SMDU, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

O elevado número de internações torna difícil enxergar na figura cada um dos pontos individualmente. Em algumas localidades onde há grande número de internações, formam-se manchas e por isso técnicas de geoprocessamento e o cálculo das taxas de internação por subprefeitura tornaram-se necessários.

A distribuição dos pontos no mapa permite verificar que o campo de preenchimento do CEP garante uma localização precisa das regiões onde residem os paciente que foram internados. Conforme mencionado anteriormente apenas a rua de residência é identificada.

O geoprocessamento destas informações possibilitou calcular as taxas de internação por 100 habitantes exclusivamente usuários do SUS para cada ano por subprefeitura. Os resultados do geoprocessamento são apresentados a seguir sob a forma de mapas temáticos indicando a distribuição territorial do fenômeno estudado. A seguir foram elaborados gráficos que permitem a ordenação das subprefeituras segundo o IDHM.

MAPA 5 Taxa de internações psiquiátricas por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2000

MAPA 6 Taxa de internações psiquiátricas por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Celinfo, SMDU, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

Os mapas 5 e 6 apontam que a redução nas taxas de internações ocorreu principalmente nos locais onde ela era mais alta (acima de 0,42), especificamente nas subprefeituras próximas ao centro e na zona norte da cidade. É importante notar o aumento da taxa em algumas regiões periféricas como na zona Leste e Sul da cidade²⁰. Como é possível verificar no mapa 1, sobre a população exclusivamente usuária do SUS, estas regiões concentram grandes contingentes populacionais que dependem dos serviços públicos de saúde.

²⁰ A identificação das regiões pode ser vista no mapa do anexo 5

Nos gráficos 4 e 5 a seguir as mesmas informações foram dispostas no formato de gráficos para permitir acompanhar com mais detalhe as mudanças por subprefeitura. Nestes gráficos a taxa de internações foi ordenada segundo o IDH do local de residência do paciente, seguindo a ordem crescente do índice²¹.

GRÁFICO 4 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR 100 USUÁRIOS DO SUS POR SUBPREFEITURA - 2000

Fonte: SIH/DataSUS, CelInfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

O gráfico 4 mostra a taxa de internações psiquiátricas por 100 usuários do SUS por subprefeitura da cidade no ano 2000. As colunas, que representam as subprefeituras, estão ordenadas do menor IDH (Parelheiros) para o maior (Pinheiros). O desvio padrão entre as taxas de internação das subprefeituras é de 0,16 e fica clara a tendência de maior utilização dos serviços psiquiátricos hospitalares por usuários do SUS residentes das subprefeituras com melhores indicadores de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

²¹ Ver anexo 7 com a lista das subprefeituras ordenadas por IDH-M

GRÁFICO 5 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR 100 USUÁRIOS DO SUS POR SUBPREFEITURA - 2010

Fonte: SIH/DataSUS, CelInfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

No gráfico 5 fica clara a mudança quantitativa nas taxas de internação psiquiátrica e uma redução em quase todos os locais da cidade. Simultaneamente é notória a diferença na altura das colunas, que se tornou menos dispare, sendo visível a redução nas regiões com IDHs mais altos do município. Houve uma queda na desigualdade sendo que o desvio padrão entre as subprefeituras em 2010 foi de 0,07, ou seja o desvio padrão caiu pela metade no período. Em 2000 cinco subprefeituras apresentaram taxas superiores a 0,40 internações para cada 100 usuários do SUS, enquanto em 2010 apenas uma possuiu taxa superior a 0,30.

No mapa 7 e 8 abaixo, é possível observar as taxas de internação psiquiátrica em hospitais especializados por subprefeitura em 2000 e 2010.

MAPA 7 Taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2000

MAPA 8 Taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Celinfo, SMDU, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

No mapa referente ao ano 2000 é interessante notar a coincidência das taxas mais altas de internação em hospitais especializados com as subprefeituras com os valores mais altos de IDHM. Com isso vê-se que os serviços eram consumidos primordialmente pela população usuária do SUS, ou seja, que não possui nenhum plano de saúde, mas que residia nos locais com melhores índices de desenvolvimento humano. Isso não quer dizer que os serviços estavam disponíveis para aqueles com melhores condições socioeconômicas, mas que os usuários do SUS que residem nos locais mais abastados da cidade possuíam maior taxa de utilização dos serviços psiquiátricos em hospitais especializados. Em 2010, nota-se que as taxas de internação nestes serviços ainda são mais altas nas regiões centrais da cidade.

Nos gráficos 6 e 7 a seguir são apresentadas as taxas de internação psiquiátrica realizadas em hospitais especializados por subprefeituras ordenadas por IDH crescente em 2000 e 2010 consecutivamente.

GRÁFICO 6 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL ESPECIALIZADO POR 100 USUÁRIOS DO SUS POR SUBPREFEITURA - 2000

Fonte: SIH/DataSUS, CelInfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

No gráfico 6 a linha preta apresenta a tendência ascendente do gráfico, mostrando que nos anos 2000 havia grande disparidade entre as subprefeituras da cidade, e esta obedece claramente a ordem crescente do IDH. Sendo menores as taxas na regiões com os índices socioeconômicos mais baixos.

É importante notar que em 2000 as internações em hospitais especializados por si só representam uma taxa de internações superior ao parâmetro do Ministério da Saúde, estando acima de 0,28 em 9 das 31 subprefeituras da cidade. O desvio padrão entre as subprefeituras neste ano é de 0,11 e a taxa de internação por 100 usuários do SUS varia de 0,05 na subprefeitura de Cidade Tiradentes até 0,47 na Mooca.

O gráfico 7 mostra a taxa de internações psiquiátricas em hospital especializado para o ano de 2010.

GRÁFICO 7 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL ESPECIALIZADO POR 100 USUÁRIOS DO SUS POR SUBPREFEITURA - 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Celinfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

Em 2010 a linha de tendência também é ascendente, mas há uma redução na sua angulação, o que aponta que houve uma redução na taxa de internações em hospitais especializados, especialmente nas localidades com IDH mais elevado. O desvio padrão entre as subprefeituras teve uma queda e chegou a 0,04 em 2010.

Ao final do período estudado as internações em hospitais especializados não chegaram à taxa referida no parâmetro de 0,28 em nenhuma subprefeitura. Vale notar que o parâmetro esperado deve ser calculado incluindo todos os tipos de internação, sejam elas em hospitais gerais ou especializados. A taxa mais alta em 2010 foi encontrada na Sé no valor de 0,24 internações para cada 100 usuários do SUS. A taxa mais baixa foi de 0,03, encontrada em Ermelino Matarazo e em Guainases. Em 25 das 31 subprefeituras a taxa é inferior a 0,10 e apenas em 3 é superior a 0,15.

Nos mapas 9 e 10 a seguir são apresentadas as taxas de internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais em 2000 e 2010.

MAPA 9 Taxa de internações psiquiátricas em hospital geral por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2000

MAPA 10 Taxa de internações psiquiátricas em hospital geral por 100 usuários do SUS por subprefeitura - 2010

Fonte: SIH/DataSUS, Celinfo, SMDU, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

Os mapas 9 e 10 ressaltam que a transição no perfil de internações psiquiátricas realizadas em hospitais especializados para as ocorridas em hospitais gerais, demonstrada no capítulo anterior, foi acompanhada de uma mudança importante no local de residência do público que utiliza tais serviços. Se nos anos 2000 a oferta destes serviços atendia principalmente a população residente das áreas centrais da cidade (em especial da subprefeitura da sé), em 2010 as taxas de internação foram mais altas nos bairros da periferia, com destaque para a zona leste e sul da cidade. A organização do indicador no mapa torna clara a inversão no perfil de utilização dos serviços realizados em hospitais gerais neste período.

Enquanto nos mapas 5 e 6, era possível observar um aumento no consumo de internações psiquiátricas nas subprefeituras da zona leste e sul da cidade, apenas a partir da separação entre hospitais especializados e hospitais gerais é que tornou-se

possível verificar que a implementação das enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais ampliou o acesso aos residentes das regiões com maiores necessidades em saúde invertendo a lógica de oferta de serviços para os moradores das regiões centrais da cidade.

Nos gráficos 8 e 9 a seguir são apresentadas as taxas de internação realizadas em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais para residentes do município de São Paulo.

GRÁFICO 8 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL GERAL POR 100 USUÁRIOS DO SUS POR SUBPREFEITURA – 2000

Fonte: SIH/DataSUS, CelInfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

A taxa de internações em hospitais gerais em 2000 por subprefeitura apresentada no Gráfico 8 aponta para valores muito baixos na maior parte das regiões da cidade sendo inferior a 0,10 em 20 das 31 subprefeituras da cidade e superior a 0,28 apenas em 2 subprefeituras (Sé e Vila Mariana).

É interessante notar que a linha de tendência é ascendente, mas em algumas regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano como Guaianases e Itaim Paulista são encontrados taxas mais altas de internação em hospital geral (0,14 e 0,11 consecutivamente).

O gráfico 9 a seguir apresenta as taxas para internação psiquiátrica em hospital geral por subprefeituras da cidade em 2010.

GRÁFICO 9 TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL GERAL POR 100 USUÁRIOS DO SUS POR SUBPREFEITURA – 2010

Fonte: SIH/DataSUS, CelInfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo, Centro de Estudos da Metrópole (CEM) - Organização do Autor

No gráfico acima pode ser observada uma grande mudança no padrão de utilização dos serviços psiquiátricos hospitalares na cidade de São Paulo. Ao final de 2010, vemos pela primeira vez que a utilização de leitos tem taxas mais altas nos locais onde há maior necessidade por estes serviços. Soma-se positivamente a isso, o fato de que esta mudança ocorreu com a implementação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, conforme o previsto pela reforma psiquiátrica brasileira.

As taxas mais altas foram encontradas em Guainases, São Miguel, Itaim Paulista, Itaquera, Santana/Tucuruvi e Cidade Tiradentes. Estas subprefeituras estão próximas de hospitais gerais com leitos psiquiátricos e os dados aqui apresentados sugerem que estes equipamentos exercem influência em seu território e ampliam o acesso aos residentes da região.

Tais resultados são esperados uma vez que os leitos psiquiátricos em hospitais gerais devem desempenhar uma ação territorial na rede de atenção à saúde mental, ou seja, estarem referenciados a uma população de um determinado território. Tal forma de funcionamento precisa ser articulada com os demais serviços de saúde mental, principalmente com os CAPS da região (DIAS, GONÇALVES e DELGADO, 2010).

Algumas regiões ainda apresentam taxa de internação psiquiátrica abaixo de 0,05 como Capela do Socorro, Santo Amaro, Parelheiros, Pinheiros, Butantã, Sé, Mooca, Lapa, Aricanduva/Formosa/Carrão e Vila Prudente/Sapopemba. Algumas destas regiões oferecem outros serviços de atenção integral à saúde mental, mas a situação pode ser crítica nos locais onde não são encontrados serviços desta natureza e ressalta-se que algumas destas localidades possuem baixos índices de desenvolvimento humano e uma alta taxa de população dependente do sistema público de saúde.

É importante notar que as taxas de internação psiquiátrica em hospital geral em 2010 não ultrapassam o parâmetro ministerial estabelecido. Conforme foi apontado na revisão de literatura, a realização de mais internações do que o esperado para a área clínica da saúde mental, tampouco representa avanços se não forem respeitados os princípios de respeito e dignidade do ser humano.

Conforme foi apontado no capítulo anterior, houve uma grande mudança no perfil de utilização dos serviços hospitalares no município de São Paulo, referente à redução de internações em hospitais especializados e aumento das mesmas em hospitais gerais. As técnicas de geoprocessamento permitem aferir que a implementação dos novos serviços e a consequente mudança no perfil de utilização dos leitos psiquiátricos contribuiu para avançar em direção à superação das tradicionais iniquidades presentes na cidade de São Paulo. Na revisão de literatura, foi identificado que esforços consideráveis foram realizados desde a década de 1970 para modificar o padrão de alocação dos serviços, e descentralizar as ações de saúde em âmbito municipal e metropolitano. Conforme foi apontado, na década de 1980 quando foi formulado o Plano Metropolitano de Saúde, já se verificava uma concentração dos serviços nas regiões centrais e com as melhores condições socioeconômicas da cidade. Tal plano previu a implementação de serviços nas regiões periféricas da cidade e buscando ampliar o acesso aos serviços de saúde à população residente destes bairros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período analisado nesta pesquisa captou um importante momento de mudança na provisão de serviços de saúde mental em uma grande metrópole brasileira. Foi somente no ano de 2001, que o Sistema Único de Saúde passou a ser política vigente no município de São Paulo e simultaneamente foi o ano de aprovação da Lei 10.216 que propôs a reforma no modelo assistencial de saúde mental em todo o território nacional. Desta maneira o intervalo temporal compreendido entre 2000 e 2010 caracteriza-se pelos 10 anos iniciais de fortalecimento de uma nova proposta na política municipal de saúde mental.

Neste sentido, este é um momento significativo para avaliação de dois movimentos simultâneos que ocorram neste período: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a progressiva redução dos leitos psiquiátricos existentes.

Os resultados desta pesquisa contribuíram para avançar nesta discussão e trouxeram a tona novos elementos que possibilitam uma reflexão acerca de quais prioridades e processos têm guiado a implementação da reforma psiquiátrica em São Paulo. Demonstram que não apenas houve uma mudança naquilo que estava sendo oferecido à população, mas também na ampliação do acesso aos novos serviços por uma população com maiores necessidades em saúde e que dependem de serviços públicos.

Larrobla e Botega apontam que a tendência de ampliação de leitos em enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais também foi observada na maioria dos países que passaram por processos de reestruturação da assistência psiquiátrica, embora em momentos e velocidades distintas. Na América Latina, este processo tem ocorrido de forma lenta ainda que iniciativas para mudar o quadro assistencial nestes países têm sido desenvolvidas desde a década de 1970. Até 2001 nenhum país havia atingido a marca de 50% da oferta de leitos psiquiátricos situados em hospitais

gerais, e o país que mais se aproximou desta marca foi a Colômbia onde a proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral era de 48,8%, a Venezuela possuía nesta época 26,8% de seus leitos em hospitais gerais, seguida pelo Chile com 13,8% e Uruguai com 11,2%. Neste ano a proporção Brasileira era de apenas 2,9% dos leitos estando muito próximo de países como a Bolívia (2,6%) e o Paraguai (2,2%) (LARROBLA e BOTEAGA, 2001).

Foram encontradas poucas informações quantitativas sobre o consumo de serviços de saúde mental, principalmente em nível municipal e intramunicipal. Estas informações são importantes pois permitem avançar em direção à universalização e superação de desigualdades de acesso aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION e UNHABITAT, 2010). Este trabalho procurou ampliar esta questão e propôs uma metodologia através da utilização de grandes bancos de dados do sistema público de saúde e de Sistemas de Informação Geográfica para avançar nesta direção.

Os resultados mostraram avanços consideráveis no município de São Paulo, e que a experiência paulistana pode servir como referência sobre questões importantes no momento de implementação da política de Saúde mental.

No entanto, ainda nos falta conhecimento para compreender o que têm direcionado a implementação dos novos serviços, uma vez que ainda persistem desigualdades de acesso entre as subprefeituras. Chama a atenção a ampliação das taxas de internação em algumas regiões específicas da cidade como na zona leste e na zona sudeste de São Paulo. Estas localidades possuem um longo histórico de mobilização e participação social (BÓGUS et al., 2003).

O grupo de pesquisa em saúde do Centro de Estudos da Metrópole (CEM/CEBRAP) realizou diversas pesquisas explorando as relações entre processos de participação social e resultados distributivos na oferta de serviços de saúde. Os resultados destas pesquisas apontam para a possibilidade que a capacidade de articulação dos movimentos, através dos conselhos de saúde, com o poder público podem ter sido

ferramentas importantes na identificação de demandas e organização dos serviços de saúde nestas regiões (COELHO, DIAS e FANTI, 2010).

No campo da saúde mental, mais pesquisas poderiam ser feitas nesta direção buscando analisar o papel dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde na construção e no fortalecimento das redes de atenção psicossociais, e desta forma colaborar para a implementação da reforma psiquiátrica de maneira mais ampla.

Outra questão importante de ser lembrada está relacionada ao fato de que a superação do modelo manicomial não tem sido simples, uma vez que, conforme aponta SCARCELLI (2011) “os dilemas no campo da saúde mental não se limitam ao desmonte do hospital psiquiátrico, mas aos vários aspectos emblemáticos que o manicômio carrega”.

Desta forma o processo de reorientação do sistema psiquiátrico hospitalar é apenas parte de um processo de transformação das práticas em saúde mental, ainda que o trabalho desenvolvido pelos hospitais seja uma questão central da reforma.

Vista a contemporaneidade da reforma psiquiátrica brasileira ainda é difícil situar com clareza como este momento será compreendido enquanto uma tendência na atenção à saúde mental. Atualmente existe um grande dilema em voga sobre qual deve ser a abordagem do Estado com os usuários de drogas e o caráter compulsório das internações nestes casos. Simultaneamente, entram em cena novos serviços (como as comunidades terapêuticas e serviços psiquiátricos ambulatoriais) que são pouco integrados com os demais equipamentos da rede de atenção de saúde. Estes novos serviços não podem ser acompanhados pelas AIHs e tampouco pelos demais sistemas de informação do SUS, e é difícil acompanhar o papel que estes serviços tem desempenhado na rede.

Este trabalho também chama a atenção sobre a importância dos sistemas de informações em saúde pela quantidade de informação disponibilizada por eles e que pode ser utilizada através de ferramentas computacionais adequadas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. M. C. De e HORVITZ-LENNON, M. An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. **Psychiatric Services**, v. 61, n. 3, p. 1–4, 2010.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: Trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 edição ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 1995. p. 136

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the são paulo megacity mental health survey, Brazil. **PloS one**, v. 7, n. 2, p. e31879, doi:10.1371/journal.pone.0031879, 2012.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARRETO, L. **Diário do Hospício; O cemitério dos Vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010a. p. 352

BARRETO, L. **Contos completos de Lima Barreto**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p. 710

BARROS, S. e BICHAFF, R. **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP, 2008. p. 170

BEZERRA, C. G. e DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação : um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, v. 9, n. 16, p. 417–441, 2011.

BIRMAN, J. e COSTA, N. D. R. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. .

BITTENCOURT, S. A.;; CAMACHO, L. A. B. e LEAL, M. do C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 19–30, doi:10.1590/S0102-311X2006000100003, 2006.

BÓGUS, C. M. et al. Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 56–67, 2003.

BOTEGA, N. J. e DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: Espaço para o psíquico**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

CAMPOS, M. R. et al. Proposta de Integração de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) para Pesquisa. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 9, n. 1, p. 51–58, doi:10.5123/S0104-16732000000100005, 2000.

CANDIAGO, R. H. **Uso do datasus para avaliação de mudanças nos padrões das internações psiquiátricas no brasil**. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - [S.I.]. 2007.

CANDIAGO, R. H. e ABREU, P. B. De. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, doi:10.1590/S0034-89102007000500017, 2007.

CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde - Volume 1 Produção e Disseminação de Informações sobre saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 1p. 148.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989. p. 306

CESARINO, A. C. Uma Experiencia de Saúde Mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETI, E. (Ed.). **Saúde Loucura Nº1**. 3 edição ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1989. p. 3–32.

COELHO, V. S. P.; DIAS, M. F. e FANTI, F. **Fighting inequalities in the Access to Health Services: A study of the role of decentralization and participation**. **Centro de Estudos da Metropole**. São Paulo: Metropolis and Inequalities. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/678>>, 2010.

COELHO, V. S. P. e PEDROSO, M. Distribuição de Serviços Públicos de Saúde no Município de São Paulo. **Revista Novos Estudos**, v. 64, p. 141–152, 2002.

COELHO, V. S. P. e SILVA, N. Has the distribution of public health services become more equitable ? Reflecting on the case of São Paulo. In: SHANTAYANAN, S.; WIDLUND, I. (Eds.). **The Politics of Service Delivery in Democracies. Better Services for the Poor**. Stockholm: EGDI, 2007. p. 1–21.

COELI, C. M. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS): um instrumento para a avaliação do impacto do Programa de Despoluição da Baía de Guanabara sobre a Saúde. In: FIOCRUZ (Ed.). **Saúde e Saneamento em Países em Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1997. p. 76–87.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Compartilhando Lições Aprendidas:2005-2011**. . São Paulo: [s.n.], 2011.

COSTA, L. S. Da;; PINHEIRO, R. S. e ALMEIDA, R. V. R. RECUPERAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE ENDEREÇO NA BASE DE DADOS AIH: PERCENTUAL DE APROVEITAMENTO. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 131–141, 2003.

DELFINI, P. S. de S. **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes**. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública - [S.l.]. 2010.

DIAS, M. K.;; GONÇALVES, R. W. e DELGADO, P. G. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: Configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Ed.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 115–140.

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento anitmanicomial**. 1 edição ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 125

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2354–2362, doi:10.1590/S0102-311X2008001000016, 2008.

LARROBLA, C. e BOTEAGA, N. J. Restructuring mental health: a South American survey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 36, n. 5, p. 256–259, doi:10.1007/s001270170057, 2001.

LESSA, F. J. D. et al. Novas Metodologias para Vigilância Epidemiológica: Uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 9, n. 1, p. 3–27, 2000.

LOPES, I. C. A contribuição Paulistana à Reforma em Saúde Mental Brasileira. In: VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G.; FERNANDES, M. I. A. (Eds.). **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996**. Taubate: Cabral Editora Universitária, 1999. p. 332.

LUZIO, C. A. e L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface**, v. 10, n. 20, p. 281–298, 2006.

MACHADO, V. e SANTOS, M. A. Dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 16–22, doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000100004, 2011.

MARTINS, E. J. e CAPUCCI, P. F. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 48, p. 209–227, doi:10.1590/S0103-40142003000200018, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde - Volume 1 Produção e Disseminação de Informações sobre saúde no Brasil.** Série B. T ed. Brasília: Ed. MS, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS : as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007 - 2010.** . Brasília: [s.n.], 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 10.** . Brasília: [s.n.], 2012.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Manual de serviços para a assistência psiquiátrica.** Brasília: Secretaria de Assistência Médica, 1973. p. 69

NICZ, L. F. Previdência Social no Brasil. In: L., E. (Ed.). **Administração de Saúde no Brasil.** São Paulo: Pioneira, 1982. p. 163–97.

OPAS. **La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas.** ed. III ed. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2007.

PEREIRA, R. C. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01).** Fundação Oswaldo Cruz - [S.l.]. 2004.

PORTELA, M. C. et al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS) - Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 771–774, doi:10.1590/S0102-311X1997000400020, 1997.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: TUNDIS, S. DE A.; COSTA, N. DO R. (Eds.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde mental no Brasil.** 3 edição ed. [S.l.]: Petrópolis em co-edição com a ABRASCO, 1992. p. 15–64.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental no Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROCHA, L. M. Da. **Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental.** . Brasília: [s.n.]. Disponível em:
<http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/saude_mental_sum.pdf>, 2005.

SANTOS, A. C. Dos. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde : documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações.** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - [S.l.]. 2009.

SÃO PAULO. **Programa Metropolitano de Saúde.** . São Paulo: [s.n.], 1987.

SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992.** Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP - [S.I.]. 1998.

SCARCELLI, I. R. **Entre o Hospício e a Cidade: Dilemas no campo da saúde mental.** São Paulo: Editora Zagodoni, 2011. p. 192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Índice de Necessidades em Saúde.** . São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=14744>, 2008.

SEVCENKO, N. **A revolta da Vacina.** São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SILVA, S. F. Da. **Municipalização da saúde e poder local: Sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 292

TEIXEIRA, M. Propostas para a atenção à Saúde Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. IX, n. 1, p. 76–88, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.** São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 335

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 1, p. 35–52, doi:10.1590/S0104-59702011000500003, 2011.

VERAS, C. M. T. e MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 3, p. 339–355, doi:10.1590/S0102-311X1994000300014, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION e UNHABITAT. **UNMASKING AND OVERCOMING HEALTH INEQUITIES IN URBAN SETTINGS.** Switzerland: World Health Organization, The WHO Centre for Health Development, Kobe, and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010, 2010. p. 1–145

YASUI, S. CAPS: Aprendendo a Perguntar. In: LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura Nº1.** 3 edição ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1989. p. 47–60.

YUNES, J. e CAMPOS, O. Health Services in the Metropolitan Region of São Paulo. **Bulletin of PAHO**, v. 23, n. 3, p. 7, 1989.

Documentação Jurídica Consultada

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 5853 (Publicação Original), 1903. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html> (acesso em 11/08/2013)

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 14254 (Publicação Original), 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html> (acesso em 11/08/2013)

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 8921 (Publicação Original), 1975. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-norma-pl.html> (acesso em 11/08/2013)

BRASIL. PL 3657/1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, 1989. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004> (acesso em 11/08/2013)

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html (acesso em 11/08/2013)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 18055 (Publicação Original), 1990. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html> (acesso em 11/08/2013)

BRASIL. Ministro de Estado da Saúde. Portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: (acesso em 11/08/2013)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em Saúde Mental 1990 a 2004. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010. Brasília, 2010.

8. ANEXOS

ANEXO 1) PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPECIALIZADO

Procedimentos realizados em Hospital Psiquiátrico Especializado
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIATRICO - A
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIATRICO - B
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL I
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL II
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL III
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL IV
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL V
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL VI
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO - B NIVEL VII
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE II
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE III
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE IV
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE V
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE VI
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE VII
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE VIII
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAIS NAO CLASSIFICADOS DE ACORDO COM OS INDICADORES DE QUALIDADE
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE I - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE II - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE III - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE IV - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE V - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE VI - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE VIII - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE IX - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE X - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE XI - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE XII - RPH
TRATAMENTO PSIQUIATRICO EM HOSPITAL CLASSE XIV - RPH

Fonte: DataSus/ SIH – Organização do Autor

ANEXO 2) PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAL GERAL

Procedimentos realizados em Hospital Geral
DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM PSIQUIATRIA
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA - EM HOSPITAL GERAL (POR DIA)
DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL

Fonte: DataSus/ SIH – Organização do Autor

ANEXO 3) IDH-M, ÍNDICE DE POPULAÇÃO SUS E POPULAÇÃO TOTAL POR SUBPREFEITURA

	idhm	Índice de população SUS	População 2000	População 2010
Município de São Paulo	0,84	0,56	10.434.252	11.253.503
Aricanduva/Formosa/Carrão	0,87	0,50	266.838	267.702
Butantã	0,89	0,50	377.576	428.217
Campo Limpo	0,81	0,60	505.969	607.105
Capela do Socorro	0,79	0,61	563.922	594.930
Casa Verde/Cachoeirinha	0,83	0,54	313.323	309.376
Cidade Ademar	0,79	0,60	370.797	410.998
Cidade Tiradentes	0,77	0,69	190.657	211.501
Ermelino Matarazzo	0,82	0,57	204.951	207.509
Freguesia/Brasilândia	0,80	0,59	392.251	407.245
Guaianases	0,76	0,65	256.319	268.508
Ipiranga	0,86	0,50	429.235	463.804
Itaim Paulista	0,76	0,63	359.215	373.127
Itaquera	0,80	0,60	489.502	523.848
Jabaquara	0,86	0,52	214.095	223.780
Jaçanã/Tremembé	0,82	0,55	255.612	291.867
Lapa	0,93	0,43	270.656	305.526
M'Boi Mirim	0,77	0,64	484.966	563.305
Mooca	0,90	0,48	308.161	343.980
Parelheiros	0,74	0,60	111.240	139.441
Penha	0,85	0,55	475.879	474.659
Perus	0,77	0,63	109.116	146.046
Pinheiros	0,96	0,34	272.574	289.743
Pirituba	0,83	0,57	390.530	437.592
Santana/Tucuruvi	0,90	0,47	327.135	324.815
Santo Amaro	0,94	0,39	218.558	238.025
São Mateus	0,78	0,62	381.718	426.794
São Miguel	0,78	0,64	378.438	369.496
Sé	0,93	0,48	373.914	431.106
Vila Maria/Vila Guilherme	0,84	0,56	304.393	297.713
Vila Mariana	0,95	0,35	313.036	344.632
Vila Prudente/Sapopemba	0,82	0,58	523.676	531.113

Fonte: CeInfo, SMDU, Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo - Organização do Autor

ANEXO 4) DEMONSTRATIVO DE INTERRUPÇÃO DE INTERNAÇÕES

Data de saída				Data de internação			
ano	dia	mês	Número de Internações	ano	dia	mês	Número de Internações
2000	31	8	486	2000	1	9	441
2000	31	7	482	2000	1	8	398
2001	30	4	1.839	2001	1	5	2.027
2003	31	1	1.698	2003	31	1	1.481
2003	1	6	370	2003	31	5	363
2005	31	12	1.464	2006	1	1	1.511
2005	31	10	824	2005	31	10	595
2007	1	1	122	2006	31	12	130
2007	31	12	1.526	2008	1	1	1.374

Fonte: DataSus/ SIH – Organização do Autor

**ANEXO 5) LISTA DE MUNICÍPIOS QUE REALIZARAM INTERNAÇÕES DE PACIENTES
RESIDENTES DE SÃO PAULO**

Município de internação	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Total	18.718	14.310	9.748	13.320	11.972	13.376	13.529	15.838	14.101	13.907	14.389	153.208
São Paulo	14.162	12.229	9.458	12.079	11.679	12.510	13.056	15.003	13.455	13.632	14.070	141.333
Total de Internação demais municípios	4.556	2.081	290	1.241	293	866	473	835	646	275	319	11.875
Franco da Rocha	653	308	71	474	53	173	108	147	90	21	34	2.132
Sorocaba	802	311	18	132	6	116	26	176	162	11	9	1.769
Araras	529	228	12	107	14	89	92	91	88	9	3	1.262
Salto de Pirapora	639	238	5	105	5	95	8	84	49	2	4	1.234
Piedade	381	159	2	77	-	67	2	65	29	-	-	782
Casa Branca	278	174	8	40	9	38	7	28	29	4	2	617
Itapira	226	114	15	54	15	43	12	41	28	13	21	582
Osasco	58	29	14	97	105	95	85	41	9	7	5	545
Mococa	307	131	-	-	-	-	-	-	-	-	-	438
Diadema	-	13	46	25	31	59	62	50	48	43	58	435
Lins	107	59	1	21	2	8	3	5	11	-	5	222
Itaquaquecetuba	7	33	24	26	10	21	19	27	10	17	24	218
Santo André	42	32	3	-	-	3	2	4	28	49	40	203
Ribeirão Preto	104	37	4	12	-	8	2	5	5	-	2	179
Botucatu	110	42	-	-	-	-	-	-	-	-	2	154
Carapicuíba	1	5	6	5	5	5	7	15	18	38	42	147
Taboão da Serra	5	13	8	9	14	10	5	12	10	10	6	102
São José dos Campos	18	12	11	20	3	13	4	6	2	1	6	96
Ribeirão Pires	63	26	1	-	-	-	-	-	-	-	-	90
Bauru	38	35	1	9	1	-	-	-	-	-	-	84
Garça	46	24	-	5	-	-	-	-	-	-	-	75
Mauá	2	4	1	1	7	4	13	9	7	5	8	61
São Roque	28	20	9	-	-	-	-	-	-	-	-	57
Espírito Santo do Pinhal	51	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	55
Campinas	2	9	8	8	5	4	1	5	1	2	3	48
Mogi das Cruzes	-	-	-	-	-	5	5	7	3	11	8	39
Piracicaba	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
Guarulhos	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11	18	33
Indaiatuba	7	5	2	3	-	3	1	2	1	1	-	25
Amparo	1	1	8	5	3	1	1	-	-	1	-	21
Ferraz de Vasconcelos	1	2	8	2	-	-	-	-	-	-	6	19
Pirapozinho	10	4	-	1	-	1	-	1	1	-	1	19
Barueri	-	-	-	-	-	-	2	1	3	5	5	16
Itapevi	-	-	-	-	1	-	1	1	-	7	2	12
Americana	2	4	-	-	-	1	1	1	-	-	1	10
São Bernardo do Campo	-	-	-	-	-	-	-	2	4	3	-	9
Presidente Prudente	-	6	-	1	-	-	-	1	-	-	-	8
Praia Grande	-	-	-	-	-	-	1	3	3	-	-	7
Catanduva	-	-	-	1	-	-	1	3	-	-	-	5
Santos	1	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	5
Cubatão	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	4
Peruíbe	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	4
Guaratinguetá	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	3
Jaú	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	3
Franca	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Marília	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
Ourinhos	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Penápolis	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Embu das Artes	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Rio Claro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

Fonte: DataSus/ SIH – Organização do Autor

ANEXO 6) ÍNDICE DE NECESSIDADES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR SUBPREFEITURA, 2008

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, *CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação*, 2008

ANEXO 7) SUBPREFEITURAS POR ORDEM CRESCENTE DE IDHM

	Subprefeitura	IDHM 2000
Ordenação Crescente	Município de São Paulo	0,841
1	Parelheiros	0,744
2	Guaianases	0,756
3	Itaim Paulista	0,763
4	Cidade Tiradentes	0,766
5	M'Boi Mirim	0,773
6	Perus	0,773
7	São Miguel	0,777
8	São Mateus	0,779
9	Capela do Socorro	0,787
10	Cidade Ademar	0,793
11	Freguesia/Brasilândia	0,800
12	Itaquera	0,803
13	Campo Limpo	0,809
14	Ermelino Matarazzo	0,816
15	Vila Prudente/Sapopemba	0,820
16	Jaçanã/Tremembé	0,823
17	Pirituba	0,826
18	Casa Verde/Cachoeirinha	0,832
19	Vila Maria/Vila Guilherme	0,836
20	Penha	0,846
21	Jabaquara	0,858
22	Ipiranga	0,860
23	Aricanduva/Formosa/Carrão	0,866
24	Butantã	0,885
25	Santana/Tucuruvi	0,903
26	Mooca	0,904
27	Sé	0,928
28	Lapa	0,932
29	Santo Amaro	0,939
30	Vila Mariana	0,952
31	Pinheiros	0,956

Fonte: Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo – Organização do Autor

CURRÍCULO LATTES DO AUTOR

8/9/13

Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Felipe Szabzon)

Felipe Szabzon

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0009398144537775>
Última atualização do currículo em 04/08/2013

É pós graduando da Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP) e bacharel com formação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Atualmente é pesquisador do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, onde participa do Núcleo de Saúde, Cidadania e Desenvolvimento (NSCD) e do Centro de Estudos da Metrópole (CEM/CEPID e CEM/INCT), vinculado a linha de pesquisa 'Condições de vida, Estado e políticas públicas'. A CAPES disponibilizou uma bolsa de mestrado no âmbito do projeto INCT para Estudos da Metrópole. Já atuou na Secretaria Municipal do Trabalho, onde desenvolveu projeto premiado no concurso de Melhores Práticas de Estágio no ano de 2008. Seu interesse está voltado para questões como Políticas Públicas, Saúde Coletiva, Saúde Mental e Sistemas de Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Felipe Szabzon
Nome em citações bibliográficas SZABZON, Felpe

Endereço

Endereço Profissional Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.
R. morgado de mateus, 615
Vila mariana
04015-090 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 55740399
Ramal: 118
URL da Homepage: www.cebrap.org.br

Formação acadêmica/titulação

2011 Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Utilização de Leitos Psiquiátricos em São Paulo: Um estudo
Exploratório, Orientador: Fabíola Zioni.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
Palavras-chave: Políticas Públicas; Políticas de Saúde; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; SUS.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

2003 - 2009 Graduação em Faculdade de Psicologia PUC-SP.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: Participação Social e Promoção de Saúde: Relatos de uma Experiência.
Orientador: Odair Furtado.

Formação Complementar

2011 - 2011 Análise Espacial e Geoprocessamento em Saúde. (Carga horária: 75h).

buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4447836H5

1/5

Endereço para acesso: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4447836H5>

CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

8/9/13

Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Fabiola Zioni)

Fabiola Zioni

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3865892368069931>
Última atualização do currículo em 30/07/2013

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França. Atualmente é responsável pela disciplina de pós graduação Saúde e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública-USP. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde. Foi presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP de 2006 a 2010. Atualmente é vice- coordenadora do Curso de Especialização à Distância Docência de Sociologia no Ensino Médio e autora e responsável pelo Bloco Sociologia - Teorias Clássicas e Contemporâneas e Temas e métodos de pesquisa em sociologia (USP-Secretaria de Estado de Educação - Estado de São Paulo. Desde 2011 é Diretora do CORAL USP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Fabiola Zioni
Nome em citações bibliográficas	ZIONI, F.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617757 Fax: (11) 30617757 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2005	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública. Título: Exclusão social: noção ou conceito, Ano de obtenção: 2005. Palavras-chave: exclusão social; participação política; políticas públicas; Políticas Sociais; Sociologia da Saúde.
2005 - 2005	Pós-Doutorado. Universidade Victor Segalen. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
2001 - 2002	Pós-Doutorado. Universidade Victor Segalen. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Grande área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Fundamentos da Sociologia.

buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4787515T3

1/32

Endereço para acesso: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4787515T3>