JOSÉ MARCOS GARCIA

**ESTUDO SOBRE O PERFIL DE INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA NA CIDADE DE TUPÃ - SÃO PAULO**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM CIÊNCIAS.**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
CUIDADOS EM SAÚDE.**

**ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a ANA
LUISA ARANHA E SILVA.**

**São Paulo
2013**

JOSÉ MARCOS GARCIA

**ESTUDO SOBRE O PERFIL DE INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA NA CIDADE DE TUPÃ - SÃO PAULO**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM CIÊNCIAS.**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
CUIDADOS EM SAÚDE.**

**ORIENTADORA: PROF.^a DR^a ANA
LUIZA ARANHA E SILVA.**

**São Paulo
2013**

VERSO DA FOLHA DE ROSTO

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL
OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA,
DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Garcia, José Marcos

Estudo sobre o perfil de internação psiquiátrica na Cidade de
Tupã - SP / José Marcos Garcia. – São Paulo, 2013.

78 p.

Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Instituições de assistência ambulatorial 2. Desinstitucionalização
3. Política de Saúde 4. Reforma Psiquiátrica 5. Enfermagem
6. Instituições de saúde 7. Tupã I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

José Marcos Garcia

Estudo sobre o perfil de internação psiquiátrica na Cidade de Tupã - SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais

porque me ensinaram não haver verdadeira justiça sem amor, porque o amor é a primeira divisa que temos; nem há verdadeira caridade sem justiça: uma e outra, para serem sinceras não devem contentar-se com palavras, mas concretizar-se em gestos: respeitar todos os direitos do ser humano e procurar a autentica promoção humana no espírito de Deus.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva, pela competência e respeito com que conduziu este processo, me acolheu no meio desse percurso e sem ela este trabalho não teria esse desfecho.

Às Professoras Dr^a Sonia Barros e Dr^a. Luciana de Almeida Colvero, pelas contribuições durante apresentações para o Grupo de Pesquisa e no Exame de Qualificação.

EPÍGRAFES

Por toda a parte nos resta ainda uma alegria.
A dor cura e entusiasmo. Quem sabe sobre a própria
Miséria, está mais alto. E é magnífico saber que só
Na dor sentimos bem a liberdade da alma.

Holderlin, Hyperion

Concedei-nos Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não
podemos modificar; coragem para modificar aquelas que podemos e
sabedoria para distinguir uma da outra...

Oração da Serenidade

La única lucha que se pierde es la que se abandona.

Asociación Madres de Plaza de Mayo

Garcia JM. Estudo sobre o perfil de internação psiquiátrica na Cidade de Tupã - SP [mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

O objeto de estudo desta Análise Documental foi o padrão de internações psiquiátricas no Município de Tupã. Os objetivos do estudo foram: caracterizar a rede de atenção psicossocial da Cidade de Tupã; quantificar o número de internações psiquiátricas na Cidade de Tupã no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012; descrever a conformação social, demográfica e epidemiológica da população internada. As fontes dos dados empíricos foram o Livro de Registro de Internações e os Prontuários dos usuários do Ambulatório de Saúde Mental da Cidade de Tupã. Esta estratégia permitiu localizar os usuários encaminhados para internação psiquiátrica no período de 12 meses (janeiro a dezembro de 2012). O Instrumento de Coleta dos dados empíricos foi o Questionário do Censo Psicossocial dos pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (Barros, Bichaff, 2008). Os resultados indicam que a rede pública de saúde mental da Cidade de Tupã restringe-se ao Ambulatório de Saúde Mental e dois hospitais psiquiátricos que são referência para o IX Departamento Regional de Saúde de Marília; observa-se um alto índice de internação de usuários do sexo masculino, em particular de dependentes de álcool e outras drogas, seguidos de pessoas portadoras de transtornos mentais, a despeito da vigência da Lei 10.216; não há anotações nos Prontuários sobre a opinião dos familiares sobre a oferta terapêutica única ser a internação psiquiátrica. Recomenda-se que o gestor local alinhe-se às políticas públicas de saúde mental do Sistema Único de Saúde brasileiro e sustente o direito dos usuários ao cuidado em liberdade.

Palavras Chave: Institucionalização. Desinstitucionalização Psiquiátrica. Política de Saúde. Enfermagem

Garcia JM. Study about the profile of psychiatric hospital admissions in Tupã City – SP [master]. São Paulo: Nursing School of the University of São Paulo (USP); 2013

ABSTRACT

The object of study in this Document Analysis was a study about the psychiatric hospital admissions profile in Tupã county. The study objectives were: to characterize the psychosocial attention network of the city of Tupã; to quantify the number of psychiatric hospitalizations in the city of Tupã in the period from 1st January to 31 December 2012, to describe the social, demographic and epidemiological conformation hospitalized. The empiric database came from the Register of Admissions and Medical Records of the patients from the Mental Health Daycare Center of Tupã. That strategy allowed to track the users referred to psychiatric hospital admissions in the period of 12 months (January to December 2012). The empirical Data Collection Instrument was the Census Psychosocial Questionnaire from the patients that live in psychiatric hospitals of São Paulo's state (Barros, Bichaff, 2008). The results indicate that the public mental health network in Tupã is restricted to the Mental Health Daycare Center and two psychiatric hospitals that are reference to the XI Regional Health Department of Marília; there was found a high index of male hospital admissions, particularly of those with alcohol and other drugs dependence, followed by people with mental disorders, despite the enactment of Law 10.216; there aren't notes in the Medical Records about what were the families' opinion that the only therapeutic possibility was the psychiatric hospital admission. It is recommended that the local manager aligns itself to the public mental health policies of the Brazilian Unified Health System and support the system users' rights to care and to freedom.

Keywords: Institutionalization. Psychiatric deinstitutionalization. Health Policy. Nursing

LISTA DE SIGLAS

ASM	Ambulatório de Saúde Mental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – décima edição
CID-9	Classificação Internacional de Doenças - nona edição
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS/RRAS	Departamento Regional de Saúde / Redes Regionais de Saúde
F00-F09	Transtornos Mentais Orgânicos
F10-F19	Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias Psicoativas
F20-F29	Esquizofrenia e Transtornos esquizotípicos
F30-F39	Transtornos do Humor (afetivos)
F40-F48	Transtornos Neuróticos, transtornos relacionados com o “STRESS” e Transtornos Somatofórmes
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SHRad	Serviço Hospitalar de Referencia para Álcool e outras Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	1
Sobre a eleição de um objeto para estudar	3
1. Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira	8
2. Objetivos do estudo.....	16
3. Métodos.....	17
3.1 Bases legais e conceituais de referência sobre o modelo de atenção à saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.....	17
3.2 Cenário do estudo.....	24
3.3 Tipo de estudo, procedimentos de coleta e análise dos dados ..	29
4. Relatório consubstanciado dos dados	32
4.1 A atenção à saúde mental na Cidade de Tupã.....	32
4.2 Descrição das internações psiquiátricas na Cidade de Tupã.....	35
4.3 Padrão de reinternação psiquiátrica na Cidade de Tupã	45
4.4 As razões dos familiares?.....	48
5. Recomposição das bases éticas que orientam o processo do cuidado em saúde mental em Tupã	51
6. Referências.....	57
ANEXO 1: Questionário do Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo	
ANEXO 2: Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	
ANEXO 3: Carta de Aprovação do Secretário Municipal de Saúde de Tupã	
ANEXO 4: Carta de Aprovação do Diretor do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã	

Apresentação

Esta dissertação destina-se a responder a um dos requisitos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

A justificativa e a necessidade da construção teórica sobre o tema das internações psiquiátricas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira pós-decretação da Lei 10.216, de 2001, foi abordada de forma sintética, considerando minha trajetória profissional e fundamentalmente a atividade docente compreendida como um horizonte desejável de práticas transformadoras do real e da vida das pessoas.

O Capítulo 1 é dedicado a uma breve consideração sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e o conceito de desinstitucionalização, aqui tomado como ações no campo da saúde mental que buscam ampliar o acesso das pessoas que vivem a experiência de sofrimento psíquico intenso aos direitos de cidadania, com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade das pessoas em geral e garantindo-lhes o direito ao cuidado em liberdade.

Os objetivos da pesquisa estão definidos no Capítulo 2.

O Capítulo 3 trata dos Métodos.

No Item 3.1 são descritas as bases legais de referência da Reforma Psiquiátrica brasileira, as Portarias e Leis, a rede de cuidados e os dispositivos que estabelecem o direito ao tratamento em liberdade e de forma menos restritiva possível para as pessoas acometidas por transtornos psíquicos; o Item 3.2 apresenta o cenário do estudo, caracterizando geograficamente o Município de Tupã na Macro-Região de Saúde do IX Departamento Regional de Saúde de Marília, ressaltando a Micro-Região de Saúde que o Município de Tupã é referência; o Item 3.3 trata do tipo de estudo e dos procedimentos de coleta e análise dos dados empíricos.

No Capítulo 4 os dados empíricos são descritos e analisados na forma de um Relatório Consubstanciado.

O Item 4.1 descreve o modelo de atenção à saúde mental no Município de Tupã, basicamente os equipamentos, constituídos por um Ambulatório de Saúde Mental e dois hospitais psiquiátricos que são referência para a Micro-Região de Saúde onde o Município é referência; no Item 4.2 é descrito o perfil das internações por diagnósticos do CID 10, a incidência de internação por faixa diagnóstica, sexo, faixa etária, profissão e procedência, manejo de medicação e situação jurídica; no Item 4.3 é destacado o fenômeno da reinternação psiquiátrica em 2012, que chama atenção pela frequência alta, recorrência e pela característica da faixa do CID 10. Finalmente, o Item 4.4 aborda a questão dos familiares.

No Capítulo 5 são apresentadas os comentários e algumas sugestões para uma superação desejável deste cenário.

A ideia é que esta dissertação, ao ser apresentadas em fóruns científicos, técnicos e de gestão, possa sensibilizar, alcançar e provocar os atores sociais no campo da Saúde Mental: usuários, familiares, gestores, sociedade civil organizada e sociedade política, para a aproximação e apropriação deste universo desafiador que é a desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e das políticas de saúde mental do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Ao final, o estudo disponibiliza as Referências Bibliográficas utilizadas e documentos anexos considerados relevantes para complementação das informações do corpo do trabalho.

Sobre a eleição de um objeto para estudar

O interesse pelo tema da pesquisa tem origens ainda na graduação em enfermagem, quando fiz contato pela primeira vez com uma instituição psiquiátrica, em torno do ano de 1996.

Uma área desconhecida para mim, apesar de já estar atuando na área da saúde em hospital geral e no dia a dia tivesse contatos eventuais com pacientes psiquiátricos.

O estágio na área de psiquiatria me sensibilizou. Foi quando pude sentir o significado real da institucionalização dos pacientes psiquiátricos, dentro da instituição psiquiátrica, fazendo parte desse ambiente institucional.

Naquele cenário pude refletir sobre o modelo manicomial, que vinha recebendo críticas por seu caráter iatrogênico e excludente, e sobre as possibilidades práticas de outra forma de tratar que tinha suas origens na Itália, com a Psiquiatria Democrática.

Com certa experiência noutros segmentos na área da assistência à saúde e com a experiência de trabalho em uma clínica psiquiátrica, por quase oito anos, tive a oportunidade de conhecer as trajetórias de vidas dos doentes mentais e de seus familiares.

Ouvia relatos sobre as dificuldades no convívio das famílias em seus domicílios com os parentes que sofrem de transtornos mentais graves, dificuldades de relacionamentos pela carência econômica, pela falta de suporte material, e empatizava com a dificuldade que estas pessoas expressavam no manejo com o doente mental.

A premissa era que o despreparo para esse cuidado e para o enfrentamento adequado dos problemas cotidianos contribuía para as internações e reinternações em hospitais psiquiátricos, ou seja, a intensificação do convívio entre as famílias, no domicílio, com as pessoas portadoras de transtornos mentais graves e moderadas gerava grandes dificuldades de relacionamento.

Durante as internações por períodos prolongados notava-se que os familiares demonstravam menos sobrecarga psicológica e que a iminência da alta gerava ansiedade por parte de alguns que, muitas vezes, recorriam aos profissionais procurando orientações para que se fizessem novas internações.

Observava-se também que nas internações com períodos de tempo menores, os doentes realizavam várias internações no mesmo mês, e ainda recorriam a novas internações inclusive no mesmo dia da alta hospitalar.

Neste período foi possível passar por experiências difíceis como conduzir os pacientes que recebiam alta médica programada, e embora os familiares soubessem da alta, era comum que o paciente na chegada da sua residência a encontrasse fechada, sem ninguém para recebê-lo, o que motivava seu retorno ao hospital psiquiátrico.

O paciente ficava a cargo do serviço social que realizava novos contatos com os familiares ou os responsáveis para que na ocasião da alta ele fosse recebido em sua casa. Muitas vezes os familiares deixavam de visitar seus doentes por falta de recursos financeiros, ou por medo de ter que leva-los de alta, e isto evidenciava que os responsáveis pelo paciente não apresentavam qualquer crítica sobre o estigma advindo do tratamento institucional.

Nesse sentido, existia [e existe] uma valorização e uma validação do modelo asilar como a melhor opção de tratamento, por parte dos familiares [e da política local], até porque esta é a única opção de apoio oferecida pelas políticas públicas de saúde mental do Município de Tupã.

Essas situações, esses comportamentos, levaram à reflexão que os familiares desconhecem formas de cuidados substitutivos, como os serviços territoriais comunitários bem como a rede de atenção psicossocial.

Por outro lado, é de se inferir que o conhecimento dos profissionais da saúde mental a respeito destes dispositivos, bem como das reais condições de vida dos familiares e das pessoas com transtornos mentais é fragmentado.

Desta forma, produzir conhecimento sobre este contexto é de suma importância para orientar o manejo dos profissionais, familiares e dos

próprios usuários do sistema, visto que as expectativas, percepções e atitudes da rede familiar em relação à pessoa com transtorno mental se encontram cristalizadas, dificultando a inserção social, reforçando o tratamento institucional.

A oportunidade para aprofundar a compreensão do fenômeno das internações psiquiátricas, surgiu com a experiência da docência. Os alunos, ao passarem por estágios, trazendo suas histórias e abordagens socioculturais, inquietavam-se com o ambiente institucional e as histórias de vida dos pacientes psiquiátricos.

Durante a disciplina teórica de enfermagem psiquiátrica uma universitária por várias vezes abordou uma história familiar dizendo que uma parente sua estava internada há décadas, mencionou a cisão familiar em torno da internação e algumas circunstâncias do desenrolar dos fatos. O nome do hospital onde sua parenta tinha sido internada foi omitido à época.

Durante o estágio, em posse das características e do nome, a aluna reencontrou sua familiar, mas de imediato elas não foram apresentadas. Em função do diagnóstico médico da paciente que era F20 – esquizofrenia, e para não alimentar expectativas que pudessem gerar desconforto para ambas, resolveu-se levar o caso ao conhecimento da direção e num segundo momento programar o reencontro.

Os familiares vieram até o hospital e trouxeram o álbum de formatura em educação física da paciente. A paciente recebeu alta e hoje se encontra com seus familiares. Os familiares, que eram contra a institucionalização, na época não puderam contribuir para que os fatos não fossem daquela forma, por dificuldades socioeconômicas e de relacionamento familiar.

Fatos como esse levam a pensar nas internações de forma crítica, porque elas podem contribuir para a exclusão e causar danos irreparáveis.

É fato que a convivência familiar no domicílio do egresso das internações psiquiátricas tem que ser mantida, mas o resultado da experiência acima revela que as percepções das famílias foram submetidas ao discurso e prática desenvolvida pelos profissionais da instituição de saúde.

O modelo institucional, nesse caso, valoriza, mas apenas no discurso, a relação com os familiares como recurso para a reabilitação do doente. Na prática os profissionais não as valorizam, porque quando consideram essa relação, oferecem a institucionalização como resposta às necessidades dos familiares. Este círculo reproduz relações de dependência institucional e reforça a resistência do familiar em aceitar a alta hospitalar do doente.

A lentidão local no processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica, as internações recorrentes, as alterações nos laços afetivos, o despreparo da família para conviver com o doente e o desconhecimento do modelo substitutivo ao hospital, são alguns dos determinantes que dificultam a produção do cuidado integral e da inserção social do doente mental.

O percurso na assistência e na docência fez com que se revelasse a necessidade de aprofundar a reflexão sobre essas temáticas, envolvendo estratégias mais humanizadas de cuidado.

A família, como a primeira instituição de cuidado ao doente, deve ser integrada no tratamento de forma a agir como agente terapêutico e contribuir para uma reinserção social satisfatória, compondo processos cuidadosos de desinstitucionalização junto com os trabalhadores da saúde, com estratégias de cuidado territorial e em liberdade. Se não for dessa forma o que se faz é simplesmente desospitalizar temporariamente esses doentes.

Entretanto, todos aguardam pela internação: o doente, seus familiares, os trabalhadores do hospital psiquiátrico e o próprio hospital, que garante seus recursos financeiros, por meio da Autorização de Internação Hospitalar, AIH, e da vida dessas pessoas.

O gestor do município é o ator que pode construir a rede de cuidados de saúde mental, uma vez que é ele quem pode identificar a necessidade local e solicitar recursos para disponibilizar formas de tratamento e estratégias territoriais, já disponíveis na esfera federal, e que é responsável solidária, junto com a esfera estadual, na implantação dessas políticas. Dessa maneira os familiares e usuários poderiam beneficiar do poder de escolha e exercer seus direitos de cidadania, requisito este, que

para a pessoa com transtorno psíquico torna-se, de início, processo terapêutico.

Tal contexto, analisado à luz do atual momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na vigência da Lei 10.216 de abril de 2001, que não coibiu tal prática, fez emergir como o objeto de estudo o perfil de internação psiquiátrica na Cidade de Tupã, visto que ainda é um fenômeno recorrente e que merece ser estudado.

1. Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira

Este estudo associa a concepção de desinstitucionalização às ações que buscam ampliar o acesso aos direitos de cidadania das pessoas institucionalizadas em leitos asilares, das que ocupam leitos psiquiátricos de alta circulação e das que vivem em situação de institucionalização domiciliar, às ações de saúde que as coloquem no mesmo patamar de sociabilidade das pessoas em geral e às ações políticas que garantam o seu direito dessas ao cuidado em liberdade.

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, (Ministério da Saúde, 2011), hoje no Brasil, o Sistema Único de Saúde, SUS, contempla os princípios da Reforma Psiquiátrica: cuidar em liberdade, em rede de serviços comunitários articulados aos recursos do território e garantir os direitos básicos de cidadania das pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

A promulgação da Lei nº 10.216 em 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e dá outras providências, dá a sustentação jurídica necessária para que o tratamento dessas pessoas seja realizado nos serviços comunitários de saúde mental com a principal finalidade de procurar sua reinserção social. A internação, quando indicada e de curta permanência, deve ser efetivada em enfermaria psiquiátrica de hospital geral quando os recursos comunitários se mostrarem insuficientes.

Entretanto, a desconstrução conceitual e prática da concepção que o hospital psiquiátrico é o melhor lugar de tratamento é bastante complexa, principalmente junto à população que não tem acesso às discussões sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e aos serviços comunitários.

Essa desconstrução está alinhada à análise de Rotelli:

o mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade (Rotelli, 2001).

Tal perspectiva teórica e prática questiona e recusa o modelo asilar e provoca um “deslocamento do centro de gravidade das práticas psiquiátricas do hospital, para aquilo que se denomina nos Estados Unidos comunidade, na França, setor, na Itália, território, etc.” (Tundis, 2001).

No Brasil, sob a gestão do Sistema Único de Saúde, SUS, o Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, é definido como o serviço que pode romper com o modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, produtor de isolamento, segregação, submissão e exclusão do doente do seu meio social.

Entretanto, se as estruturas e modelos antagônicos ao hospital psiquiátrico se diversificam nas experiências de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, a permanência das pessoas nos leitos asilares produz sempre a mesma cena.

Para (Rotelli, 2001),

no modelo clínico-psiquiátrico, o olhar médico encontra a doença, e não o doente, uma patologia e não uma biografia e uma subjetividade, que desaparece atrás da objetividade da descrição dos sintomas, porque estes sintomas não remetem a forma de viver das pessoas, seus hábitos adquiridos e o modo de viver em seu ambiente, mas o seu quadro clínico (Rotelli, 2001).

E para Valentini (2001),

o momento de ser liberado da instituição e voltar ao convívio social são aguardados pelos internos, mas na maioria das vezes acompanha angústia e incerteza de como será sua vida na realidade externa [...] essa internação em hospitais psiquiátricos agrega desvalor ao paciente, que passa a valer menos na convivência com seu grupo onde mora (Valentini, 2001).

Estudos e análises demonstram que durante a internação psiquiátrica as regras básicas de convivência vão desaparecendo e ao sair, a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito. O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira nega essa instituição que retira do paciente sua autonomia e capacidade de fazer escolhas.

De acordo com Spadini, (2006)

a doença mental entendida pela comunidade como uma doença de causa não muito bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos, o que possibilita a manutenção até os dias atuais do paradigma da exclusão social, que se resume em isolamento dos doentes que não vivem dentro dos padrões sociais habituais (Spadini, 2006).

E ainda, a doença mental, “explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais, necessita de assistência adequada, com a finalidade de ressocialização do doente e de apoio adequado para este e para a família”, todavia, os processos de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial são difíceis, pois em alguns segmentos da população, ainda “é vista como transgressões de normas sociais, consideradas uma desordem, não sendo tolerada e, portanto, segregada” (Spadini, 2006,).

Segundo Foucault (1972):

a exclusão do doente mental se perpetuou no tempo de uma forma que até hoje o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas através de medicamentos e por manter o doente mental em instituição psiquiátrica, retirando-o da família, mercado de trabalho, dos vínculos sociais, ou seja, excluindo-o da sociedade (Foucault, 1972).

Ou seja, o saber psiquiátrico isolou o doente mental da sociedade e o colocou numa instituição especializada, argumentando que este procedimento é necessário para sua proteção e para a proteção da sociedade, alimentando o círculo vicioso das internações recorrentes.

Considerando a reorientação do modelo de atenção em curso no Brasil, os gestores, os profissionais, os próprios usuários do sistema, os familiares e as universidades assumem um importante papel no cuidado e no processo de reabilitação psicossocial das pessoas que sofrem de transtornos psíquicos.

Entretanto, empiricamente, no cotidiano do trabalho institucional, dentro do próprio hospital psiquiátrico, como é o caso do autor deste estudo, observa-se que os profissionais não médicos, de forma geral, os familiares e o próprio paciente não participam efetivamente do tratamento, tendo em vista que, durante o período de internação o paciente fica com o vínculo familiar diminuído, os profissionais não médicos reproduzem a conduta médica, sem protagonismo ou autonomia, o que dificulta, entre outras coisas, a sua volta para casa.

A afirmação que as famílias não se responsabilizam por seu membro, delegando sua tutela ao hospital psiquiátrico, é um dos reflexos do processo ideológico da culpabilização e de cumplicidade atribuídos às mesmas no modelo psiquiátrico tradicional (Saraceno, 1999 apud Leão; Barros, 2008).

No período da internação este é o cenário: minoridade civil das pessoas, sujeição ao poder médico e judiciário, culpabilização dos familiares, alienação dos profissionais não médicos, anuência do gestor de saúde.

Por outro lado, uma pesquisa que analisou o cotidiano das pessoas no período entre hospitalizações psiquiátricas concluiu que mesmo quando não estão internadas as pessoas com transtorno mental continuam excluídas, em decorrência da ideologia manicomial que "ultrapassa os muros do manicômio e passa a ser concretizada nas relações do paciente mesmo quando ele está fora da internação, na comunidade" (Salles, 2005).

Ao contrário dos cenários acima, os processos de desinstitucionalização, alinhados às diretrizes das políticas públicas de saúde mental do Sistema Único de Saúde brasileiro, podem promover a integração da pessoa com transtorno mental com seu ambiente, sua família e constituir-se numa estratégia para a reconstrução processual e cuidadosa de relações efetivas com seu meio social.

Esta concepção de desinstitucionalização pode ser entendida como

um processo, a um só tempo, de desconstrução de saberes e práticas – exposto, sobretudo nos princípios de colocar entre parênteses a doença mental, o que permite a identificação e a

desmontagem do duplo da doença mental, e no trabalho com o sujeito concreto, encortinado pelo conceito de doença -, a de invenção prático-teórico de novas formas de lidar, não mais com a doença, mas com o sujeito doente (Taleikis, 2009 apud Amarante, 1996).

A experiência italiana, a partir de Franco Basaglia, e especialmente em Trieste, conseguiu mudanças profundas no modelo da psiquiatria centrada no hospital psiquiátrico.

O conceito de desinstitucionalização, dentro da tradição Basagliana, se diferencia do simples desmonte do hospital psiquiátrico, ampliando esse desmonte para os mecanismos psiquiátricos de exclusão/controle. Rotelli, apud Barros (1994), afirma que:

o processo de desinstitucionalização não reside nos dias atuais, na remoção dos sintomas, mas na produção de possibilidades de vida, dentro de um modelo cultural que não seja mais a custódia ou a tutela, mas a construção de projetos que aumentem as possibilidades e probabilidades de vida, entendendo assim a terapia como rearlargamento dos espaços de liberdade últimos do sujeito humano no sentido de sua emancipação, aumentando os estatutos de liberdade à sua volta (Barros, 1994).

Para Rotelli (2001) os processos de desinstitucionalização incluem:

1. A mobilização de todos os sujeitos sociais envolvidos como atores;
2. A transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições, pacientes e pacientes, pacientes e profissionais;
3. A construção de estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nasçam da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

O autor diferencia o conceito de desinstitucionalização de desospitalização, esta última compreendida como a

política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos e em alguns casos, embora não

freqüentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos (Rotelli, 2001).

Assim, a busca da transformação do modelo psiquiátrico não deve se limitar simplesmente à abolição das estruturas manicomiais, mas à construção de novas formas de cuidar, onde os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças,

mesmo porque a desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações [...] que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (Amarante, 2001).

O desafio da desinstitucionalização é entendido como premissa da Reforma Psiquiátrica. Ao envolver gestores, profissionais, o próprio paciente e a família na responsabilidade sobre o tratamento e ao dar suporte a esta “para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura e a sobrecarga, a carga emocional da família e do próprio usuário é amenizada, aumentando o nível de interação e empatia entre eles” (Borba, Schwartz, Kantorski; 2008).

Além do que

é preciso profissionais comprometidos com a ética, preparados para identificar os recursos disponíveis na comunidade e saber interferir e interagir na hora adequada. Profissionais que saibam ouvir, avaliar, identificar, planejar e intervir com famílias de portadores de transtornos mentais; que saibam oferecer um cuidado diferenciado, que dêem suporte à dor do paciente e oportunidade para ele expressar seus sentimentos e suas expectativas (Waidman, Elsen, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica tem oferecido um vasto elenco de objetos de estudo para a produção científica sobre o tema, no ritmo da progressão e do desenvolvimento das políticas públicas, uma vez que elas provocam efeitos sobre a organização da rede de cuidados, ao mesmo tempo

em que sofre os efeitos desta mesma nova forma de organização (Brasil, 2005).

Os recursos para os processos de desinstitucionalização, com acesso a algum tipo de proteção social, econômica ou previdenciária, que estão disponíveis nas diretrizes políticas e operacionais da Reforma Psiquiátrica (como o Programa de Volta pra Casa, PVC, ou o acesso à Lei Orgânica de Assistência Social, LOAS), muitas vezes não são geridos de forma coerente com as necessidades de cada paciente e sua família. Porque muitas vezes são geridos pelos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, um procedimento na contra mão da reabilitação como cidadania e dos processos de desinstitucionalização responsável (Barros, Bichaff, 2008).

Diante desta realidade expressa em trabalhos teóricos, em relatos de experiência e a partir da própria experiência do autor, este estudo buscou entender porque uma cidade do interior de São Paulo continua realizando internações psiquiátricas após a Lei 10.216, ou Por que os profissionais indicam a internação psiquiátrica? Existem outros recursos para evitar essa problemática?

O que se pretende é documentar e analisar o perfil de internação psiquiátrica da Cidade de Tupã e oferecer subsídios para o alinhamento da política local às diretrizes do SUS, se for do interesse da gestão pública de saúde mental local.

A idéia inicial deste estudo era que os familiares eram os responsáveis por aceitarem passiva ou ativamente as internações psiquiátricas recorrentes e contribuírem, de forma voluntária ou involuntária, com os processos de institucionalização de seus familiares.

No entanto, durante o processo de Captação da Realidade Objetiva (Egry, 1996), realizado em 2011 no Ambulatório de Saúde Mental de Tupã, para fundamentar essa pesquisa, constatou -se:

- a. a realização de 573 (quinhentas e setenta e três) internações durante o período de 01/01/2011 a 31/12/2011;
- b. que existe uma fila de pessoas que aguardam em suas residências por 10 (dez) e até 15 (quinze) dias as internações asilares no município.

Verificou-se que mesmo com a Lei 10.216, de 06/04/2001 e na vigência das normativas da esfera federal disponibilizando recursos para formas de tratamentos territoriais em liberdade, ainda existe uma demanda de pessoas que consomem internações psiquiátricas em Tupã e região e que não há uma rede de atenção psicossocial que possa minimizar as incidências e tendências de internações.

Tal é a complexidade desse cenário: uma população tolerante, com elevado índice de analfabetismo, que tem escasso acesso à reflexão sobre os problemas advindos desse modelo de tratamento, que não sabe que tem direito a tratamento territorial, preconizado pelas políticas públicas de saúde mental nos serviços comunitários e uma política local de saúde mental que não se alinha às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Diante desta realidade observada de forma empírica, tomou-se o desafio de estudar o perfil dessas internações.

A finalidade desse estudo é alcançar os gestores locais de saúde, que são os atores sociais fundamentais para desenvolver e consolidar essa forma de cuidado em liberdade, e dar a oportunidade às pessoas, por meio do cuidado comunitário, de exercer seu direito de cidadão, e atingir a reabilitação psicossocial e os familiares que podem vir a ser os futuros atores da Reforma Psiquiátrica no município.

E na docência, oferecer um ensino e uma formação profissional competente e crítica.

2. Objetivos do estudo

O objeto de estudo desta pesquisa é o perfil de internação psiquiátrica na Cidade de Tupã, no ano de 2012, a despeito da vigência da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.

Os objetivos do estudo são:

- a. Caracterizar a rede de atenção psicossocial da Cidade de Tupã;
- b. Quantificar o número de internações psiquiátricas na Cidade de Tupã no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012;
- c. Descrever a conformação social, demográfica e epidemiológica da população internada.

3. Métodos

3.1 *Bases legais e conceituais de referência sobre o modelo de atenção à saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*

As bases jurídicas e legais que sustentam o modelo comunitário de atenção à saúde mental em implantação no Brasil, desde o final da década de 1980, são constitucionais.

A Reforma Psiquiátrica tem sua origem junto à Reforma Sanitária e sua expressão maior foi a promulgação da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Sistema Único de Saúde, o SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Aranha e Silva, 2012)¹.

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil [...]. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (Brasil, 2012).

¹ Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627
Acesso em 07.02.2012

Com relação ao direito ao acesso a este patrimônio de todos os brasileiros, no Título I, das Disposições Gerais, fica definido o conceito de saúde como um conjunto de determinantes econômicas, sociais, de acesso a bens materiais e culturais, e não apenas de acesso a serviços sanitários (Aranha e Silva, 2012).

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Brasil, 2012).

No campo específico da saúde mental a sustentação jurídica do modelo comunitário, em rede e em liberdade (Aranha e Silva, 2012), se alicerça na Lei nº 10.126 de 06 de abril de 2001.

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

Art. 2 [...] Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...] II ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando

alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

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

Art. 4 [...] § 3 É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

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

Art. 6 A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (Brasil, 2004).

A rede de saúde mental, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, é constituída por dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial comunitária aos pacientes com transtornos mentais, de acordo com critérios populacionais e demandas dos municípios.

A Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, atualizou e regulamentou o atendimento hospitalar e ambulatorial e definiu o Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, nas suas diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, em grau crescente de complexidade e abrangência populacional e CAPSad II, para transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e CAPSi II, para crianças e adolescentes, como o equipamento organizador da rede de atenção à saúde mental.

A Portaria M/S nº 3.088, de 2011, das Redes de Atenção Psicossocial para atender pessoas com transtornos mentais, e necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e de outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde, define parâmetros para a organização do sistema local de saúde, mas orienta também que se atenda a realidade local.

No Artigo 2, incisos IV, VI, VII e IX define:

- IV Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- VI Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- IX Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (Brasil, 2011).

Além das especificações sobre a constituição da rede própria da atenção psicossocial, as diretrizes do SUS normatizam as ações de Saúde Mental na Atenção Básica que devem ser organizadas por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF, conforme a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008.

Nesta portaria, há a recomendação explícita de que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental, para realizar as ações de matriciamento que visam potencializar as Estratégias de Saúde da Família, ESF:

- Art. 4 - § 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo

de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 01 (um) profissional da área de saúde mental (Brasil, 2008).

Com relação à política pública de atenção a usuários de álcool e outras drogas, as normativas preveem a constituição de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo teórico e prático central no atendimento dos usuários/dependentes de álcool e outras drogas.

Além disso, é indicada a implantação de um serviço hospitalar de referência para álcool e outras drogas, SHRad, em Hospital Geral para os municípios com mais de 200.000 habitantes e que já oferecem atendimento especializado, como o CAPSad, no entanto, casos em que os municípios tenham população menor devem ser analisados, de acordo com a situação local (Brasil, 2003).

Em paralelo ao movimento de fortalecimento das redes territoriais de atenção psicossocial, persiste o movimento de redução dos leitos dos macro-hospitais psiquiátricos remanescentes.

Para isso a Portaria GM nº 251 foi editada em 31/01/2002 e instituiu o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar em psiquiatria e hospitais gerais com enfermaria ou leitos psiquiátricos.

As diretrizes políticas para a atenção à saúde mental no Brasil objetivam a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos e a garantia da assistência a estas pessoas na rede de atenção comunitária. Esta estratégia tenta garantir do acesso ao direito de ser tratado preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental, direito à inserção na família, no trabalho e na comunidade.

O modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde, forjado pelos movimentos sociais organizados da sociedade civil, a Reforma Psiquiátrica brasileira e o Movimento da Luta Antimanicomial, opera com dois eixos fundantes:

- a) viabilizar e garantir o atendimento das pessoas em serviços comunitários, organizadores da rede de atenção psicossocial, que são os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, nas suas diversas especificações e
- b) incentivo à implementação de políticas locais de ativação contínua de processos de desinstitucionalização das pessoas com longa permanência nos leitos psiquiátricos asilares remanescentes e descredenciamento dos leitos de hospitais psiquiátricos que persistem, mesmo após a promulgação da Lei 10.216 de 2001, no sistema de alta programada e imediata reinternação.

No campo da reabilitação psicossocial, o desafio das equipes locais é produzir estratégias que viabilizem formas dignas de morar, trabalhar e produzir redes de pertencimento e suporte social.

Afim de incentivar o retorno do usuário à convivência familiar, quando possível, ou viabilizar sua permanência fora do hospital psiquiátrico, acompanhada de estratégias de desinstitucionalização, operadas pelas equipes de saúde mental local, há a possibilidade de pagamento de benefício assistencial mensal temporário de R\$ 320,00, do Programa de Volta para Casa, conforme estabelece a Lei nº 10.708/2003 ² (Brasil, 2013).

No eixo da inserção no trabalho e geração de renda, a Portaria Interministerial nº 353, de 07 de março de 2005, instituiu o grupo de trabalho de saúde mental e Economia Solidária e fez publicar a Portaria Interministerial nº 1.169, de 07 de julho de 2005 que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvem projetos de inclusão social pelo trabalho destinado a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Em síntese, a ordenação legislativa fundamental que reorienta o modelo de atenção e as atuais práticas no campo da saúde mental na Brasil é:

²Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29814&janela=1 Acesso em 13 de maio de 2013.

- a. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a reorientação do modelo assistencial;
- b. Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a constituição dos CAPS por nível de complexidade e dispõe acerca do funcionamento de tais serviços com a criação de mecanismos próprios de financiamento;
- c. Portaria nº 245/GM em 17 de fevereiro de 2005, que destina incentivo financeiro para implantação de centros de atenção psicossocial e dá outras providências;
- d. Portaria M/S nº 3.088, de 2011, das Redes de Atenção Psicossocial para atender pessoas com transtornos mentais, e necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e de outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde vem provocando uma mudança consistente do modelo de atenção com financiamento e normatizações das redes de atenção, dos serviços comunitários de atenção à saúde mental no âmbito do SUS e avaliação dos hospitais psiquiátricos.

A articulação da esfera federal com os gestores do SUS das esferas estadual e municipal é fundamental para que as políticas locais de substituição do modelo asilar existente sejam efetivamente implantadas e para garantir o acesso aos direitos previstos na Lei nº 10.216/2001 aos usuários o sistema público de atenção à saúde mental.

Desta perspectiva, o gestor local é o ator fundamental que pode ativar o diálogo e fazer a iniciativa de habilitar seu município para as ações e programas centrais que transferem recursos econômicos e técnicos ao sistema local de saúde.

3.2 *Cenário do estudo*

O cenário do estudo é a cidade de Tupã, localizada no Centro Oeste paulista. Tupã compõe a Macro Região de Saúde de Marília, São Paulo, o IX Departamento Regional de Saúde, IX DRS.

Os Departamentos Regionais de Saúde, DRS, são

divisões administrativas da Secretaria Estadual de Saúde – SP, criadas pelo Decreto nº 51.433, do Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 28 de Dezembro de 2006, que estabeleceu 17 (dezessete) Departamentos de Saúde, responsáveis por coordenar as atividades da SES-SP no âmbito Regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (Barros, Bichaff, 2008³).

A instituição do DRS IX de Marília iniciou o processo de reorganização do sistema que resultou num desenho organizacional que busca contemplar as necessidades e as peculiaridades loco-regionais de saúde pautadas nos princípios da equidade, hierarquização e territorialização, na busca de uma rede resolutive e humanizada (Secretaria, 2009). Os 62 (sessenta e dois) municípios que compõem o DRS IX estão agrupados em 05 (cinco) Micro-Regiões segundo critérios de territorialização e capacidade instalada dos serviços de saúde. São 05 (cinco) as Micro-Regiões compõem a Rede Microrregional de Saúde da Marília:

- Região de Adamantina
- Região de Assis
- Região de Marília
- Região de Ourinhos
- Região de Tupã.

³ Todas as citações nas tabelas, gráficos ou quadros referentes ao Censo Psicossocial dos Moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo foram extraídas de: **Barros S, Bichaff R. Desafios para a desinstitucionalização. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo; 2008. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.** A Coordenadora da equipe de pesquisadores e relatores à época era a Profª Drª Sônia Barros, Coordenadora Geral do Grupo Técnico de Ações Estratégicas – GTAE da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2007-2009) que, solidariamente, autorizou a utilização do Questionário do Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (ANEXO 1).

A Micro-Região de Tupã (em verde na Figura 1. abaixo) é uma das 05 (cinco) Micro-Regiões de Saúde que compõem a Rede Macrorregional de Saúde do IX DRS de Marília e tem na agropecuária a base de seu desenvolvimento econômico.

O setor agrícola é predominante na região e o café, amendoim das águas, arroz, cana para forragem, seringueira e eucalipto, são culturas que se destacam.

FIGURA 1. Mapa do Departamento Regional de Saúde, DRS, IX Marília e as 05 Micro Regiões, separadas por municípios. 2009.

Fonte: SES/SP / Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

As 07 (sete) cidades que compõem a Micro-Região de Tupã, além do próprio município, se dividem em 02 (duas) com população até 5.000 habitantes, 03 (três) com população entre 5.000 a 10.000 habitantes e 02 (duas) entre 10.000 e 50.000 habitantes (Quadro 1. – abaixo).

QUADRO 1 Distribuição da população da Micro-Região de Tupã por Município, 2009.

Nome do Município	Total em mil/habitantes
Arco-Íris	2.016
Bastos	21.385
Herculândia	9.122
Iacri	6.877
Parapuã	11.400
Queiroz	2.875
Rinópolis	9.388
Tupã	64.099
TOTAL	127.162

Fonte: IBGE / Secretaria de Saúde de Tupã. 2012.

Na área de abrangência do IX DRS de Marília todos os municípios que compõem a Micro-Região de Tupã têm índice de analfabetismo maior que o Estado de São Paulo nas faixas etárias acima de 15 (quinze) anos e mais e por sexo (Tabela abaixo).

TABELA 1. Taxa de analfabetismo segundo sexo da população de 15 anos e mais por município, Região de Saúde, DRS/RRAS. 2010.

Região de Saúde	MUNICÍPIO	Taxa de Analfabetismo por sexo e acima de 15 anos– 2010		
		masculino	feminino	TOTAL
TUPÃ	Arco-Íris	14,49	16,15	15,31
	Bastos	4,87	8,30	6,62
	Herculândia	7,76	10,25	9,00
	Iacri	7,46	11,88	9,66
	Parapuã	5,64	9,61	7,60
	Queiroz	12,82	14,91	13,84
	Rinópolis	9,72	12,06	10,87
	Tupã	4,66	7,62	6,21
	DRS/RRAS	4,73	7,18	6,00
Estado São Paulo		3,61	4,71	4,18

Fonte: DATASUS / Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

A alta taxa de analfabetismo da Micro-Região de Tupã é proporcional às discrepâncias relacionadas ao investimento *per capita* em saúde (Quadro abaixo). A Micro-Região se caracteriza por se situar abaixo dos padrões desejáveis nos dois indicadores mais sensíveis para o desenvolvimento humano e regional, que são o acesso à educação e à saúde.

QUADRO 2. Despesa *per capita* com saúde por município, Região de Saúde no DRS/RRAS Marília, 2010.

Região de Saúde/Município	Gasto per capita
Arco-íris	891,97
Bastos	375,16
Herculândia	339,76
Iacri	432,34
Parapuã	328,23
Queiroz	735,97
Rinópolis	349,31
Tupã	285,23
Micro-Região de Saúde de Tupã	340,62
Total DRS/RRAS Marília	430,88

Fonte: FIESP / Secretaria de Saúde de Tupã. 2010.

O menor município do Estado de São Paulo, Borá, tem um gasto de saúde de R\$ 1.659,26 *per capita* e Marília que é o maior município do DRS/RRAS gasta R\$ 489,37. No conjunto de municípios, a Micro-Região de Tupã é uma das que tem o menor gasto *per capita*. A Micro-Região de Tupã também é referência para internações psiquiátricas dos municípios das outras Micro-Regiões que formam a Macro-Regional de Saúde de Marília (Secretaria, 2012).

Os dados do Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos (Barros, Bichaff, 2008) realizado em 2008 pela Secretaria de Estado da Saúde indicam 02 (dois) hospitais psiquiátricos de Tupã que somam um total de 433 (quatrocentos e trinta e três) leitos psiquiátricos asilares disponíveis.

Estes leitos psiquiátricos asilares são também oferecidos para a Macro-Região Centro-Oeste e algumas cidades fora da Região (Secretaria, 2009).

A Micro-Região de Tupã se caracteriza por ser um importante centro de internação de pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos. Ou seja, a verba pública é canalizada para leitos asilares de longa permanência (Tabela abaixo).

TABELA 2. Localização dos Moradores por Hospital Psiquiátrico, Município, DRS e Percentual de ocupação de leitos SUS por moradores, 2008.

DRS	Município	Nome do hospital	Número de pacientes moradores	Leitos SUS em hospitais psiquiátricos	% ocupação de leitos SUS por moradores
		Clínica de Repouso D. Bosco	119	198	60%
IX - Marília	Tupã	Instituto de Psiquiatria Tupã	119	235	51%

Fonte: SES/SP / Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

Os cálculos para a avaliação de necessidade de leitos psiquiátricos, segundo a Portaria GM 1.101, de 12 de junho de 2002, estima em 54 (cinquenta e quatro) a necessidade de leitos psiquiátricos para a Macro-Região de Saúde de Marília (Tabela abaixo).

TABELA 3. Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por 1000 habitantes de acordo com a Portaria 1101/GM.

Especialidades	Parâmetros Recomendados		Nº de leitos de acordo com Port. 1101	Nº de leitos existentes na Região de Tupã	Percentual de leitos na Região de Tupã
	% necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população			
Cirúrgicos	14,99	0,44	53	79	149,05
Clínicos	26,82	0,78	94	118	125,53
Obstétricos	9,49	0,28	33	39	118,18
Pediátrico	14,06	0,41	49	50	102,04
Psiquiatria	15,31	0,45	54	433	801,85

Fonte: Portaria GM 1101 / CNES / Secretaria de Saúde de Tupã. 2009.

A Tabela acima demonstra um evidente excedente de leitos asilares. Só a Cidade de Tupã conta com 433 (quatrocentos e trinta e três) disponíveis contra 54 (cinquenta e quatro) necessários para a Cidade e para a Região.

Os transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID 10) são a primeira causa das internações, seguidos pelas doenças do aparelho respiratório, nos indicadores epidemiológicos, no Colegiado da Região.

No Colegiado de Tupã, ou Micro-Região de Saúde de Tupã, e consequentemente, na composição de indicadores do IX DRS de Marília, a principal causa de internação está associada ao uso abusivo de álcool e outras drogas, à depressão, entre outros. Esta demanda é transferida aos leitos asilares nos hospitais psiquiátricos.

A Cidade-sede, Tupã, conta com comunidades terapêuticas para usuários de álcool e outras drogas, mas não conta com Centro de Atenção Psicossocial para atender adultos, crianças e adolescentes ou usuários de álcool e outras drogas, conforme orientam as diretrizes do Ministério da Saúde.

3.3 Tipo de estudo, procedimentos de coleta e análise dos dados

Trata-se de um estudo exploratório descritivo quantitativo elaborado mediante a frequência e características das internações psiquiátricas na Cidade de Tupã.

Os dados quantitativos foram coletados no Livro de Registro de Internações do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã e os dados qualitativos foram coletados no prontuário médico dos pacientes, o que caracteriza uma pesquisa documental.

A Pesquisa Documental é um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Tem o caráter de um estudo exploratório.

Como vantagem, pode ser elencada a aproximação de uma temática complexa, estimula a busca de novas descobertas, possibilita a apreensão da totalidade, neste último aspecto, supera o problema comum em levantamentos em que a análise

individual dá lugar a análise de traços, estabelecendo uma unidade. Além dessas, a Pesquisa Documental tem a vantagem de utilizar procedimentos simples, quando comparados com outras modalidades de pesquisa qualitativas (Gil, 1991).

Segundo Gil (2002), quanto à natureza das fontes, vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, é a interrogação direta dos dados que se deseja conhecer, mediante análise quantitativa, para se obter as conclusões correspondentes aos dados coletados.

Como desvantagem, Gil (1991) destaca dificuldade de generalização dos resultados obtidos, o que pode ser discordado, uma vez que é exatamente este o significado de uma pesquisa qualitativa, isto é, a busca da especificidade e singularidade do caso.

Neste estudo a Pesquisa Documental restringe-se à análise sistemática dos prontuários médicos.

Este limite se impôs em função do tempo disponível para a coleta e análise dos dados empíricos devido ao retardo na implantação do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil. Inicialmente o objeto de estudo era o motivo que fazia com que os familiares aceitassem a internação psiquiátrica de seus parentes. Diante deste quadro, avaliou-se que a opção metodológica por entrevistas com familiares para obtenção dos dados empíricos não era exequível no prazo do Mestrado, então se optou pela análise do prontuário.

Mesmo tratando-se de análise documental, a coleta dos dados empíricos para este estudo iniciou-se somente após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem USP (ANEXO 2), em fevereiro de 2013, e abrangeu o período de 01 (um) ano imediatamente anterior, ou seja, o período de janeiro a dezembro de 2012.

O estudo obteve aprovação inicialmente verbal do Secretário de Saúde do Município de Tupã, SP, e posteriormente aprovação documentada, como consta no ANEXO 3. A fonte inicial dos dados empíricos foi o Livro de Registro de Internações do Ambulatório de Saúde Mental do Município de Tupã, após a aprovação do Diretor do Ambulatório de Saúde Mental do Município de Tupã (ANEXO 4).

A fonte secundária dos dados empíricos foram os prontuários das pessoas encaminhados para internação psiquiátrica pelo Ambulatório de Saúde Mental de Tupã no ano de 2012.

O Instrumento de Coleta dos dados empíricos foi o Questionário do Censo Psicossocial dos pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (Barros, Bichaff, 2008).

A coleta dos dados utilizando o Questionário do Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (Barros, Bichaff, 2008) só se iniciou após a autorização da Prof^a Dr^a Sônia Barros, Coordenadora Geral do Grupo Técnico de Ações Estratégicas – GTAE da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2007-2009) à época da realização do Censo (ANEXO 1).

Foram analisadas 450 (quatrocentas e cinquenta) prontuários com indicação de internação psiquiátrica para pacientes da Cidade de Tupã e Micro-Região de Saúde, realizadas pelo serviço municipal do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã no ano de 2012.

4. Relatório consubstanciado dos dados

4.1 A atenção à saúde mental na Cidade de Tupã

O Ambulatório de Saúde Mental de Tupã, ASM, foi inaugurado em 10 de outubro de 1994. Atende Tupã e Micro-Região (Parapuã, Rinópolis, Bastos, Iacri, Arco-íris, Herculândia, Queiroz e Lucélia). No ano de 2011 realizou 29.809 (vinte e nove mil, oitocentos e nove) atendimentos dentre as quais 3.508 (três mil, quinhentas e oito) foram consultas médicas.

Atende da infância à terceira idade, pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos, dependentes químicos de drogas lícitas e ilícitas.

O horário de atendimento do ASM é das 07h00min às 17h00min

podendo se estender em situações aonde se faz necessário devido a demanda de consultas médicas e efetua seus atendimentos com os seguintes profissionais: enfermeiros; auxiliares de enfermagem; psicólogos; farmacêuticos; médicos psiquiátricos; assistente social; terapeutas ocupacionais; atendentes de serviço; serventes e agentes de segurança (Secretaria, 2011).

O atendimento no ASM ocorre por meio de agendamento de consultas médicas, psicológicas e terapia ocupacional. Em situações de urgência e emergência um profissional de nível superior faz a triagem (acolhimento) e a liberação é feita pelo profissional médico conforme a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde publicada em 05 de novembro de 2002 (Relatório, 2011).

Disponibiliza programas de Terapia Ocupacional e Psicologia para portadores de transtornos psiquiátricos, dependentes químicos de drogas lícitas (álcool e cigarro) e drogas ilícitas (maconha, cocaína, entre outras), doenças mentais em geral, neuroses, psicoses e planejamento familiar.

O atendimento psicológico se propõe a oferecer ludoterapia, terapia individual, terapia em grupo, triagens de modo geral, além do programa de planejamento familiar e tabagismo (Secretaria, 2011).

O Departamento de Enfermagem realiza atendimentos como administração de medicamentos, verificação de sinais vitais antes e após consultas médicas, consulta de enfermagem, este não disponibiliza acompanhamento de tratamento no domicílio, apenas oferece transporte domiciliar daqueles que necessita, e remoção dos pacientes em caso de surtos psicóticos.

O Serviço Social é vinculado ao Ambulatório de Moléstias Infecciosas e este serviço direciona os usuários dependentes químicos para centros de recuperação, verifica questões de licenças de modo geral e visitas domiciliares.

A Farmácia conta com farmacêutico e auxiliares qualificados, garantindo controle e armazenamento de medicações necessárias aos transtornos mentais.

Os recursos de atenção à saúde mental em Tupã restringem ao Ambulatório de Saúde Mental, o Instituto de Psiquiatria de Tupã e a Clínica de Repouso Dom Bosco, que operam articulados à Central de Vagas da IX DIR Divisão Regional da Saúde de Marília (Secretaria, 2011).

O Município de Tupã conta com 64.099 (sessenta e quatro mil e noventa e nove) habitantes e junto com os demais 07 (sete) municípios que formam a Micro-Região de Saúde alcançam uma faixa populacional entre 70.000 (setenta mil) a 200.000 (duzentos mil) habitantes.

A população do município sede, Tupã, corresponde a 50,40% da população da Região. As normativas do Ministério da Saúde e a Portaria nº 336 de 2002 preconizam para este cenário a existência de uma rede de atenção à saúde mental composta por 01 (um) CAPS II, 01 (um) CAPSi e 01 (um) CAPSad articulados à rede básica de saúde. Além disso as diretrizes indicam que o gestor local deve promover processos de capacitação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência, SAMU, de acordo com as necessidades locais (Secretaria, 2009).

Observa-se que na oferta de atenção ambulatorial foram realizadas 3.508 consultas médicas no ano de 2011 que resultaram um número elevado de internações psiquiátricas.

Os transtornos mentais e comportamentais são responsáveis por 21,06% dos recursos destinados à internação hospitalar (Secretária, 2012).

GRÁFICO 1. Principais Causas de Internação no Colegiado de Tupã. 2011.

Fonte: Portaria GM 1101 / CNES / Secretaria de Saúde de Tupã. 2011.

Destaca-se aqui que, coerentemente com a oferta exclusivamente hospitalar para a atenção à saúde mental no município que serve também à Micro-Região, grande parte dos leitos psiquiátricos deste DRS/RRAS é ocupada com pacientes moradores, segundo o Censo Psicossocial realizado em 2008 (Barros, Bichaff, 2008). O total de moradores em hospitais psiquiátricos há mais de 01 (um) ano era de 613 (seiscentos e treze) na área de abrangência da RRAS.

Destaca-se ainda que na especialidade leitos crônicos, reconhecidos como procedimentos de cuidados prolongados, o único hospital cadastrado é a Casa da Criança de Tupã, referência regional para atendimento de crianças e adolescentes portadores de deficiência mental e física grave, com atendimento 100% SUS. Este hospital em 2011 teve 66% de internações de pacientes de outros DRS (1.523) e de outros estados (63) (Secretaria, 2012).

O modelo de atenção à saúde mental em Tupã, tomando como referência o ano de 2011, após 11 (onze) anos da Lei 10.216, pode ser

descrito como asilar, com alto índice de internação em leitos asilares para os problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, e quadros psicóticos ou esquizofrênicos.

E na composição geral dos índices de internação, confirmou-se na Micro-Região de Tupã que a maior incidência está na faixa dos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias Psicoativas (F10 e F19) da Classificação Internacional de Doenças, CID 10.

4.2 Descrição das internações psiquiátricas na Cidade de Tupã

Dos quatrocentos e cinquenta prontuários analisados, 276 (duzentas e setenta e seis) pessoas são do sexo masculino num percentual de 61,33%; e 174 (cento e setenta e quatro) pessoas são do sexo feminino num percentual de 38,67% (Tabela 4. Abaixo).

TABELA 4. Número de internações por faixa de diagnóstico conforme CID 10 e sexo no ano de 2012 no Município de Tupã – SP.

Descrição	Quantidade	%	F10-F19	F20-F29
Masculino	276	61,33%	152	79
Feminino	174	38,67%	25	89
Total	450	100%	177	168

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Dos 276 (duzentos e setenta e seis) homens, 152 (cento e cinquenta e dois) estão na faixa diagnóstica de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-19) e para a faixa de esquizofrenia e transtornos esquizotípicos (F20-29) verifica-se o número de 79 (setenta e nove) homens. Portanto, há uma predominância das internações por uso de substância psicoativa para o sexo masculino.

Quanto ao sexo feminino, na faixa dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-19) observou-se um numero de 25 (vinte e cinco) mulheres e para a faixa de esquizofrenia e transtornos esquizotípicos (F20-29) o numero é de 89

(oitenta e nove) mulheres. Há uma predominância para as internações relacionadas a quadros psicóticos ou esquizofrênicos para as mulheres.

Em síntese, observou-se um número maior de internações de homens na faixa diagnóstica F10-19 e um número maior de internações de mulheres na faixa diagnóstica F20-29.

O diagnóstico médico psiquiátrico é uma ferramenta que classifica as doenças através de códigos e de uma variedade de sinais, sintomas e aspectos anormais. Severo apud Dalgalarondo (2009) afirma que “o diagnóstico psiquiátrico é um tema polêmico, que provoca posicionamentos opostos”.

Alguns autores defendem que ele serve para rotular as pessoas, legitimando o controle de pessoas "desadaptadas" ou contestadoras, e outros afirmam ser o diagnóstico imprescindível na direção do tratamento e na evolução da ciência médica acerca dos transtornos mentais (Severo, 2009).

A Tabela 5. abaixo ilustra o perfil diagnóstico das pessoas internadas por faixa diagnóstica.

TABELA 5. Internações segundo o Diagnóstico por faixa de CID 10. 2013.

Descrição	Quantidade	%
F00-F09 - Transtornos Mentais Orgânicos	78	17,33%
F10-F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias Psicoativas	177	39,33%
F20-F29 - Esquizofrenia Transtornos esquizotípicos	168	37,33%
F30-F39 - Transtornos do Humor (afetivos)	23	5,11%
F40-F48 - Transtornos Neuróticos, transtornos relacionados com o “STRESS” e Transtornos Somatofórme	1	0,22%
NÃO INFORMADO	2	0,44%
Outros	1	0,22%
Total Prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

As classificações nosológicas, a prática da medicina científica e a própria ideia de doença mental nasceram no processo de consolidação do modo de produção capitalista e se modificam de acordo com as mudanças sociais, políticas e de configuração dos mecanismos de poder até os dias atuais (Foucault, 1994).

O diagnóstico

portanto, é uma ferramenta de operacionalização dessa lógica, cuja finalidade é estender os limites da exclusão, descobrindo tecnicamente novas formas de desvios, tal como é possível perceber nas constantes atualizações dos manuais de classificação de doenças. Cada vez mais vai se patologizando aquilo que escapa aos modos instituídos de viver e criando-se novas categorias diagnósticas, sempre mais flexíveis, mais permeáveis, com poder de capturar as mais tênues diferenças com relação à norma (Severo, 2009).

Um exemplo disso é a ampliação da variedade de sintomas e de classes diagnósticas descritas no CID-10, onde uma das diferenças marcantes de sua versão anterior, o CID-9, é o aumento de categorias disponíveis para a sua classificação diagnóstica.

Esta discussão é de suma importância quando se direciona o olhar para o objeto desta classificação, que é um ser humano que terá sua vida interrompida por uma ou sucessivas intervenções, num processo que pode durar anos, às vezes a vida inteira.

Na realidade observada na Cidade de Tupã, a partir dos dados e dos registros de internações psiquiátricas do Ambulatório de Saúde Mental, as internações asilares das pessoas na faixa etária relacionada com a vida produtiva é a prevalente e se destaca, totalizando 261 (duzentas e sessenta e uma) internações em leitos asilares, ou 58 % dos submetidos ao modelo asilar praticado no município, como demonstrado na Tabela 6. abaixo.

TABELA 6. Incidência de Internações por Faixa Etária na Cidade de Tupã. 2013.

Descrição Idade	Quantidade	%
Até 17 anos	3	0,67%
De 18 a 49 anos	261	58,00%
Acima dos 50 anos	186	41,33%
Total de prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Por outro lado, a relevância das 186 (cento e oitenta e seis) internações psiquiátricas de pessoas acima dos 50 anos de idade indica que podem ter ocorrido processos importantes de institucionalização, que estas pessoas são o produto da internação voluntária ou involuntária dos 58% da faixa etária imediatamente anterior.

Constatou-se, ainda, que 98% dos Prontuários não informavam a profissão dessas pessoas. Este dado pode estar relacionado a vários fatores: o desinteresse ou irrelevância do dado para o entrevistador inicial, o desinteresse ou irrelevância do dado para o informante inicial, a pessoa pode realmente não ter profissão, a pessoa pode ou não trabalhar na informalidade (Tabela 7. Abaixo).

TABELA 7. Profissão informada e não informada do total de prontuários analisados. 2013.

Descrição	Quantidade	%
Informados	9	2%
Não informado	441	98%
Total de prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Com relação aos documentos pessoais, que são a certificação de existência civil, cidadania e o bilhete para o acesso à vida de direitos e deveres, de qualquer pessoa, os dados dos 450 (quatrocentos e cinquenta)

Prontuários analisados permitiram consolidar os seguintes percentuais não informados:

- Cartão SUS: 31,56% não informados
- RG: 30,22% não informados
- Carteira de Trabalho: 99,78% não informados
- Título de Eleitor: 99,56% não informados
- CPF: 73,56% não informados.

Um fato é certo: de acordo com os dados coletados nos Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental, 98% das pessoas internadas em Tupã não fazem parte do jogo produtivo, não pagam impostos, não consomem, e talvez essa seja uma das razões do seu desvalor social.

Por outro lado, a minoridade social determinada pela exclusão do mundo do trabalho possibilita o acesso dessas pessoas a algum programa de proteção social definido pelas políticas públicas de saúde mental, mas, ao menos o que consta dos Prontuários, este dado não existe ou é omitido.

Esta condição de minoridade social, associada à inexplicável ausência de informação nos Prontuários sobre a escolaridade dessas pessoas, denuncia a dificuldade de inserção social e o grave processo de institucionalização que está ocorrendo em Tupã.

Entre os Prontuários analisados, 384 (trezentas e oitenta e quatro) pessoas têm nacionalidade brasileira e outras 66 (sessenta e seis) não informaram ou não foram perguntadas sobre sua nacionalidade, o que é coerente com o quadro de irrelevância social a que estão submetidas, de acordo com o constatado até aqui (Tabela 8. Abaixo).

TABELA 8. Nacionalidade informada e não informada. 2013.

Descrição	Quantidade	%
Brasileiro, informado	384	85,33%
Não informado	66	14,67%
Total de Prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Tal como observado no Censo Psicossocial de Moradores em hospitais psiquiátricos de São Paulo de 2008 (Barros, Bichaff, 2008), e com um quantitativo muito mais expressivo, este estudo identificou 440 (quatrocentas e quarenta) pessoas institucionalizadas com residência fixa ou endereço referido, conforme demonstra a Tabela 9. Abaixo.

TABELA 9. Residência não informada, sem residência fixa, dos 450 prontuários analisados. 2013

Descrição	Quantidade	%
Não informado	8	1,78%
Sem Residência fixa	2	0,44%
Total	10	2,22%
Total de Prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Este dado sugere que existe algum vínculo familiar e comunitário e pode ser considerado um fator positivo para a Reforma Psiquiátrica, e para a construção de processos de Desinstitucionalização em Tupã.

Porém, é de notar que o tipo de internação a que essas pessoas são submetidas não as enquadra na internação de longa permanência. Na realidade a lógica das internações curtas e sequenciais atuais recupera o padrão do fenômeno das *revolving doors* na década de 1960-70.

Essa relação pouco clara, pouco explícita da instituição com a pessoa que será internada e com seus familiares merece futuros estudos mais verticalizados. Isto porque chama muito a atenção o fato identificado no processo de coleta dos dados e durante o exercício de Captação da Realidade Objetiva (Egry, 1996), que constatou a demanda reprimida de pessoas aguardando a internação asilar por uma média de até quinze dias em suas casas.

O que pode explicar esta contradição: a pessoa espera em casa por até 15 (quinze) dias por uma internação?. Se ela pode ficar 15 (quinze) dias aguardando uma internação asilar em casa, ela, de fato, precisa dessa internação? Na verdade, quem precisa dessa internação?

O uso da medicação é outro aspecto importante que aparece na análise dos Prontuários. Constatou-se que a maioria dos usuários do serviço, faz uso de poli-farmácia de medicamentos psicotrópicos mas o que preocupa é o fato de 120 (cento e vinte) Prontuários não informarem sobre o uso de medicação. Ora, se uma internação asilar, prescrita pelo profissional médico, se justifica pelo diagnóstico clínico e este diagnóstico prevê uma conduta medicamentosa, que justificativa haverá para a ausência desta informação? (Tabela 10. Abaixo).

TABELA 10. Uso de medicamentos. Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Descrição	Quantidade	%
Não informado	120	26,67%
Uso de medicamentos	329	73%
Total de Prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Koga e Furegato (2002) apontam a importância dos psicofármacos no processo de desinstitucionalização e afirmam que, apesar de necessário e eficaz, o processo terapêutico medicamentoso não pode e nem deve se limitar a apenas este procedimento.

Além disso, a poli-medicalização é o principal fator de riscos iatrogênicos e reações adversas, havendo relação exponencial entre a poli farmácia e a probabilidade de reação adversa e interações medicamentosas (Koga e Furegato, 2002).

A terapia medicamentosa deve fazer parte de uma estratégia geral de intervenção e, segundo a orientação do Ministério da Saúde, ela não deve ser considerada a única ferramenta para a intervenção, seja nas crises ou nos longos percursos de acompanhamento.

A utilização da medicação deve ser tão específica quanto possível, analisada em cada situação particular, investigada pelo ponto de vista da pessoa que a toma, que tipo de resultado apresentou, se houve melhora ou desconforto, se o fracionamento é confortável ou não, se interfere em outros

campos da vida. No caso em questão os Prontuários não informam a existência deste procedimento.

Os dados coletados permitiram identificar a presença de 15 (quinze) internações por Ordem Judicial e 435 (quatrocentas e trinta e cinco) internações voluntárias e involuntárias, conforme demonstra a Tabela 11. Abaixo.

TABELA 11. Internações por tipo: voluntárias, involuntárias e por ordem judicial na Cidade de Tupã. 2013.

Descrição	Quantidade	%
Ordem judicial	15	3%
Voluntarias/Involuntárias	435	97%
Total de Prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

As internações que produzem a fila de espera, as que as pessoas aguardam em casa por uma vaga para serem internadas em hospital psiquiátrico são avaliadas no ambulatório e diagnosticadas como pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental. Trata-se de um fenômeno de institucionalização psiquiátrica eletiva e auto-infringida, com a concordância e anuência dos familiares.

No entanto, se a pessoa volta para sua casa no aguardo da internação, permanece no convívio social e poderia se beneficiar de outros serviços até em momentos de crise, para que internar?

De acordo com informações colhidas junto aos profissionais da enfermagem do Ambulatório de Saúde Mental do município de Tupã, para as internações involuntárias existe um documento, um impresso próprio, que o responsável pela internação assina. Ou seja, os familiares ou responsáveis levam o documento do Ambulatório junto com a pessoa que será internada e terminam por acompanhá-la até os hospitais psiquiátricos destinados.

Nos Prontuários observa-se que o tipo de anotação que precede a indicação para internação involuntária é uma descrição básica de quadros clínicos: “abusa de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas”,

“distúrbios de comportamento e conduta”, “ideias delirantes”, “alucinações visuais e auditivas”.

O profissional médico, que é quem prescreve a internação, que é o profissional de detém o mandato social para proceder a internação psiquiátrica ou outra qualquer, baliza sua conduta pelas leis, resoluções, portarias, diretrizes e quaisquer outras normas e instruções, elaboradas nos últimos anos por organismos oficiais devida e legalmente constituídos no Brasil.

A legitimidade da conduta orientada por referências técnico-científicas e éticas, esbarra, no entanto, na ausência do consentimento livre e esclarecido firmado pelo paciente, quando este se encontra capaz de ajuizar e deliberar sobre tal procedimento. As condições clínicas que impedem esta escolha são:

- a. Paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência;
- b. Paciente com preservação da consciência, mas sem capacidade para uma decisão racional como nos diversos transtornos delirantes e alucinatorios (Taborda apud Lima, s/d).

A decisão do psiquiatra de indicar a internação, esgotados os recursos extra-hospitalares ou diante de uma situação de emergência, ocorre na vigência de no mínimo, uma das seguintes condições:

- a. Risco de autoagressão;
- b. Risco de hetero-agressão;
- c. Risco de agressão à ordem pública;
- d. Risco de exposição social;
- e. Incapacidade grave de autocuidados (Taborda apud Lima, s/d).

Somente nas condições clínicas acima descritas o Estado, de acordo a Lei 10.216/2001 confere ao médico especialista, com o consentimento da família, ou responsável legal do paciente, a possibilidade da internação involuntária, mediante comunicação devidamente justificada ao Ministério Público Estadual no prazo de até 72 horas após sua ocorrência, seguida de

notificação circunstanciada ao mesmo órgão quando da alta hospitalar (Taborda apud Lima, sd).

Devido ao alto grau de generalização, este estudo considerou como motivo não informado e não justificado para as internações involuntárias, o que fere as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e a Lei nº 10.216 de 2001.

Neste sentido, o protocolo de internações involuntárias do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã precisa ser recomposto e revisto com urgência.

Na ausência da família, ou em sua não concordância, pode o Estado por meio da Lei 10.216/2001, art.3º, autorizar a internação compulsória, mediante decisão de Juiz competente.

A Lei 10.216/2001 contempla, no artigo 2º, os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, a garantia de sigilo, o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, a inviolabilidade de suas correspondências, a recepção do maior número de informações possível sobre o seu estado e tratamento.

Os dados averiguados nos Prontuários não permitem identificar os motivos e justificativas das 15 (quinze) internações por ordem judicial observadas na Tabela 11. acima.

Esta é a trajetória dos processos de institucionalização e do modelo asilar: analfabetismo, exclusão do mundo do trabalho, dificuldade de melhorar as condições de saúde e vida, exclusão, preconceito e uso reiterado de internações asilares.

Ainda que as internações atuais sejam por um curto período de tempo, a quebra de vínculo familiar acontece e isso pode dificultar o retorno ao contexto sócio familiar. Por vezes o constrangimento na relação familiar é tão intenso que se observa, empiricamente, que a pessoa internada se sente mais confortável nas instituições asilares do que na sua própria residência.

Por vezes também se observa, empiricamente, que essas pessoas permanecem institucionalizadas em suas casas, não participando dos circuitos sociais, o que pode ser considerado uma forma de exclusão social, reforçado

por esta modalidade de cuidado não responsável e com grande potencial para as reinternações em hospital asilar.

O contexto local é avaliado como único onde é possível a ativação de processos de desinstitucionalização, para o cuidado em liberdade e no território, reforçando os vínculos sócios familiares, como preconiza a Reforma Psiquiátrica brasileira e as políticas públicas de saúde mental do SUS.

Este cenário indica o nível de dificuldade para as equipes locais de saúde de Tupã para desenvolver estratégias de desinstitucionalização. Tais estratégias envolveriam como atores:

- a. a política local de saúde mental, porque teria que se alinhar às diretrizes políticas do Ministério da Saúde sob a premissa do cuidado em liberdade;
- b. os próprios trabalhadores do Ambulatório de Saúde Mental porque precisariam admitir a possibilidade de um cuidado intensivo fora do modelo asilar;
- b. os familiares que necessitam de suporte técnico e financeiro para o enfrentamento das dificuldades próprias dessas relações;
- c. a pessoa institucionalizada que é retirada de seu meio social e implantada num lugar com pessoas diferentes, em comportamento, regras e origens para fazer a complexa passagem para o lugar de um cidadão de direitos.

4.3 Padrão de reinternação psiquiátrica na Cidade de Tupã

O estudo revelou que algumas dessas pessoas passaram por várias reinternações no ano de 2012.

Reconhecido indicador de qualidade da assistência à saúde mental, o fenômeno da reinternação psiquiátrica, expresso por meio da taxa de reinternação, tem sido denominado de "porta giratória", ou "revolving door" por alguns autores (Machado, 2011).

Esse fenômeno explicita que, embora se tenha reduzido o tempo das internações, que em outros tempos era de longa permanência, a

institucionalização das pessoas acontece por meio de internações relativamente breves, que passam a transitar por diferentes hospitais e, assim, caracterizar o uso frequente da internação (Tabela 12. Abaixo).

TABELA 12. Total de reinternações psiquiátricas. 2013.

Descrição	Quantidade	%
Reinternações	103	23%
Internações	347	77%
Totais de Prontuários	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

As 103 (cento e três) reinternações no ano de 2012 podem estar associadas a um fenômeno de múltiplas determinações, associado especialmente ao diagnóstico, que para essa pesquisa se revelou mais acentuada na faixa da Classificação Internacional de Doenças, CID-10, entre esquizofrenia e transtornos esquizotípicos (F20-29), conforme demonstra a Tabela 13. abaixo.

Tabela 13. Reinternações por faixa da CID 10. 2013.

Descrição	Quantidade	%
F00-F09 Transtornos Mentais Orgânicos.	27	26%
F10-F19 Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias Psicoativas	28	27%
F20-F29 Esquizofrenia Transtornos esquizotípicos.	45	44%
F30-F39 Transtornos do Humor (afetivos).	3	3%
F40-F48 Transtornos Neuróticos, transtornos relacionados com o “STRESS” e Transtornos Somatofórme.	0	0%
Não informado	0	0%
Outros	0	0%
Total	103	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

No geral, a reinternação é definida por um determinado número de internações em um período limitado, como duas ou mais internações em um ano, três ou mais internações no período de um ano. Neste estudo foram considerados pacientes reinternantes aqueles que, ao longo de um ano, apresentaram mais de uma internação em hospital psiquiátrico encaminhada pelo Ambulatório de Saúde Mental do Município de Tupã.

A Tabela 14. abaixo, demonstra que o maior índice de reinternações psiquiátricas no ano de 2012 está concentrado entre as pessoas com origem da Cidade de Tupã.

TABELA 14. Cidade de origem dos pacientes de reinternações. 2013.

CIDADE	QUANTIDADE	%
ADAMANTINA	0	0,00%
ARCO-IRIS	0	0,00%
BASTOS	9	8,74%
HERCULANDIA	1	0,97%
IACRI	2	1,94%
NÃO INFORMADO	1	0,97%
PARAPUA	0	0,00%
RINOPOLIS	0	0,00%
TUPÃ	90	87,38%
Total	103	100,00%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Observa-se na Tabela 14. a incidência de reinternações em 2012 das cidades das Micro-Região do Departamento Regional de Marília (DRS) IX. A Cidade de Tupã tem um número alarmante de incidência de reinternações e a proporção maior de população que não justifique as ocorrências.

4.4 As razões dos familiares?

A Tabela 15. Abaixo, construída pela análise dos Prontuários, reitera que a maioria dessas pessoas possui familiares e residência fixa.

Tabela 15. Residência não Informada e informada do total de prontuários analisados. 2013.

Descrição	Quantidade	%
Não informados	8	1,78%
Sem Residência fixa	2	0,44%
Total não informado	10	2,22%
Total Informado	440	97,78%
Total Prontuário	450	100%

Fonte: Prontuários do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã. 2013.

Se 440 (quatrocentas e quarenta) pessoas têm familiares, pode-se considerar que a família da pessoa com transtorno psíquico precisa de atenção e assistência para poder cuidar e conviver, oferecendo suportes, afinal a Reforma Psiquiátrica propõe a inclusão familiar nos processos de cuidado.

Mas é necessário que as questões econômicas, sociais, políticas, emocionais e culturais das famílias sejam pensadas e assistidas.

A família da pessoa com transtorno psíquico tem grande responsabilidade no cuidado de seu parente, então é admissível que ela também tem necessidade de acompanhamento e cuidado, ou seja, é imperativo envolver a família na questão da convivência com seu parente portador de transtornos psíquicos, oferecer orientações sobre comunicação e relacionamento terapêutico

Este estudo entende que não basta acabar com os manicômios e devolver as pessoas portadoras de transtornos psíquicos para seu meio sócio familiar sem o apoio de um equipamento de saúde que rompa com o paradigma da exclusão social de forma responsável, fortalecendo vínculos, dando suporte efetivo às pessoas.

Esta é a condição para que possam planejar juntas outras possibilidades e arranjos de convivência, na forma de coabitação ou habitação distinta.

Como pontua Maciel (2009)

o surto psicótico de um parente rompe e desorganiza a vida da família, representando o colapso dos esforços e o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro [...] por muito tempo o tratamento do portador de transtorno mental foi realizado por médico e em hospital psiquiátrico, pode-se considerar então, que, é esta a representação que a família tem do tratamento voltado à saúde mental. (Maciel, 2009).

Os dados sobre as razões dos familiares aceitarem ou não a internação psiquiátrica de seus entes não estava disponível nos Prontuários consultados. Considerando que essa população não tem acesso às discussões e formas de tratamento substitutivo previstas na Reforma, denota-se a necessidade de desconstrução das crenças bem como das representações de acordo com o modelo de atenção asilar.

O acesso ao conhecimento de novas formas de tratar no território, sem segregar a pessoa de seu meio e do seu contexto sócio familiar, pode ajudar os familiares e a sociedade para receber a pessoa portadora de transtorno psíquico de forma digna.

Para a gestão de saúde da Cidade de Tupã, se tais recursos não são disponibilizados, pode-se entender que tanto faz o lugar de tratamento, desde um lugar qualquer para internar exista, visto que não existem outros recursos de cuidados.

Parece que para o familiar também é indiferente o local, uma vez que há uma reserva de mercado que aguarda a possibilidade de hospitalização psiquiátrica.

Gonçalves e Sena (2001) pontuam que

se não é mais aceitável o estigma, a exclusão e reclusão dos portadores de transtornos mentais também não é possível reduzir a Reforma Psiquiátrica apenas a devolução dos portadores de transtornos mentais as famílias, sem outros aparatos, estas famílias não serão capazes de resolver todos os

problemas gerados na vida cotidiana, seja para manter, cuidar ou conviver com o portador (Gonçalves e Sena, 2001).

E continuam, afirmando que tudo isso carece de uma mudança continua na forma de pensar e agir da sociedade em relação à pessoa portadora de transtorno psíquico.

Diz ainda Gonçalves e Sena, (2001) que é

exigido revisão de prática, bem como postura mais crítica em todos os níveis daqueles que serão formadores de profissionais em especial das áreas de saúde e educação (Gonçalves e Sena, 2001).

5. Recomposição das bases éticas que orientam o processo do cuidado em saúde mental em Tupã

Mesmo com a Reforma Psiquiátrica em curso constata-se que as internações continuam a ocorrer de forma acentuada na Cidade de Tupã e o hospital psiquiátrico continua sendo o lugar para onde são encaminhadas as pessoas portadoras de transtornos psíquicos. Seja por falta de estrutura especializada e preparada para lidar com a crise, seja porque o Ambulatório de Saúde Mental não funciona 24 horas por dia.

Estes fatos assinalam que mesmo no curso da Reforma e diante da luta pela desinstitucionalização, o hospital psiquiátrico ainda é a instituição mais recorrida diante das necessidades em saúde mental e de tratamento para a Cidade de Tupã e Região, circunscrita nessa pesquisa.

O fato é que, agradando ou não aos que defendem as premissas da reabilitação psicossocial, entendida nesse trabalho de pesquisa como processos de desinstitucionalização, os hospitais existem e ainda existirão por algum tempo, no mínimo até que os gestores tomem corpo e consciência, até que uma rede concisa de serviços possa subsidiar a necessária transformação do paradigma de tratamento para a saúde mental.

Ficou constatada, nessa pesquisa, que a internação é uma prática comum, recorrente e legitimada quando as crises acontecem. Por outro lado, quando não há vaga para internação imediata, as pessoas voltam para sua casa e ficam uma média de duas semanas aguardando a internação.

Dessa forma, o estudo demonstra que não é a crise que justifica a internação e que há uma necessidade de internação não justificada ou não explicitada. Faz-se necessário ressaltar que a prática do enclausuramento, como coloca Foucault (1994) “esteve presente na história como uma tentativa de calar a voz daqueles considerados loucos e desatinados”.

A crise incomoda e gera desconforto e o hospital psiquiátrico é o local para onde essas pessoas são encaminhadas, essas que manifestam uma atitude julgada como loucura e que denunciam algum tipo de desequilíbrio e desajuste às normas sociais.

Nota-se que mesmo diante das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, e de trabalhos de destaque como o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, realizado em 2008, que beneficiaram a vida de muitos moradores de hospitais psiquiátricos, a prática de internações vem ocorrendo de forma acentuada, contradizendo as orientações da própria Reforma.

Portanto, concorda-se com Pitoli (2010) que há

uma dívida social com as pessoas que ficaram atrás dos muros, coletiva, de toda a sociedade, com a possibilidade de produzir respostas éticas, humanas e socialmente sensíveis (Pitoli, 2010).

Que reflexões este estudo pode oferecer para contribuir para a superação deste cenário?

O passo inicial é tomar a realidade como ela é, buscar sua desconstrução e propor uma nova re-formulação, sem desconsiderar as bases onde ela foi e está assentada.

5.1 Existem 02 (dois) hospitais psiquiátricos e uma Casa da Criança em Tupã

Cenário: Estas instituições são submetidas à avaliação do PNASH-Psiquiatria. Este programa orienta e determina as necessidades de adequação do projeto terapêutico das instituições, bem como a alta programada para os pacientes. Os hospitais sabem da possibilidade de sanção se não cumprirem as regras.

Contradição: Uma estratégia utilizada e em curso foi a implantação de 02 (dois) Serviços Residências Terapêuticas administrados pelos mesmos hospitais asilares, como forma de libertar os moradores.

Superação: Tomar os dados percentuais alarmantes na oferta de leitos asilares, incidências acentuadas de reinternações, índices muito alto de internações na faixa do CID 10 entre F10-19, ausência de CAPS, CAPSad, para sustentar a oferta de cuidado em rede e em liberdade, articulada de forma intersetorial, a favor do exercício da cidadania, ponto fundamental da atenção em saúde mental que o gestor local pode oferecer.

5.2 Implementação de processos de desinstitucionalização responsável ou a efetivação da Lei 10.216/01

Cenário: A Cidade de Tupã não efetiva a Lei 10.216/01 e não ativa processos de desinstitucionalização. É notório que a Lei não criou, em Tupã, expectativas para os usuários, familiares e funcionários sobre as formas de cuidar de pessoas portadoras de transtorno psíquico.

Contradição: Essa pesquisa, através das experiências registradas, evidencia o não cumprimento da Lei nº 10.216 em Tupã. A opção da política de saúde local para as pessoas sem participação social efetiva, desintegrada de um sistema de apoio, que apresenta um mínimo de alteração comportamental ou uma necessidade de cuidados é conduzi-la para a internação asilar. Sem aparatos necessários para ativar processos de desinstitucionalização esta política retro-alimenta as instituições asilares.

Superação: Para alcançar os avanços necessários e a efetivação da Lei 10.216/01, é necessário sensibilizar os profissionais e usuários. A sociedade civil deve se informar para exigir cuidados qualificados e se apropriar dos direitos e deveres que constam da Lei 8.142/90 em seu parágrafo 2º: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”. Na perspectiva do controle social, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, no qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

5.3 Compromisso com a ética do cuidado em liberdade

Cenário: O que é compreendido como fonte de socialização é onde a pessoa pode experimentar suas potencialidades e se perceber capaz. O

asilamento impede a expressão da vida em liberdade, portanto de sociabilidade.

Contradição: as diretrizes do SUS devem orientar as políticas locais de saúde sob os princípios da integralidade, acessibilidade e equidade, com controle social, onde a população participa da formulação das políticas de saúde, da sua fiscalização e execução. A política de saúde mental local não se organiza em acordo com os princípios do SUS mas se beneficia do seu financiamento, alimentando e mantendo os leitos psiquiátricos asilares.

Superação: O Ministério da Saúde disponibiliza uma série de Programas e Ações com a finalidade de trazer a saúde mental mais perto do cidadão como: CAPS adulto, infantil, Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental na Atenção Básica, políticas de álcool e outras drogas, entre outros que conformam a Rede de Atenção Psicossocial. Pactuado isso, que por si só, seria um avanço para o cuidado em liberdade, seria possível não somente ao CAPS, mas à Rede como um todo:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à saúde mental na Rede Básica.

Na busca do exercício da cidadania pode-se encontrar o verdadeiro significado do cuidado e não reduzi-lo a erros cometidos no passado, que se esqueceu da pessoa enclausurada na doença. Avançar e libertar a pessoa no intuito que suas potencialidades saudáveis superem suas limitações.

5.4 Defesa dos direitos fundamentais

Cenário: As pessoas com transtornos psíquicos com grau de dependência de cuidados, com alto nível de institucionalização, com longa permanência fora do jogo social podem viver fora dos hospitais psiquiátricos? Têm direito à saúde? Ao melhor tratamento possível? À liberdade e à convivência social?

Contradição: A realidade estudada mostra que as pessoas fazem uso da internação asilar, mesmo que por um período breve, por ausência de equipamentos de saúde oferecidos pelo SUS e que não são disponibilizados na rede local. A longa permanência nos hospitais psiquiátricos, sem projeto terapêutico individualizado, voltado para reinserção social é uma violação à liberdade, e é realizada às custas do SUS. Porém há a possibilidade de acesso aos recursos do nível central, uma vez que a responsabilidade solidária entre os entes federados é constitucional, desde que a União só execute aquilo que os municípios e Estados, não podem ou não conseguem executar.

Superação: A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios. O gestor municipal deve analisar e disponibilizar aos usuários da saúde mental os dispositivos de melhor tratamento possível, em acordo com necessidades locais e em cumprimento da Lei nº 10.216/01.

Os dados da pesquisa demonstram que a Política de Saúde Mental de Tupã ao invés de promover cuidado em liberdade, acesso aos direitos, autonomia e protagonismo, produz dependência institucional com internações e reinternações.

Para as pessoas com transtorno mental é complicado estar e não estar livre, considerada a internação psiquiátrica um enclausuramento e um sequestro. Ora está incluído, ora excluído da sociedade. Ainda que fora da instituição.

Indica-se a qualquer gestor local que se mobilize e se sensibilize com este cenário e que não sustente a retroalimentação das internações à custa do SUS, porque ele é quem pode disponibilizar recursos para a construção da rede territorial de cuidados em saúde mental, em liberdade e com direitos, propostos pelo movimento social organizado da Reforma Psiquiátrica brasileira e pelas políticas públicas de saúde mental do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Mas o louco tem seus bons momentos, ou melhor, ele é, em sua loucura, o próprio momento da verdade; insensato, tem mais senso comum e desatina

menos que os atinados

Michel Foucault

6. Referências

1. Amarante P, Torre E H G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2001 maio/ago v. 25, n. 58, p. 26-34.
2. Aranha e Silva A L. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese] Livre-Docência. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
3. Barros S, Bichaff R. Desafios para a desinstitucionalização. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo; 2008. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.
4. Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental; Acta Paul Enferm 2008; 21 (4): 588 – 94.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde profissional e gestor. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355& . Acesso em mar 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_legislacao_drogadicao/Federal_Drogadicao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf . Acesso em mar de 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005.

9. Relatório. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2007-2010. Ministério da Saúde – Janeiro de 2011. Disponível em http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf. Acesso em 20-nov-2011.
10. Brasília. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 5ª ed ampliada: DF; 1990 – 2004.
11. Egry E.Y Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
12. Foucault M. A história da Loucura. 8ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.
13. Gil A C. Como elaborar projeto de pesquisa. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
14. Gonçalves M A, Sena R R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-am Enfermagem p. 48-55 março 2001. Disponível: < www.scielo.br > acesso em 05 de março 2013.
15. Gomes RA. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo M C S (Org); Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.
16. Koga M, Furegato R A. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar Revista Ciência e Saúde v. 1, n. 1, p. 69-73, 1º semestre. Maringá, 2002.
17. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. Saúde soc., São Paulo, mar. 2008 v. 17, n. 1. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Set. 2011.
18. Lima M G A. Internação involuntária em psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. Disponível em www.tjsp.jus.br/.../InternacaoinvoluntariaemPsiquiatria-ultimaversa.doc. Acesso em 02 de mar, 2013.

19. Machado V, Santos M A dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2011, vol.60, n.1, pp. 16-22. ISSN 0047-2085. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000100004>. Acesso em 03 de março de 2013.
20. Maciel C S. et al. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um Estudo com Familiares de Doentes Mentais. Universidade Federal da Paraíba Psicologia Ciência e Profissão, João Pessoa, 2009, p.436-447.
21. Secretaria de Saúde. Departamento regional de saúde de Marília –IX. Mapa regional de saúde RRAS 10. Marília, 2012.
22. Moraes J B. Desinstitucionalização psiquiátrica: avanços e limites. Disponível em http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=256. Acesso em 02 de mar, 2013.
23. Moraes M L C. Bases Conceituais para o Diagnóstico Psicopedagógico Institucional – Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia. 2006. Disponível em [http:// www.abpp.com.br](http://www.abpp.com.br) . Acesso em 05 de março de 2013.
24. Pitoli JP. “Habitar” Institucional: considerações sobre processos de institucionalização de vidas no hospital psiquiátrico. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
25. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio, M. F. S. (Org.). Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.
26. Salles M. Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
27. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

28. Severo A K de S, Dimenstein M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estud. Psicol.* (natal) [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 59-67. ISSN 1413-294X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100008>. Acesso em: 06 de março de 2013.
29. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n.1 São Paulo, mar. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2010.
30. Taleikis PU. O trabalho como estratégia de desinstitucionalização e emancipação na saúde mental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009 [acesso 2012-03-19]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-14082009-100458/>.
31. Tundis SA, Costa N R (org) Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7a ed. Petrópolis: vozes; 2001.
32. Secretaria de Saúde. Mapa regional de saúde RRAS 09 – micro região Tupã. 2009.
33. Valentini WAH, Vicente CM. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: Pitta, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 48-54.
34. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto e Contexto Enfermagem*, vol.14, n.3, Florianópolis, jul/set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 20 out. 2011.

ANEXO 1: Questionário do Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE GRUPO TÉCNICO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 8º andar - s/b 813 Tel: (11) 3066-8224 Email: gtae@saude.sp.gov.br</p>	<p>DEPARTAMENTO DE CUIDADOS PSÍQUICOS</p>
--	---

CENSO PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES MORADORES DOS HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO _____

A - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1. DADOS DO HOSPITAL	
RAZÃO SOCIAL:	
NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO:	
CEP:	TELEFONE:
Nº LEITOS EXISTENTES:	Nº LEITOS SUS:
2. MUNICÍPIO:	
Iª PARTE - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO (PRONTUÁRIO)	
B - IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
3. NOME COMPLETO DO USUÁRIO/APELIDO:	
4. Nº PRONTUÁRIO:	
5. DATA DE NASCIMENTO	
1. SIM, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
6. IDADE ATUAL OU PRESUMIDA	
1. SIM, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
8. ESTADO CIVIL	
1. SOLTEIRO	
2. CASADO	
3. SEPARADO	
4. OUTRO, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	

136 | Desolhos para a Desinstitucionalização

9. NATURALIDADE (CIDADE EM QUE NASCEU)	
1. SIM, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
10. UF	
1. SIM, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
11. NACIONALIDADE	
1. BRASILEIRA	
2. OUTRA, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
12. ÚLTIMA CIDADE EM QUE RESIDIU	
1. SIM, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
13. FILIAÇÃO	
1. INFORMADA E COMPROVADA POR DOCUMENTAÇÃO	
2. INFORMADA E NÃO COMPROVADA POR DOCUMENTAÇÃO	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
NOME DA MÃE:	
NOME DO PAI:	
14. RG	
1. NÃO	
2. SIM, Nº	
15. OUTROS DOCUMENTOS (CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO, CPF, TÍTULO ELEITOR, CARTeira DE TRABALHO, CERTIFICADO DE RESERVISTA, PASSAPORTE, PIS/PASEP)	
1. NÃO	
2. SIM, QUANTAS ANOTAR Nº	
16. PROCEDÊNCIA (INSTITUIÇÃO QUE ENCAMINHOU)	
1. HOSPITAL PSQUIÁTRICO/CASA DE CUSTÓDIA, QUAL O TEMPO DE INTERNAÇÃO	
ANTERIOR:	
2. OUTRA INSTITUIÇÃO, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
17. ENDEREÇO DE FAMILIAR	
1. NÃO	
2. SIM, QUAL?	
BAIRRO:	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
TELEFONE:	
18. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO FAMILIAR	
1. NÃO	
2. SIM, QUAL?	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
19. UF /PAIS DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO FAMILIAR	
1. NÃO	
2. SIM, UF: PAIS (NO CASO DE ESTRANGEIROS):	
9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
C - DADOS CLÍNICOS E PSQUIÁTRICOS DO PRONTUÁRIO +	
20. DATA DE ADMISSÃO NA INTERNAÇÃO ATUAL, NESTE HOSPITAL	
(?INDEPENDENTE DA RENOVACÃO DA AIH)	

continua

Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo

137

21. DIAGNÓSTICO(S) PSIQUIÁTRICO(S) ATUAIS: CÓDIGO CID 10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (MARCAR 1, SIM E 2, NÃO) 1. F00-F09 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INCLUSIVE OS SINTOMÁTICOS 2. F10-F19 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOTIVA 3. F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES 4. F30-F39 TRANSTORNOS DE HUMOR (AFETIVOS) 5. F40-F48 TRANSTORNOS NEUROTÍPICOS, TRANSTORNOS RELACIONADOS AO "STRESS" E TRANSTORNOS SOMATIFORMES 6. F50-F59 SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS E A FATORES FÍSICOS 7. F60-F69 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO DO ADULTO 8. F70-F79 RETARDO MENTAL 9. OUTROS, QUAIS? ...		1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐
22. DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS (MARCAR 1, SIM E 2, NÃO) 1. HIPERTENSÃO ARTERIAL 2. DIABETES 3. CARDIOPATIAS 4. DOENÇAS PULMONARES (Tuberculose, DPOC, Pneumonia, etc.) 5. HANSERÍASE 6. DOENÇAS DE PELE (Escarlatina, Pediculose, Escaras, etc.) 7. OUTRAS, QUAIS?		1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐
23. DEFICIÊNCIAS FÍSICAS ASSOCIADAS (MARCAR 1, SIM E 2, NÃO) 1. DEFICIÊNCIA FÍSICA 2. DEFICIÊNCIA VISUAL 3. DEFICIÊNCIA AUDITIVA ANOTAR USO DE ÓCULOS, ORTESES, PRÓTESES, APARELHO AUDITIVO, ETC.		1. ☐ 2. ☐ 3. ☐
24. TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR ANTES DA INTERNAÇÃO ATUAL 1. NÃO 2. SIM, UNIDADE: _____ 3. OUTRO: _____ 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
25. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (CONSULTAR PRESCRIÇÃO ATUAL) 1. MÚLTIPLOS MEDICAMENTOS, QUAIS _____ 2. MEDICAMENTO ÚNICO, QUAIS _____ 3. NÃO FAZ USO DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E CLÍNICOS		
D - SITUAÇÃO JURÍDICA		
26. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO CIVIL) 0. TEM CURADOR 1. NÃO TEM CURADOR/TEM PROCURADOR 2. NÃO TEM CURADOR/ NÃO TEM PROCURADOR 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
27. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO PENAL) 0. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA ESPECIALIZADA 1. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA 2. INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
28. PARTE - DADOS PSICOSSOCIAIS (USUÁRIO/EQUIPE DO HOSPITAL)		
E - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS		

28. MOTIVO DA PERMANÊNCIA DA INTERNAÇÃO 0. PRECARIEDADE SOCIAL, DOENÇA CLÍNICA E TRANSTORNO MENTAL 1. PRECARIEDADE SOCIAL, DOENÇA CLÍNICA E TRANSTORNO MENTAL 2. PRECARIEDADE SOCIAL, DOENÇA CLÍNICA E TRANSTORNO MENTAL 3. TRANSTORNO MENTAL 4. DOENÇA CLÍNICA 5. PRECARIEDADE SOCIAL		
29. ESCOLARIDADE 0. NÃO ALFABETIZADO 1. ALFABETIZADO, ESCREVE O NOME 2. ESCREVE E LÊ, MAS NÃO SABE INFORMAR ESCOLARIDADE 3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO 4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO 5. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO 6. ENSINO MÉDIO COMPLETO 7. ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO 8. ENSINO SUPERIOR COMPLETO		
30. SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA ANTERIOR À(S) INTERNAÇÃO(ÕES) 0. NUNCA TRABALHOU 1. INATIVO - DESPREGADO 2. INATIVO - COM BENEFÍCIO (LOAS/POSENTADORIA) 3. ATIVO SEM CARTERÍA ASSINADA 4. ATIVO COM CARTERÍA ASSINADA OU AUTÔNOMO 9. INFORMAÇÃO IGNORADA OBS: SE HOUVER, ANOTAR TRABALHO ANTERIOR: _____		
31. TIPO DE RENDA 0. NÃO TEM 1. AJUDA FINANCEIRA ESPORÁDICA (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS) 2. AJUDA FINANCEIRA FREQUENTE (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS) 3. RENDA PROVENIENTE DE PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NO HOSPITAL 4. BENEFÍCIO (LOAS/POSENTADORIA) 5. RENDA PROVENIENTE DE BENEFÍCIO E PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NO HOSPITAL		
F - AUTOCUIDADO		
32. HIGIENE (BANHO, CABELOS, UNHAS, HIGIENE BUCAL, USO DO VASO SANITÁRIO) 0. APENAS QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 1. SEMPRE COM AUXÍLIO 2. APENAS QUANDO SOLICITADO 3. DEVEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA 4. DIARIAMENTE E POR VONTADE PRÓPRIA		
33. ALIMENTAÇÃO 0. ALIMENTA-SE SOMENTE QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 1. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 2. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES SEMPRE QUANDO SOLICITADO 3. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DIARIAMENTE POR VONTADE PRÓPRIA 4. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DIARIAMENTE POR VONTADE PRÓPRIA		
34. VESTIR-SE 0. NÃO SE VESTE SOZINHO, RECUA A SE VESTIR 1. VESTE-SE SOMENTE COM AJUDA DE OUTROS E/OU ESTIMULADO POR OUTRO 2. VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM HIGIENE PRECÁRIA E DESALINHADAS 3. VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E DESALINHADAS 4. VESTE-SE COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E ALINHADAS		

CONTINUA

G - VÍNCULOS SOCIAIS	
35. VISITAS DURANTE A INTERNÇÃO 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. RECEBE VISITAS DE OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 2. RECEBE VISITAS DE VIZINHOS/AMIGOS 3. RECEBE VISITAS DE FAMILIARES	
36. REALIZA VISITAS DURANTE A INTERNÇÃO 0. NÃO REALIZA VISITAS 1. REALIZA VISITAS PARA OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 2. REALIZA VISITAS PARA VIZINHOS/AMIGOS 3. REALIZA VISITAS PARA FAMILIARES	
37. FREQUÊNCIA DAS VISITAS 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. EVENTUAL 2. MENSAL 3. QUINZENAL 4. SEMANAL	
38. SITUAÇÃO DE MORADIA NO PRESENTE 0. MORADOR DE ENFERMARIA NÃO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 1. MORADOR DE LAR ABRIGADO NÃO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 2. MORADOR DE ENFERMARIA TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 3. MORADOR DE LAR ABRIGADO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
H - PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO INSTITUCIONAL	
39. COMUNICAÇÃO (PALA, CONVERSA, PEDE, PERGUNTA, RESPONDE QUANDO PERGUNTADO) 0. NÃO SE COMUNICA NEM QUANDO SOLICITADO NEM COM AUXÍLIO 1. COMUNICA-SE APENAS COM AUXÍLIO 2. COMUNICA-SE APENAS QUANDO SOLICITADO VERBALMENTE 3. COMUNICA-SE DEVEZ EM QUANDO POR VONTADE PRÓPRIA 4. COMUNICA-SE SEMPRE POR VONTADE PRÓPRIA	
40. TRANSITO PELO HOSPITAL 0. NÃO TRANSITA PELO HOSPITAL 1. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO PELA EQUIPE 3. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE ACOMPANHADO POR OUTROS PACIENTES 4. TRANSITA PELO HOSPITAL DESACOMPANHADO FAZ USO DE CADEIRA DE RODAS? SIM () NÃO ()	
41. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DENTRO DO HOSPITAL (OFICINAS, FESTAS, JOGOS, ETC.) 0. NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES 1. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO E ACOMPANHADO 2. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO 3. PARTICIPA DE ATIVIDADES ACOMPANHADO 4. PARTICIPA DE ATIVIDADES DESACOMPANHADO	
I - PARTICIPAÇÃO SOCIAL	

140

Desafios para a Desinstitucionalização

42. TRANSITO PELA COMUNIDADE 0. NÃO SAI SOZINHO NEM ACOMPANHADO 1. SAI DO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. SAI DO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO 3. SAI DO HOSPITAL SE ORIENTADO 4. SAI DO HOSPITAL DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
43. USO DE TRANSPORTE COLETIVO 0. NÃO USA TRANSPORTE COLETIVO 1. USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO 3. USA TRANSPORTE COLETIVO DE VEZ EM QUANDO E DESACOMPANHADO 4. USA TRANSPORTE COLETIVO SEMPRE E DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
44. COMPRAS 0. NÃO FAZ COMPRAS 1. FAZ COMPRAS NO HOSPITAL ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. FAZ COMPRAS NO HOSPITAL DESACOMPANHADO 3. FAZ COMPRAS FORA DO HOSPITAL ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 4. FAZ COMPRAS FORA DO HOSPITAL DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
45. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES FORA DO HOSPITAL (ESCOLA, IGREJA, PARQUES, BANCO) 0. NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES 1. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO E ACOMPANHADO 2. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO 3. PARTICIPA DE ATIVIDADES ACOMPANHADO 4. PARTICIPA DE ATIVIDADES DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
46. O USUÁRIO GOSTARIA DE MORAR FORA DO HOSPITAL? 0. NÃO 1. IMPOSSIBILITADO DE RESPONDER 2. SIM, CONVERSA SOBRE O TEMA QUANDO INDAGADO 3. SIM, CONVERSA ESPONTANEAMENTE 4. SIM, ACHA QUE JÁ DEVERIA TER SAÍDO POR QUE, EM CASO ALTERNATIVO, EM QUE LOCAL OU CIDADE?	
47. O USUÁRIO SAI DE LICENÇA TERAPÊUTICA POR UMA SEMANA OU MAIS? 0. NÃO, NEM PENSA NISSA POSSIBILIDADE 1. NÃO, MAS GOSTARIA DE TER ESSA POSSIBILIDADE 2. SIM	
J - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
48. RAÇA/COR 1. BRANCA 2. PRETA 3. PARD 4. AMARELA 5. INDIGENA	

continua

Como Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo

141

49. RELIGIÃO		
1. NÃO POSSUI		
2. CATÓLICA		
3. EVANGÉLICA		
4. ESPÍRITA		
5. OUTRA, QUAL?		
9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
50. O USUÁRIO É GRABATÁRIO (CRONICAMENTE ACAMADO)?		
1. SIM		
2. NÃO		
51. TABAGISMO		
1. FUMANTE		
2. NÃO FUMANTE		
52. POSSUI DENTES OU USA PROTESE DENTÁRIA		
1. NÃO		
2. SIM		
K - RELATO DAS IMPRESSÕES DO PESQUISADOR SOBRE (MÁXIMO DE 700 CARACTERES):		
O USUÁRIO:		
A EQUIPE DO HOSPITAL:		
OS PRONTUÁRIOS:		
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		
NOME DO PESQUISADOR	ASSINATURA	DATA

Instrumento de avaliação construído a partir de consulta a outros instrumentos previamente utilizados para finalidades semelhantes, com prévia autorização dos autores: Ana Maria Fernandes Pita e colaboradores; Maria Beatriz de Miranda Matias e Mirsa Elisabeth Dellosi; Verônica Sanduette.

ANEXO 2: Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Saúde
Ministério da Saúde

principal central de suporte sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

JOSÉ MARCOS GARCIA - Pesquisador | V2.16

Cadastros

Sua sessão expira em: 38min 42

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: Perfil de internação psiquiátrica na Cidade de Tupã
Pesquisador: JOSÉ MARCOS GARCIA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 11985613.4.0000.5392
Submetido em: 14/02/2013
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Situação: Aprovado
Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consubstanciado do CEP	A	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_206047.pdf	26/02/2013 15:18:05
Projeto de Pesquisa	A	PB_PROJETO_DE_PESQUISA_119856.pdf	14/02/2013 18:19:20
Interface REBEC	A	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	14/02/2013 18:19:20
Projeto de Pesquisa (Anexado pelo Pesquisador)	A	Projeto de Pesquisa.doc	14/02/2013 18:17:47
Outros	A	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.pdf	29/01/2013 17:13:14
Autorização de acesso a arquivo	A	CARTA DE AUTORIZAÇÃO 2.pdf	29/01/2013 17:07:48

ANEXO 3: Carta de Aprovação do Secretário Municipal de Saúde de Tupã

Prefeitura da Estância Turística de Tupã
Estado de São Paulo.
Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

Eu, Antonio Brito, portador do RG: 24277591-3 Secretario Municipal de Saúde venho através desta, autorizar a coleta de dados junto ao Prontuário dos pacientes encaminhados ao regime de internação psiquiátrica no Município de Tupã SP.

A pesquisa intitulada perfil de internação psiquiátrica no Município de Tupã tem como objetivos:

- a. Quantificar o numero de internações psiquiátricas no Município de Tupã no período de 01 (um) ano;
- b. Identificar, por meio da análise documental - se houver -, os motivos que levam os familiares a concordarem e aceitarem o cuidado em regime hospitalar.

Autorizo ainda a permissão desde Ambulatório Clínica para viabilizar o acesso aos prontuários.

Sem mais,

Tupã, 19 de Abril de 2013

Antonio Brito
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 4: Carta de Aprovação do Diretor do Ambulatório de Saúde Mental de Tupã

Prefeitura da Estância Turística de Tupã
Estado de São Paulo
Ambulatório de Saúde Mental

AUTORIZAÇÃO

Eu, Fernando Neves Januário, portador do RG 28430439-6 coordenador do ambulatório de saúde mental de Tupã, venho através desta, autorizar a coleta de dados junto ao Prontuário dos pacientes encaminhados ao regime de internação psiquiátrica no município de Tupã - SP.

A pesquisa intitulada Perfil de internações psiquiátricas no Município de Tupã tem como objetivos:

- a. Quantificar o número de internações psiquiátricas no Município de Tupã no período 01 (um) ano;
- b. Identificar, por meio da análise documental - se houver -, os motivos que levam os familiares a concordarem e aceitarem o cuidado em regime hospitalar.

Autorizo ainda a permissão deste Ambulatório Clínica para viabilizar o acesso aos prontuários.

Sem mais,

Estância Turística de Tupã, 29 de Janeiro de 2013.

Fernando Neves Januário.
Coord, Amb. Saúde Mental.

Fernando Neves Januário
Coordenador Amb. Saúde Mental
COREN - SP - 161 960