

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RENATA ROSOLEM

ENTRE IDAS E VINDAS OU SOBRE AS REINTERNAÇÕES  
PSIQUIÁTRICAS

Maringá  
2016

RENATA ROSOLEM

ENTRE IDAS E VINDAS OU SOBRE AS REINTERNAÇÕES  
PSIQUIÁTRICAS

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia do centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Boarini.

Maringá  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

84226 Rosolem, Renata  
Entre idos e vindos ou sobre reintermediação  
psiquiátrica / Renata Rosolem -- Maringá, 2016.  
122 f. : il., color., figs., tabs., maps.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Boarini.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Maringá, Centro de Ciência de Humanas, Letras e  
Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia - Área de Concentração:  
Constituição do Sujeito e Historicidade, 2016.

I. Reintermediação psiquiátrica. 2. Integração  
psiquiátrica. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Política  
Nacional de Saúde Mental. 5. Saúde mental. I.  
Boarini, Maria Lucia, orient. II. Universidade  
Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas,  
Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia - Área de  
Concentração: Constituição do Sujeito e  
Historicidade. III. Título.

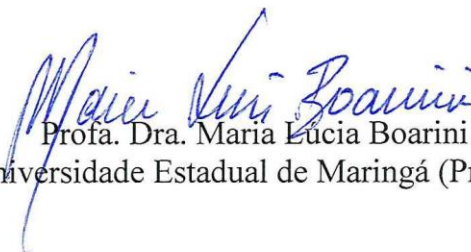
CDD 21.ed. 616.89  
ARI-002848

RENATA ROSOLEM

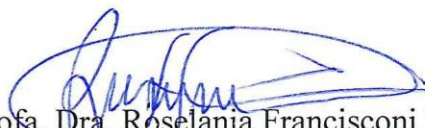
*Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

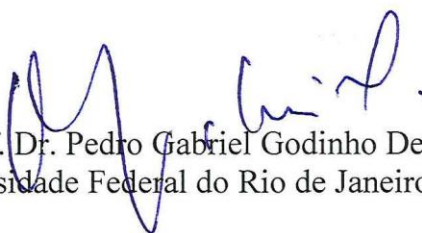
COMISSÃO JULGADORA



Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini  
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Profa. Dra. Roselania Francisconi Borges  
DPI/Universidade Estadual de Maringá



Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Aprovado em: 22 de fevereiro de 2016.

Local da defesa: Bloco 118 – sala de vídeo, Campus da UEM.

*A todos aqueles que tiveram sua existência  
marcada por internações psiquiátricas.*

## AGRADECIMENTOS

À orientadora Dra. Maria Lucia Boarini, pelos ensinamentos e direcionamentos nesta trajetória de pesquisa. Agradeço pela confiança em mim depositada desde o início, e pela segurança e apoio que me ofereceu em todos os momentos. Seu comprometimento me inspira e me fortalece para seguir como pesquisadora e trabalhadora no campo da saúde mental.

À Professora Dra. Roselania Francisconi Borges, por sua parceria e ensinamentos nas diversas atividades que compartilhamos. À Professora Maria Aparecida de Moraes Burali, por aceitar ser suplente e pelas contribuições oferecidas na qualificação.

Ao Professor Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, pelas fundamentais contribuições e por aceitar participar desta banca. É uma honra poder contar com uma pessoa com histórico tão importante na reforma psiquiátrica brasileira.

À Secretaria de Saúde do Município de Maringá-PR por possibilitar a pesquisa documental, e aos funcionários que prestaram informações sobre o Hospital Psiquiátrico e Hospital Municipal de Maringá.

Aos companheiros do GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisa em Higienismo e Eugenismo e aos participantes da Comissão de Psicologia e Saúde do CRP 8ª Região – Sede Maringá, por compartilharem saberes e experiências tão importantes para este trabalho.

Aos meus amigos de trabalho e de vida no NASF, que me encorajaram a chegar até aqui, especialmente a Patrícia, a Amanda e a Daniele, que estiveram presentes na maior parte desta jornada, e fizeram jus à função “apoio” que aprendemos a exercer juntas.

Ao Rafa, pelo amor, parceria, paciência, por me ajudar a suportar as dores, me encorajar a seguir em frente, e permanecer de mãos dadas comigo.

Aos meus pais Álvaro e Vera, por sempre me apoiarem, e compreenderem minhas ausências neste período. À minha irmã Amanda por dividir comigo todos os momentos de nossas vidas. Ao Léo pela ajuda indispensável na organização dos dados da pesquisa. À minha sobrinha Ana Clara, e seus olhos atentos nos quais vejo o futuro.

“A gente vai contra a corrente  
Até não poder resistir  
Na volta do barco é que sente  
O quanto deixou de cumprir”

(*Roda-viva*, Chico Buarque, 1967)



Vinte e Um Veleiros, s.d., Arthur Bispo do Rosário<sup>1</sup>  
Fonte: Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea (2015)

<sup>1</sup> Diagnosticado como “esquizofrênico paranoide” no final da década de 1930 permaneceu 50 anos na instituição psiquiátrica Colônia Juliano Moreira. Até 1964 sua história na instituição foi marcada por diversas idas e vindas à Colônia, após esta data permaneceu internado até a sua morte em 1989. Hoje suas obras são reconhecidas como trabalho artístico e foram instituídas patrimônio cultural da cidade do Rio de Janeiro (Borges, 2010).

## Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o fenômeno das reinternações psiquiátricas após a Lei 10.216/2001. Apesar da expressiva diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e o redirecionamento dos recursos em saúde mental para os serviços substitutivos ocorrido nestes últimos anos, observamos a coexistência de dois modelos: o hospitalocêntrico, que resiste e se reinventa, e o psicossocial, que se expandiu consideravelmente desde a implantação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. As reinternações psiquiátricas corroboram esta coexistência, uma vez que a institucionalização das pessoas com transtornos mentais ou de usuárias de álcool e outras drogas persiste através das internações de curta permanência repetidas vezes, em substituição aos longos períodos de isolamento. Não negamos a necessidade do acolhimento em situação de crise, no entanto, questionamos as internações em hospitais psiquiátricos, uma vez que a reformulação da assistência à saúde mental preconiza o tratamento não asilar. Para compreender esse processo, realizamos um estudo de caráter documental que se constituiu no levantamento das reinternações psiquiátricas ocorridas no município de Maringá – PR entre os meses de janeiro de 2013 e outubro de 2014, no Hospital Psiquiátrico de Maringá e na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal. A análise dos dados coletados teve como referência os preceitos da reforma psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Recorremos também à literatura já produzida a respeito para sustentar a discussão teórica e a apreciação dos documentos pesquisados. Os resultados indicam que 50% dos usuários internados são do município de Maringá e, na mesma proporção, as internações nestas instituições correspondem a reinternações. Os diagnósticos prevalentes foram de transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas, especialmente o álcool. A maioria das pessoas que reinternaram tinha entre 30 e 49 anos. No Hospital Psiquiátrico o tempo de permanência na maioria das reinternações foi entre quatro e seis semanas. As internações mais curtas foram, majoritariamente, consequência de abandono de tratamento; a maioria dos usuários reinternados nesta instituição era do sexo masculino. Na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal o número de homens e mulheres equiparou-se. O tempo de permanência raramente ultrapassou quatro semanas. Por meio da avaliação da recorrência das internações psiquiátricas, podemos concluir que um dos desafios da reforma psiquiátrica na contemporaneidade é o cuidado em situações de crise e o acompanhamento



contínuo na rede de atenção psicossocial. Destacamos o uso de substância psicoativa como o diagnóstico de maior evidência nas reinternações, e os desafios a ele subjacentes, como o apelo à internação hospitalar como principal recurso, ou ao afastamento do convívio familiar e social promovido por comunidades terapêuticas. Mais de uma década após a aprovação da Lei 10.216/2001, o fenômeno das reinternações psiquiátricas expõe a coexistência do modelo hospitalocêntrico e do psicossocial, com a dificuldade de acesso à rede de saúde mental e do acolhimento à crise, ao mesmo tempo e complementarmente com grande oferta e rotatividade de leitos em hospitais psiquiátricos, como é o caso do município em pauta. A cidade de Maringá-PR implantou sua rede de atenção psicossocial e, praticamente, tem uma significativa cobertura da estratégia saúde da família. Embora essa rede tenha um número de equipamentos significativo, ainda convive com um hospital psiquiátrico e com reinternações psiquiátricas constantes como demonstrado por este estudo. Dessa forma, entendemos que seja necessário um estudo mais abrangente, e que compare os resultados após a abertura dos novos serviços de saúde mental 24 horas (CAPS AD III e CAPS III) previstos para o início de 2016.

**Palavras-chave:** Reinternação psiquiátrica. Internação psiquiátrica. Reforma psiquiátrica. Política Nacional de Saúde Mental. Saúde mental.

## Between coming and going or about psychiatric rehospitalizations

### **ABSTRACT**

This study has the objective to analyze the phenomenon of the psychiatric rehospitalizations after establishment of the Law 10.216/2001. Regarding the expressive decrease of the number of beds in psychiatric hospitals and the redirection of the resources in mental health to the substitutive services on these previous years, we observed the coexistence of two models: the one centered in a hospital, which resists and it is reinvented, and the psychosocial one, that has expanded considerably since the implantation of the National Politics of Mental Health in Brazil. The psychiatric rehospitalizations corroborate such coexistence, once the institutionalization of individuals with mental illness or users of alcohol and other drugs persists through the repeated short time hospitalizations, in substitution to the long isolation periods. We do not deny the need of support in crisis situation; however, we questioned the admission in psychiatric hospitals, once the reformulation of the assistance to the mental health preconizes a treatment out of an insane asylum. To understand that process, we accomplished a documental study that constituted in a survey of the psychiatric rehospitalizations occurred in the municipal district of Maringa - PR from January 2013 to October 2014, in the Psychiatric Hospital of Maringa and in the psychiatric emergency of the Municipal Hospital. The analysis of the collected data had as reference, the precepts of the psychiatric reform and of the National Politics of Mental Health. We searched the respective literature already produced to sustain the theoretical discussion and the awareness of the researched documents. The results indicate that 50% of the hospitalized users are from the municipal district of Maringa and, in the same proportion the admissions in these institutions correspond to the rehospitalization. The prevailing diagnoses were of mental disorders due to the use of psychoactive substances, especially alcohol. Most of the people that were rehospitalized were around 30 to 49 years of age. In the majority of rehospitalization at the Psychiatric Hospital the individuals stayed for four to six weeks. The shortest hospitalizations were, mainly, consequence of noncompliance with the treatment; most of the individuals rehospitalized in this institution were male. In the psychiatric emergency of the Municipal Hospital the number of male and female was similar. The time of stay rarely exceeded four

weeks. Through the evaluation of the recurrences, we can conclude that one of the challenges of the psychiatric reform in the contemporaneity is the assistance in crisis situations and the follow-up care for mental patients in the psychosocial services. We highlight the use of psychoactive substances as the diagnosis most frequent in the rehospitalization and its underlying challenges as the appeal to the hospitalization as the main resource, or the removal from the family and social conviviality promoted by therapeutic communities. More than one decade after the approval of the Law 10.216/2001, the psychiatric rehospitalization phenomenon exposes the coexistence of the hospital centered and psychosocial models, with the difficulty to access the mental health services and of the support on crisis, at the same time and complementarily with great offer of beds in psychiatric hospitals, as it is the case of the mentioned municipal district. The city of Maringá-PR implanted its services of psychosocial assistance and practically, has an appropriate coverage of the family health strategy program; however, it dwells with constant psychiatric rehospitalization as revealed by this study. Thus, we understand that it is necessary a more comprehensive study comparing the results after the opening of the new 24 hour mental health services (CAPS AD III and CAPS III) which is foreseen for the beginning of 2016.

**Keywords:** Psychiatric rehospitalization. Psychiatric hospitalization. Psychiatric reforms. National Politics of Mental Health. Mental health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Leitos psiquiátricos SUS em Hosp. Psiq. por ano no Brasil, de 2002 a dez/2014 .....	36
Figura 2 -	Leitos de psiquiatria em hospitais gerais de 2007 a 14.....	36
Figura 3 -	Leitos de psiquiatria em hospitais gerais e leitos em hospitais psiquiátricos, de 2007 a 2014 .....	37
Figura 4 -	Localização geográfica da cidade de Maringá (PR).....	56
Figura 5 -	Regionais de saúde do PR por macroregional; composição da 15ª Regional de Saúde .....	57
Figura 6 -	Distribuição geográfica dos serviços de saúde mental em Maringá até 2014 .....	59
Figura 7 -	Distribuição geográfica dos serviços de saúde mental de Maringá após a reorganização dos CAPS no CISM .....	60
Figura 8 -	Modelo da contra-referência da internação no Hospital Psiquiátrico (registro da alta) .....	65
Figura 9 -	Porcentagem de atendimentos realizados na EP HMM e HP por localidade .....	68
Figura 10 -	Atendimentos na EP HMM resultantes em internação e reinternação ....	69
Figura 11 -	Internações e reinternações no HP .....	69
Figura 12 -	Número de pessoas e de internações no HP pela quantidade de reincidências .....	71
Figura 13 -	Quantidade de homens e mulheres que passaram pela EP HMM e HP ..	72
Tabela 1 -	Faixa etária dos usuários da EP HMM reinternados, internados apenas uma vez, e atendimentos em geral .....	74
Figura 14 -	Faixa etária dos usuários reinternados da EP HMM .....	75
Figura 15 -	Faixa etária dos usuários reinternados do HP .....	75
Tabela 2 -	Tempo de permanência na internação hospitalar pelo número de pessoas internadas na EP do HMM apenas uma vez, reinternadas na EP do HMM e reinternadas no HP .....	77

Figura 16 -	Tempo de permanência das internações e reinternações na EP do HMM .....	77
Figura 17 -	Tempo de permanência das reinternações no HP .....	78
Figura 18 -	Tempo de permanência das reinternações na EP HMM e no HP .....	78
Tabela 3 -	Número de encaminhamentos registrados nas altas hospitalares de reinternações do HP pelo local de destino .....	80
Tabela 4 -	Número de encaminhamentos dos usuários com reinternação, internados sem reinternação, e atendimento em geral da EP HMM pelo local de destino .....	81
Tabela 5 -	Tempo de permanência pelo local de destino ou modalidade da alta no HP .....	84
Figura 19 -	Grau de parentesco do acompanhante no momento da alta do HP .....	86
Tabela 6 -	Diagnósticos (CID) registrados nas altas de reinternação do HP e EP HMM .....	90
Tabela 7 -	Indicação da Unidade Básica de Saúde de referência na alta do HP .....	92

## SUMÁRIO

### **SOBRE INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL 15**

<b>1 OS CAMINHOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL.....</b>	<b>24</b>
1.1 A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DEPOIS DA LEI N. 10.216 DE 2001 .....	31
1.2 O HOSPITAL GERAL E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	33
1.3 CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	40
1.4 OS CAMINHOS QUE LEVAM DE VOLTA AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO .....	46
<b>1.4.1 Implicações do apoio familiar e comunitário .....</b>	<b>47</b>
<b>1.4.2 A dinâmica da rede de atenção psicossocial .....</b>	<b>49</b>
<b>1.4.3 O recurso medicamentoso.....</b>	<b>50</b>
<b>1.4.4 Outras questões relacionadas às reinternações .....</b>	<b>51</b>
<b>2 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA .....</b>	<b>54</b>
2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MARINGÁ (PR).....	56
<b>2.1.1 Emergência e internação em saúde mental no município.....</b>	<b>60</b>
2.2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	63
<b>3 ENTRE IDAS E VINDAS: O QUE AS REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NOS REVELAM .....</b>	<b>68</b>
3.1 LOCAL DE ORIGEM.....	68
3.2 REINTERNAÇÕES .....	69
3.3 DIFERENÇAS DE GÊNERO.....	72
3.4 FAIXA ETÁRIA .....	73
3.5 TEMPO DE PERMANÊNCIA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR, ENCAMINHAMENTO APÓS A ALTA E (O POSSÍVEL) TRATAMENTO EXTRA- HOSPITALAR .....	76
3.6 ACOMPANHANTE NO MOMENTO DA ALTA: VÍNCULOS SOCIAIS E FAMILIARES .....	85
3.7 DIAGNÓSTICOS.....	89
3.8 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA.....	92

<b>4 SOBRE O “TEMPO PERDIDO”: IMPASSES NA REDE DE ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>118</b>

“Quando se viu fora dos muros do hospital, não sabia como sobreviver sem amarras.

- A que horas as luzes se apagam aqui? – perguntou na primeira noite liberto do cativoiro.

Retirado do convívio social por quase meio século, ele jamais poderia imaginar que agora era dono do seu tempo e que tinha ele mesmo o poder de clarear ou escurecer o ambiente com um simples toque de interruptor. Além de nunca ter visto um apagador de luz, ser dono de si era uma novidade para quem viveu décadas de institucionalização”

(O Holocausto Brasileiro, Daniela Arbex, 2013, p. 33)



## **SOBRE INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

“Quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com elas.”

(Basaglia, 2010, p.25)

A internação das pessoas com transtornos mentais no Brasil remonta ao século XIX, e até o final dele, onde a exclusão era o mecanismo predominantemente usado para o controle da loucura, especialmente daqueles tidos como perigosos, seja nas prisões ou hospícios. Os loucos que não representavam tal perigo transitavam livremente, pelo menos até a metade deste século, momento em que o crescimento das cidades trazia consigo novas demandas, e diversos setores da sociedade reivindicavam providências em relação à loucura (Cunha, 1988).

Com o lema “aos loucos o hospício”, na década de 1830, médicos tentavam solucionar o problema dos alienados que transitavam pelas ruas e daqueles que permaneciam indevidamente nos hospitais da Santa Casa. Baseada na exclusão, a crescente estrutura manicomial mantinha uma relação bastante próxima com as demandas sociais, políticas e econômicas (Yasui, 2006).

O asilo psiquiátrico tinha a tarefa de isolar aqueles que não gozavam da razão plena e que, deste modo, não seriam capazes de conviver em liberdade. Ao cárcere era incumbida a tarefa de restituir a razão dos alienados, para que então pudessem usufruir da liberdade, no entanto, este lugar de libertação mostrou-se com o passar do tempo e desenvolvimento das ciências como um espaço de exclusão, violência e mortificação (Amarante, 1995).

No Brasil, os hospícios com seus espaços limitados, não conseguiam atender a população de internos que crescia rapidamente acompanhando o aumento da população urbana. Por exemplo, o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo inaugurado em 1852, no ano 1859 já se deparava com queixas de superlotação, com 39 internos, grande parte imigrantes e ex-escravos, ocupando sete quartos sem ventilação, sem condições sanitárias,

com diversas ocorrências de epidemias e surtos infecciosos. Em 1853, após a primeira rebelião, foram colocadas grades nas janelas do hospital, item até então inexistente. No ano 1862, este hospício foi ampliado, no entanto a superpopulação continuou a existir e crescer na mesma proporção que aumentavam as taxas de mortalidade, epidemias, registro de fugas e episódios de violência por meio de métodos de contenção e disciplina (Cunha, 1988).

As práticas assistencialistas voltadas à loucura foram dando lugar às práticas médicas e discursos científicos. Durante o século XIX, para a medicina a internação era útil para classificar os loucos e a partir disso buscar a cura. A laborterapia se difundia como uma forma de tratamento e moralização, não sem controvérsias, que possibilitava a geração de renda para o hospício e conseqüentemente a possibilidade de ampliar a assistência oferecida. Os argumentos de periculosidade e do caráter permanente da loucura justificavam as internações junto ao discurso científico da época (Cunha, 1988).

No início do século XX fervilhavam descobertas científicas nas ciências naturais e a ciência biológica era reconhecida como redentora do mundo ocidental. Seus saberes não só explicariam a natureza, mas também seriam capazes de intervir sobre ela e ajustá-la, e nesse contexto o homem e a sociedade passaram a ser vistos como regidos pelas mesmas leis da natureza e passíveis da mesma intervenção. Aliado a este pensamento, as teorias sobre raça e hereditariedade, conceitos de degeneração, foram tomando força e constituindo os saberes eugênicos. A esta ciência caberia o aperfeiçoamento da humanidade, para tanto era preciso melhorar a raça, preferencialmente eliminando aqueles que eram ditos inferiores, que poderiam passar problemas das mais diversas ordens para as próximas gerações, ou evitando que se reproduzissem, por vezes contando com a internação psiquiátrica para este objetivo (Cohen, 1998).

Com o crescimento das cidades e as condições precárias nas quais vivia grande parte da população, a internação também respondia ao incômodo causado pelo louco que transitava nas ruas, assim como os desempregados, imigrantes e toda ordem de indesejáveis sociais (Boarini, 2006).

Em relação aos fatores que determinam a loucura, ainda não temos evidências que comprovem sua origem. Segundo a OMS (2001) há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais relacionados à saúde mental, uma vez que a compreensão dos transtornos mentais envolve uma série de fatores complexos. No entanto, quanto aos hospitais psiquiátricos, não há dúvidas em relação à sua não resolutividade e produção de

cronificação. De acordo com a OMS e Wonca (2008), os hospitais psiquiátricos são antiquados e ineficazes, frequentemente as pessoas são admitidas contra a sua vontade, sem a indicação apropriada, e sujeitas a violações dos seus direitos.

Basaglia (2005) destaca que na institucionalização a pessoa perde sua individualidade, objetificada pela doença e pela rotina do internamento que não respeita sua singularidade. Os vínculos externos vão se dissolvendo assim como os projetos que poderiam ser desenvolvidos em liberdade

o doente mental é impelido pelo poder institucionalizante do asilo a objetificar-se nas próprias regras que o determinam, num processo de diminuição e de restrição de si mesmo que – originariamente superposto à doença – nem sempre é reversível. (p.25)

Diante da falta de resolutividade do isolamento e todo sofrimento ali gerado, várias denúncias se estenderam sobre os hospitais psiquiátricos no decorrer do século XX. O hospício do Juquery, um dos mais antigos do Brasil, situado na região metropolitana de São Paulo, desde a década de 1930 passou por diversas crises em razão de denúncias relacionadas aos direitos humanos. Os aspectos mais visíveis diziam respeito às condições de vida dos internos, como instalações precárias, falta de higiene e alimentação adequada, além da falta de funcionários e suas práticas violentas (Cunha, 1988).

O Hospital Colônia, na época um dos maiores hospícios do Brasil, localizado na cidade de Barbacena em Minas Gerais, já em 1914 lidava com queixas sobre as condições inadequadas de atendimento. Fundado em 1903 para atender 200 pessoas, em 1960 abrigava cinco mil. Durante seu período de funcionamento pelo menos 60 mil indivíduos morreram ali de fome, frio, doenças, choques e violência. Em 1961, a Revista “O Cruzeiro” publicou uma matéria intitulada “Sucursal do Inferno” retratando as condições subumanas nas quais os pacientes viviam. Muitas denúncias se seguiram a estas, mas apenas na década de 1980 foram propostas algumas reestruturações na assistência deste hospital (Arbex, 2013).

Assim como no Hospital Colônia e outros grandes hospícios da época, a Casa de Saúde Anchieta também ganhou visibilidade no final da década de 1980. Este hospital psiquiátrico privado conveniado com a previdência social funcionava desde 1951 na cidade de Santos, e em 1989 passou por uma intervenção do poder público municipal motivada por denúncias da imprensa sobre maus tratos, mortes e violações de direitos (Nicácio, 2003).

Tantas denúncias geraram insatisfação. Havia um mal estar geral causado pelo modelo do isolamento aliado aos séculos de falta de resultados e relatos de sofrimento, nesta conjuntura movimentos de combate a tal situação foram se formando. No Brasil, com o fim da ditadura militar na década de 1980, as mobilizações crescentes dos diversos movimentos sociais vieram à tona reivindicando, dentre outras questões, uma sociedade sem manicômios. Assim, foi possível entrar na pauta do debate político o direito da pessoa com transtorno mental (Boarini, 2006).

Depois de intensa luta caracterizada por estes movimentos, aliada ao processo de redemocratização do país e à defesa da reforma sanitária brasileira, como já discutida pela literatura (Amarante, 1996; Boarini, 2011; Daúd, 2011), temos finalmente a Lei n. 10.216 (2001) que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” para serviços de base comunitária.

Transcorreram 14 anos desde o projeto de lei até sua aprovação em 2001, a qual ficou conhecida como a lei da reforma psiquiátrica. A partir dali foram criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como novos mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos em hospitais psiquiátricos no país. Dessa forma, se deu a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criação do Programa Volta para Casa e Residências Terapêuticas que ajudaram a desinstitucionalizar pessoas com longo histórico de hospitalização, adoção da estratégia de redução de danos para álcool e outras drogas, bem como ampliação de leitos de psiquiatria em hospitais gerais (Brasil, 2005).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) aprovado em 2004 pelo Ministério da Saúde buscou garantir que, com a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, os recursos que ali eram destinados continuassem no campo da saúde mental, sendo direcionados para os serviços extra-hospitalares, de base territorial e comunitária (Portaria n. 52, 2004). A principal estratégia do Programa foi reduzir os leitos nos hospitais de maior porte, reduzindo o seu peso assistencial, e de maneira pactuada entre gestores, hospitais e controle social, para evitar a desassistência. Ao mesmo tempo, essa transição de modelo assistencial deveria ser planejada juntamente com a construção de alternativas aos leitos hospitalares, ou seja, o modelo de base territorial (Brasil, 2005).

No ano de 2002 havia 51.393 leitos psiquiátricos SUS. Em 2014 esse número decresceu para 25.988. Neste mesmo ano foram contabilizados 4.620 leitos de psiquiatria em hospital geral. Em relação à porcentagem de recursos do SUS destinados à saúde mental, no ano de 2002, 75,24% eram designados aos serviços hospitalares, os quais foram declinando até em 2013 corresponderem a 20,61% dos recursos. Em contrapartida os gastos com serviços extra-hospitalares fizeram o caminho inverso: aumentaram de 24,76% para 79,39% (Brasil, 2015).

Entretanto, há estudos indicando que com a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos e a ampliação da rede de atenção em serviços abertos, as internações de longo prazo deram lugar a internações de períodos mais curtos e que se repetem com maior frequência.

Botega e Dalgalarondo (1997) apontam que nos países onde ocorreu o processo de desinstitucionalização e a redução do tempo da internação, se observou um aumento no número de reinternações.

Segundo Machado e Santos (2012), são comuns situações nas quais pessoas com transtorno mental que necessitam de atendimento de urgência são internadas constantemente, ou seja, dão entrada no hospital, ficam internadas alguns dias ou meses, saem da internação e após um breve período em liberdade são reinternadas.

A reinternação psiquiátrica é um fenômeno que expõe, de modo contundente, quanto é difícil superar a herança do modelo manicomial. Embora se tenha reduzido o tempo das internações, que, anteriormente, eram de longa permanência, a institucionalização dos pacientes acontece, frequentemente, por meio de sucessivas internações relativamente breves. (p. 794)

O fenômeno da reinternação psiquiátrica também é conhecido como “porta giratória” ou “revolving door”, caracterizado por frequentes ciclos de internações e altas de pessoas com transtorno mental em hospital psiquiátrico (Botega & Dalgalarondo, 1997; Ramos, Guimarães & Enders, 2011).

Não há consenso sobre a definição das reinternações psiquiátricas em relação ao espaço de tempo e quantidade de internações que caracterizam as reincidências. No estudo de Cardoso e Galera (2011) considera-se apenas mais de uma internação em qualquer período. Em outros estudos são consideradas duas ou mais internações no período de um ano, três ou mais no

período de dois anos, quatro ou mais no período de cinco anos, ou no período de dez anos (Parente, Mendes, Souza, Silva, Silva, Parente, & Parente, 2007).

Cardoso e Galera (2011), em pesquisa com 48 egressos de internação psiquiátrica constataram que trinta (62,5%) deles já tinham sido internados mais de uma vez, com destaque para cinco egressos (10,4%) que já haviam sido internados 10 vezes. As autoras caracterizaram a população de pessoas que haviam sido internadas, e verificaram que a maioria são homens, com baixo grau de escolaridade, desempregados, com baixa renda, solteiro e sem filhos. Em relação ao conhecimento sobre o transtorno mental, nenhum deles sabia dizer o nome de sua doença e nem de todos os medicamentos que estavam tomando, em média estes pacientes tinham 8,3 anos de transtorno mental diagnosticado.

Os dados da pesquisa de Castro, Furegato e Santos (2010) realizada em um hospital psiquiátrico regional de Ribeirão Preto mostraram que 34% das internações correspondiam a reinternações. Destas, grande parte das pessoas tinham entre 40 e 49 anos, a maioria homens, solteiros, com baixo nível de escolaridade.

Parente et al (2007) desenvolveram sua pesquisa no Estado do Piauí a fim de caracterizar os usuários que passaram por reinternações hospitalares, e constatou que 55,7% haviam passado por duas ou mais internações no período de um ano. Destes, a maioria era homens (64,1%), com idade entre 20 e 49 anos (80,1%), solteiros (68,6%), provenientes da capital do Estado (75,6%), com hipótese diagnóstica de transtornos esquizofrênicos (59,3%) e em segundo lugar o uso de substância psicoativa (28,8%).

Outros autores apontam que a internação frequentemente funciona como momento de alívio para a família que tem dificuldade em lidar com a pessoa com transtorno mental no dia a dia. No entanto, as repetidas internações são prejudiciais para que estes indivíduos possam se estabelecer na comunidade e manter os seus vínculos familiares. Além disso, o momento de saída da instituição é permeado por angústias diante do preconceito e das reações das pessoas com que convive (Ramos, Guimarães & Enders, 2011; Salles & Barros, 2007; Cardoso & Galera, 2011).

Sobre os serviços substitutivos<sup>2</sup>, outros estudos apontam que os usuários destes serviços reconhecem a qualidade do atendimento prestado, no entanto relatam limitações como a falta

---

<sup>2</sup> Utilizamos a expressão serviço substitutivo “no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas.” (Amarante, 2007, p.56-57).

do funcionamento noturno, falta do acolhimento à crise, além de se queixarem dos atendimentos serem breves, sem escuta acolhedora, e com longos intervalos entre os retornos, sendo o atendimento restrito ao controle da medicação. Parte dos usuários que haviam passado por reinternações nem conheciam os serviços ou não tiveram acesso, outros que frequentaram reconheciam sua importância em razão da oferta de atividades e possibilidade de convivência. No entanto, foram tecidas críticas em relação ao trabalho destes serviços como algo apenas gerador de entretenimento. Os serviços substitutivos devem ser estrategicamente localizados de acordo com a necessidade da população, com equipe capacitada, e identificando as pessoas que sofrem reinternações frequentes assim como os aspectos concernentes a essa problemática (Machado & Santos, 2013; Parente et al, 2007; Salles & Barros, 2007).

Ramos, Guimarães e Enders (2011) consideram como causa de reinternação a “cronicidade” de pacientes mais comprometidos que tiveram mais tempo de internação, o aumento da complexidade dos casos, pessoas resistentes ao tratamento, aumento de primeiras internações (ou seja, novos clientes), e internações por via judicial. Assim como Castro, Furegato e Santos (2010), que além de mencionarem a falta de suporte social e discriminação das pessoas com transtorno mental, também consideram preocupante a judicialização das internações.

Os séculos passados indicam que a internação psiquiátrica não é uma opção simples e prática, e de maneira geral não vem demonstrando resultados efetivos no cuidado à pessoa com transtorno mental. No início do século XX alguns médicos higienistas<sup>3</sup> já questionavam o recurso da internação para o tratamento em saúde mental.

Rezende (1929) demonstrava preocupação com os egressos de manicômios em diversos países afirmando que “o que é ainda digno de lástima é que continua a ser julgado perigoso e incapaz de exercer qualquer função todo aquele que no seu curriculum vitae tiver um estágio num manicômio” (p.64).

No Brasil, assim como vinha acontecendo em outros países, Pacheco e Silva (1928) defendeu a criação de serviços abertos para que os “doentes mentais” recebessem assistência médica sem a necessidade da reclusão, com vistas a evitar mais prejuízos na vida destas pessoas e suas famílias.

---

<sup>3</sup> Membros da Liga Brasileira de Higiene Mental. Mais sobre esse assunto pode ser encontrado em Boarini (2012).

Para receber tratamento em casa de saúde ou hospital especializado, é preciso essa prévia operação que mata a personalidade moral do indivíduo, sob o pretexto de lhe ir procurar a saúde física e mental. Com efeito, em tais estabelecimentos só se entra deixando à porta o bom nome, o ‘crédito de juízo’, como felizmente disse o prof. Afranio Peixoto<sup>4</sup>, depois do exame médico, processo de interdição e respingos de degeneração ou tara mental, que salpicam sobre as famílias. (p. 2)

A pretensão do tratamento baseado no afastamento familiar e comunitário, caminha ao lado da limitação da autonomia, numa rotina formalmente administrada, independente das necessidades ou interesses da pessoa, tolhendo seus direitos.

Consideramos a necessidade da atenção às situações de crise em saúde mental, e não negamos que essa possa necessitar de acolhimento imediato. No entanto, questionamos sua ocorrência no modelo asilar e pautada no tratamento biomédico. Questionamos sua recorrência que culmina nas chamadas reinternações psiquiátricas, assim como seu tempo de duração, o diagnóstico a elas associado, os encaminhamentos que lhe são dados, dentre outros aspectos que podem contribuir para a avaliação deste fenômeno. Assim, defendemos que este acolhimento à crise seja oferecido em leitos em hospitais gerais, leitos em CAPS e CAPS ad na modalidade III, conforme apregoa o modelo de atenção psicossocial.

Diante do exposto este estudo tem como objetivo refletir sobre o fenômeno das reinternações psiquiátricas após a Lei n. 10.216 (2001). Nesse sentido, as discussões elaboradas neste trabalho podem favorecer a compreensão do percurso da reforma psiquiátrica na atualidade, com o significado que a internação tem assumido dentro dela. Tendo em vista o objetivo proposto, realizamos um estudo de caráter documental. Analisamos as reinternações psiquiátricas ocorridas em Maringá (PR) entre o mês de janeiro de 2013 e outubro de 2014. Para sustentar a discussão teórica e a apreciação dos documentos pesquisados, adotamos como referencial os preceitos da reforma psiquiátrica, os princípios da Política Nacional de Saúde mental, e a literatura sobre esta temática.

---

<sup>4</sup> Autor da lei de 10 de janeiro de 1928 que reorganizou a assistência a alienados no Brasil, facilitando a criação de serviços abertos (Pacheco & Silva, 1928).



A presente dissertação faz parte do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e integra os estudos realizados pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenismo (GEPHE). Para apresentação deste estudo, no Capítulo 1 desenvolvemos uma discussão introdutória sobre a temática investigada, na qual abordamos os princípios da desinstitucionalização e da rede de atenção psicossocial, discutimos a internação hospitalar em psiquiatria após a Lei n. 10.216 (2001), assim como as reinternações psiquiátricas. No Capítulo 2 apresentamos a trajetória percorrida na construção deste estudo, caracterizando a rede de saúde mental do Município de Maringá (PR) e explicitando os procedimentos utilizados para a pesquisa. No Capítulo 3, apresentamos os resultados mediante a exposição dos dados quantitativos e a discussão qualitativa de acordo com os referenciais da Política Nacional de Saúde Mental e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Por fim, concluimos o trabalho com alguns pontos para discussão final.

## 1 OS CAMINHOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

“E agora prepare-se o leitor para o mesmo assombro em que ficou a vila ao saber um dia que os loucos da Casa Verde iam todos ser postos na rua.  
- Todos?  
- Todos.  
- É impossível; alguns sim, mas todos...  
- Todos. Assim o disse ele no ofício que mandou hoje de manhã à câmara”

(Machado de Assis, *O alienista*, 1882)

Começamos com a obra de Machado de Assis, “que poderia ser classificada como uma das bases do pensamento crítico no campo da desinstitucionalização em saúde mental” (Amarante, 1999, p.47), que nos ajuda a refletir sobre a prática psiquiátrica e seu ideal normativo. Neste primeiro capítulo vamos discorrer sobre os caminhos que possibilitaram a saída da loucura das instituições psiquiátricas para “ser posta na rua”.

Ao longo dos séculos, o recurso da internação e seu conjunto de intervenções entendido como tratamento, promovido pela psiquiatria no manicômio, manteve o sofrimento mental reduzido em toda sua complexidade e submetido ao asilamento, medicação e disciplinarização (Daúd, 2011).

Com Philippe Pinel, no final do século XVIII, o isolamento se consolidou como condição fundamental para o tratamento do ‘alienado’ e o hospital como instituição médica e terapêutica. O afastamento do mundo exterior permitiria uma observação livre de interferências que possibilitasse um diagnóstico mais apurado, e a ordem e a disciplina funcionariam como instrumento de cura (Amarante, 2007).

As instituições psiquiátricas logo se encontraram superlotadas e se depararam com diversas dificuldades, como sua função de segregar marginalizados e constantes denúncias de violência, o que abalou a credibilidade da psiquiatria e suas instituições. Aliado a isto e ao momento histórico propiciado pelo fim das duas Guerras Mundiais, foram se formando grupos com outras propostas para os pacientes psiquiátricos. Para o grupo da Psicoterapia Institucional, os problemas decorriam da gestão do hospital psiquiátrico, o que seria resolvido por meio de mudanças dentro da própria instituição. Para o grupo da Psiquiatria Preventiva, o

modelo de hospital psiquiátrico não era capaz de suprir as necessidades de saúde mental, portanto ele deveria ser aos poucos substituído por outros serviços assistenciais até se tornar desnecessário. E o grupo da antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática questionavam todo o modelo científico psiquiátrico e suas instituições (Amarante, 2007).

Este último grupo tem na experiência italiana, com início nos anos 1960, a substituição total das internações no Hospital Psiquiátrico por um conjunto de serviços de saúde mental:

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p.29).

Entretanto, a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais permanece como um desafio na atualidade, e o próprio conceito é repleto de desencontros. Nos Estados Unidos a noção de desinstitucionalização foi inicialmente formulada com base no conceito de desospitalização, fruto de uma psiquiatria preventiva e comunitária atuando como crítica ao sistema psiquiátrico derivado da assistência hospitalar. Aliada à concepção de desospitalização, também se verifica certa tendência ao entendimento da desinstitucionalização como desassistência, desamparo, sem levar em consideração a substituição do modelo hospitalar por uma infra-estrutura na rede de saúde que atenda a pessoa com transtorno mental e sua família.

A reforma psiquiátrica brasileira, mesmo tendo que se haver com as noções descritas anteriormente, se baseia na tendência de desinstitucionalização como desconstrução do saber médico psiquiátrico, da cultura manicomial, e na discussão sobre os modos de produção da loucura, assim como a produção de outras maneiras de cuidado. Neste sentido estão as

reflexões de Franco Basaglia e a experiência italiana norteando o processo de desinstitucionalização no Brasil (Amarante, 1996).

Em relação ao paciente internado em um hospital psiquiátrico, Basaglia (1985) afirmava que “ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu” (p.107).

Na internação, o próprio estabelecimento é que define e controla como serão satisfeitas as necessidades pessoais de cada interno, desde sua alimentação, higiene, uso do tempo, relações familiares. Diante disso, o paciente deve se adaptar ao hospital, atender ao que lhe é solicitado e oferecido, na busca por receber alta em um período razoável e sem maiores prejuízos para sua vida (Benelli, 2015).

O conceito de internado denota os aspectos restritivos da situação do paciente, indicando seu confinamento legal dentro do hospital, a restrição dos seus direitos e *status* civis, sua submissão à autoridade administrativa da equipe dirigente, autoridade que não possui paralelo com nenhuma outra na sociedade externa (Benelli, 2015, p.225)

No regime fechado é exigido o controle, os comportamentos dos internos são moderados pelos funcionários do hospital, e o valor está mais na manutenção do sistema do que nas reais possibilidades de atenção a pessoa com transtorno mental. Com a possibilidade da retirada destas pessoas de dentro do manicômio, vem também a necessidade de pensar novas formas de agir em relação à doença e ao modo de ser e estar no mundo deste indivíduo em sofrimento.

A vivência institucional empobrece e anula a subjetividade dos internos, como efeito, coloca a responsabilidade do que vivem na sua suposta doença mental. No entanto, a desinstitucionalização não trata apenas da desconstrução das instituições totais, mas de tudo que envolve sua constituição e manutenção, como o arcabouço científico e cultural que a sustenta (Kinker, Cirilo, Campos, Robortella & Junior, 2010).

Amarante (1996) destaca que Basaglia trata da desinstitucionalização em um período de transição entre paradigmas científicos, no qual o modelo clássico de ciência baseado na

racionalidade, neutralidade e distanciamento, vai abrindo espaço para discussões entre ciência e poder, considerando que a ciência não pode ser descolada de seu contexto historicamente construído. Com a construção de novas políticas de saúde mental baseadas neste novo paradigma, a proposta de desinstitucionalização se desenvolveu a partir da construção de serviços substitutivos à internação psiquiátrica que pudessem atender as necessidades da saúde mental.

No Brasil, a intensa luta de movimentos sociais possibilitou estratégias de transformação da lógica manicomial, lançando os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira (Daúd, 2011).

Este movimento no Brasil começou a se destacar na década de 1960, objetivando mudanças técnicas na prestação de serviços às pessoas com transtornos mentais. Na década de 1970 inicia-se mais calorosamente as discussões sobre a assistência à saúde mental, em um espaço aberto pelo fim da ditadura militar, por meio de denúncias ao modelo hospitalocêntrico e elaboração de alternativas à internação hospitalar. Além disso, para Silveira e Braga (2005), o modelo até então predominante se mostrou ineficiente para o Estado que não suportava mais mantê-lo.

A partir da década de 1980 houve tentativas de redução do número e do período das internações, no entanto ocorreram de forma isolada e com forte reação do setor privado (Martins & Vecchia, 2009).

Nesta época estava se formando no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental (MTSM), mais tarde transformado no movimento social *Por Uma Sociedade Sem Manicômios*, o qual estava na linha de frente das iniciativas pela reforma da assistência. Os diversos atores que constituíram os movimentos de luta configuraram um processo inovador, caracterizado por intensa produção teórica, discussões férteis e inúmeras iniciativas de práticas transformadoras (Amarante, 1996).

Na construção do processo da reforma psiquiátrica brasileira destacamos a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 que aconteceu em desdobramento à 8ª Conferência de Saúde realizada um ano antes, importante marco constitutivo do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacamos ainda o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental no final de 1987, a Conferência de Caracas em 1990, a própria implantação do SUS no mesmo ano, assim como as Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas na sequência em 1992,

2001 e 2010, e diversas legislações que se desdobraram a partir desses marcos (Brasil, 2005; 2010).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde mental, realizada em 1987, foi estruturada em três temas: I) economia, sociedade, Estado e seus impactos sobre a saúde e doença mental; II) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental, contemplando os princípios gerais e básicos da reforma, assim como a reformulação da assistência; III) discussões sobre direitos, deveres e legislação a respeito das pessoas com transtorno mental (Brasil, 1988).

Esta Conferência foi um marco na história da reforma psiquiátrica brasileira, pois trouxe importantes críticas ao modelo econômico brasileiro, discutindo a desigualdade social e a exclusão daqueles que não se adaptam a este modelo, vinculando a luta pela saúde mental como a luta pela transformação da sociedade (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2001).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi marcada pela ampla participação popular, estimada em 20 mil pessoas envolvidas nas etapas municipais, estaduais e federais, nos debates, plenárias e grupos de discussão. Essa mobilização efetivou a participação dos usuários, assim como de diversos segmentos envolvidos com a reestruturação dos serviços de atenção à saúde mental. O relatório final desta conferência apresenta os marcos teóricos que acompanharam todo o processo de discussão, adotando como conceitos norteadores a atenção integral e cidadania, deliberou sobre os modelos de atenção, e abordou direitos e legislações (Brasil, 1994).

Como discutido por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), na ocasião desta Conferência já estava em andamento um processo de transformação no campo da saúde mental, tanto no aspecto teórico como no assistencial e jurídico, uma vez que diversas experiências já aconteciam pelo país: implantação de novos serviços, formação de associação de usuários, aumento da fiscalização de hospitais, além da tramitação e aprovação de leis nos estados brasileiros.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 2001, logo após a aprovação da Lei n. 10.216 (2001), e as deliberações giraram em torno da Reforma Psiquiátrica, na tentativa de consolidar o modelo de atenção psicossocial em substituição ao manicomial. Esta Conferência também teve ampla participação de usuários e movimentos sociais, e ajudou a fornecer o aparato político e teórico para a política nacional de saúde mental (Brasil, 2002).

Ressaltamos que a partir desta Conferência e do marco legal, foram criadas as diversas modalidades de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) que permanecem na atualidade, como será exposto no capítulo seguinte. Por meio das deliberações desta Conferência foi instituído o CAPS infanto-juvenil; importante notar que anteriormente não havia uma política de saúde mental específica para crianças e adolescentes (Delgado, 2011).

A 4ª e última Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, foi a primeira a convocar a participação intersetorial, inserindo este aspecto importante na discussão, que é a complexidade deste campo e a importância de uma rede ampla voltada para o cuidado em saúde mental. Esta Conferência reafirma a participação ativa dos usuários no controle social; o fortalecimento do SUS, contra propostas de privatização e terceirização dos serviços; e o caráter de transversalidade da saúde mental por entre os mais diversos setores da sociedade (Brasil, 2010).

Concomitantemente a estes eventos, disseminaram-se experiências exitosas na atenção à pessoa com transtorno mental em substituição ao hospital psiquiátrico, diminuindo o espaço antes hegemônico que lhe era reservado, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os antigos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), Centros de Convivência, inclusão da saúde mental na atenção primária à saúde e na Estratégia Saúde da Família, Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas, Projetos de Intervenção Cultural, criação de associações de usuários, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais que se constituíram como práticas inovadoras, trazendo a possibilidade de uma terapêutica cidadã (Brasil, 2001).

Também é importante ressaltar o movimento contrário que se impôs diante de tantos avanços e perspectivas:

Aqui as forças contra-hegemônicas mostram sua face bem configurada; força que poderíamos flagrar na sua maior visibilidade se nos detivéssemos na observação dos avanços e retrocessos de uma das peças mais notáveis da luta antimanicomial: a Lei Paulo Delgado. Parece-nos que nada poderia ser mais indicativo da intensidade e virulência das forças contra-hegemônicas à Reforma Psiquiátrica do que a diferença

entre o que se propunha como objetivos dessa Lei e o que se conseguiu transformar em Lei. (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2001, p.24)

A Lei Paulo Delgado, como ficou conhecido o Projeto de Lei n. 3.657 de 1989, tratava como ponto principal a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Já a Lei n. 10.216 (2001), que foi aprovada pelo Congresso Nacional, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionando o modelo assistencial em saúde mental”. Assim como a clara supressão do ponto relativo à extinção dos manicômios como eixo norteador, as diferenças entre o texto original e o aprovado mais de 10 anos depois, mantém a internação como um recurso a ser utilizado diante da insuficiência dos recursos extra hospitalares, o que deixa aberto um importante espaço de atuação dentro da lógica manicomial se não houver investimento na rede substitutiva (Dias, 2001; Yasui, 2006).

No movimento contrário à reforma podemos considerar o corporativismo médico, que na tentativa de controlar e gerenciar o mercado de trabalho na área da saúde, estes profissionais se mobilizam em torno da Lei do Ato Médico, indo contra os preceitos interdisciplinares e intersetoriais necessários para a atenção integral na área da saúde como um todo. Um aspecto deste movimento contrário, e ainda representando uma vertente mais conservadora, estão entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselhos de Medicina, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que mantém uma campanha antirreforma psiquiátrica desde os meios de comunicação até o campo político e jurídico (Vasconcelos, 2010; Souza, 2010).

Na atualidade persistem algumas fragilidades e desafios para a reforma psiquiátrica brasileira: problemas na gestão dos serviços em relação ao processo de trabalho, monitoramento das ações e avaliação de resultados em saúde mental, estrutura física, precarização do vínculo profissional; fragilidade da articulação com a atenção básica; poucas ações intersetoriais distantes do preconizado pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental; pouco envolvimento nas situações de vulnerabilidade social, como no campo da violência e do uso de drogas, entre outras (Delgado, 2015).

Em relação ao uso de drogas, a perspectiva da redução de danos foi incorporada na política sobre álcool e outras drogas, no entanto coexiste com a perspectiva proibicionista, como



podemos observar no Programa de Enfrentamento ao Crack, lançado pelo Governo federal em 2011, que legitima a parceria do Estado com comunidades terapêuticas, e conseqüentemente, seus métodos de internação e abstinência dos usuários (Ramos, 2012).

Vasconcelos (2010) questiona como estamos lidando no campo da atenção psicossocial com os desafios da urgência nos quadros dependência química e síndrome de abstinência, em função do alto nível de suporte que estes quadros exigem e com as limitações farmacológicas atuais. Pois a ascensão das comunidades terapêuticas ocupa este lugar aberto por insuficiências da rede atual.

Ainda assim, a Lei n.10.216 (2001) reafirma o processo em curso da transformação da atenção à saúde mental e traz estes e outros desafios para a sociedade e para os gestores. Hoje a reforma psiquiátrica brasileira ganhou espaço no campo jurídico como política oficial do Governo Federal, porém existem movimentos simultâneos. Por um lado há a construção e fortalecimento da rede de atenção a pessoa com transtorno mental em substituição à internação em hospitais psiquiátricos, paralelo a isso se tem fiscalizado e reduzido os leitos em hospitais psiquiátricos já existentes. Por outro lado, observamos possíveis insuficiências deste modelo assim como releituras de práticas manicomiais, como o fortalecimento de comunidades terapêuticas citado acima, a insuficiência de leitos em hospitais gerais e o próprio fenômeno das reinternações psiquiátricas, que estamos tratando neste estudo.

## 1.1 A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DEPOIS DA LEI N. 10.216 DE 2001

Botega e Dalgarrondo (1997) conceituam

Idealmente, a internação psiquiátrica tem por função o fornecimento temporário de um ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado, que forneça suporte e tratamento para indivíduos em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou para os outros. Tal intervenção visa uma reorganização psíquica e comportamental que possibilite o retorno ao convívio social, e, caso necessário, a continuação do tratamento. (p.33)

Pela legislação vigente, as internações podem ocorrer das seguintes formas: voluntária, quando há consentimento do paciente e autorização do médico; involuntária, quando não há consentimento do paciente, devendo ser comunicada ao Ministério Público no prazo de 72 horas, e termina por solicitação do médico ou responsável legal; voluntária que se torna involuntária quando a pessoa não concorda com a manutenção da sua internação; compulsória, determinada por ordem judicial, condicionada à decisão da justiça (Lei n. 10.216, 2001; Portaria n. 2.391, 2002).

De acordo com a Lei n. 10.216 (2001), a internação em quaisquer que sejam suas modalidades serão indicadas apenas quando os recursos hospitalares se mostrarem insuficientes, ainda assim a instituição não deve ter característica asilar, pois deve oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental, com tratamento médico, psicológico, ocupacional e de lazer.

Retomamos aqui o apontamento no qual Yasui (2006) destaca que a nossa mais importante legislação em saúde mental, a Lei n. 10.216 (2001), conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, em sua essência não propõe a extinção do modelo hospitalocêntrico, e sim um redirecionamento e proteção de direitos. Ou seja, para o autor a lei permite a manutenção da estrutura hospitalar existente por meio da regulação das internações psiquiátricas, o que fica mais evidente ao observarmos que o tema da internação aparece mais vezes no texto desta Lei do que o tema da proteção de direitos e mudança do modelo de atendimento (Yasui, 2006).

Vale ressaltar que não negamos o transtorno mental, o sofrimento intenso, e a necessidade do acolhimento à situação de crise, no entanto questionamos a sua aplicação nos hospitais psiquiátricos, uma vez que a Política Nacional de Saúde Mental reorienta a assistência à saúde mental na direção do tratamento não asilar e extra-hospitalar.

A palavra *crise* tem vários sentidos e é definida por diferentes teorias em diferentes contextos. No campo da saúde mental estamos falando sobre um sofrimento grave e intenso, que pode ser persistente e acompanhado por comorbidades clínicas, o qual requer cuidados imediatos, comumente nomeados de urgência e emergência pela medicina. As crises são a entrada para a internação psiquiátrica, a partir dela podem se iniciar processos de exclusão e segregação, motivados pelo discurso da periculosidade, justificando internações involuntárias e compulsórias e de períodos prolongados (Souza, 2010).

“O cuidado aos estados de crise mental aguda exige necessariamente a provisão de uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, cujo maior desafio é constituído pelo acolhimento noturno, no formato de leitos” (Vasconcelos, 2010, p.42). Para o autor, no modelo da reforma psiquiátrica essa assistência à crise deve se dar no território articulada com a atenção básica, sendo os CAPS III o local mais apropriado para oferecer estes leitos, ou mesmo leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou unidades de emergência.

## 1.2 O HOSPITAL GERAL E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

O acolhimento à crise em hospitais gerais representa uma proposta assistencial de acordo com a reforma psiquiátrica. A internação nestas instituições é uma alternativa às longas internações em hospitais psiquiátricos, pode evitar a cronificação e perda de vínculos, permitindo que as pessoas com transtornos mentais permaneçam o menor tempo possível afastadas do território onde vivem (Botega & Dalgalarrodo, 1997).

Nas décadas de 1960 e 1970 na Inglaterra, as unidades psiquiátricas em hospitais gerais foram construídas com o objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos ao longo de 15 anos. Já os hospitais gerais dos Estados Unidos implantaram suas unidades psiquiátricas por volta da década de 1960 com o objetivo de atender curtas estadias, e para aqueles que necessitassem um tratamento logo e intensivo deveria se recorrer ao Hospital Psiquiátrico. Nessa mesma época, o movimento italiano reformava o seu sistema de saúde mental proibindo a internação de novos pacientes nos hospitais psiquiátricos e se propondo a desinstitucionalizar todos os internos até o ano 1980, novas internação deveriam ocorrer em unidades psiquiátricas de hospitais gerais. No Brasil, assim como no restante da América Latina, foram seguidos os modelos apregoados nos Estados Unidos e Europa. A primeira unidade de psiquiatria em hospital geral no Brasil é datada de 1954 na Bahia (Mendez, 1999).

Numa rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, a Política Nacional de Saúde Mental considera os leitos em hospital geral como espaço de atenção à crise nesta rede, leitos estes fundamentais, e não centrais. No entanto, ao mesmo tempo em que os hospitais gerais podem servir à reforma psiquiátrica também acabam por reafirmar o espaço da especialidade médica

psiquiátrica, uma vez que há dificuldade em construir uma atenção interdisciplinar diante da centralidade dos procedimentos médicos (Dias, Gonçalves & Delgado, 2010).

A internação psiquiátrica em hospital geral pressupõe uma atenção ampla ao paciente, a possibilidade de ser visto por outras especialidades médicas propicia uma atenção mais integral. Por sua proposta assistencial impossibilitar longas internações, são preservados os vínculos sociais e familiares, assim pode ser reduzido os estigmas, preconceitos, perda da identidade e exclusão do indivíduo (Hildebrandt & Alencastre, 2001; Silva, Maftum, Kalinke, Mantovani, Mathias & Capistrano, 2014).

Botega e Dalgarrondo (1997) listam vantagens das unidades de psiquiatria em hospital geral em relação aos hospitais psiquiátricos, destacamos as seguintes: melhor atenção à saúde física, mais recursos diagnósticos, maior intercâmbio interdisciplinar, maior transparência da prática psiquiátrica, e a diminuição do estigma do transtorno mental. Os autores consideram algumas desvantagens dos hospitais gerais, como a ênfase nos tratamentos sintomatológicos em detrimento da atenção à subjetividade dos pacientes.

Os leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral devem ser utilizados na mesma lógica das internações clínicas, de modo a combater a estigmatização destes usuários. Essas internações devem ser mais intensivas e breves, além de inseridas e articuladas na rede de atenção à saúde mental, por exemplo, por meio da discussão de projeto terapêutico compartilhado com o CAPS. Para os autores Dias, Gonçalves e Delgado (2010),

... nesse contexto, é importante apontar que, mesmo que constituam espaços de cuidados extremamente potentes por permitirem o cuidado contínuo, leitos de atenção integral em hospitais gerais não devem centralizar o funcionamento e a gestão da rede de cuidados. Ao contrário, a utilização deste recurso deve ocorrer quando outras abordagens, menos invasivas ao impacto no cotidiano do usuário, se mostrarem insuficientes. (Dias, Gonçalves & Delgado, 2010, p.129)

Benelli (2015) refere que a internação pode causar a sensação de um tempo inútil e perdido, como se tivesse sido roubado da vida da pessoa. Por isso as internações, especialmente as longas, são tão prejudiciais, uma vez que os contatos sociais são prejudicados, o

relacionamento familiar e conjugal, assim como vínculos empregatícios, levando a precariedade das condições de vida.

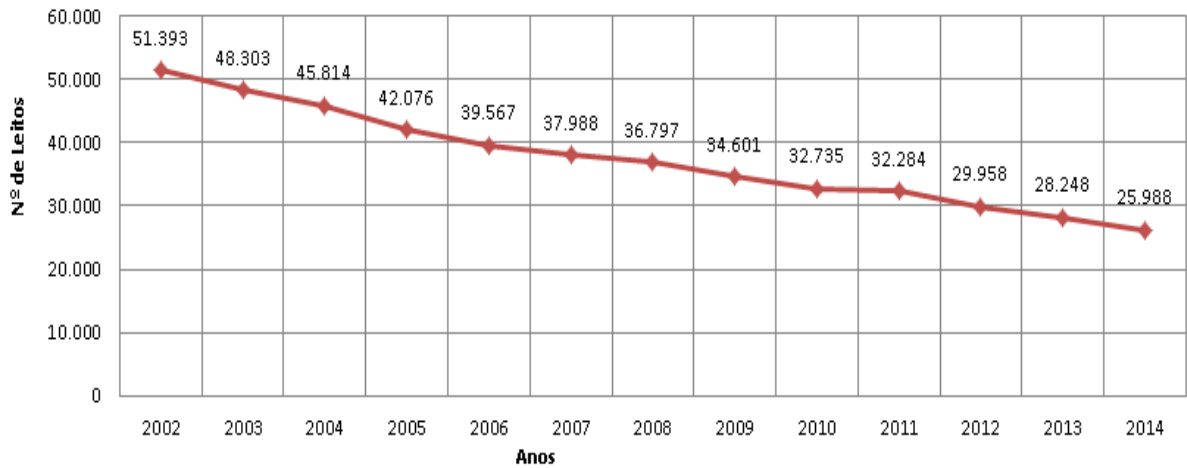
A declaração da ONU para o cuidado das pessoas com transtorno mental, datada de 1991, tem como princípio que toda pessoa com transtorno mental deve ter o direito de viver, trabalhar, ser tratada e cuidada na comunidade. Na medida em que isso por alguma razão não é possível, e se lança mão do tratamento em um estabelecimento de saúde mental, este ambiente também dever ser o menos restritivo possível, próximo de sua casa ou de seus vínculos familiares, sendo preservado seu direito de retornar à comunidade o mais breve possível (ABRASME, 1991).

No entanto, há algumas dificuldades a serem superadas para a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como a “resistência local à internação psiquiátrica, restrições econômicas, capacitação profissional deficitária e ausência de um modelo terapêutico que vá além da abordagem farmacológica”. (Larrobla & Botega, 2006, p.6). Outro aspecto referido por Botega e Dalgalarro (1997), se trata da ocorrência de uma espécie de “sistema duplo”, no qual os pacientes mais graves ou “crônicos” são encaminhados ao hospital psiquiátrico, e as pessoas com condições agudas ou com menores dificuldades sociais ficam acompanhadas no hospital geral.

Como já explicitado anteriormente, o número de leitos em hospitais psiquiátricos vem decaindo. Dados do Ministério da Saúde apontam que no ano de 2014 em relação ao ano anterior diminuíram 2.260 leitos. A queda pouco mais acentuada em 2012 (2.326 leitos) se deu em razão da avaliação do PNASH-Psiquiatria<sup>5</sup> em Hospitais Psiquiátricos no país que culminaram no descredenciamento de alguns deles do SUS (Brasil, 2012; 2015).

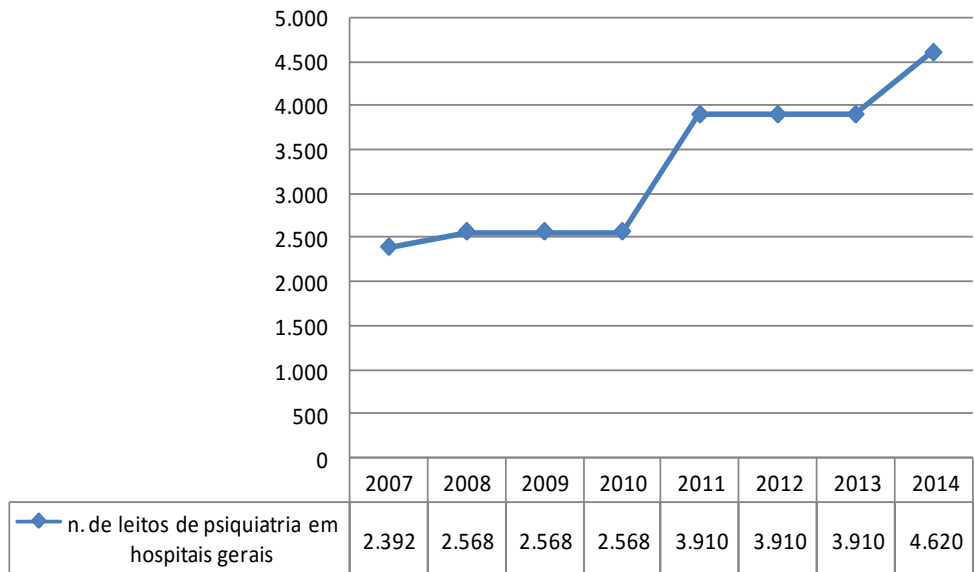
---

<sup>5</sup> Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar em Psiquiatria que “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências”. (Portaria n.251 de 21 de janeiro de 2002)



**Figura 1** – Leitos psiquiátricos SUS em Hosp. Psiq. por ano no Brasil, de 2002 a dez/2014. Fonte: Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10*, Ano VII (10). Brasília.

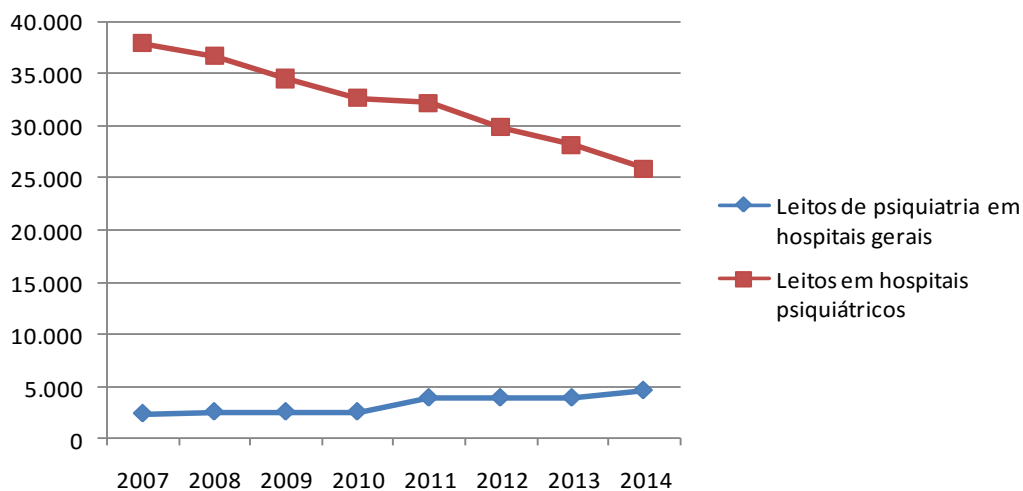
Quanto aos leitos em hospital geral, observamos alguns movimentos de expansão, os quais podem ser observados no gráfico abaixo.



**Figura 2** – Leitos de psiquiatria em hospitais gerais de 2007 a 2014. Fonte: Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10*, Ano VII (10). Brasília.; Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*. Ano 10 (n. 12). Brasília. Recuperado em 18 de outubro, 2015, em <https://drive.google.com/file/d/0B1q9L0pa3Zy2WUJxeXpZRVdNQXc/view>.

Em relação aos leitos de psiquiatria em hospitais gerais, os saltos numéricos e os períodos de estabilidade, além de estarem relacionados também à alimentação do sistema de informação, são consequência de tentativas de expandir estes leitos por meio de qualificações propostas em Portarias da área da saúde.

Destacamos que em comparação aos 25.988 leitos em hospital psiquiátrico existentes, temos o registro de 4.620 leitos para psiquiatria em hospital geral, um número muito aquém da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos no país (Brasil, 2015).



**Figura 3** – Leitos de psiquiatria em hospitais gerais e leitos em hospitais psiquiátricos, de 2007 a 2014. Fonte: Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10*, Ano VII (10). Brasília.; Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*. Ano 10 (n. 12). Brasília. Recuperado em 18 de outubro, 2015, em <https://drive.google.com/file/d/0B1q9L0pa3Zy2WUJxeXpZRVdNQXc/view>.

O Ministério da Saúde instituiu pela Portaria n. 1.899 (2008) um Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais considerando a necessidade de incentivar os gestores a implantar os leitos psiquiátricos nestes locais, e para revisar suas diretrizes, uma vez que estes leitos ainda eram regulados pela Portaria n. 224 (2009). Os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental em hospitais gerais foram reajustados, por meio da Portaria n. 1.629 (2009), com vistas a ampliar e qualificar este serviço (Brasil, 2011b).

Em 2010, 47 estabelecimentos de saúde foram habilitados como SHRad (Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas), estabelecidos pela Portaria n. 2.842 (2010).

A partir da publicação Portaria n. 148 (2012), os leitos de psiquiatria em hospital geral, inclusive os SHRad, puderam ser habilitados e qualificados como “Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas”. A partir de então e até o momento, estes leitos diferenciados são chamados de leitos de saúde mental em hospitais gerais (desde que estejam de acordo com as diretrizes desta Portaria) e compõe e se articulam como ponto de atenção do componente hospitalar na Rede de Atenção Psicossocial. Entre 2012 e 2014 foram habilitados estes leitos mencionados totalizando 888 leitos, 393 (44%) deles estão distribuídos na região sul do país, e destes 393, apenas 10 estão no Estado do Paraná (Brasil, 2015).

Por esta mesma Portaria n. 148 (2012) foram habilitados no município de Maringá (PR) 80 leitos no Hospital Psiquiátrico de Maringá, convertendo-os como o referido Serviço Hospitalar de Referência, conforme explanaremos nos próximos Capítulos. No entanto, considerando que em documento oficial é apresentada a existência de 10 destes leitos no Paraná, desconhecemos em qual categoria os 80 leitos estão sendo alocados (Brasil, 2015).

Retomando a especificidade do leito de psiquiatria em hospital geral, e nos atendo a esta região do país, no estado do Paraná, o registro em 2012 era de 166 leitos em hospitais gerais<sup>6</sup>. Em comparação a outros estados da mesma região, temos 509 em Santa Catarina e 1.086 no Rio Grande do Sul. Em alguns locais do país o número de leitos em hospitais gerais é ainda mais discrepante: em todas as regiões há estados onde este número está abaixo de uma centena. A mesma tendência é observada em relação aos 888 leitos de saúde mental espalhados pelo país. Já em relação aos leitos em hospital psiquiátrico, em 2014 o Paraná estava com percentual acima da média nacional, com 0,207 leitos por 1.000 habitantes, atrás apenas de São Paulo (0,218), Alagoas (0,267) e Rio de Janeiro (0,232) (Brasil, 2012; 2015).

Desta forma, retomamos aqui a afirmação de Yasui (2006), de que “a internação psiquiátrica, embora em declínio, ainda continua sendo a estratégia hegemônica de tratamento” (p.62), pois mesmo com a inversão do recurso financeiro, que hoje majoritariamente é destinado à rede de atenção psicossocial, os dados do Ministério da Saúde ao longo dessa discussão nos mostram a coexistência com uma ampla rede de leitos em hospital psiquiátrico.

---

<sup>6</sup> A última versão do documento “Saúde Mental em Dados” do Ministério da Saúde não apresenta o número de leitos de psiquiatria em hospital geral por UF. (Brasil, 2015)



A Conferência Permanente para a Saúde Mental no mundo<sup>7</sup>, fruto do encontro internacional sobre saúde mental em Trieste no ano de 2010, defende o desenvolvimento de redes de serviços integrados no território, emancipadores, acessíveis a grupos, com potencial para promover a inclusão. Defende também a superação do tratamento centrado no modelo biológico e hospitalar, suprimindo práticas de internação e segregação. As ações devem incluir:

- a criação de uma rede territorial de serviços descentralizados na comunidade, apta a assistir em todas as fases do processo as pessoas com transtornos psíquicos. Essa atenção deverá ser prestada no domicílio ou em serviços que ofereçam atendimento 24 horas/dia, que busquem respostas a todas as necessidades básicas do usuário, e nos quais serão sempre valorizadas a dignidade e a individualidade dos usuários e suas relações com a comunidade onde vivem.
- a ativação de métodos concretos de inclusão e reinserção social. Especial atenção deve ser dada ao apoio social e material das pessoas envolvidas no processo de cuidado. Os serviços devem, de fato, empenhar-se para garantir, além dos cuidados de saúde, apoio econômico, de moradia e trabalho, quando necessário. (ABRASME, 2010, p.6)

Considerando que os hospitais psiquiátricos são ineficazes em responder às amplas necessidades em saúde mental, é necessário rever os princípios que levam a internação nestas instituições. Além do mais, a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil legitimada pela Lei n. 10.2016 (2001), busca consolidar o modelo de atenção aberto e de base comunitária.

---

<sup>7</sup> Associação sem fins lucrativos dedicada a Franco Basaglia formada por profissionais que protagonizaram o processo de transformação da assistência a saúde mental na Itália que culminou na Lei 180 e o fechamento dos hospitais psiquiátricos naquele país. Site da organização: <http://www.confbasaglia.org/>

### 1.3 CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, a partir da década de 1990 com a implantação do SUS, várias experiências de ações substitutivas em saúde mental foram implantadas pelo país e mostraram que era possível o cuidado no território rompendo com a segregação. Tais experiências, associadas às reflexões e propostas pelo movimento da reforma psiquiátrica, tornou possível que o Ministério da Saúde propusesse uma política de saúde mental. Essa política possibilita que diversos atores, como profissionais, usuários e população em geral, tenham acesso ao projeto da Atenção Psicossocial (Luzio, 2011).

O ato do cuidado na Atenção Psicossocial é amplo e complexo, de modo que os serviços devem ser diversificados, criativos e entrelaçados em uma rede. (...) as ações devem pressupor um trabalho contínuo e permanente da produção do sujeito, para que possa ser rompida a expectativa de bastar-se, de salvação e de esgotamento da condição de desamparo do homem, presente no imaginário social (Luzio, 2011, p.158)

A atenção psicossocial parte do entendimento que o processo de saúde e adoecimento é resultado de processos sociais complexos que necessitam do saber interdisciplinar e intersetorial com a construção de dispositivos de cuidado atuantes no território (Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088 (2011), cria, amplia a articula pontos de atenção à saúde mental, para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. O objetivo é ampliar o acesso destes usuários e seus familiares aos serviços de saúde mental, qualificando o cuidado, seja no acolhimento, acompanhamento e urgências. A RAPS é constituída pelos seguintes componentes:

<b>Componente</b>	<b>Ponto de atenção</b>
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipe de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua e Atenção Residencial de Caráter Transitório)
	Centros de Convivência
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diversas modalidades
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência
	Unidades Básicas de Saúde
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda

**Quadro 1** – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fonte: *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011)*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011. Recuperado em 27 de outubro, 2015, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Dentre os diversos dispositivos que compõe o rol de cuidados pautado neste modelo, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) podem ser considerados um marco fundamental na construção das práticas da Atenção Psicossocial. Suas práticas têm permitido o cuidado ao sofrimento psíquico a partir deste novo modelo, assim como a ampliação da crítica aos hospitais psiquiátricos (Costa-Rosa, 2013).

Os CAPS são um importante dispositivo de efetivação da reforma psiquiátrica. A eles cabe o atendimento das pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, por meio

da oferta de cuidado clínico e psicossocial em um determinado território, em substituição ao modelo hospitalocêntrico. Dentre as atribuições do CAPS, estão os atendimentos diários; oferta de cuidado clínico eficiente por meio de projeto terapêutico individualizado; promoção de inserção social por meio de ações intersetoriais de educação, trabalho, lazer, cultura (Brasil, 2004). Dentre as modalidades de CAPS, temos:

<b>Modalidade de CAPS</b>	<b>População referenciada</b>	<b>Número de habitantes</b>	<b>Dia e horário funcionamento</b>	<b>n. de CAPS no Brasil<sup>8</sup></b>
CAPS I	peças com transtorno mental grave	Entre 20 mil e 70 mil	segunda a sexta das 8h às 18h	1.069
CAPS II	peças com transtorno mental grave	Entre 70 mil e 200 mil	segunda a sexta das 8h às 18h, ou até 21h	476
CAPS III	peças com transtorno mental grave	Acima de 200 mil	atendimento ininterrupto todos os dias da semana, 24 horas	85
CAPS i	crianças e adolescentes com transtornos mentais	Acima de 200 mil	segunda a sexta das 8h às 18h, ou até 21h	201
CAPS ad	peça com necessidades decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas	Acima de 100 mil	segunda a sexta das 8h às 18h, ou até 21h	309
CAPS ad III	peças com necessidades relacionadas ao uso de álcool, crack e outras drogas	Entre 200 e 300 mil	atendimento integral e contínuo. Funcionamento todos os dias da semana, 24 horas	69

**Quadro 2** – Modalidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fonte: Brasil. (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*. Ano 10 (n. 12). Brasília. Recuperado em 18 de outubro, 2015, em <https://drive.google.com/file/d/0B1q9L0pa3Zy2WUJxeXpZRvDnQXc/view>; Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012 (2012). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília. 2012. Recuperado em 9 de julho, 2015, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)

<sup>8</sup> Dados referentes ao ano de 2014 (Brasil, 2015).

Os CAPS III funcionam 24 horas e podem oferecer acolhimento noturno e permanência nos fins de semana para usuários que estão vinculados ao serviço, por até sete dias seguidos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias. Nos CAPS ad III, a permanência no acolhimento noturno não deve ultrapassar 14 dias no período de 30 dias. Esse atendimento à urgência pode acontecer em situações de grave comprometimento psíquico e para evitar uma crise ou o agravamento da mesma. Especificamente no CAPS ad III, estes serviços abertos devem ser um lugar de referência de cuidado e proteção para as pessoas em situação de recaída e abstinência pelo uso da substância psicoativa (Brasil, 2004; Portaria n. 130, 2012).

Apesar do número reduzido de CAPS III diante da necessidade, este equipamento tem um papel muito importante no acolhimento à crise, funcionando como alternativa a internações hospitalares. Segundo Surjus e Campos (2011), em pesquisa com usuários de um CAPS III, os leitos de acolhimento noturno são reconhecidos como importante retaguarda onde é possível pedir ajuda e tentar contornar os momentos de crises, as quais são definidas como momentos de descontrole, angústia e agressividade. Os usuários percebem o leito-noite como acessível e seguro, em contraposição a experiências anteriores de internação hospitalar em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS desenvolvem seu papel dentro de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes são constituídas por serviços de saúde e ações desenvolvidas nessa área que se articulam e se complementam entre si. Considerando a atenção primária à saúde como a ordenadora de toda essa Rede, responsável pelo cuidado integral, incluindo ações desde preventivas até de reabilitação, é nesse local que o acolhimento às necessidades de saúde, assim como as de saúde mental, devem ser cuidadas. É nela que devem se dar as comunicações com outros pontos de atenção à saúde, como o CAPS, e com serviços de outros setores como assistência social e educação (Portaria n. 2.488, 2011; Brasil, 2013).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010

... reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interprofissional e intersetorial. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social,

educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (Brasil, 2010, p. 9)

No que tange à atenção primária, esta tem como ponto de atenção a Unidade Básica de Saúde, organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por equipe multiprofissional<sup>9</sup>, responsável por determinado território e cuidado a todas as necessidades de saúde em sua área de abrangência. Apoiando as ESF e atuando de maneira integrada com as mesmas e com toda a RAS, estão os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes compostas por diversos profissionais<sup>10</sup> de diferentes áreas do conhecimento, que ampliam a resolutividade e o escopo das ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária (Portaria n. 2.488, 2011).

Um pacote mínimo de cuidado na Atenção Básica deve incluir intervenções psicoeducacionais simples, e principalmente, a intermediação de ações intersetoriais. Essas visam aumentar a capacidade das pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes de exercitarem sua cidadania. Ou seja, estudar, trabalhar, ganhar dinheiro, fazer amigos, namorar, frequentar espaços públicos, participar das decisões que influenciam em sua vida. (Brasil, 2013, p.99)

Uma das atribuições do NASF é a construção de ações de saúde mental na Atenção Básica e no território. A partir de 2012 o Ministério da Saúde redefiniu os parâmetros de vinculação do NASF criando uma modalidade em que qualquer município que tenha uma ESF possa ter um NASF, o que aumentou o acesso para os pequenos municípios, ao que já era garantido aos municípios de maior porte populacional. Atualmente no Brasil temos 39.229 Equipes de Saúde da Família implantadas, e 3.898 Equipes de NASF (Brasil, 2015).

O apoio dos profissionais do NASF para as ESF pode fortalecê-las e capacitá-las para o acompanhamento baseado na integralidade do cuidado aos usuários com transtornos mentais e

---

<sup>9</sup> Composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Pode acrescentar a essa equipe profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal (Portaria nº 2.488, 2011).

<sup>10</sup> Podem compor o NASF: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, geriatra, médico clínico, médico do trabalho, veterinário, arte educador, e profissional de saúde sanitária (Portaria nº 2.488, 2011).

em uso de substância psicoativa, continuamente e prioritariamente na comunidade onde vivem, com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (Grigolo, Schmidt & Delgado, 2010).

Vale ressaltar que a atenção primária tem um papel bastante importante no olhar sobre a pessoa com transtorno mental para além do seu diagnóstico psiquiátrico, uma vez que suas ações voltadas para a saúde integral podem favorecer o cuidado de comorbidades clínicas, muitas vezes negligenciadas e agravadas pelo uso de medicamentos contínuos (Brasil, 2013).

Em razão desta proximidade com o local onde as pessoas vivem, o vínculo que estabelecem com a comunidade, com as ações no território, o trabalho de visita e atendimentos domiciliares, as equipes podem detectar problemas precocemente e intervir de maneira mais rápida e efetiva em uma situação de crise (Brasil, 2013).

Vasconcelos (2010) alerta que além da necessidade de integrarmos a atenção primária com o restante da rede, devemos repensar sua própria estrutura e funcionamento, com oferta de acolhimento e cuidado mais flexível e dinâmico, evitando que as pessoas esperem por muito tempo por uma consulta e tenham acesso a tipos de atendimentos variados.

Destacamos que além das portas hospitalares, CAPS, SAMU e UPA, as Unidades Básicas de Saúde também são pontos de atenção à urgência e emergência na RAPS, e em seu âmbito de atuação, caso seja necessário devem prestar acolhimento a pessoas em sofrimento ou com necessidades decorrentes do uso de drogas (Portaria n. 3.088, 2011).

Os leitos especializados em psiquiatria no Hospital Geral são pontos de atenção na RAPS que oferecem tratamento hospitalar para casos graves. De acordo com a Portaria n. 3.088 (2011), esta internação deve ser curta até que se alcance a estabilidade clínica, e o tratamento deve estar articulado com Projeto Terapêutico Singular estabelecido pelo serviço de referência do usuário. Caso o usuário já esteja referenciado a um CAPS, é este serviço que deve fazer a regulação para o leito psiquiátrico do Hospital Geral, e caso não esteja, deve ser referenciado ao CAPS a partir da internação.

Dias, Gonçalves e Delgado (2010) afirmam que o leito é um recurso muito importante, no entanto deve ser usado com cuidado de modo a evitar que seja institucionalizante, uma vez que este cuidado contínuo tende a afastar o usuário das suas atividades cotidianas. Além do mais, lançar mão deste serviço de alta complexidade é sinal da insuficiência das intervenções

mais simples, ou nas palavras dos autores, “a demanda de internações aumenta à medida que uma rede perde potência” (p.133).

Quanto ao hospital psiquiátrico, a RAPS, instituída pela Portaria n. 3.088 (2011), no artigo 11, parágrafo 2º, permite que ele seja acionado nas regiões de saúde “enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.”

#### 1.4 OS CAMINHOS QUE LEVAM DE VOLTA AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A crise é uma possibilidade de mudança e transformação, e muitas vezes na própria rede de saúde mental o sofrimento que a desencadeia é ignorado em sua complexidade, descontextualizado e reduzido a um sintoma de uma doença. Desta maneira, forma-se uma cadeia “crise-supressão-crise” que acaba por determinar sua emergência, as quais essa rede não dá conta de cuidar (Jardim & Dimenstein, 2007).

As crises sucessivas progressivamente levam os usuários “a uma ruptura com sua rede de suporte social e a processos de incapacitação e invalidação social.” (Souza, 2010, p.102). Para o autor, a crise é um desafio para a reforma psiquiátrica diante do objetivo de tratar em liberdade e criar e fortalecer laços sociais das pessoas em sofrimento mental intenso. A atenção à crise é um eixo estratégico decisivo para o funcionamento de um sistema de saúde mental de base territorial, e um dos pilares do sucesso de suas ações.

Frequentemente a rede de saúde mental funciona de maneira que a estrutura comunitária baseada nos serviços substitutivos se complementa com os serviços de internação, os quais acabam servindo como um local de alívio temporário e recorrente. “Os serviços na comunidade que funcionam com alta seletividade e nível de especialização não apenas não substituem o manicômio, como reafirmam sua necessidade” (Nicácio & Campos, 2004, p.73).

É possível observar na atualidade a coexistência destes dois modelos antagônicos, uma vez que o modelo hospitalocêntrico ainda não foi substituído pela rede de atenção psicossocial, “essa concomitância produz um novo fenômeno, que, apesar de ser novo, reproduz o



instituído: a reinternação psiquiátrica. É preciso estar atento para que ela não seja a reedição disfarçada da institucionalização” (Machado & Santos, 2013, p.711).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) já alertavam que a psiquiatria reformada nos estados Unidos e na Europa baseada na política de desospitalização possibilitou que a duração das internações diminuísse, no entanto e num movimento contrário, aumentaram as reincidências, ou seja, segundo essa lógica os hospitais funcionavam feito porta giratória.

Este fenômeno das reinternações psiquiátricas revela que o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira não está concluído. A internação psiquiátrica não é uma opção simples e prática. A pretensão de cuidar e tratar da pessoa com transtorno mental caminha ao lado da limitação da autonomia e dos direitos como cidadão.

O tratamento é um elemento fundamental na vida dos pacientes. Para eles que vivem este processo de internação e reinternação, as demais atividades da vida cotidiana organizam-se em torno das possibilidades de tratamento, afinal, o fato de estar internado ou não, muda completamente o cotidiano desta população. (Cardoso e Galera, 2011, p.92)

Botega e Dalgarrondo (1997) afirmam que a internação psiquiátrica, mesmo que muitas vezes necessária, tem aspectos negativos, como a “diminuição da auto-estima, intensificação do estigma associado ao papel de doente mental, aumento da dependência e do comportamento regredido, além dos custos financeiros para o paciente, a família e o Estado” (p.34).

#### **1.4.1 Implicações do apoio familiar e comunitário**

O amparo familiar e comunitário, ou a falta dele, é crucial. Machado e Santos (2012) investigaram a percepção do envolvimento familiar nos cuidados ao paciente reinternados sob o ponto de vista da própria pessoa com transtorno mental. Os entrevistados reconheceram a importância do apoio, tanto prático como afetivo, recebido dos seus familiares, e podiam perceber as dificuldades decorrentes da convivência com o sofrimento mental, destacando as

limitações nas relações familiares e nas possibilidades de cuidado recebido, uma vez que há incompreensão sobre o transtorno mental e uma superproteção que se manifesta como privação de liberdade.

Diversos autores apontam a falta de apoio e orientações às famílias para lidar com as pessoas e seus transtornos como causa de internações e reinternações. Além disso, a internação frequentemente funciona como momento de alívio para a família que tem dificuldade em lidar com a pessoa com transtorno mental no dia a dia. No entanto, as repetidas internações, assim como a longa permanência, são prejudiciais para que estes indivíduos possam se estabelecer na comunidade e manter os seus vínculos familiares e sociais (Dimenstein & Bezerra, 2009; Cardoso & Galera, 2011; Castro, Furegato & Santos, 2010; Frazatto, 2011; Ramos, Guimarães & Enders, 2011; Salles & Barros, 2007).

Muitas vezes a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental soa para a família como uma sobrecarga de cuidados. Vasconcelos (2010) esclarece que:

... um dos aspectos centrais é a capacidade de o processo de reforma oferecer suporte real para o cuidado direto e para lidar com o peso do cuidado, de gerar oportunidades para os familiares participarem dos serviços e do projeto terapêutico de seus filhos [familiares] e para se organizarem, gerando relações de aliança com o serviço e os profissionais. Além disso, o processo também depende da abordagem profissional, pois frequentemente os familiares são confrontados com visões que os culpabilizam pelo transtorno ou que apenas descarregam a responsabilidade pelo cuidado em suas costas. (p.63)

As famílias também sofrem as consequências das ideias que permeiam o imaginário sobre a loucura, como a periculosidade e a incapacidade tida como inerentes. Neste entendimento, restaria ao familiar recorrer à institucionalização. Quando os familiares tem apoio e participam de espaços coletivos de mobilização, são capazes de produzir mudanças em suas vidas e na de seu familiar que está em sofrimento intenso (Kinker et al, 2010).

Diante do sofrimento que também acomete a família da pessoa com transtorno mental, é necessário que a mesma receba apoio, ao mesmo tempo em que seja reconhecida como um

importante recurso terapêutico. Além disso, a família é um elemento estratégico politicamente no embate para a melhora dos serviços (Boarini, 2006).

Assim como o apoio familiar e comunitário, a existência e eficiência ou não dos serviços extra-hospitalares é crucial para o cuidado às pessoas com transtorno mental e o caminho que traçarão dentro ou fora da instituição hospitalar.

#### **1.4.2 A dinâmica da rede de atenção psicossocial**

A rede de atenção psicossocial é regida pelos discursos e políticas oficiais, no entanto as pessoas continuam vivenciando o cotidiano de internações em hospitais psiquiátricos diante da insuficiência desta rede, tanto quantitativa como qualitativa. O fenômeno das reinternações psiquiátricas é uma demonstração da coexistência entre o paradigma hospitalocêntrico com o psicossocial (Ramos, Guimarães & Enders, 2011; Salles & Barros, 2007).

Para Botega e Dalgalarro (1997), as reinternações estão diretamente ligadas à falta de adesão do usuário ao tratamento medicamentoso e psicossocial após a alta. A disponibilidade e uso dos serviços extra-hospitalares, que sejam eficazes na totalidade do cuidado que demandam as pessoas com transtornos mentais, é a chave para que se evitem as reincidências.

A internação, em geral, preenche o espaço deixado pela insuficiência dos serviços substitutivos. Isto se dá principalmente diante da complexidade do transtorno mental, uma vez que estes serviços permanecem centrados no modelo biomédico, com escassez de ações intersetoriais e territoriais, realizando oferta de atividades que muitas vezes não correspondem à necessidade dos usuários (Machado & Santos, 2013).

Salles e Barros (2007), em relação aos serviços substitutivos, constataram que parte dos usuários que haviam passado por reinternações nem conheciam os serviços ou não tiveram acesso aos mesmos, outros inclusive teceram críticas em relação ao trabalho destes serviços como algo apenas gerador de entretenimento.

Dimenstein e Bezerra (2009) alertam para a inexistência ou ineficácia da rede de atenção extra-hospitalar como causas das constantes reinternações, como constataram em pesquisa na

rede de saúde mental do Rio Grande do Norte. Dentro de um contexto em que o número de reinternações (mais de 60%) ultrapassa o de internações, as autoras ressaltaram que não havia serviços de suporte à crise que não fosse o hospital psiquiátrico, uma vez que naquela ocasião ainda não havia CAPS III no Estado, nem leitos de emergência em hospital geral, e pouca articulação dos serviços substitutivos com a atenção primária à saúde. Aliado a isto, observaram a carência de tratamento continuado e esclarecimento sobre a importância deste, assim como a necessidade de informação e do uso regular da medicação.

Considerando que os CAPS são serviços de acompanhamento contínuo e que tem como objetivo evitar as internações psiquiátricas, “é nas situações de crise, que se pode verificar a mobilização e o envolvimento das equipes para cuidar, potencializando todos os recursos do usuário, da equipe, do serviço, da família e da rede de atenção comunitária” (Grigolo, Schmidt & Delgado, 2010, p.382). Segundo os autores<sup>11</sup>, 43% dos CAPS utilizam como referência leitos de Hospital Psiquiátrico e 23% utilizam tanto o Hospital Psiquiátrico como o Hospital Geral. O acompanhamento destas internações não é frequente por parte dos CAPS e na maioria das vezes o trabalho do serviço está mais relacionado ao contato com o familiar do que ao próprio usuário.

Vale ressaltar que internações evitáveis dão a impressão de insuficiência de leitos. A necessidade de leitos não quer dizer necessariamente que há muitos casos graves, esta demanda está mais relacionada às capacidades da rede de cuidado (Dias, Gonçalves & Delgado, 2010).

### **1.4.3 O recurso medicamentoso**

No cotidiano das pessoas que passam por reinternação psiquiátrica, o tratamento domiciliar é majoritariamente restrito ao uso de medicamentos, e a unidade básica de saúde, quando utilizada, muitas vezes é para a retirada dos mesmos. Algumas pessoas inclusive se recusam a tomar o medicamento em sua rotina diária e a frequentar consultas nos serviços de saúde.

---

<sup>11</sup> Dados referidos pelos CAPS no Avaliar Caps 2008: instrumento de acompanhamento e monitoramento da rede pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Grigolo, Schmidt & Delgado, 2010).

Neste contexto, com a medicação sendo considerada como elemento central do tratamento, quando ela não é administrada da maneira prescrita é o disparador para sucessivas crises do transtorno mental. Os usuários compreendem a importância do medicamento psicotrópico, mas tem dificuldade em tomá-lo, por isso é importante ressaltar que o seguimento da prescrição está ligado à relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, e do acompanhamento longitudinal que a mesma realiza (Salles & Barros, 2007).

É inegável que a ascensão dos psicofármacos possibilitou que o sofrimento fosse desospitalizado, no entanto, nas situações de crise, de agudização dos sintomas, nas quais o medicamento não cumpre a função de reparar a “normalidade” e perturba de alguma maneira o convívio familiar e comunitário, se recorre com frequência ao confinamento, mais medicação e contenção (Jardim & Dimenstein, 2007).

É importante considerarmos que atualmente prevalece a concepção do tratamento medicamentoso como objetivo central, balizado pelas práticas médicas e psicológicas, reafirmando a ideia da saúde mental como um estado de equilíbrio e supressão dos sintomas. No entanto, a consulta psiquiátrica e a medicação são parte de uma clínica que deve se ampliar para ações em outros serviços e em outros espaços no território, capazes de produzir autonomia, saúde e novas práticas sociais diante do sofrimento psíquico (Luzio, 2011).

#### **1.4.4 Outras questões relacionadas às reinternações**

Pode-se considerar como causa de reinternação a “cronicidade” de pacientes mais comprometidos que tiveram mais tempo de internação, o aumento da complexidade dos casos, pessoas resistentes ao tratamento, aumento de primeiras internações (ou seja, novos clientes), e internações por via judicial (Ramos, Guimarães & Enders, 2011).

A “judicialização da saúde”<sup>12</sup> tem servido como via de acesso a bens e serviços. No campo da saúde mental, a internação psiquiátrica na modalidade compulsória é menos comum que a voluntária e involuntária, no entanto é crescente diante deste movimento de judicialização. A

---

<sup>12</sup> No contexto democrático atual, “expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para garantia e promoção de direitos de cidadania. (...) O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão dos serviços públicos.” (Ventura, Simas, Pepe & Schramm, 2010, p.78)

lógica desta determinação judicial é garantir a proteção do paciente com transtorno mental e da sociedade em razão de uma situação de risco, por meio da obrigatoriedade do tratamento especializado. No entanto, a internação pode ser mantida sem uma definição técnica precisa, e a permanência do usuário na instituição é condicionada à determinação do juiz (Barros, 2012).

Dimenstein e Bezerra (2009) também apontam o aumento das reinternações em razão de determinação judicial, e destacam como causas as co-morbidades com uso de drogas, e a intolerância e violência contra a pessoa com transtorno mental, muitas vezes ocasionada por questões culturais que associam o transtorno à periculosidade, marginalidade e agressividade. Essas autoras trazem também a questão social que muitas vezes está presente no cotidiano das reinternações.

O problema da reinternação pode ser considerado a partir de fatores, como: a ausência de programas de reabilitação eficientes e de programas de acompanhamento posterior à alta hospitalar que garantam a continuidade do tratamento. Pensa-se ainda o *'revolving door'* como um problema meramente relacionado aos sintomas do usuário e às falhas no tratamento. Além disso, destaca-se também o fato de o hospital psiquiátrico acolher os sujeitos socioeconomicamente desfavorecidos, os quais não têm para onde ir, evidenciando uma problemática social, na medida em que a hospitalização, muitas vezes, é necessária por fatores de ordem social e não médica.

(p.434)

Castro, Furegato e Santos (2010) mencionam a falta de suporte social, também ressaltam os problemas ligados a discriminação das pessoas com transtorno mental, e a questão da judicialização.

Para Kinker et al (2010) é na esfera jurídica e política que se inserem os principais debates sobre a desinstitucionalização, em um campo onde vários grupos se expressam, inclusive alguns setores bastante resistentes

No campo do imaginário social e da cultura, o contato com instituições é fundamental, e aí se localizam instituições como a Justiça e o Ministério Público, a imprensa e órgãos também do poder executivo e legislativo, onde se deve realizar os embates acerca do significado da desinstitucionalização. (p.44)

É essencial para o processo de desinstitucionalização que as internações psiquiátricas sejam primordialmente evitadas por meio do suporte comunitário. Mesmo para aquelas pessoas que já possuem um longo tempo de institucionalização, recomenda-se que este suporte também esteja disponível, e que por meio de um acompanhamento adequado essas pessoas possam retornar para o seu território (Parente et al, 2007).

Os caminhos não concretizados da desinstitucionalização, descritos ao longo deste item, que muitas vezes levam a pessoa com transtorno mental de volta para a instituição, mantêm um ciclo de quebra de vínculos familiares e comunitários, com a falta das inúmeras possibilidades da vida em liberdade, sem acesso à diversidade de tratamentos que poderiam ser oferecidos e explorados na convivência com a comunidade.

Neste sentido, circunscrevemos esta pesquisa às reinternações psiquiátricas e o percurso de idas e vindas dos egressos da internação psiquiátrica, em meio às crises recorrentes. No próximo capítulo apresentaremos a trajetória percorrida em nosso estudo.

## 2 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

“E por quantos anos pode uma montanha existir  
Antes de ser levada pelos oceanos?  
E por quantos anos algumas pessoas podem existir  
Antes de serem livres?  
E quantas vezes um homem pode virar a cabeça  
E fingir que ele apenas não vê?  
A resposta, meu amigo, está soprando no vento  
A resposta está soprando no vento.”

(Bob Dylan, *Blowing in the Wind*, 1963 – tradução livre)

Para compreender como se dá o fenômeno da reinternação psiquiátrica, optamos pela pesquisa de caráter documental que corresponde ao uso de documentos em pesquisas científicas, os quais, em nosso estudo, são os registros de alta da internação psiquiátrica. Para Ruckstadter e Ruckstadter (2011), documento é todo registro, seja ele feito de modo intencional ou não, por um grupo, individualmente, ou por uma instituição, que além de indicar acontecimentos, sempre indica também as interpretações daqueles que o elaboraram. Os autores alertam que os documentos não podem ser tomados como o próprio fato ou como fonte única e privilegiada.

Isso significa dizer que o autor do registro apõe as informações contidas no documento, às vezes de modo não tão facilmente perceptível, uma interpretação que lhe é favorável e ao grupo social do qual faz parte, bem como, no caso de documentos institucionais, à instituição à qual pertence. (Ruckstadter & Ruckstadter, 2011, p.102)

A análise dos documentos deve sempre considerar o documento em relação ao seu contexto, compreendendo qual história está sendo contada, e a partir de uma perspectiva de análise histórica, pode ajudar a identificar mudanças e permanências (Ruckstadter & Ruckstadter, 2011).

Os documentos sempre representarão uma visão parcial do descrito, que foi determinada por quem as elaborou. Os acontecimentos que a documentação comporta devem ser questionados, esmiuçados e analisados para que possam verificar quais



foram alguns dos caminhos que trilharam, visando-se, portanto, efetuar uma leitura das entrelinhas. (Prado, 2010, p.132)

Vale ressaltar que todo trabalho científico envolve a pesquisa bibliográfica que “é aquela feita a partir de bibliografia variada, ou seja, engloba livros, revistas, jornais, publicações técnicas, dentre outras fontes descritas.” (Rocha & Bernardo, 2011, p.88). Para os autores, a pesquisa bibliográfica propicia o arcabouço de informações necessárias para a delimitação do tema, o conhecimento já produzido sobre o assunto, e a utilização destas informações para as análises posteriores.

No que se refere ao presente estudo, a partir das informações contidas nos registros de altas de egressos de internação psiquiátrica, identificamos as pessoas que passaram por reinternação, e caracterizamos quantitativamente estes usuários em relação à sua idade, sexo, diagnóstico, período de permanência na instituição, destino ao receber alta, grau de parentesco da pessoa que acompanhou a alta. Consideramos como reinternados todos os usuários que passaram pela internação hospitalar mais de uma vez. Dada a dimensão do fenômeno, focalizamos um período de aproximadamente dois anos, de janeiro de 2013 a outubro de 2014. Não houve intervenção direta com a população estudada, o acesso às informações destas pessoas foi exclusivamente documental.

A análise dos dados coletados teve como referência os preceitos da reforma psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Recorremos também à literatura já produzida a respeito para sustentar a discussão teórica e a apreciação dos documentos pesquisados.

Antes, porém, de apresentar os resultados propriamente ditos, vamos apresentar a rede de atenção à saúde no município de Maringá (PR), assim como a composição dos serviços de saúde mental.

## 2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MARINGÁ (PR)

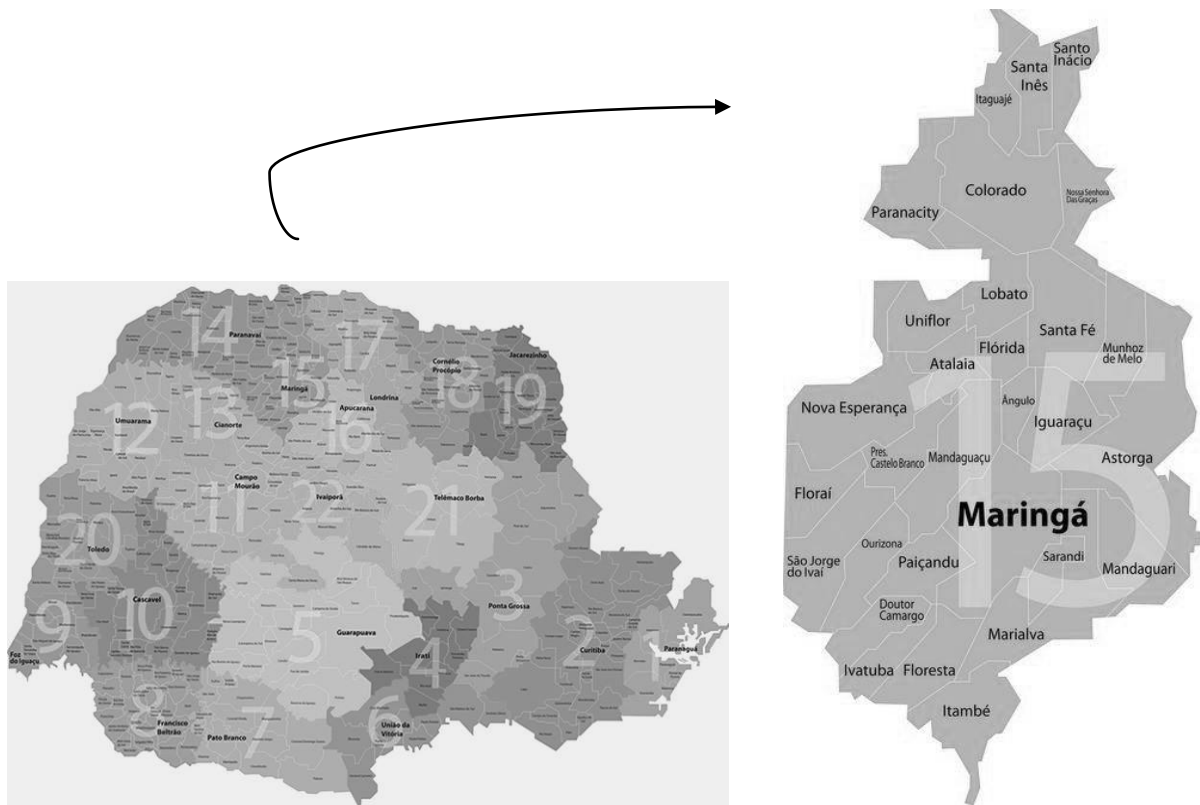
Maringá é um Município de 391.698 mil habitantes<sup>13</sup>, situado geograficamente na região noroeste do Estado do Paraná (figura 4). Fundado no ano de 1947, seu crescimento e expansão se atribui pela sua localização privilegiada em relação a grandes cidades, como São Paulo, Curitiba e Foz do Iguaçu; e importantes rodovias que perpassam seu território, como a BR-376, PR-317 e PR-323; dentre outros fatores, aliado ao clima propício para agricultura e ao solo fértil. Na atualidade, a população é predominantemente moradora da zona urbana, e as principais atividades econômicas da região giram em torno da agricultura (soja, trigo, milho, algodão, cana de açúcar, café, alho, feijão, arroz e mandioca), indústria (confeção, alimentos, móveis, metalúrgica e agroindústria) e comércio varejista e atacadista, bancos e serviços médicos (Maringá, 2015a).



**Figura 4** – Localização geográfica da cidade de Maringá (PR). Fonte: Maringá. (2015a). *Perfil de Maringá – Maringá e sua localização*. Recuperado em 6 de julho, 2015, de <http://www.maringa.com/perfil/geografia.php>.

<sup>13</sup> Estimativa para o ano 2014 (IBGE, 2014).

O Município de Maringá é o terceiro maior do Estado do Paraná, sendo cidade pólo da 15ª Regional de Saúde do Estado, a qual engloba 29 municípios (figura 5).



**Figura 5** – Regionais de saúde do PR por macroregional; composição da 15ª Regional de Saúde.

Fonte: SESA-PR. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (2015). *Regionais de Saúde*. Recuperado em 06 de Julho, 2015, de <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>.

Até o ano 2014, os serviços de saúde municipais de Maringá (PR) consistiam em: 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas policlínicas, organizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura de 70% da população; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma na zona norte e outra na zona sul da cidade; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Municipal de Análises Clínicas; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para doenças sexualmente transmissíveis; um Hospital Municipal (HMM); três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ambulatório de saúde mental (CISAM); Consultório na Rua (SMS, 2014b; Maringá, 2015c).

A implantação das equipes de saúde da família no final da década de 1990 no município de Maringá (PR) evidenciou a dificuldade dos próprios profissionais de saúde em lidarem com a saúde mental, e a necessidade de se discutir dificuldades e sugerir melhorias. No início de

2001 foi instituída uma comissão formada por profissionais de diversas categorias e membros da comunidade para elaborar uma Proposta de Reestruturação do Serviço de Saúde Mental, a partir das determinações da Lei n. 10.216 (2001) recém aprovada. A proposta incluiu ações e projetos desenvolvidos nas UBS, implantação dos CAPS, emergência psiquiátrica, residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa, implantados ao longo da década (SMS, 2010).

Atualmente, no que tange à atenção à saúde mental na atenção primária, a cidade conta com profissionais de psicologia em todas as Unidades Básicas de Saúde, além de mais nove profissionais de psicologia que integram cada uma das nove equipes de NASF<sup>14</sup>, juntamente com outros profissionais de nível superior<sup>15</sup>. Os NASF dão cobertura para todas as 70 equipes da Estratégia de Saúde da Família, distribuídas nas 31 Unidades Básicas de Saúde no Município (SMS, 2014b; Moura, 2014).

Em relação aos serviços de atenção psicossocial, até o ano 2014 a rede de saúde mental possuía CAPS ad, destinado ao atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, implantado em 2002; um CAPS II para atendimento de adultos com transtornos mentais implantado em 2004; um CAPS I destinado ao cuidado de crianças e adolescentes com comprometimentos psicossociais graves, em funcionamento desde 2011; além de um ambulatório<sup>16</sup> de atendimento especializado em saúde mental conhecido como CISAM – Centro integrado de Saúde Mental, desde 1994. O Município conta ainda com três serviços residenciais terapêuticos (SRT) implantados em 2006, 2009 e 2011, que acolhem pessoas egressas de longas internações em hospital psiquiátrico, até 2014 com dezessete moradores. A rede também é composta por uma equipe de Consultório na Rua, que presta atendimento a pessoas em situação de rua, incluindo ações de redução de danos (Maringá, 2015b).

No ano de 2015 ocorreram mudanças significativas em alguns destes serviços citados. O CAPS ad passou para a modalidade III, ampliando seu horário de atendimento, e até julho desse ano estava funcionando das 7h às 22h. A coordenação do serviço justificou que o processo de contratação de servidores para a abertura nas 24h pode ser demorado em razão dos trâmites legais. Neste mesmo ano o CISAM passou a funcionar em outro local e foi transformado em CAPS III, e até julho de 2015 estava funcionando das 7h às 19h (Conselho

---

<sup>14</sup> Em 2010 foram implantadas sete equipes. Em 2014 mais duas estão em atuação, no entanto aguardam habilitação.

<sup>15</sup> Educador físico, nutricionista, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico veterinário.

<sup>16</sup> É importante frisar que o modelo de ambulatório não é contemplado pela Política Nacional de Saúde Mental.

Municipal de Saúde, 2015). O local para o qual estes serviços foram transpostos é o Complexo Integrado de Saúde Mental, um espaço com três pavilhões, onde além destes dois CAPS descritos, também funciona o CAPS i. (SMS, 2014b). Sobre esta reorganização dos serviços explanaremos a seguir.

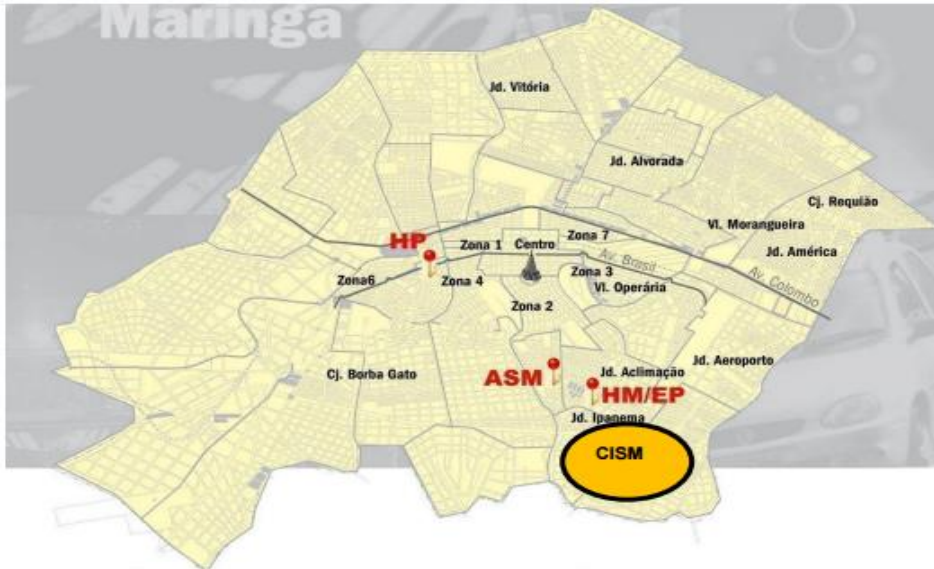
Na próxima figura podemos visualizar os serviços de saúde mental que compunham até 2014 a rede de atenção psicossocial de Maringá (PR), sem ilustrar a atenção primária e serviços intersetoriais. A associação maringaense de saúde mental (ASM) está incluída no mapa a seguir por ser uma organização formada por usuários com transtorno mental e seus familiares desde o ano 2000, que além do seu trabalho de acolhimento a esta população, tem projetos de geração de renda. Também consta no mapa o Hospital Psiquiátrico (HP) existente na cidade (Burali, 2014).



**Figura 6** – Distribuição geográfica dos serviços de saúde mental em Maringá (PR) até 2014. Fonte: Burali, M. A. M. (2014). *O trabalhador de saúde mental: complexidades e paradoxos no cotidiano de trabalho em um CAPS*. Tese de doutorado em psicologia social. Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP. São Paulo, SP.

A partir do ano de 2015 a rede de atenção psicossocial passou pela reformulação apontada anteriormente a partir da construção do Complexo Integrado de Saúde Mental (CISM), ampliando o horário de atendimento de alguns serviços. A partir de então, o CAPS ad foi transferido para esta nova estrutura, com funcionamento até as 22h se propondo a ser porta de entrada no acolhimento à crise. Além do CAPS II já existente, o ambulatório CISAM foi transferido para o referido Centro e passou a funcionar também como CAPS e com

capacidade para leitos de acolhimento ainda não implantados. O CAPS i também foi transferido para a nova estrutura, porém sem modificação do processo de trabalho. Abaixo podemos visualizar a distribuição dos serviços a partir deste novo arranjo:



**Figura 7** – Distribuição geográfica dos serviços de saúde mental de Maringá (PR) após a reorganização dos CAPS no CISM (Complexo Integrado de Saúde Mental). Fonte: Burali, M. A. M. (2014). *O trabalhador de saúde mental: complexidades e paradoxos no cotidiano de trabalho em um CAPS*. Tese de doutorado em psicologia social. Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP. São Paulo, SP.

O CAPS II, apesar de não constar no mapa da figura 7, permaneceu próximo ao local apontado na figura 6. Essa permanência não estava prevista no novo arranjo dos serviços de saúde mental a priori, e por isso não foi contemplada neste segundo mapa apresentado por Burali (2014), uma vez que o CAPS II iria para o Complexo Integrado de Saúde Mental, mas acabou por ser alocado em outro prédio próximo ao local que funcionava anteriormente, por isso o seu lugar no referido Complexo foi ocupado pelo CAPSi (SMS, 2014a; 2014b).

### 2.1.1 Emergência e internação em saúde mental no município

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná definiu a Rede de Atenção à Saúde Mental como uma das cinco redes prioritárias para as ações de planejamento estratégico. No ano de 2014 publicou a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná. Segundo este documento, a regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental do Estado está

centralizada no Centro Psiquiátrico Metropolitano localizado na cidade de Curitiba (Paraná, 2014).

O serviço de atendimento às urgências e emergências em saúde mental no município<sup>17</sup>, é realizado na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá Dra. Thelma Villanova Kasprovicz (EP HMM), principal reguladora de todas as internações psiquiátricas na cidade. A emergência psiquiátrica deste hospital, implantada em 2003, possui 14 leitos para homens e 12 leitos para mulheres, atende a demanda de 67 municípios correspondentes à 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup> Regionais de Saúde do Estado do Paraná que abrange quase 1 milhão e 300 mil habitantes<sup>18</sup>.

Portanto, até o ano de 2015 a emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá conta com 26 leitos para atender toda aquela população referida. Com a implantação dos leitos nos serviços substitutivos prevista para 2016, serão mais 27 leitos na cidade: 20 no CAPS ad III e sete no CAPS III (Conselho Municipal de Maringá, 2015). Desta maneira, apenas para o município de Maringá (PR) estarão disponíveis 27 leitos, que com praticamente a mesma capacidade da emergência deste hospital, atenderá exclusivamente uma população de menos de 400 mil habitantes. Em resumo: os 26 leitos da emergência psiquiátrica permanecerão atendendo aproximadamente 1 milhão e 300 mil habitantes, e os 27 leitos dos CAPS III de Maringá (PR) atenderão aproximadamente 400 mil habitantes.

O município de Maringá (PR) conta ainda desde 1967 com o Hospital Psiquiátrico de Maringá<sup>19</sup>, entidade privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), que apesar de não fazer parte da Rede de Atenção à Saúde Mental, é utilizado como recurso para as situações de urgência em saúde mental. Não é “porta aberta”, e no caso de Maringá sua regulação se dá principalmente pela emergência psiquiátrica do Hospital Municipal da cidade, conforme assinalamos.

Atualmente o Hospital Psiquiátrico de Maringá conta com 272 leitos, sendo 240 destinados ao SUS, ou seja, 88% dos leitos existentes. Destes 240 leitos SUS, 160 são para pessoas com

---

<sup>17</sup> Quanto aos demais hospitais da cidade, o Hospital Memorial Uningá, hospital geral de natureza privada, é o único que possui 2 leitos SUS para psiquiatria. Não há outros hospitais gerais com leitos SUS para psiquiatria no município: nos outros hospitais, sejam eles de natureza privada ou entidade beneficente sem fins lucrativos, os leitos psiquiátricos não SUS, se reduzem a 2 no Hospital e Maternidade Santa Rita, 1 no Hospital e Maternidade Maringá, e 2 no Hospital e Maternidade São Marcos de Maringá. O Hospital Universitário Regional de Maringá, administrado pelo Estado do Paraná, não possui nenhum leito para psiquiatria (CNES, 2015).

<sup>18</sup> Estimativa pra 2013 segundo Censo de 2010.

<sup>19</sup> Nome empresarial: Sanatório Maringá LTDA, de acordo com o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

transtorno mental, e 80 são exclusivos para dependentes químicos. Estes 80 leitos estão vigentes desde 2013 quando o Ministério da Saúde aprovou sua habilitação “para tratamento de pacientes que fazem uso de cocaína e derivados e aos usuários de álcool e outras drogas” (Portaria n. 123, 2013).

Falar destes 80 leitos da modalidade de Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas é uma dificuldade no município e nesta macroregional de saúde. Tais leitos devem ser implantados em hospitais gerais e são regidos pela Portaria n.148 (2012), que no artigo 9º dispõe que a distribuição destes leitos deve seguir o critério de não exceder 15% do número total de leitos do Hospital Geral, nem ultrapassar 30 leitos. No entanto, o Parágrafo único deste mesmo artigo permite que tais parâmetros possam ser ultrapassados em caráter de excepcionalidade desde que analisados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

Esta Portaria n.148 (2012) possibilitou que o Hospital Psiquiátrico de Maringá convertesse parte dos seus leitos para esta modalidade, o que na prática ocorreu com 30% dos seus leitos SUS. Em 2013, por meio da Portaria n. 123 (2013) foram habilitados os 80 leitos neste Hospital Psiquiátrico, os quais foram classificados como “Serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. Ainda seguindo por esta Portaria, concomitantemente foram desabilitados 80 leitos deste Hospital. A partir disso, esta instituição que era “Nível II – estabelecimento de saúde com n. de leitos de psiquiatria entre 161 a 240”, foi habilitado como “Nível I – estabelecimento de saúde com n. de leitos de psiquiatria até 160”. Ou seja, de 240 leitos, o Hospital reduziu para 160 (inclusive mudando de categoria no CNES), e em seguida implantou 80 leitos na modalidade acima descrita, permanecendo com 240 leitos SUS<sup>20</sup>.

De acordo com o CNES (2015), o Hospital Psiquiátrico de Maringá consta no campo “tipo de estabelecimento” como hospital geral, e a natureza da organização como entidade beneficente sem fins lucrativos. No entanto, o mesmo permanece como um hospital psiquiátrico que reduziu seu porte ao mesmo tempo em que ampliou leitos, estes últimos que deveriam ser

---

<sup>20</sup> Lembrando que nos referimos neste estudo aos leitos SUS. A título de informação, o número total de leitos acrescidos os particulares são 272.



implantados em hospitais gerais, que por uma exceção prevista na Portaria foram direcionados para o mesmo.

O Hospital Psiquiátrico de Maringá conta ainda com uma Unidade de Adolescentes do sexo masculino com 12 leitos credenciados ao SUS desde 2008<sup>21</sup>. Por meio de convênio com o governo do estado do Paraná o hospital recebe um custeio mensal do Estado para manutenção desta ala, valor que também é considerado como uma suplementação financeira para os demais 160 leitos. (Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá, 2015). Com relação aos 80 leitos destinados a usuários de substância psicoativa, o recurso foi incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, proveniente do Fundo Nacional de Saúde com repasse mensal para o Fundo de Saúde do Município de Maringá (PR) (Portaria n. 123, 2013).

## 2.2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Realizamos a pesquisa documental na Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Maringá (PR) por meio do levantamento das altas do Hospital Psiquiátrico de Maringá (Sanatório Maringá Ltda) e da emergência psiquiátrica do Hospital Municipal do Município de Maringá Dra Thelma Villanova Kasprovicz, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2014.

Como ambos os hospitais abrangem uma gama muito grande de cidades, definimos o município de Maringá (PR) para ser pesquisado, uma vez que é a cidade de procedência da maior parte dos usuários destes hospitais, conforme relatório do Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá (2015).

Estipulamos o período do estudo de acordo com a disponibilidade dos dados. Os registros de alta do Hospital Psiquiátrico de Maringá que são referenciados a Secretaria Municipal de Saúde datam de 2010. No entanto esse sistema foi informatizado apenas a partir do ano de 2012. Porém, em 2012 não foram registradas as datas de nascimento, e esse foi o descritor utilizado juntamente com as iniciais dos nomes para localizarmos os usuários reincidentes.

---

<sup>21</sup> Em 2011 havia 150 leitos para adolescentes distribuídos nos 15 hospitais psiquiátricos do Paraná, o que correspondia a 6% do total de leitos neste Estado, acima da média nacional de 1,4% dos leitos oferecidos para este público (Brasil, 2011a).

Diante disso, janeiro de 2013 foi a data estabelecida para o início do estudo até o mês de outubro de 2014, ocasião do início da coleta de dados, compondo nosso recorte de 22 meses. Essas implicações não se aplicam à emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, no entanto, estabelecemos o mesmo período de pesquisa para efeitos de comparação.

Vale ressaltar, que apesar da Lei Estadual n. 11.189/PR (1995) que dispõe, dentre outras questões, que os hospitais gerais implantados a partir do ano 1995 no Paraná deveriam ter 10% dos seus leitos reservados para pessoas com transtorno mental. No entanto, não há registro de contra-referências de altas de psiquiatria dos outros hospitais da cidade na Secretaria de Saúde no município. Inclusive do Hospital Memorial Uningá, que de acordo com o CNES tem dois leitos psiquiátrico SUS, no entanto não temos dados sobre estes leitos.

As altas referentes a internações psiquiátricas são contra-referenciadas para a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde neste município. Para compilação destas altas recebemos autorização da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS), responsável pela regulamentação das pesquisas nesta Secretaria de Saúde, e do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá de acordo com o parecer n. 1.243.846 (anexo).

As altas do Hospital Psiquiátrico de Maringá são enviadas semanalmente para a Secretaria de Saúde, onde a coordenação de saúde mental as organiza e informa a saída dos usuários do hospital para as suas unidades básicas de saúde (UBS) de referência. Estas altas, conforme modelo abaixo, nos foi entregue em formato portátil de documento (pdf), e transcritas manualmente para o aplicativo de planilhas eletrônicas Excel.

## ALTAS

DATA: _____	DATA NASCIMENTO: _____	PRONTUÁRIO: _____
PACIENTE: _____		
ENDEREÇO: _____		
CIDADE: _____	UF: _____	FONE: _____
MÉDICO ASSIST: _____	DIAGNÓST.CID: _____	
ALTA: MÉDICA ( )	ABANDONO TRATAMENTO ( )	ADMINISTRATIVA ( )
TRANSFERÊNCIA(_____) ENTIDADE DESTINO: _____		
ACOMPANHADO POR: FAMILIAR( ) SASC( ) SMS( ) OUTROS(_____)		
NOME: _____		RG: _____
REPRES.LEGAL: _____	GRAU DE PARENT: _____	
RECEITA MÉDICA ( )	E OU ORIENTAÇÃO PARA TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR ( )	
DATA DE ADM: _____	DATA ALTA: _____	BAIRRO: _____
OBSERVAÇÕES: _____	NOME MÃE: _____	
UNIDADE SAÚDE: _____	CARTÃO SUS: _____	

**Figura 8** – Modelo da contra-referência da internação no Hospital Psiquiátrico (registro da alta)

No caso da ala dos adolescentes do Hospital Psiquiátrico de Maringá, que tem regulação estadual, as altas são enviadas diretamente para a 15ª Regional de Saúde, e não passam pela Secretaria de Saúde do município. Desta forma, as altas dos adolescentes nos foram disponibilizadas pelo próprio hospital mediante solicitação em reunião da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde.

As altas da emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá de todas as faixas etárias, além de serem enviadas diretamente para as UBS para acompanhamento conforme ocorrência, também são enviadas para a Secretaria de Saúde para registro, e separadas de acordo com a UBS. Nestas altas consta o código SUS do usuário, nome, sexo, idade, data de nascimento, bairro, hipótese diagnóstica, data de entrada e de saída da internação, assim como seu destino, que pode ser desde alta, abandono do tratamento hospitalar até encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico de Maringá. Estas altas nos foram entregues já em formato da planilha do Excel, sem a identificação do usuário, no entanto a localização das reinternações se deu em razão deste descritor já constar como campo específico preenchido pela administração do hospital.

No caso das altas do Hospital Psiquiátrico de Maringá, para que fosse possível identificar as pessoas que haviam sido internadas mais de uma vez no período selecionado, todas essas informações descritas no parágrafo anterior foram registradas em uma planilha de Excel identificando o usuário pela inicial e data de nascimento. A partir da busca das datas de nascimento que se repetiam, ou seja, que apareciam mais de uma vez, conseqüentemente nos deparamos com pessoas que haviam passado por mais de uma alta. A conferência dos dados

se deu pela confirmação da inicial do nome dos usuários, para nos certificarmos que as datas de nascimento repetidas correspondiam à mesma pessoa, chegamos assim àqueles usuários que passaram por mais de uma internação no período estudado.

A partir destes registros em ambos os hospitais selecionamos as seguintes informações: idade na ocasião da alta, gênero masculino ou feminino; diagnóstico apontado pelo médico de acordo com o CID; dias de permanência; entidade de destino ao sair da internação/ ou abandono; e exclusivamente no hospital psiquiátrico: a quantidade de reincidências, conhecimento sobre a UBS na qual recebe atendimento ou não, e o grau de parentesco de quem acompanhou a alta. Na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá não temos essa última informação, e também não foi possível calcular o número de reincidências por pessoas, pois não tivemos acesso a identificação dos usuários.

Separamos as altas de pessoas que passaram por reinternação e realizamos uma primeira caracterização, analisando quantitativamente os dados já descritos que estão contidas nos registros.

Além disso, estabelecemos algumas relações entre as reinternações do Hospital Psiquiátrico de Maringá e as reinternações da emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, assim como comparativos entre os atendimentos em geral, internações e reinternações neste último.

Vale esclarecer que consideramos a reinternação na própria instituição, ou seja, aqueles que internaram apenas uma vez na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal podem ter sido internados mais vezes no Hospital Psiquiátrico, e da mesma maneira, aqueles que passaram apenas uma vez no Hospital Psiquiátrico podem ter sido reinternados na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal. O que ressaltamos é o percurso de entrada e saída dos usuários dentro da própria instituição, assim como o perfil destas pessoas, inclusive no que tange às diferenças entre as trajetórias percorridas em ambos os serviços, e as condutas das instituições.

Apresentamos nas próximas sessões as informações obtidas nos registros de alta hospitalar. Propusemos relações entre os dados que pudessem nos dar a dimensão das reinternações do Hospital Psiquiátrico em comparação às reinternações do Hospital Municipal, e aos atendimentos que resultaram ou não em internação neste último. Analisamos estes dados à luz

dos princípios do SUS, no que tange à sua Política Nacional de Saúde Mental, e da reforma psiquiátrica.

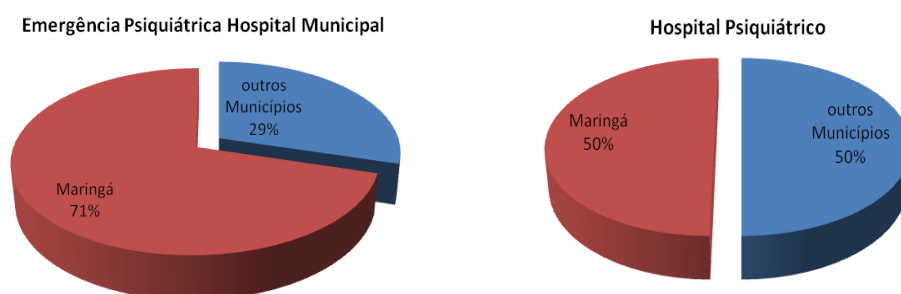
Apresentamos os resultados em forma de gráficos e tabelas. Inicialmente consideramos o local de origem da pessoa reinternada e sua relação com a proximidade dos serviços de atenção à crise. Em relação aos atendimentos em geral, verificamos quantos correspondiam a reinternações, e comparamos estes indicadores com os de outros estudos, nos aproximando do fenômeno a ser estudado. A partir daí caracterizamos o sexo e a idade dos usuários, discutindo suas peculiaridades. Relacionamos os dados do tempo de permanência com os encaminhamentos dados no momento da alta ou do abandono de tratamento, assim como as possibilidades ou não de tratamento extra-hospitalar que poderiam se desdobrar a partir disso. Considerando a importância do cuidado continuado e dos vínculos familiares, apresentamos os dados dos acompanhantes no momento da alta hospitalar, e a referência que os usuários tem em relação à sua Unidade Básica de Saúde. Os registros dos diagnósticos foram apresentados para identificarmos os transtornos mentais prevalentes nas reinternações, e para, além disso, problematizarmos as situações de crise em saúde mental que tem demandado o recurso hospitalar.

### 3 ENTRE IDAS E VINDAS: O QUE AS REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NOS REVELAM

#### 3.1 LOCAL DE ORIGEM

No período de 22 meses a emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá (EP HMM) realizou 10.853 atendimentos, sendo 7.655 (71%) de Maringá (PR) e 3.198 (29%) de outros municípios que possuem este hospital como referência.

No Hospital Psiquiátrico de Maringá (HP) não foi possível identificar esse aspecto porque a instituição só envia as contra-referências da internação hospitalar para seu município de origem. No entanto, nos quatro últimos relatórios de verificação de plano terapêutico dos anos de 2013 a 2015 realizados pelo Conselho Local do HP, a média de internos do município de Maringá é de 50% (Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá, 2015).



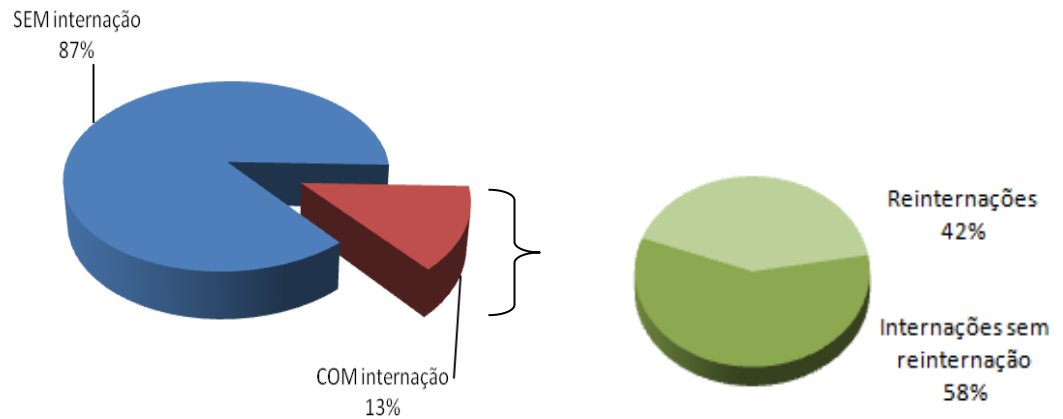
**Figura 9** – Porcentagem de atendimentos realizados na EP HMM e HP por localidade

Dados do Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá (2014) demonstraram que a 15ª Regional de Saúde é a que mais tem pacientes internados proporcionalmente ao número de habitantes em relação à 11ª e 13ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Dentre estes leitos ocupados por usuários da 15ª Regional de Saúde, usuários de Maringá utilizavam o dobro de leitos em relação a usuários de outros municípios desta mesma regional, na ocasião da verificação.

Esses dados sugerem que a proximidade da instituição favorece o acesso, e nos cabe questionar se esse ingresso na internação poderia ter sido evitado, uma vez que, esse número demonstra que em outras localidades não tem acontecido internações nesta proporção.

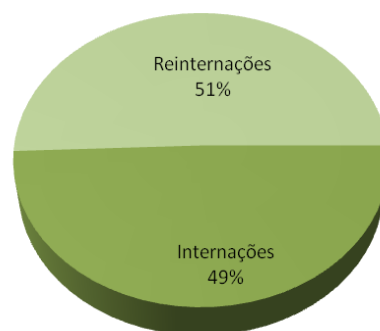
### 3.2 REINTERNAÇÕES

Na EP HMM, dos 7.655 atendimentos realizados, 1.026 resultaram em internação, dentre os quais 426 correspondem a reinternação na própria emergência.



**Figura 10** – Atendimentos na EP HMM resultantes em internação e reinternação

Já no HP, todos os registros são referentes a internações, as quais totalizam 2.065, considerando que 1.045 correspondem a reinternações nesta instituição. Os números de internações que ocorreram apenas uma vez e o número de reinternações praticamente se igualam, como ilustramos abaixo.



**Figura 11** – Internações e reinternações no HP

Observamos que 51% dos registros de altas no HP são referentes à reinternações, ou seja, mais da metade das internações são de pessoas que já estiveram internadas ali mais de uma vez no período de 22 meses. Muitas vezes as pessoas que tem passagem anterior pela instituição tem mais chances de retornar para a mesma em razão do registro marcado em seu “currículo”, como já afirmavam os higienistas no início século passado (Rezende, 1929), e como até hoje é observado que as primeiras internações favorecem novas ocorrências (Ramos, Guimarães & Ender, 2011). Em razão disso, vale questionar se essas internações teriam sido necessárias de fato ou se poderiam ter sido evitadas.

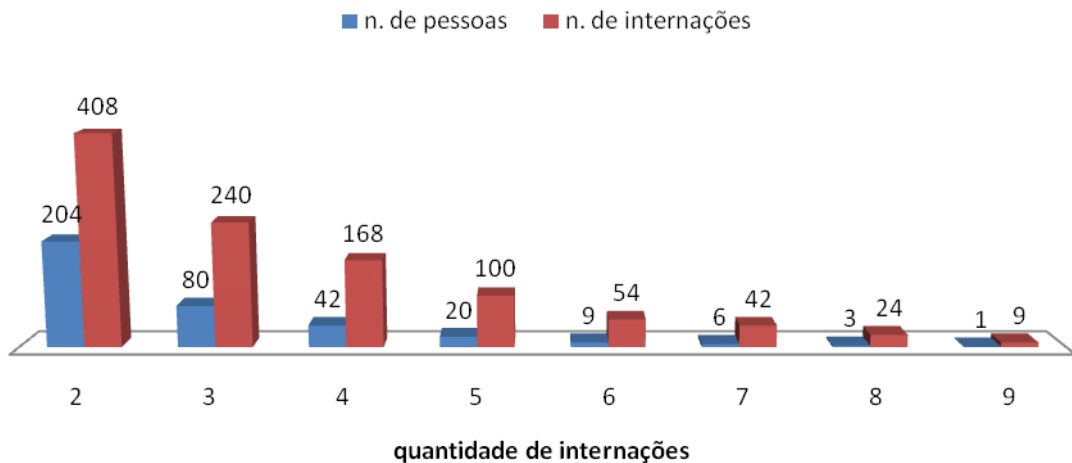
Na EP do HMM, o número de reinternações corresponde a uma pequena parcela do total de atendimentos realizados, no entanto quando focamos apenas nos usuários que internaram, os 42% que são reincidentes nesta emergência representam uma parcela significativa.

Considerando outros estudos, Dimenstein e Bezerra (2009) no ano de 2007 e 2008 verificaram que em um hospital psiquiátrico no Rio Grande do Norte as reinternações estavam em torno de 60% do total de internações registradas, mais da metade assim como nosso índice de 51% que encontramos em relação ao total das internações no HP. Cardoso e Galera (2011) destacaram em sua pesquisa com 48 usuários de um serviço ambulatorial que haviam saído de alta da internação hospitalar (não especificado qual tipo de instituição), que 62,5% deles já haviam sido internados mais de uma vez na vida antes da internação mais recente.

Em nosso estudo, nos últimos 6 meses pesquisados a taxa de reinternação foi de 22%, a medida que fomos ampliando o recorte de tempo, o número de recorrências foi crescente, até chegar ao índice final de 51% de reinternações no Hospital Psiquiátrico no período de 22 meses. Considerando essa diferença temporal, podemos supor que quanto maior é o recorte de tempo estabelecido, maiores podem ser as possibilidades de encontrarmos mais ocorrências de reinternações.

No HP foi possível contabilizar o número de pessoas que passaram por reinternação. Desta maneira, quantificamos as vezes que cada pessoa entrou e saiu da internação no período estudado. O total de 2.065 altas corresponde à internação de 1.385 pessoas, dentre as quais 1.020 internaram apenas uma vez e conseqüentemente 365 pessoas internaram mais de uma vez. Na figura a seguir podemos observar o número de pessoas que reinternaram no período do estudo (coluna à esquerda, partindo de 2 internações, a qual caracterizamos como reinternação), assim como o número de internações correspondente (coluna à direita).





**Figura 12** – Número de pessoas e de internações no HP pela quantidade de reincidências

Em média, cada pessoa reinternada passou por três internações, sendo no mínimo duas (critério que caracteriza a recorrência) e a máxima registrada nove. Em relação ao número de pessoas, 26% daquelas que passaram pelo HP no período do nosso estudo foram reinternadas. Este dado não foi possível contabilizarmos na EP do HMM.

Esta informação que um terço dos pacientes do HP ocupou mais da metade dos leitos do hospital nos é significativa, pois, diante disso, podemos inferir que essa parcela de usuários, com seus retornos frequentes, tem mantido grande parte da instituição em funcionamento.

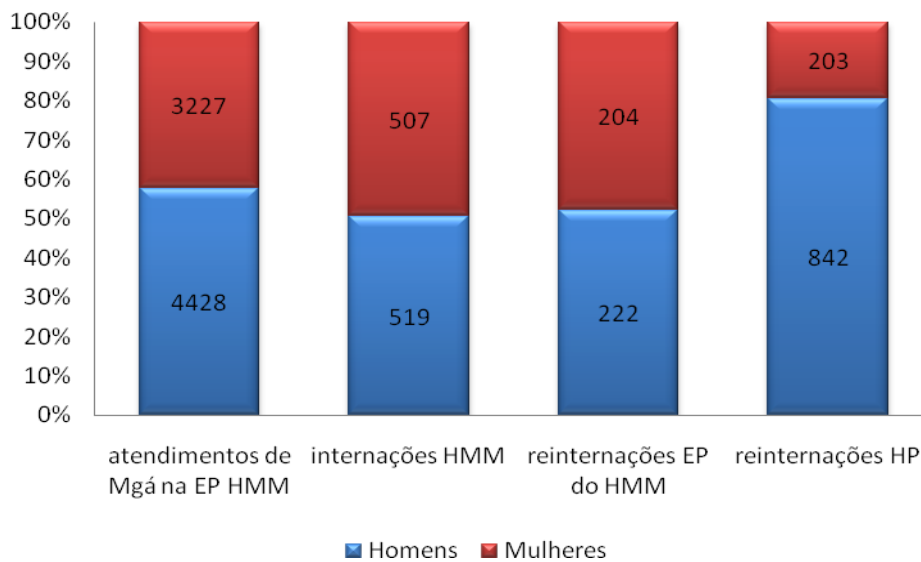
Em relação ao número de internações, o estudo de Machado (2012) nos mostra taxas parecidas, na qual metade das pessoas que reinternaram passaram por 2 ou 3 internações, e quase um terço passou por 6 a 10 internações, ao longo da vida.

Chama nossa atenção os casos de pessoas que passaram por tantas internações no período de apenas 22 meses em nosso estudo. Aquelas que passaram por cinco ou seis internações ficaram em média três vezes ao ano reclusas no hospital, considerando a média do tempo de internações de 30 dias (como veremos mais adiante), isto significa praticamente uma internação por trimestre em quase dois anos, ou um terço deste período institucionalizado. Isso inviabiliza as possibilidades do viver comunitário e uma mínima apropriação do território em que se vive. Além disso, pode dificultar a adesão ao tratamento extra-hospitalar, o que ao mesmo tempo, pode ser a causa de tantas internações. Mesmo se considerarmos o menor número de reinternações, o impacto dessa quebra de vínculo gerado pela institucionalização já pode deixar suas marcas.

Como consideramos o número de reinternações na própria instituição, não podemos afirmar que aqueles que internaram apenas uma vez em um dos hospitais não possam ter sido internados em outro. Diante disso, o número de reinternações pode ser maior.

### 3.3 DIFERENÇAS DE GÊNERO

Na cidade de Maringá (PR), a população em geral é composta por 48% de homens e 52% de mulheres (IBGE, 2010). Em nosso estudo observamos que há uma ligeira maioria de homens atendidos pela EP do HMM, e quando focamos no número de internações e reinternações, essa diferença praticamente inexistente. No entanto, quando nos deparamos com a quantidade de homens e mulheres atendidos no HP, a discrepância é muito grande, uma vez que o número de homens ultrapassa 80%, como pode ser observado no gráfico a seguir. Lembramos que no HP 77,5% dos leitos são destinados para pacientes do sexo masculino<sup>22</sup>, enquanto na EP do HMM são disponibilizados 54%.



**Figura 13** – Quantidade de homens e mulheres que passaram pela EP HMM e HP

<sup>22</sup> Na ala destinada aos usuários de substância psicoativa 90% são para usuários do sexo masculino.

Esta prevalência de homens no HP é bastante superior à estimativa da população em geral, contrariando o Relatório sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial da Saúde, que concluiu que a prevalência dos transtornos mentais é aproximadamente a mesma no sexo feminino e masculino (OMS, 2001).

Santos e Siqueira (2010) em ampla revisão de literatura sobre prevalência de transtornos mentais não encontraram resultados conclusivos. Por exemplo, os autores observam que os estudos atribuem transtornos mais frequentemente em mulheres, para isso há várias justificativas, dentre as quais a maior facilidade deste público em reconhecer os sintomas e procurar ajuda, no entanto discutem as limitações destes resultados, como o fato de mulheres serem a maioria das entrevistadas nas pesquisas. No mesmo estudo, os autores atribuem aos homens a prevalência de transtornos mentais relacionados a substâncias psicoativas, e inferem que os homens tendem a buscar no uso da droga o alívio para o sofrimento.

No Hospital Psiquiátrico, como veremos mais adiante, a maior parte das internações tem relação com uso de substância psicoativa, e a maior parte dos internos são homens.

Essa diferença de gênero sobre as pessoas que passam por reinternação também pode ter relação com a maior oferta de leitos para homens (Machado & Santos, 2012). Esta hipótese se aplicaria ao nosso estudo no caso do Hospital Psiquiátrico, onde 186 leitos são para homens, o que corresponde a 77,5% dos 240 leitos oferecidos para ambos os sexos. Na ala para dependência química, a proporção é ainda maior: 90% dos leitos destinados para os homens. No entanto, não podemos deixar de considerar que pode haver uma maior demanda de homens por este serviço, e discutiremos mais este ponto no item relativo aos diagnósticos.

### 3.4 FAIXA ETÁRIA

Quanto à idade dos egressos da reinternação psiquiátrica no momento da alta, os menores de 18 anos tem 12 leitos reservados no Hospital Psiquiátrico, o que corresponde a 5% do seu total de leitos, e na EP do HMM não há esta diferenciação. As duas próximas faixas etárias correspondem ao período da vida adulta. Por último separamos as pessoas com idade a partir de 50 anos, na tentativa de abranger uma etapa da vida adulta em que há diminuição do ritmo produtivo, e também das pessoas idosas, que tem uma diminuição no ritmo das atividades da

vida diária. A seguir apresentaremos as faixas de idades dos usuários da EP do HMM e em seguida do HP.

**Tabela 1** – Faixa etária dos usuários da EP HMM reinternados, internados apenas uma vez, e atendimentos em geral

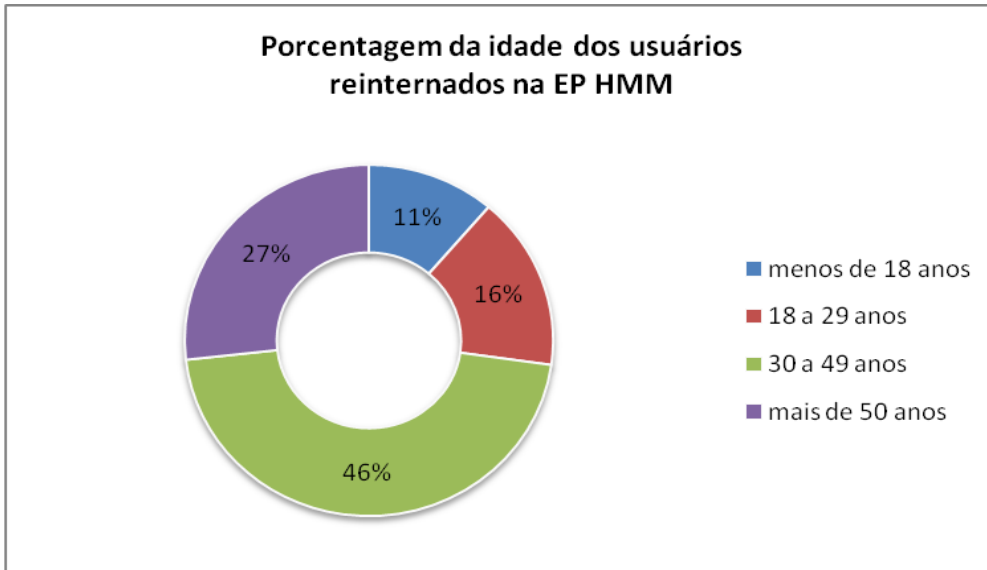
Idade	Reinternações	Internações	Atendimentos
menos de 18 anos	48	120	513
18 a 29 anos	68	211	2030
30 a 49 anos	196	425	3623
mais de 50 anos	114	270	1489
	426	1026	7655

Na EP do HMM podemos observar que a faixa de idade onde se concentram a maioria dos atendimentos, internações e reinternações são entre 30 e 49 anos. Esta também é a faixa etária predominante entre os usuários reinternados no HP, como podemos observar na figura 14 e 15, na página a seguir.

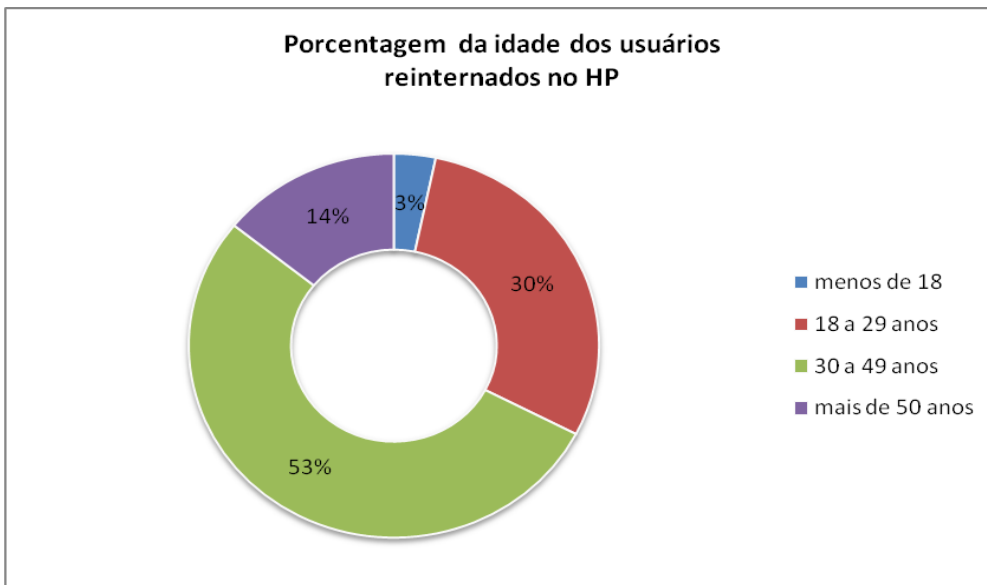
Entretanto, a proporção de reinternações de usuários entre 18 e 29 anos na EP do HMM é quase a metade em relação às reinternações do HP, ou seja, o HP reinterna pessoas mais jovens. Por outro lado, reinterna uma quantidade menor de pessoas acima de 50 anos: 14% em comparação aos 27% da emergência psiquiátrica.

Neste estudo, observamos que a maior concentração de reinternações de pessoas com idade entre 30 e 49 anos é superior a média de pessoas com esta idade na população em geral (31%). Em relação às outras faixas etárias, a idade das pessoas que passam por reinternação se aproxima da idade da população geral (IBGE,2010).

A faixa etária entre 20 e 50 anos é uma fase de maior produtividade em diversas esferas da vida. Passar parte deste momento da vida internado pode prejudicar a construção de projetos pessoais como o estabelecimento de relacionamentos amorosos, investimentos nos estudos e realização profissional (Boarini, 2006).



**Figura 14** – Faixa etária dos usuários reinternados da EP HMM



**Figura 15** – Faixa etária dos usuários reinternados do HP

A partir da primeira internação, a pessoa pode passar a ser reconhecida como alguém sujeito a novas crises, por isso ressaltamos que uma das formas de evitar internações sucessivas é impedir a primeira (Ramos, Guimarães & Enders, 2011). Em vista disso, é significativo o número de jovens e adultos jovens reinternados, inclusive o de adolescentes que, mesmo não sendo uma faixa etária com grande volume de usuários, podem ser alvo de reinternações futuras e dos prejuízos que isso acarreta.

Dalgalarrodo, Botega e Banzato (2003) em seu estudo apontam que em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral pessoas com 60 anos ou mais apresentam 2,2 vezes mais risco de ter um resultado pouco favorável em sua alta, ou seja, menos melhora dos sintomas ou do quadro que se encontravam no momento da internação. Para estes autores, esses pacientes poderiam se beneficiar mais de intervenções de reabilitação psicossocial, ou mesmo apoio para os seus cuidadores.

Finalizando este item, temos a compreensão que as categorias de idade são construções históricas e sociais, e que os papéis assumidos na sociedade não são determinados apenas pela idade biológica. Tendo isso em vista, reconhecemos que é simplista essa divisão em relação às faixas etárias que contempla a idade cronológica correspondente à adolescência, vida adulta e maturidade ou velhice.

### 3.5 TEMPO DE PERMANÊNCIA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR, ENCAMINHAMENTO APÓS A ALTA E (O POSSÍVEL) TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR

A Portaria n. 251 (2002) do Ministério da Saúde que “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria”, não especifica o tempo de internação permitido. No entanto, em relação ao recurso financeiro, localizamos no manual técnico do sistema de informação hospitalar do SUS que o pagamento dos procedimentos de psiquiatria deve ter no máximo 45 dias, que é o limite da autorização de internação hospitalar inicial (AIH<sup>23</sup>-1). No caso de hospitais psiquiátricos, se houver necessidade de prorrogação destas 45 diárias, pode ser aberta uma nova autorização de internação hospitalar, desta vez de longa permanência (AIH-5), a qual permite o registro de até 31 diárias e pode ser reemitida mensalmente quantas vezes for preciso, sem validade máxima. Depois desta internação de longa permanência, somente pode ser emitida uma AIH-1 (ou seja, inicial) para a mesma pessoa, se ela ficar mais de 15 dias fora do hospital. Em unidade psiquiátrica em hospital geral o documento utilizado é a AIH-1, ou seja, o máximo são 45 diárias, e não há emissão de AIH-5, pois no caso de necessidade de continuação da internação hospitalar o paciente deverá ir para um hospital especializado em psiquiatria (Brasil, 2007).

---

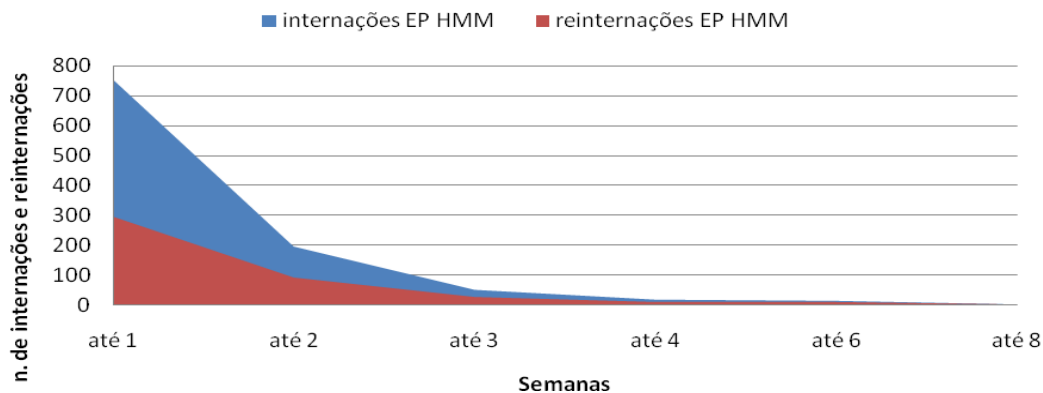
<sup>23</sup> Documento que identifica o paciente e os serviços prestados na internação hospitalar através do qual o hospital receberá o pagamento do SUS.

**Tabela 2** - Tempo de permanência na internação hospitalar pelo número de pessoas internadas na EP do HMM apenas uma vez, reinternadas na EP do HMM e reinternadas no HP

Semanas	Internações EP HMM	Reinternações EP HMM	Reinternações HP
até 1	754	294	91
até 2	194	90	115
até 3	49	25	98
até 4	16	8	192
até 6	12	8	325
até 8	0	0	75
até 12	0	0	101
até 16	0	0	20
mais de 16	0	0	28
registro inválido	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>1026</b>	<b>426</b>	<b>1045</b>

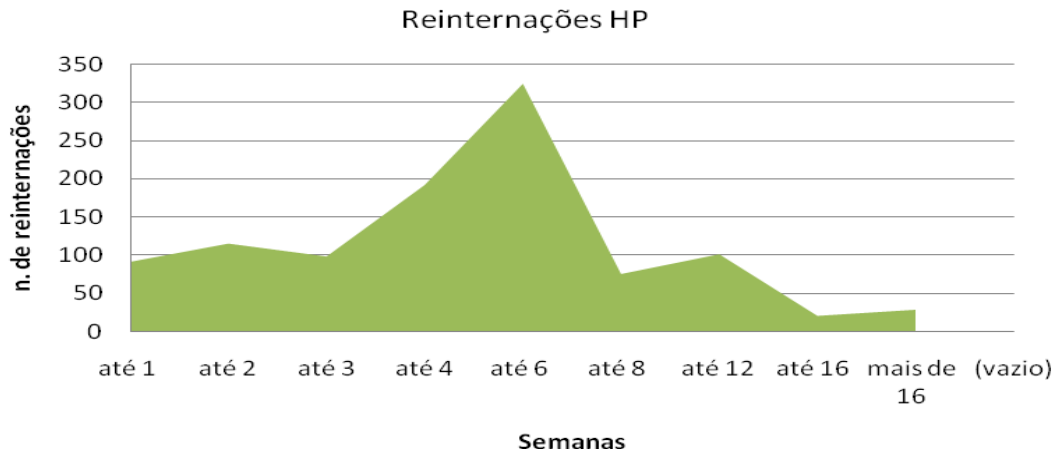
Em nosso estudo, observamos que o tempo de duração da internação na EP do HMM é bastante inferior ao HP, e neste último, o tempo de permanência na instituição está relacionado a alta médica ou ao abandono do tratamento hospitalar, como veremos no decorrer deste item.

Podemos observar que na EP do HMM há pouca variação do tempo de permanência daqueles que internaram apenas uma vez e daqueles que passaram por reinternação. A maioria das internações dura uma semana. Com o passar das semanas esse número vai diminuindo, e são raros os casos que passam de um mês, como podemos visualizar melhor na figura a seguir.



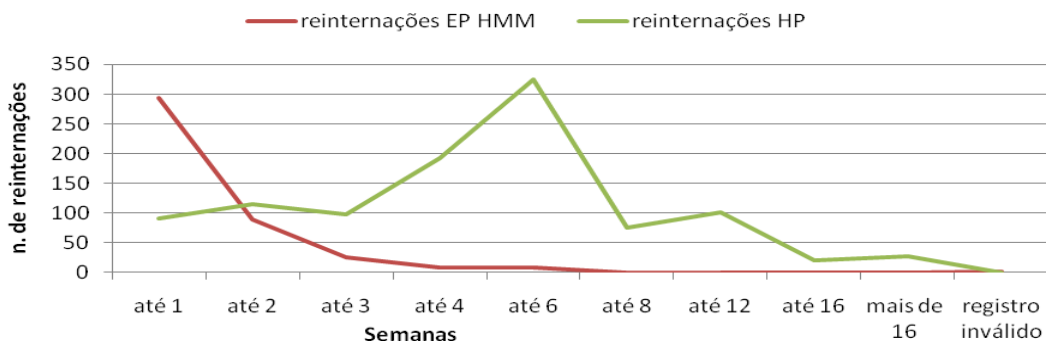
**Figura 16** – Tempo de permanência das internações e reinternações na EP do HMM

No entanto, em se tratando do HP, o tempo de permanência das reinternações é bastante superior às da EP do HMM. A maioria das reinternações tem entre quatro e seis semanas de duração, com um valor ainda significativo com o passar das semanas.



**Figura 17** – Tempo de permanência das reinternações no HP

Na figura abaixo podemos observar a diferença entre os dois serviços em relação ao tempo de internação:



**Figura 18** – Tempo de permanência das reinternações na EP HMM e no HP

Com isso, podemos inferir que nas internações na EP do HMM os usuários tem mais chances de passar menos tempo internado do que se estas mesmas internações ocorressem no HP. Esse aspecto é importante a partir da concepção de que a liberdade e o cuidado no território é um ponto central na saúde mental. Nos casos em que a internação é o único recurso, é recomendável que o período de permanência na instituição hospitalar seja o menor possível, considerando as devidas proporções de que o tempo de permanência não é um fator isolado.



Ainda assim, devemos estar atentos às internações de curto prazo que resultam em uma série de reinternações, consequência de diversos fatores como a falta de recursos extra-hospitalares.

Larrobla e Botega (2006) apontam que o tempo de internação entre 15 e 28 dias nos hospitais gerais é um parâmetro internacionalmente aceito, e que períodos mais breves sem acompanhamento dos serviços extra-hospitalares, tendem a ocasionar reinternações e a própria sobrecarga destes outros serviços.

O estudo de Dalgarrondo, Botega e Banzato (2003) em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral aponta que 80% dos usuários atendidos apresentaram melhora significativa dos sintomas. Dentre estes, dois terços apresentaram tal melhora em um período menor que três semanas, o que indica a efetividade do tratamento.

Mendez (1999) pondera que as internações longas podem propiciar reinternações independente do “estado psicopatológico” no momento da alta. Para, “o fator mais importante para prever reinternações é o tipo de adesão ao tratamento que os pacientes apresentam durante o seguimento ambulatorial.” (p.53)

Para Botega e Dalgarrondo (1997), a duração da internação, seja ela mais breve ou mais longa, não tem consequência significativa sobre a evolução clínica e adaptação social após a alta. No entanto, as internações mais longas (mais do que 40-50 dias) podem favorecer reinternações subseqüentes, o que pode ser explicado pelo fato do usuário ou sua família acionarem a internação psiquiátrica como solução padrão para os problemas.

Este dado é bastante importante para o nosso estudo, já que no HP a maioria das internações está dentro deste tempo de duração (45 dias), e este tempo pode estar influenciando as reinternações, se ele estiver sendo reconhecido como o recurso prontamente utilizável nas situações de crise.

Para estes autores, em face dos resultados encontrados em suas pesquisas, é recomendável para os hospitais convencionais e para a maioria dos pacientes que necessitam de internação, que o tempo de duração média da mesma seja de até 30 dias (Botega & Dalgarrondo, 1997).

Lembramos que o tempo de permanência está ligado a questões de habilitação do hospital, como abordamos anteriormente. O hospital geral não emite autorização de internação hospitalar superior a 45 dias, o que pode influenciar o tempo médio de permanência na EP do HMM.

Outro ponto que pode ser determinante para o tempo de permanência são os valores pagos por diárias. No caso do Hospital Psiquiátrico, os 80 leitos direcionados para usuários de substância psicoativa, cadastrados nos termos da Portaria n. 148 (2012), o valor das diárias considerado para o custeio é maior quanto menor for o tempo de internação. Por exemplo, até uma semana são pagos R\$ 300,00 por dia, entre o 8º e 15º dia são R\$100,00 e a partir do 16º dia de internação são pagos R\$ 57,00 por dia.

Nas tabelas 3 e 4 apresentaremos o destino/encaminhamento do usuário após a alta. Nos documentos pesquisados no HP, nos casos de alta médica é preenchido ou não o campo da entidade de destino para a qual ele pode ser encaminhado, situação esta que não ocorre quando há abandono do tratamento hospitalar. Na EP do HMM nem todos os atendimentos culminam em internação na própria emergência, e podem ser encaminhados para UBS, CAPS, outros hospitais, para os hospitais psiquiátricos, ou outras situações.

**Tabela 3** – Número de encaminhamentos registrados nas altas hospitalares de reinternações do HP pelo local de destino

Encaminhamento	Reinternações HP	%
Abandono do tratamento hospitalar	180	17
Alta s/ encaminhamento (ou em branco)	61	6
Encaminhamento para CAPS	794	76
Evasão (fuga)	6	0,5
Transferência (não especificado)	4	0,5
<b>Total</b>	<b>1045</b>	<b>100</b>

**Tabela 4** – Número de encaminhamentos dos usuários com reinternação, internados sem reinternação, e atendimento em geral da EP HMM pelo local de destino

Encaminhamento	Reinternações EP HMM	%	Internações EP HMM	%	Atendimentos em geral EP HMM	%
Alta	<b>97</b>	23	<b>272</b>	27	<b>2843</b>	37
Hospital Psiquiátrico de Mgá	<b>31</b>	7	<b>52</b>	5	<b>2299</b>	30
CAPS	<b>76</b>	18	<b>165</b>	16	<b>914</b>	12
UBS	<b>71</b>	17	<b>148</b>	14	<b>596</b>	7,8
Licença <sup>24</sup>	<b>125</b>	29	<b>317</b>	31	<b>331</b>	5
Abandono	<b>21</b>	5	<b>59</b>	6	<b>320</b>	4
Outros hospitais gerais <sup>25</sup> / UPA	<b>3</b>	0,6	<b>7</b>	0,6	<b>179</b>	2
Recusou/evadiu/ não aguardou	<b>0</b>	0	<b>2</b>	0,1	<b>151</b>	2
Outros <sup>26</sup>	<b>2</b>	0,4	<b>4</b>	0,3	<b>22</b>	0,2
	<b>426</b>	100	<b>1026</b>	100	<b>7655</b>	100

Em relação aos destinos após a internação no Hospital Psiquiátrico, a maioria culminou em encaminhamento para CAPS (76%), 6% foram altas sem encaminhamento e 17% correspondem a abandono de tratamento, evasão e transferências foram 1% (Tabela 3). Embora haja um número elevado de encaminhamentos para a rede de atenção psicossocial registrado na alta, os dados coletados não contemplam informações sobre desfecho destes encaminhamentos.

Observamos que a maior parte dos atendimentos da emergência psiquiátrica do Hospital Municipal resulta em alta e em encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico de Maringá, neste último caso, o usuário não consta necessariamente como internado nesta emergência, a menos que tenha permanecido ali antes de ir para o HP. Isso se justifica pelo fato da EP do HMM ser a porta de entrada para o HP, no entanto é um número expressivo de encaminhamentos que evidencia a dimensão do HP em nosso Município, especialmente em comparação à capacidade da EP do HMM.

<sup>24</sup> O usuário recebe uma espécie de alta, com receita médica e retorno agendado, na ocasião deste retorno o usuário é reavaliado e são realizados os encaminhamentos necessários.

<sup>25</sup> HC (Hospital do Câncer), Hospital Metropolitano, Santa Casa, Hospital Santa Rita, HURM (Hospital Universitário Regional de Maringá), UPA. E o Hospital Psiquiátrico de Jandaia do Sul, que não é Hospital geral.

<sup>26</sup> Asilo, albergue, CENSE (Centro Socieducativo), clínica particular, comunidade terapêutica, DEPEN (Departamento Penitenciário), Centro POP Rua.

Sabemos que é comum esse movimento de complementaridade entre um serviço de urgência em hospital geral, que acaba por se responsabilizar por situações de menor dificuldade, e o hospital psiquiátrico, que fica com os casos mais graves ou que teoricamente necessitem de mais tempo de internação, como apontado por Botega e Dalgarrondo (1997). Esse pode ser o tipo de relação estabelecida pela EP HMM e HP, que precisa ser problematizado, diante da compreensão de que para todo tipo de internação se preconiza o menor tempo possível, e os hospitais gerais tem potencialidade para realizar o cuidado intensivo e prestar toda a atenção à crise necessária, especialmente articulado com os demais dispositivos da rede de saúde mental.

Jardim e Dimenstein (2007) ressaltam a importância do serviço de urgência psiquiátrica por este ser o último nível de atenção antes do hospital psiquiátrico, o qual pode favorecer a detecção de problemas no fluxo dos outros serviços como atenção primária e serviços substitutivos, além de favorecer estratégias de aprimoramento da rede de saúde mental. No entanto, esse serviço é pouco explorado, e aliado a esse importante lugar que ocupa, há algumas implicações.

Sabemos que ainda hoje vigora nos serviços de urgência psiquiátrica a mesma lógica manicomial herdada dos asilos. Vários técnicos aí inseridos são egressos de instituições psiquiátricas fechadas que, todavia, continuam exercendo seus saberes, mantendo as mesmas práticas. Incontáveis pacientes que chegam às urgências acabam novamente internados. Em função da precariedade da rede de atenção em saúde mental, especialmente dos CAPS tipo III e da falta de leitos em hospitais gerais, os serviços de urgência psiquiátrica continuam alimentando as internações psiquiátricas em manicômios, em vez de promover uma nova geografia na distribuição da demanda em saúde mental, preservando, conseqüentemente, o hospital psiquiátrico, símbolo máximo de exclusão social e descuido. (Jardim & Dimenstein, 2007, p.170)

Compreendemos que o alto índice de encaminhamento para o HP pode estar relacionado à falta de leitos na emergência, como já explorado no capítulo 2, já que esta atende com 26 leitos a três regionais de saúde. Além do mais, a exemplo do abordado por Jardim e

Dimenstein (2007), em nosso município não há outros hospitais gerais com leitos psiquiátricos, e no período do estudo ainda não havia CAPS III em funcionamento 24 horas.

Em relação às comunidades terapêuticas, quando uma pessoa sai da internação em ambos os hospitais, caso ela vá para essa instituição, isso não é registrado na alta, salvo algum caso específico. Isso porque não há um encaminhamento automático, o usuário pode sair acompanhado de um amigo ou familiar que o levará pra a comunidade terapêutica. Desta forma, não temos este dado quantitativo na alta.

No entanto, o relatório da Diretoria de Programa Sobre Drogas em relação aos atendimentos de comunidades terapêuticas no município de Maringá (PR) nos apresenta alguns dados que nos ajudam a compreender o caminho dos usuários de substância psicoativa na rede de saúde e na comunidade. O relatório referente ao primeiro semestre de 2015 mostra que 741 pessoas estiveram em tratamento no período, e 368 já haviam realizado tratamento anteriormente (a maioria em comunidades terapêuticas, grupos de apoio e clínicas de tratamento). Quem mais encaminha para a comunidade terapêutica é a família (30%), ou a pessoa vai por iniciativa própria (18%), e pela Central de Vagas do Estado (17%). Dentre outras instituições que encaminham, como o CRAS, CREAS, CAPS e Conselho Tutelar, o Hospital Municipal e Psiquiátrico foram responsáveis por apenas 2% dos encaminhamentos. Neste semestre, 21% dos internos eram casos novos, 17% abandonaram o tratamento e 6% concluíram o tratamento (SASC, 2015).

Podemos observar aqui a importância da família na decisão sobre os caminhos que a pessoa com transtorno mental, mais especificamente os usuários de drogas, percorrem em sua busca por cuidado. Aqui também vale refletirmos sobre as lacunas da rede de atenção à saúde mental que tentam ser supridas pelas comunidades terapêuticas.

Retomando a questão dos encaminhamentos após a alta especificamente no Hospital Psiquiátrico, relacionamos este dado com o tempo de permanência. No HP, observamos que as internações com menos dias de duração (até duas semanas) são resultado majoritariamente de abandono de tratamento, se sobrepondo às saídas por alta ou encaminhamento ambulatorial nesse período. Esse quadro começa a se inverter a partir da segunda semana de internação, quando o número de abandono já é menor que o das altas, e assim seguem estes dois dados inversamente proporcionais. Na tabela a seguir cruzamos esses dados das reinternações no HP em relação aos dias de permanência e a modalidade da alta.

**Tabela 5** – Tempo de permanência pelo local de destino ou modalidade da alta no HP

Semanas de permanência	Abandono	Alta sem enc.	Enc. p/CAPS	Evasão/fuga	Sem informação	Trans-ferido	TOTAL
Até 1	58	4	21	3	4	1	<b>91</b>
Até 2	71	2	36	1	5	0	<b>115</b>
Até 3	30	4	60	1	2	1	<b>98</b>
Até 4	13	5	169	0	5	0	<b>192</b>
Até 6	6	11	298	0	8	2	<b>325</b>
Até 8	1	1	72	0	1	0	<b>75</b>
Até 12	1	4	95	1	0	0	<b>101</b>
Até 16	0	1	19	0	0	0	<b>20</b>
Mais de 16	0	3	24	0	1	0	<b>28</b>
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>35</b>	<b>794</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>1045</b>

A maior parte das internações está entre quatro e seis semanas e resultam em alta com encaminhamento para tratamento extra-hospitalar (CAPS). Há um número significativo de internações que duram até duas semanas, e chama nossa atenção que nesse período se concentrem o maior número de abandonos de tratamento, ou seja, dificilmente resultam em alta médica. Isso sugere que internações de curta duração não são uma conduta comum no Hospital Psiquiátrico, apesar de preconizado que a internação seja o mais breve possível. Neste sentido, também estão as internações com mais de seis semanas, que compõe uma quantidade expressiva, e demonstra que apesar de não ser a prática mais corriqueira, as internações podem ter duração extensa.

O encaminhamento para tratamento extra-hospitalar é predominante, no entanto não podemos afirmar se o usuário egresso da internação procurou por este serviço. De qualquer forma, nos cabe a reflexão sobre o papel dos serviços substitutivos frente às internações psiquiátricas recorrentes.

Para Machado e Santos (2013), o tratamento extra-hospitalar, na visão dos pacientes reinternados, é insuficiente e muitas vezes presta uma assistência ineficiente, centrado na rotina ambulatorial com a remissão dos sintomas, carece de práticas territoriais. Se não há

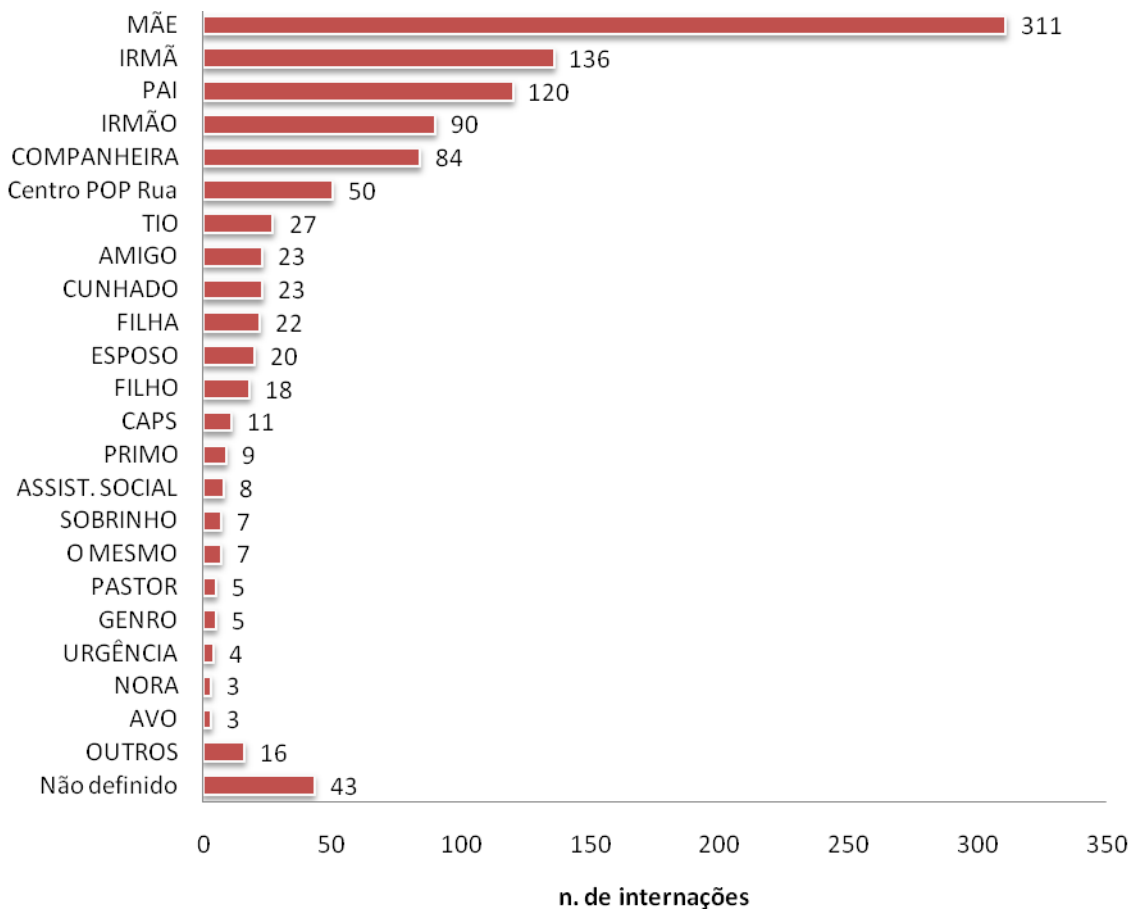
possibilidade de acolhida do sofrimento nos serviços extra-hospitalares, nos momentos de crise o hospital é um recurso utilizado prontamente, como afirma Salles e Barros (2007), quando uma pessoa e sua família não conseguem romper o ciclo de internações, não houve acesso aos serviços substitutivos ou algo não funcionou no tratamento oferecido.

A capacidade da rede de cuidados em lidar com a crise é essencial para se evitar internações, por exemplo, os CAPS, quando realizam acompanhamento contínuo devem ser capazes de mobilizar os diversos recursos do serviço, comunitários e familiares para lidar com a crise.

A UBS é outro ponto de acompanhamento contínuo essencial, para evitar primeiras internações, mas também para cuidado integral as pessoas com transtornos mentais graves e seus familiares, que são parte indispensável no tratamento.

### 3.6 ACOMPANHANTE NO MOMENTO DA ALTA: VÍNCULOS SOCIAIS E FAMILIARES

No registro da alta do Hospital Psiquiátrico há um campo para preenchimento do grau de parentesco da pessoa que está acompanhando a alta do usuário. Neste item observamos que a maior parte das pessoas sai do hospital acompanhada por familiares próximos (mãe, pai e irmãos), em seguida estão os companheiros e filhos. Em menor número estão outras pessoas com vínculo familiar que também acompanham as altas (tios, cunhados, primos, sobrinhos, genro, avós e nora). Isso demonstra que mesmo passando por reinternações, a maioria dos usuários mantém o vínculo familiar mínimo necessário para este acompanhamento. Na figura a seguir apresentamos estes dados.



**Figura 19** – Grau de parentesco do acompanhante no momento da alta do HP<sup>27</sup>

Sobre a mãe ser a pessoa que mais aparece como acompanhante nas altas de egressos do HP, este estudo vem confirmar os achados de Boarini (2006), nos quais identificou que geralmente a mãe é a principal cuidadora das pessoas com transtorno mental, e nos casos em que essa pessoa é dependente da família, a mesma se vê sobrecarregada em relação aos cuidados. O papel da mulher como a pessoa da família de referência economicamente e afetivamente é significativo porque ela é tem o impasse da necessidade trabalhar para manter a subsistência ao mesmo tempo em que precisa ficar próxima ao familiar para suprir os cuidados.

<sup>27</sup> Destacamos o número significativo deste campo em branco, 43 registros, os quais não puderam ser avaliados. No descritor “outros” estão inseridos os graus de parentesco que foram mencionados apenas em um ou dois registros (motorista, policial, oficial de justiça, coordenador de casa de apoio, enfermeiro, ex-esposa, sogra, cuidador). Nos casos em que na alta é registrado “o mesmo” no campo do acompanhante, não sabemos afirmar em que circunstância essa situação acontece.



As mulheres são as familiares que tendem a dedicar seu tempo aos cuidados por vezes demandados pelas pessoas com transtorno mental. Usualmente tais cuidados recaem sobre as mulheres, as quais acabam deixando de lado assim seus projetos de vida, não sem conseqüências psicológicas e financeiras. Em relação a este fenômeno de pouca visibilidade, Vasconcelos (2010) destaca que a dificuldade deste cuidado é ainda maior em razão da mulher ocupar um lugar no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que lida com a maioria das tarefas domésticas, ou seja, a disponibilidade de estar presente para os cuidados ou para ajudar com a renda familiar são situações conflitantes.

Cardoso e Galera (2011) em sua pesquisa afirmam que 93% dos egressos de internações psiquiátricas contemplados em sua amostra residem com familiares. Para Machado e Santos (2012), a família acaba se tornando o principal provedor do cuidado das pessoas com transtorno mental a partir do movimento de desinstitucionalização que apregoa internações mais curtas. Este cuidado muitas vezes é oferecido por meio do convívio familiar, com ajuda na administração da medicação, acompanhamento do tratamento ambulatorial, observação as mudanças de comportamento, oferecendo apoio prático e emocional. No entanto, este cuidado pode não existir pela ausência destes familiares, ou mesmo que resida com eles, muitas vezes o cuidado é compreendido como insatisfatório ou inexistente.

Além disso, o constante rompimento do convívio familiar imposto pelos repetidos internamentos aumenta a dificuldade do usuário na interação com o seu meio familiar e entorno social, e segundo Salles e Barros (2007), quanto maior o número de internações maior a chance de haver rejeição na família, estigma e preconceito.

A mudança do modelo de atenção à saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira é baseada no cuidado territorial, ou seja, a atenção se dá no local onde as pessoas com transtorno mental vivem, em sua comunidade e meio familiar. Portanto, o cuidado à família é essencial para a efetivação deste modelo, pois é sobre o familiar que recai a sobrecarga do cuidado da pessoa com transtorno mental, e as limitações cotidianas que isto pode ocasionar (Delgado, 2014).

Em relação a esta sobrecarga, Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) apontam que o cuidador pode ter dificuldades em modificar sua rotina, diminuir suas atividades sociais e profissionais, podendo haver como consequencia perdas financeiras, além dos aspectos subjetivos, em relação às preocupações e incômodos por se tornar um cuidador. As autoras

ressaltam que os serviços de saúde devem considerar estes aspectos, as dificuldades e contribuições da família.

É preciso que seja ofertado suporte às famílias para lidar com o cuidado, fazendo com que participem do projeto terapêutico dos usuários, se aproximando dos serviços e profissionais. “As demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequadas para eles, em suporte e empoderamento dos familiares cuidadores.” (Vasconcelos, 2010, p.66-67)

As possibilidades de suporte familiar baseadas na atenção psicossocial devem voltar sua atenção para as condições materiais da família, para oferecer um suporte real, com orientação sobre os cuidados relacionados ao transtorno, medicação, informações sobre diagnósticos, propostas terapêuticas, manejo da crise, estímulo a participação em atividades comunitárias e engajamento em associações. O conhecimento sobre as políticas de saúde mental e o funcionamento e objetivos dos serviços locais e equipes de atendimento é indispensável para o fortalecimento destas famílias e estabelecimento de parceria com os profissionais (Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010).

No mesmo sentido, Duarte e Kantorski (2011) afirmam que a atenção à saúde está ligada ao cuidado integral e criação de vínculo, inserir a família nas ações de cuidado valorizando suas opiniões e seus recursos enquanto colaboradores no cuidado, eles passam a assumir responsabilidades e se envolvem com o serviço.

Por fim, destacamos neste item que também há situações em que outras instituições ou pessoas sem vínculo familiar com o usuário o acompanham em sua alta. Chamaremos a atenção para o Centro POP Rua<sup>28</sup>, referência para população em situação de rua, que acompanhou 50 altas de usuários no período, o CAPS<sup>29</sup>, que acompanhou 11 altas, e os serviços de urgência<sup>30</sup> (UPA) que acompanharam quatro altas. Interessa-nos refletir sobre esse

---

<sup>28</sup> Centro de referência especializado para pessoa em situação de rua. Este descritor foi utilizado para pessoas sem endereço fixo que saíram da internação acompanhadas por técnicos do Centro POP, que tem como referência o antigo Albergue Santa Luiza de Marillac, Abrigo Municipal Aníbal Khoury Neto ou Consultório na rua.

<sup>29</sup> Centro de Atenção Psicossocial. Este descritor foi utilizado nos casos em que no campo do acompanhante da alta constava algum técnico de referência do CAPS, como assistente social, psicólogo, profissional de enfermagem, monitor e educador.

<sup>30</sup> Este descritor foi utilizado nos casos em que no campo do acompanhante da alta constava algum técnicos da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou HMM (Hospital Municipal de Maringá).

vínculo e de que maneira a instituição assume essa responsabilização. Especialmente em relação às pessoas em situação de rua, que são parcela significativa.

A respeito de alguns pontos importantes discutidos neste item, lembramos que a informação sobre o acompanhante no momento da alta não está disponível na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal, assim como informações sobre a população em situação de rua.

De todo modo, em relação às pessoas em situação de rua, ressaltamos que a internação psiquiátrica não é o meio adequado para fornecer moradia ou asilo àqueles que tem necessidades sociais que não estão sendo satisfeitas por serviços de apoio (Botega & Dalgarrondo, 1997).

### 3.7 DIAGNÓSTICOS

Nos registros das altas há um campo para preenchimento do diagnóstico, onde pode ser atestado mais de um diagnóstico ou sua hipótese. Essa classificação diagnóstica é orientada pela Classificação Internacional das Doenças – Décima revisão (CID-10). Na página seguinte, separamos os grupos de transtornos mentais na tabela 5<sup>31</sup>, onde consta o número de ocorrências na EP do HMM e no HP a partir do CID (Código Internacional de Doenças).

---

<sup>31</sup> Em cada alta haviam vários CID, e cada um deles foi registrado separadamente, por isso o número de diagnósticos é maior que o número de altas.

**Tabela 6** - Diagnósticos (CID) registrados nas altas de reinternação do HP e EP HMM

CID	Significado	HP	%	EP HMM	%
F10	Uso de álcool	404	25,7	123	18,8
F12	Uso de canabinóides	21	1,3	10	1,5
F13	Uso de sedativos e hipnóticos	4	0,3	0	0
F14	Uso da cocaína	184	11,7	23	3,5
F19	Uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	327	20,7	42	6,4
<b>Subtotal F10-F19</b>	<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa</b>	<b>940</b>	<b>59,7</b>	<b>198</b>	<b>30,2</b>
F20	Esquizofrenia	178	11,3	47	7,1
F22	Transtornos delirantes persistentes	0	0	3	0,5
F25	Transtornos esquizoafetivos	15	1	3	0,5
F29	Psicose não-orgânica não especificada	18	1,1	25	3,8
<b>Subtotal F20-F29</b>	<b>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes</b>	<b>211</b>	<b>13,4</b>	<b>78</b>	<b>11,9</b>
F30	Episódio maníaco	1	0,1	0	0
F31	Transtorno afetivo bipolar	115	7,3	107	16,3
F32	Episódios depressivos	24	1,5	30	4,6
F33	Transtorno depressivo recorrente	9	0,6	37	5,6
F34	Transtornos de humor persistentes	2	0,1	1	0,2
<b>Subtotal F30-F34</b>	<b>Transtornos de humor [afetivos]</b>	<b>151</b>	<b>9,6</b>	<b>175</b>	<b>26,7</b>
F40	Transtornos fóbico-ansiosos	1	0,1	0	0
F41	Outros transtornos ansiosos	0	0	28	4,2
F43	Reação ao “stress” grave e T. de adaptação	2	0,1	24	3,6
F44	Transtornos dissociativos [de conversão]	1	0,1	1	0,2
<b>Subtotal F40-F44</b>	<b>Transtornos neuróticos e relacionados ao stress</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>53</b>	<b>8</b>
F60	Transtornos específicos da personalidade	46	3	69	10,5
F64	Transtornos da identidade sexual	1	0,1	0	
<b>Subtotal F60-F64</b>	<b>Transtornos da personalidade e do comportamento adulto</b>	<b>47</b>	<b>3,1</b>	<b>69</b>	<b>10,5</b>
F70	Retardo mental leve	17	1	21	3,2
F71	Retardo mental moderado	16	1	9	1,4
<b>Subtotal F70-F71</b>	<b>Retardo mental</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>4,6</b>
F84	Transtornos globais do desenvolvimento	4	0,3	1	0,2
F90	Transtornos hipercinéticos	0	0	2	0,3
F91	Distúrbios de conduta	10	0,6	13	2
F03	Demência não especificada	0	0	2	0,3
F06	Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e doença física	109	7	22	3,3
<b>Subtotal outros F</b>	<b>Outros dentro do grupo de transtornos mentais (F)</b>	<b>123</b>	<b>7,9</b>	<b>40</b>	<b>6,1</b>
G40	Epilepsia	33	2	13	2
I69	Sequelas de doenças cerebrovasculares	2	0,1	0	0
Nulo	Sem registro de CID	30	1,9	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>Outros</b>	<b>65</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>Soma dos subtotais</b>	<b>1574</b>	<b>100</b>	<b>656</b>	<b>100</b>

A maior parte dos usuários são reinternados por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, o que demonstra a grande incidência de problemas relacionados a estes transtornos, especialmente o álcool. No estudo de Sousa e Oliveira (2010), com pessoas internadas em razão do uso de drogas, o álcool também foi a droga mais citada. Para estes autores, as principais justificativas para a internação de pessoas usuárias de álcool são as complicações clínicas causadas pelo uso abusivo da substância.

Os transtornos esquizotípicos estão em segundo lugar no HP, já na EP do HMM essa posição é ocupada pelos transtornos de humor. O estudo de Cardoso e Galera (2011) mostra a prevalência de 33,3% deste transtorno, já Machado (2012) indica que os transtornos mais prevalentes em pessoas reinternadas são os de humor, seguidos dos ocasionados pelo uso de álcool e drogas, e depois os esquizotípicos.

Na revisão de literatura de Santos e Siqueira (2010) sobre a prevalência de transtornos mentais foi identificado que a maior ocorrência dos mesmos é relacionada ao uso de substância psicoativa e acometem mais os homens, enquanto que as mulheres sofrem mais por transtornos de ansiedade, humor e somatoformes, considerando que a maioria dos estudos é sobre transtornos mentais comuns e na população em geral.

Machado (2012) revisou na literatura a associação do diagnóstico com reinternações, e verificou que a prevalência da esquizofrenia estava estatisticamente relacionada à recorrência de internações na maioria dos artigos, seguido de outros estudos que apontavam os transtornos de personalidade, e uma pesquisa que indicou o uso de substância psicoativa.

Em relação aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, estes tem no hospital geral a possibilidade de serem tratados de modo mais integral, uma vez que usualmente o uso desta substância vem acompanhado de complicações clínicas. Segundo Larrobla e Botega (2006), no hospital geral é possível que sejam realizados o diagnóstico e tratamento de comorbidades de maneira mais eficiente.

O número expressivo e predominante de reinternações relacionadas ao uso de substância psicoativa revela a insuficiência e a baixa efetividade do modelo de atenção psicossocial nestes casos.

Ressaltamos que em 2013 o HP habilitou 80 leitos para tratamento de usuários de cocaína e derivados, assim como álcool e outras drogas, ou seja, 30% de sua capacidade (Portaria n. 123, 2013). Com isso, o valor das diárias nestes casos pode chegar até 300 reais quando as

internações durarem até uma semana, ou 100 reais até duas semanas (Portaria n. 148, 2012). Como discutimos no capítulo anterior, a implantação destes leitos no hospital psiquiátrico está relacionada a dificuldades de hospitais gerais aceitarem estes leitos. No entanto, lembramos também que a demanda por leitos, especialmente de atenção a usuários de substância psicoativa, pode ser reflexo da dificuldade dos serviços extra-hospitalares em lidarem com as necessidades amplas desses usuários. Questionamos se os serviços diversos, até mesmo para além do CAPSad e dos equipamentos de saúde, tem a dimensão de que 60% das internações em Hospital Psiquiátrico são causadas pelo uso de drogas ou acompanham esta comorbidade.

Chamamos atenção para os diversos diagnósticos relacionados a questões orgânicas. Mesmo que não sejam a causa principal da internação, a presença destas comorbidades pode ser um agravamento à situação de saúde e ao desfecho da internação. Dalgalarrondo, Botega e Banzato (2003) afirmam que pessoas com transtornos psicorgânicos tem 2,7 vezes mais risco de que o resultado de sua internação seja menos favorável, em comparação aos outros usuários de uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral.

### 3.8 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Outro dado registrado na alta do HP é a Unidade Básica de Saúde (UBS) que a pessoa refere ser acompanhada. Na maioria das altas (65%) são mencionadas as UBS de referência, em 20% o campo estava em branco em razão de essa informação ser desconhecida para o usuário ou não mencionada pelo mesmo, em 9% registros o CAPS é citado como sendo a unidade de cuidado de referência, e para 6% essa referência são outros hospitais ou unidades de pronto atendimento, como podemos visualizar na tabela a seguir.

**Tabela 7** – Indicação da Unidade Básica de Saúde de referência na alta do HP

Unidade Básica de Saúde de referência	Número de referências	%
UBS	677	65
Desconhecida	207	20
CAPS	93	9
Hospitais ou UPA	68	6
<b>Total</b>	<b>1045</b>	<b>100</b>

A maior parte dos usuários sabe identificar sua unidade básica de saúde, porém, uma parcela significativa desconhece ou não mencionou, e para outra a referência é o CAPS. Apesar de a maioria reconhecer sua UBS, ainda é um dado importante a quantidade de pessoas que desconhece ou não mencionou o principal ponto de cuidado à saúde na sua comunidade. E nos casos do CAPS, por mais que este reconhecimento do serviço seja importante, deve haver a ponte com os serviços de atenção primária para que este seja identificado como o local de atenção à saúde integral do usuário.

Como apresentamos no capítulo 2, o município de Maringá (PR) tem uma ampla rede de saúde, especialmente no que tange a atenção básica, 80% da população é coberta pela Estratégia de Saúde da Família e todas essas equipes tem apoio matricial do NASF. No entanto, não basta a existência dos serviços para que eles sejam efetivos. A atenção a saúde mental na atenção básica é um desafio assim como a sua articulação com a rede de CAPS.

No Relatório Anual de Gestão são apresentadas as ações de aprimoramento da Rede de Saúde Mental. Em 2014, essa diretriz descreve basicamente as ações de implementação dos novos serviços: transformar o Consultório de Rua em Consultório na Rua, o ambulatório CISAM em CAPS III, CAPS ad em CAPS III, (e discussão do processo de adequação para 24 horas), mudança de local do CAPS i, todos para uma sede própria: o referido Complexo Integrado de Saúde mental. As ações que articulam a atenção primária com os CAPS são reuniões mensais entre psicólogos representando cada um dos CAPS, UBS e NASF, divididos por regionais. No eixo da educação permanente temos alguns destaques, como o curso de capacitação em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas (“Caminhos do Cuidado”) para todos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde da ESF; curso de manejo clínico em urgência psiquiátrica no CAPS ad; ações alusivas ao dia da Luta Antimanicomial nas UBS (SMS, 2014b).

Apesar de a diretriz do município ser o favorecimento do acesso da população aos serviços de saúde mental, o Complexo Integrado de Saúde Mental culminou na centralização dos serviços em apenas uma região da cidade, o que é um empecilho do ponto de visto do acesso. Da mesma maneira, as possíveis limitações da atenção primária e da rede intersetorial também dificultam o acesso e cuidado às necessidades em saúde mental.

A falta de Centros de Convivência e Cultura na cidade, assim como no restante do país, indica a dificuldade que é a invenção de espaços que possibilitem e estimulem a circulação dos usuários pelos espaços da cidade (Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010).

Vale ressaltar que o seguimento que será dado após a alta, ou seja, a atenção que este usuário recebe e se envolve, pode prevenir reinternações (Mendez, 1999).

Relembramos que a atenção primária é a organizadora da rede atenção à saúde de acordo com a Portaria n. 2.488 (2011), e isso não exclui a saúde mental, pelo contrário, a integra como importante determinante de saúde. Este ponto de atenção é a referência para o usuário, mesmo que ele frequente outros serviços, como o CAPS, emergências e hospitais. Como já abordamos no capítulo anterior, no território estão as possibilidades de cuidado à saúde mental, o convívio com a família, as opções de lazer, da vida cotidiana. Neste espaço privilegiado, campo de ação das equipes de estratégia saúde da família, é que também podem ocorrer as crises, mais facilmente identificadas quando há vínculo com esta equipe, e conseqüentemente melhor acolhidas quando há este vínculo.



“Todos os dias quando acordo  
Não tenho mais o tempo que passou  
Mas tenho muito tempo  
Temos todo o tempo do mundo

Todos os dias antes de dormir  
Lembro e esqueço como foi o dia  
Sempre em frente  
Não temos tempo a perder”

(*Tempo Perdido*, Renato Russo, 1986)



Obra: O ABACAXI – DETALHE, de Silvío Alvarez. Foto: Zé Goulart  
Fonte: <http://www.silvioalvarez.com.br/site/galeria>

#### **4 SOBRE O “TEMPO PERDIDO”: IMPASSES NA REDE DE ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL**

As idas e vindas das internações psiquiátricas levam com elas o tempo da vida das pessoas com transtornos mentais. O tempo de relacionamentos, de convívio familiar, de projetos de vida, de futuro, da própria possibilidade em pensar estes projetos, das vivências mais diversas possíveis que se pode imaginar na complexidade da vida de cada pessoa.

Quando lançamos nosso olhar à definição de rede de saúde mental estabelecida pela Política Nacional de Saúde Mental, sabemos que ela ainda é recente em comparação ao tempo de existência do modelo centrado na internação em hospitais psiquiátricos. Diante disso há muito a ser consolidado.

A Lei n. 10.216 de 2001 trouxe consigo a expectativa da implantação do tratamento extra-hospitalar em detrimento da institucionalização das pessoas com transtornos mentais. Quatorze anos transcorridos após a aprovação desta lei, o fenômeno das reinternações psiquiátricas expõe a coexistência do modelo hospitalocêntrico e do psicossocial

Esta coexistência se expressa na dificuldade de acesso à rede de saúde mental e do acolhimento à crise, ao mesmo tempo e complementarmente com grande oferta e rotatividade de leitos em hospitais psiquiátricos, como é o caso do município em pauta.

Embora a cidade de Maringá (PR) ainda tenha o tradicional hospital psiquiátrico, implantou um significativo número de equipamentos da rede de atenção psicossocial, tem mais de 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família. No entanto, convive com reinternações psiquiátricas constantes como demonstrado por este estudo, corroborando a coexistência assinalada anteriormente

Desta maneira, questionamos se tais internações e reinternações teriam sido necessárias, de fato, ou se poderiam ter sido evitadas, uma vez que o retorno à instituição hospitalar pode indicar que continua havendo situações de crise recorrentes, e as mesmas não estão sendo acolhidas na rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, e ao mesmo tempo não estão sendo cuidadas. Compreendemos que as situações de crise podem ocorrer, e não são determinadas exclusivamente por desassistência.

Os dados coletados nessa pesquisa e analisados à luz dos princípios da reforma psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental revelam alguns pontos importantes para a pensarmos sobre a ocorrência das reinternações.

No Hospital Psiquiátrico de Maringá (HP) e na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal (EP HM), o **índice de pessoas que reinternam é em torno de 50%**, e é possível que quanto maior o período analisado, maiores são as chances de localizarmos pessoas que estejam internando novamente. Considerando que pelo menos metade das pessoas retorna à instituição, questionamos a efetividade desta internação, sua suposta necessidade, e o manejo da situação de crise neste e em outros pontos da rede de atenção à saúde mental previstos na RAPS.

Entendemos que a quebra da vida cotidiana ocasionada em qualquer modalidade de internação pode significar o rompimento ou a fragilização de diversos vínculos familiares e sociais, os quais podem ser irreparáveis, o que pode ser ainda mais prejudicial entre pessoas em idade produtiva e de constituição de relações afetivas e de trabalho. Este rompimento pode ser agravado pelo **tempo de internação**, que ainda se constitui em longos períodos no caso do HP. Como discutido desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o critério de tempo de internação deve ser revisto para garantir que seja o mais breve possível, sendo determinado por avaliação de equipe multiprofissional que acompanha a pessoa internada, assim como a conduta psiquiátrica, por meio de supervisões institucionais e fiscalizações (Brasil, 2001).

Sobre o **encaminhamento dado na alta hospitalar**, observamos que, via de regra, está registrado encaminhamento aos serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial, no entanto não podemos afirmar se o usuário egresso da internação procurou por este serviço. Este ponto sugere a continuidade deste estudo, em razão da necessidade de maior investigação sobre o caminho que o usuário percorre até sua próxima internação.

O mesmo acontece sobre o **referenciamento para a atenção primária**. Ambos os hospitais enviam contra-referência das altas hospitalares para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, no entanto nosso estudo não alcançou o que foi feito a partir desta ação.

No HP, no momento da alta a pessoa é questionada sobre sua UBS, e em grande parte dos registros esse campo está em branco, o que pode indicar um desconhecimento sobre o serviço que será o ordenador do cuidado à saúde mental daquele usuário. Diante disso, é preciso compreendermos melhor qual a articulação entre a atenção básica, os serviços substitutivos

em Maringá (PR) e os de atenção às urgências. Pois esta articulação, ou a falta dela, pode favorecer que internações aconteçam repetidamente.

Um ponto importante da atenção extra-hospitalar está ligado ao suporte familiar da pessoa com transtorno mental. Verificamos que na maioria das altas do HP havia o registro de uma **pessoa da família que acompanhou o egresso na saída do hospital**. No entanto, esse acompanhamento não é garantia para que se evitem novas internações. É importante pensarmos como tem se dado este tratamento de base comunitária e que respaldo tem a família para lidar com as situações de crise. A falta de articulações entre os serviços acima citados e a capacidade de atenção às famílias prestada na atenção primária é relevante neste item.

Considerando essas questões de vínculos sociais e familiares, sugerimos estudos sobre as pessoas em situação de rua. Vários autores destacam questões sociais como uma via para internações ou permanência em instituições psiquiátricas. Essa clientela alimenta o ciclo de reinternações muitas vezes sem necessidade de assistência à sua saúde mental, e mais relacionada a necessidades de vida como alimentação, higiene e descanso. E neste ponto fica mais evidente a demanda pela intersectorialidade, convocada concretamente da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Toda essa articulação necessária da rede de saúde mental, aliada a rede intersectorial, é colocada à prova especialmente no quesito álcool e drogas, e a complexidade da clínica nesses casos, que de alguma maneira não tem dado conta do acolhimento às crises e permitido internações recorrentes.

Sobre as questões relacionadas ao álcool e drogas, o **uso de substância psicoativa** está em evidência, uma vez que ocupa grande parte dos leitos em psiquiatria, especialmente os transtornos mentais devido ao uso de álcool. Estes usuários formam uma clientela de destaque, especialmente no HP que hoje tem 1/3 dos leitos destinados para este público e recebe financiamento diferenciado para os mesmos a partir da Portaria n. 148 (2012).

O movimento da redução de leitos em hospital psiquiátrico no SUS, como expusemos no capítulo 1, segue em decréscimo desde a Lei n. 10.216 (2001). No entanto, questionamos outras vias que levam ao sentido contrário, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que prevê a **ampliação de leitos para tratamento de usuários de substância psicoativa**, e que apesar de ser referendado aos hospitais gerais, no município de

Maringá (PR) foram implantados 80 leitos no HP, conforme Portaria citada no parágrafo anterior. Isso demonstra que a existência de uma Política Nacional de Saúde Mental não garante que não haja retrocessos. Por exemplo, a criação de uma ala de adolescentes no HP, à revelia da Lei n. 10.216 (2001); acordos entre gestores que legitimam e financiam criação de leitos em hospitais psiquiátricos e a própria existência do HP com suas adaptações, como veremos a seguir.

Em conseqüência, a Portaria n. 123 (2013) possibilitou que o HP convertesse estes 80 leitos, ou seja, 30% dos seus leitos SUS para “Serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. Ainda seguindo por esta Portaria, foram desabilitados 80 leitos “comuns” ao mesmo tempo em que foram habilitados os mais 80 leitos “diferenciados”<sup>32</sup>. Ou seja, de 240 leitos, o Hospital reduziu para 160 (inclusive mudando de categoria no CNES), e em seguida implantou 80 leitos na modalidade acima descrita, no entanto, na prática, permaneceu com 240 leitos.

As reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB) podem esclarecer algumas decisões estratégicas tomadas por gestores neste Estado. Segue um trecho da 6ª reunião ordinária realizada em 2012 que expõe a dificuldade dos gestores em implantar leitos psiquiátricos em hospitais gerais:

Sobre a habilitação de leitos hospitalares, que os municípios têm trazido que hospitais gerais, não estão internando e acompanhando os pacientes psiquiátricos, que os pacientes não sumiram na proporção que se desabilitaram os leitos, que a responsabilidade recai quase que com exclusividade para as secretarias municipais de saúde e reafirma que se tiver proposta de hospitais psiquiátricos com proposta de hospitais gerais, com terapias, tratamento individualizado, em uma ala em separado, tem que ser aprovado no Paraná, **que se deve deixar deliberado na CIB Estadual, que se tiver uma proposta de hospitais psiquiátricos com um projeto terapêutico individualizado e condições de se adequarem em hospitais gerais, se deve aprovar**

---

<sup>32</sup> Embora estes 80 leitos estejam registrados nessa modalidade diferenciada, eles estão alocados na mesma estrutura física que os demais leitos, e seus usuários passíveis do mesmo tipo de tratamento dispensado aos demais, privados de liberdade.

**o pagamento de leitos hospitalares nesses hospitais** e solicita deixar registrado que o Paraná, por meio da complementação das diárias hospitalares contribuiu para que não se instalasse o caos no atendimento a esses pacientes psiquiátricos (grifo nosso). (SESA-PR, 2012)

Esta discussão da comissão também revela uma concepção de saúde mental contrária à Política Nacional de Saúde Mental, faz crítica a redução de leitos em hospitais psiquiátricos como desassistência, ao mesmo tempo em que nega esta redução e se propõe inclusive a ampliá-los. Esse posicionamento divergente do Estado do Paraná já foi observado em anos anteriores, quando a Secretaria de Saúde do Estado melhorou o valor das diárias em alguns hospitais psiquiátricos que internavam adolescentes considerando que aí havia uma lacuna deixada pela Política Nacional (SESA-PR, 2012).

Uma discussão recorrente nesta CIB são as dificuldades relacionadas à desospitalização, em relação à necessidade de os municípios assumirem seus usuários, que muitas vezes também estão internados por questões sociais e não de saúde mental. No entanto, diversos municípios não tem uma rede organizada, ou simplesmente não tem uma rede ou equipamentos de saúde mental, não apenas no que tange à existência de CAPS, mas às diversas possibilidades na área da saúde e assistência social, no apoio às famílias, etc. Nesta rede ou na falta dela, os egressos de internação psiquiátrica não são acompanhados ou são desconhecidos (SESA-PR, 2012).

Diante deste cenário de diversas dificuldades relacionadas a concepções e estrutura da rede de saúde mental no município de Maringá e mesmo no Estado do Paraná, as internações se configuram como uma prática sistemática e até mesmo central na rede cuidados.

Podemos avaliar que, ao mesmo tempo em que temos uma rede de serviços substitutivos, legitimadas por políticas públicas, também temos movimentos legais de fortalecimento da institucionalização, como esta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, motivadas pela atenção aos usuários de álcool e drogas, falta da rede de atenção psicossocial e falta de leitos em hospitais gerais.

Para refletirmos sobre a prevalência das crises relacionadas ao uso de substância psicoativa, e a possível insuficiência em se lidar com essa demanda de saúde mental, fazemos a pergunta elaborada por Vanconcelos: “Estamos oferecendo efetivamente e na escala desejada, leitos de

atenção intensiva e integral para os momentos de desintoxicação e de crise de abstinência?” (2010, p.55)

Os **leitos de saúde mental**, preconizados para o hospital geral, em acordo com os princípios da reforma psiquiátrica são escassos, e muitos dos que são habilitados, a exemplo do HP, são formas de atenuar os embates decorrentes de questão como financiamento e fragilidades na assistência prestada.

Até o ano 2015, a EP HMM com 26 leitos tem sido insuficiente para atender mais de 1 milhão e 300 mil habitantes (11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup> regionais de saúde do PR), uma vez que é o único serviço aberto 24 horas disponível para tanto. Aliado à fragilidade e disponibilidade dos outros serviços em lidar com as crises em saúde mental, podemos constatar a falta de atenção às emergências nesta área, o que culmina muitas vezes em desassistência ou internações em hospital psiquiátrico.

O movimento significativo de encaminhamentos da emergência psiquiátrica para o hospital psiquiátrico, que além de estar relacionado a sua proximidade, também pode ser alimentado pela noção compartilhada entre usuários familiares e até mesmo profissionais de saúde, que os casos complexos necessitam de internação, e quanto mais grave mais longa esta deve ser.

A **complementaridade entre HP e EP HMM** chama a atenção, pois os dois serviços têm assumido papéis na rede de atenção que necessitam ser problematizados, para que o serviço de emergência do município não seja um mero encaminhador ou alimentador do internamento em hospital psiquiátrico.

Como na década de 1960 nos EUA onde as UPHG (Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral) eram destinadas a internações de curta duração deixando para os hospitais psiquiátricos as internações mais longas (Mendez, 1999). Esse movimento se revela neste trabalho como uma tendência, no entanto, em um contexto em que já existem vários dispositivos em uma rede de cuidado complexa para além da internação, diferente de 50 anos atrás.

Na EP HMM, de maneira geral, o tempo de internação tende a ser mais curto pela sua natureza de hospital geral. Porém acreditamos que este tempo menor também seja em razão de sua insuficiência de leitos que precisam ser desocupados rapidamente para dar conta da demanda de três regionais de saúde, o que é facilitado pela presença do HP, que ajuda a absorver este fluxo. Desta forma, a própria existência do HP é um convite para a reinternação, inclusive pela proximidade da instituição, o que tende a facilitar o acesso ao serviço.

Em Maringá (PR), o fluxo de internações e reinternações, não é exclusividade do HP (e nem deveria ser), uma vez que a rede conta com leitos na EP HMM, instituição esta que também regula os encaminhamentos para o HP. Considerando que o atendimento às situações de urgência é um dos componentes dentro de uma rede complexa de atenção à saúde mental, questionamos: se as reinternações sistemáticas sinalizam a baixa efetividade dos serviços de atenção psicossocial e atenção básica, assim como sua articulação neste campo, o que determina essa fragilidade? A implantação dos serviços acontecem, CAPS e NASF são criados, há melhorias estruturais constantes, no entanto, como tem se dado esta articulação? Como tem sido trabalhada a desinstitucionalização na formação em saúde dos profissionais, na educação permanente nos serviços, no imaginário da população, dos familiares e usuários do serviço, na compreensão de coordenadores e gestores?

Além do acolhimento à crise, a efetividade da rede de saúde mental tem papel importante na prevenção de agravos de problemas de saúde mental que desencadeiem uma primeira internação, visto que o ciclo das internações é muito difícil de ser rompido. Por isso questionamos o **acesso aos serviços substitutivos** e o tratamento ali oferecido, além da sua articulação com a atenção primária.

Considerando a importância dos serviços substitutivos no acolhimento às urgências em saúde mental, destacamos também a necessidade destes equipamentos estarem disponíveis aos usuários, por meio da equipe qualificada e acesso facilitado.

No ano de 2015 foi inaugurado em Maringá (PR) o Complexo Integrado de Saúde Mental, serviço que integra no mesmo espaço o CAPS ad III, CAPS III e CAPS i. Portanto, a localização dos CAPS III nesta cidade, conforme exposto no Capítulo 2, estão concentrados em um só local e em região periférica, o que pode dificultar o acesso dos usuários e seus familiares, e conseqüentemente a adesão ao tratamento. Até o final de 2015, esses serviços de modalidade III não estavam em funcionamento 24h, portanto ainda não é possível avaliar o impacto dos mesmos no quesito do acolhimento noturno e suas interface com os serviços hospitalares.

Assim ressaltamos que a cobertura dos serviços substitutivos não garante sua efetividade. A centralização dos serviços em um local é um fator que dificulta o acesso, mas mesmo antes das mudanças estruturais ocorridas em 2015 por meio deste Complexo, havia o CAPS ad apenas de um lado da cidade, e o CAPS II do outro lado, serviços que atendem públicos diferentes, em apenas um local da cidade e em regiões não centrais.



E para além da localização dos CAPS, não temos a pretensão de considerá-los como centralizadores do cuidado em saúde mental. Estes serviços também tem o papel de realizar o apoio matricial na atenção primária, o que significa orientar, supervisionar e até mesmo atender conjuntamente as situação mais complexas identificadas pela Estratégia Saúde da Família. Dessa maneira, os CAPS podem colaborar com a resolutividade da atenção primária na atenção aos problemas e necessidades de saúde mental no território (Brasil, 2004).

É preciso superar o recurso da internação como centro do cuidado. Devemos priorizar abordagens menos invasivas ao cotidiano dos usuários, organizadas em uma rede diversificada que trabalhe com a continuidade do cuidado. Quando não damos conta destas intervenções, a demanda por internações aumenta, revelando a fragilidade desta rede.

As decisões estratégicas tomadas pela gestão do município apontam para a busca de recursos no campo da saúde mental, e uma preocupação importante com estrutura física e formação de novos serviços, e atenta às oportunidades lançadas pelo Ministério da Saúde. Há de se avançar na efetivação do modelo de atenção psicossocial, fortalecendo os serviços SUS e seu princípio de territorialização e integralidade, na compreensão da interação necessária entre os serviços, na capacitação qualificada dos trabalhadores e na construção do diálogo.

Neste trajeto de análise das reinternações, alguns pontos importantes não puderam ser estudados, em razão da limitação do tempo e de informações disponíveis. A **Judicialização** é um aspecto que não pode ser explorado neste estudo, porque as determinações judiciais não são consideradas no registro da alta, e desta forma, não houve dados para análise neste sentido. No entanto, na literatura sobre o tema percebemos que a judicialização tem autorizado e desautorizado internações psiquiátricas, o que a torna relevante para este tema, e nos leva a sugerir que outros estudos possam ser realizados levando em conta a atuação do judiciário no campo de saúde mental e das reinternações psiquiátricas.

Da mesma maneira, dentre os aspetos que não puderam ser explorados neste estudo, estão as comunidades terapêuticas, que não são mencionadas em encaminhamentos dos hospitais, desta maneira não temos como avaliar a presença das mesmas neste circuito de internações e a relação que pode estar estabelecida entre estes serviços. No entanto, compreendemos que o fortalecimento das mesmas, especialmente por meio de financiamento público, pode levar a um retrocesso da reforma psiquiátrica brasileira. Este tema, assim como a judicialização, são campos que deixaremos em aberto para discussão, ressaltando que ainda necessitam ser explorados em outros estudos.

Ressaltamos também a necessidade de outros estudos que dêem continuidade a esse debate sobre a internação e reinternação hospitalar, que sejam mais abrangentes e comparem os resultados especialmente após a implantação no ano de 2015 do CAPS III e CAPS ad III e sua abertura 24h prevista para o início de 2016 no município de Maringá (PR). Para que sejam avaliados os impactos destes novos 27 leitos exclusivos para a cidade na reorganização da rede de saúde mental e da efetividade da atenção à crise.

## REFERÊNCIAS

- ABRASME. (1991). *Declaração da ONU para A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental*. Recuperado em 14 de Abril, 2015, de [http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=642](http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642).
- ABRASME. (2010). *Conferência Permanente pela Saúde Mental no mundo*. Publicado em Trieste. Recuperado em 14 de abril, 2015, de [http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=642](http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642).
- Amarante, P. D. C. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 1 (3), jul/set, 491-494.
- Amarante, P. D. C. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. (1999). In M. I. A. Fernandes; I. R., Scarcelli & E. S. Costa. *Fim de século: ainda manicômios?*. São Paulo: IUSP.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Barros, R. E. M. (2012). *Re-internações psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, 2012.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (6), 270-277.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Benelli, S. J. (2015). *A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas*. São Paulo: Editora Unesp.
- Boarini, M. L. (2006). *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Ed. Dental Press.
- Boarini, M. L. (2011). Atenção à Saúde Mental: um novo olhar. In M.L. Boarini (Org.), *Desafios na Atenção à Saúde Mental*. 2ª edição. Maringá: EDUEM.
- Boarini, M. L. (2012). *Higiene mental: ideias que atravessaram o século XX*. Maringá: EDUEM.
- Borges, V. T. (2010). *Do esquecimento ao tombamento: a invenção de Arthur Bispo do Rosário*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Botega, N. J., & Dalgalarrodo, P. (1997). *Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec.
- Brasil. (1988) Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. (1994). Ministério da Saúde. *Relatório final da 2ª Conferência nacional de Saúde Mental*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo*. Reuniões e Conferências Série D, n. 15, 1. ed. Brasília: Secretaria de

Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde

Brasil. (2005). Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e participativa – SGEPE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS.

Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Secretária de Gestão a Saúde..

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados- 10, Ano VII (10)*. Brasília. Secretaria de Atenção à saúde.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Saúde mental - Cadernos da Atenção Básica, n.34*. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento da Atenção Básica.

- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*. Ano 10 (n. 12). Brasília. Recuperado em 18 de outubro, 2015, em <https://drive.google.com/file/d/0B1q9L0pa3Zy2WUJxeXpZRVdNQXc/view>.
- Burali, M. A. M. (2014). *O trabalhador de saúde mental: complexidades e paradoxos no cotidiano de trabalho em um CAPS*. Tese de doutorado em psicologia social. Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP. São Paulo, SP.
- Cardoso, L. & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, 45 (1), 87-94.
- Castro, S. A., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2010). Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18(4), jul-ago, 1-9.
- Cohen, P. (1998). *Homo Sapiens: 1900*. Produção Versátil Home Vídeo. Alemanha: Universal. 1 DVD (88min).
- Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá. (2014). *13º Relatório de Verificação do Plano Terapêutico dos pacientes do SUS*. Maringá: Conselho Municipal de Saúde de Maringá, PR.
- Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá. (2015). *15º Relatório de Verificação do Plano Terapêutico dos pacientes do SUS*. Maringá: Conselho Municipal de Saúde de Maringá, PR.
- Conselho Municipal de Saúde (2015). *Reunião da comissão de saúde mental. Ata do dia 28 de maio de 2015*. Maringá, PR.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2001). As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*, 25 (58), maio/ago, 12-25.

- CNES (2015). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *FCES – Ficha do estabelecimento de Saúde*. Recuperado em 27 de outubro, 2015, em [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0)
- Cunha, M. C. P. (1988). *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. 2a ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Dalgalarrodo, P., Botega, N. J., & Banzato, C. E. M. (2003). Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev. Saúde Pública*, 27(5), 629-634.
- Daúd Jr., N. (2011). Considerações Histórico-Conceituais sobre a Instituição Psiquiátrica no Brasil e a Desinstitucionalização do “Doente Mental”. In M. L. Boarini (Org.). *Desafios na atenção à Saúde Mental*. Maringá: EDUEM.
- Delgado, P. G. G. (2011). Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 114-121.
- Delgado, P. G. (2014). Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 24 (4), 1103-1126.
- Delgado, P. G. G. (2015). Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 13-18.
- Dias, M. K., Gonçalves, R. W. & Delgado, P. G. (2010). Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In E. M. Vasconcelos. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Dias, L. A. (2001). A Nova Lei da Psiquiatria. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 145-146.
- Dimenstein, M., & Bezerra, C. G. (2009). Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 829-848.

- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010) Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis*, 20(4).
- Duarte, M. L. C. & Kantorski, L. P. (2011). Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 47-52.
- Frazatto, C. F. (2011). *O hospital psiquiátrico e o “voltar para casa”: interstícios deste caminho*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá, PR.
- Grigolo, T., Delgado, P. G., & Schmidt, M. B. (2010). Avaliar-Caps: um retrato do funcionamento da rede de serviços substitutivos no Brasil. In F. B. Campos & A. Lancetti (Org.). *Saúde e Loucura – experiências da reforma psiquiátrica*. Número 9. São Paulo: Hucitec.
- Hildebrandt, L. M. & Alencastre, M. B. (2001). A inserção da psiquiatria no hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(1), 167-186.
- IBGE (2014). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014*. Recuperado em 6 de outubro de 2015, em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm).
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 13(1), junho, 169-190.
- Kinker, F., Cirilo, L., Campos, F. B., Robortella, S., & Junior, G. M. (2010). Desconstruindo mentalidades. In F. B. Campos & A. Lancetti (Org.) *Saúde e Loucura – experiências da reforma psiquiátrica*. Número 9. São Paulo: Hucitec.
- Larrobla, C., & Botega, C. (2006). Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para internação psiquiátrica. *Rev. Saúde Pública*. 40(6),1042-1048.
- Lei Estadual n.11.189/PR, de 9 de novembro de 1995* (1995). Dispões sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Paraná. 1995. Recuperado em 2 de agosto, 2014, de



[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual\\_Leis/Lei\\_Estadual\\_n\\_11\\_189PR\\_de\\_9\\_de\\_novembro\\_de\\_1995.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf).

*Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001* (2001) Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001. Recuperado em 2 de agosto de 2015, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

Luzio, C. A. (2011). Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In M. L. Boarini (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. 2a ed. Maringá: EDUEM.

Machado de Assis, J. M. (1882). *Papéis avulsos; O Alienista*. Rio de Janeiro: Lombaerts, 1882.

Machado, V. C., & Santos, M. A. (2012). O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Interface Comunicação Saúde Educação* 16(42), 793-806.

Machado, V., & Santos, M. A. (2013). O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 701-712.

Maringá. (2015a). *Perfil de Maringá – Maringá e sua localização*. Recuperado em 6 de julho, 2015, de <http://www.maringa.com/perfil/geografia.php>.

Maringá (2015b). *CISAM – Centro Integrado de Saúde mental*. Prefeitura do Município de Maringá. Estado do Paraná. Recuperado em 10 de abril, 2015, de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/index.php>.

Maringá (2015c). *Serviços de Saúde*. Portal Saúde Maringá. Prefeitura do Município de Maringá. Recuperado em 6 de julho, 2015, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=servicos-saude>

Martins, S. T. F., & Vecchia, M. D. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 151-164.

- Mendez, C. L. (1999). *Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do sul: o papel das unidades psiquiátricas nos hospitais gerais*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas-SP.
- Moura, R. H. (2014) *O núcleo de apoio à saúde da família (NASF) como mobilizador da práxis psicossocial*. Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Faculdade de Ciências e Letras, Assis-SP.
- Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea. *Vinte e Um Veleiros*. Arthur Bispo do Rosário, sem data. Madeira, plástico e tecido. 90cm X 60cm. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, RJ. Reprodução fotográfica Vicente de Melo. Recuperado em 4 de agosto, 2015, em <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa10811/arthur-bispo-do-rosario>
- Nicácio, M. F. S. (2003). *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de serviços de saúde mental*. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP.
- Nicácio F., & Campos, G. W. S. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15 (2), 71-81
- OMS. (2001). Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Biblioteca da OMS.
- OMS (2008).CID-10: *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*: 10. ed, v.3. São Paulo: EDUSP.
- OMS & Wonca (2008). Organização Mundial da Saúde e Organização Mundial de Médicos da Família (Wonca). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Biblioteca da OMS.  
[http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1)
- Pacheco e Silva, A. C. (1928). Necessidade de criação de serviços abertos para a internação voluntária de psicopatas, de ambulatórios, dispensários e de uma clínica psiquiátrica em São Paulo. *Archivos Paulistas de Hygiene Mental*. 1(1).

Paraná (2014). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia de Saúde Mental*. Curitiba: SESA.

Parente, C. J. S., Mendes, L. P. F., Souza, C. N. S., Silva, D. K. M., Silva, J. C., Parente, A. C. B. V., & Parente, A. C. M. (2007). O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 11(4), 381-386.

*Portaria n.251 de 21 de janeiro de 2002* (2002). Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília. 2002. Recuperado em 18 de outubro, 2015, de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>

*Portaria n.2391, de 26 de dezembro de 2002* (2002). Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília. 2002. Recuperado em 2 de agosto, 2015, de <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>

*Portaria n.251, de 31 de janeiro de 2002* (2002). Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília. 2002. Recuperado em 2 de agosto, 2015, de [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n251.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n251.htm)

*Portaria n. 52, de 20 de Janeiro de 2004* (2004). Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília. 2004. Recuperado em 29 de setembro, 2014, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html).

*Portaria n. 1.899, de 11 de setembro de 2008* (2008). Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais. Recuperado em 15 de novembro, 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1899\\_11\\_09\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1899_11_09_2008.html)

*Portaria n. 2.842, de 20 de setembro de 2010 (2010).* Aprova as normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad. Brasília. 2010. Recuperado em 18 de outubro, 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842\\_20\\_09\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010.html)

*Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (2011).* Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2011. Recuperado em 28 de junho, 2015, de <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.

*Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011).* Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011. Recuperado em 27 de outubro, 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

*Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012 (2012).* Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília. 2012. Recuperado em 9 de julho, 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)

*Portaria n.148, de 31 de janeiro de 2012 (2012).* Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília. 2012. Recuperado em 2 de agosto, 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)

*Portaria n. 123 de 31 de janeiro de 2013 (2013).* Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade ao Estado do Paraná e ao Município de Maringá. Brasília. 2013. Recuperado em 9 de julho, 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0123\\_31\\_01\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0123_31_01_2013.html)

Prado, E. M. (2010). A importância das fontes documentais para a pesquisa em História da Educação. *Intermeio: Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, 16 (31), p.124-133.

- Projeto de Lei n. 3.657-D de 1989* (1989). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 9 de julho, 2015, de <http://www.rolim.com.br/R-Psi.htm>
- Ramos, D.K.R., Guimarães, J., & Enders, B, C. (2011). Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (37), 519-527.
- Ramos, R. C. M. B. (2012). *Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maringá-PR.
- Rezende, G. (1929). Patronato dos Egressos dos Manicomios. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, (2) n.3.
- Rocha, A. S., & Bernardo, D. G. (2011). Pesquisa bibliográfica: entre conceitos e fazeres. In C. A. Arnaut de Toledo & M. T. C. Gonzaga (Org.). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa nas Áreas de Ciências Humanas (pp.81-100)*. Maringá: EDUEM.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Rotelli, O. Leonardis & D. Mauri. (Org.) *Desinstitucionalização*. 2a ed. São Paulo: Hucitec.
- Ruckstadter, F. M. M., & Ruckstadter, V. C. M. (2011). Pesquisa com fontes documentais: Levantamento, seleção e análise. In C. A. Arnaut de Toledo & M. T. C. Gonzaga (Org.). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa nas Áreas de Ciências Humanas (pp.101-120)*. Maringá: EDUEM.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2007). Reinternação psiquiátrica em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 73-81.
- Santos, E. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 238-246.
- SASC. Secretaria de Assistência Social e Cidadania (2015). COMAD – Dados do Município. *Relatório Circunstanciado 1º Semestre de 2015 – Instituições*. Recuperado em 05 de

Novembro, 2015, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/sasc/?cod=comad-consultas-artigo/95>

SMS. Secretaria de Saúde de Maringá (2010). Plano *Municipal de Saúde 2010/2013*.

SMS. Secretaria de Saúde de Maringá (2014a). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Recuperado em 1 de dezembro, 2015, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/b65b3c5fcd38.pdf>

SMS. Secretaria de Saúde de Maringá. (2014b). *Relatório Anual de Gestão – 2014*.

SESA-PR. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (2012). Comissão Intergestores Bipartite do Paraná – CIB/PR. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR. *ATAS – CIB 2012*. Recuperado em 05 de novembro, 2015, de <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2886>

SESA-PR. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (2015). *Regionais de Saúde*. Recuperado em 06 de Julho, 2015, de <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>.

Silva, T. L., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., Mantovani, M. F., Mathias, T. A. F., & Capistrano, F. C. (2014). Perfil das internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 18(3), 644-651.

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.

Surjus, L. T. L. S., & Campos, R. O. (2011). A avaliação dos usuários sobre os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14 (1),122-133.

Souza, P. J. C. (2010). Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In F. B. Campos & A. Lancetti (Org.) *Saúde e Loucura – experiências da reforma psiquiátrica*. Número 9. São Paul: Hucitec.

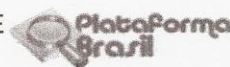
- Vasconcelos, E. M. (2010). Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In , E. M. Vasconcelos. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Ventura, M., Simas, L., Pepe, V. L. E., & Schramm, F. R. (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito à saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 20 (1), 77-100.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública ENSP. Rio de Janeiro.

## **ANEXO**





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REFLEXÕES SOBRE A RECORRÊNCIA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

**Pesquisador:** Maria Lucia Boarini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43114015.5.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.243.846

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

**Objetivo da Pesquisa:**

Refletir sobre o fenômeno das reinternações psiquiátricas após a Lei 10. 216/2001.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este estudo tem caráter bibliográfico e documental. Realizaremos uma análise das reinternações psiquiátricas ocorridas em Maringá-PR e utilizaremos como referencial os preceitos da reforma psiquiátrica e a literatura sobre internação psiquiátrica. Não haverá intervenção direta com a população a ser estudada e o acesso às informações destas pessoas será exclusivamente documental. Documentos a serem pesquisados: registro das altas do Hospital Psiquiátrico de Maringá e Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá. Critérios a serem considerados como reinternação: mais de uma internação no período do estudo. Período: altas registradas a partir de Agosto de 2012 até Agosto de 2014. Dados a serem coletados: o Idade; o

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
UF: PR Município: MARINGÁ  
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.243.846

Sexo; o Diagnóstico; o Bairro que reside; o Data de entrada na instituição; o Data de saída da instituição; o Destino ao receber alta; o Grau de parentesco da pessoa que acompanhou a alta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. Solicita dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclarecendo porque se trata de uma pesquisa documental e que para compilação das altas referentes a estas internações recebemos autorização da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS), responsável pela regulamentação das pesquisas na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR. contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CECAPS autorizacao.pdf	11/03/2015 18:16:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO COPEP 10 março 15.pdf	11/03/2015 18:29:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	15/03/2015 11:16:05		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_481001.pdf	15/03/2015 11:27:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anexo 2 - autorizacao CECAPS.pdf	05/05/2015 14:19:36		Aceito
Outros	solicitação de dispensa TCLE.pdf	05/05/2015 14:43:37		Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.243.846

Outros	resposta a pendencia da Plataforma Brasil.pdf	05/05/2015 14:44:05		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 481001.pdf	07/07/2015 22:45:42		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 481001.pdf	08/07/2015 16:30:28		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 24 de Setembro de 2015

Assinado por:  
Ricardo Cesar Gardiolo  
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
UF: PR Município: MARINGÁ  
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br