



CAMINHOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO
ESTADO DE SÃO PAULO
CENSO PSICOSSOCIAL 2014

ALINA ZOQUI DE FREITAS CAYRES
MARIA CECILIA RIBEIRO
ROSÂNGELA ELIAS
ROXANE ALENCAR COUTINHO

ORGANIZADORAS

GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

Fundap

GOVERNADOR DO ESTADO

Geraldo Alckmin

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

David Everson Uip

SECRETÁRIO ADJUNTO

Wilson Modesto Pollara

CHEFE DE GABINETE

Nilson Ferraz Paschoa

COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE (CCTIES)

Sergio Swain Müller

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS (CCD)

Marcos Boulos

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE (CPS)

Silvany Lemes Cruvinel Portas

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE (CRS)

Benedicto Accacio Borges Neto

COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CSS)

Geraldo Reple Sobrinho

COORDENADORIA GERAL DE ADMINISTRAÇÃO (CGA)

Jorge Alberto Lopes Fernandes

COORDENADORA DE GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (CGOF)

Reinaldo Noburo Sato

COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS

Haino Burmester

COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CGCSS)

Eduardo Ribeiro Adriano

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS

Rosângela Elias

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188

05403-000 São Paulo SP

www.saude.sp.gov.br

**CAMINHOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

CENSO PSICOSSOCIAL 2014

ORGANIZADORAS

**ALINA ZOQUI DE FREITAS CAYRES
MARIA CECILIA RIBEIRO
ROSÂNGELA ELIAS
ROXANE ALENCAR GOUTINHO**

AUTORES DO TEXTO

**ALINA ZOQUI DE FREITAS CAYRES
CAROLINA BARELLI PENIN
MARIA CECILIA RIBEIRO
MARIA IZABEL SANCHES COSTA
THIAGO NAGAFUCHI**

1ª EDIÇÃO / 2015

Fundap
Fundação do Desenvolvimento
Administrativo

 **GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO**
Secretaria da Saúde

Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo — Censo Psicossocial 2014
© 2015 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP)

Diretor Executivo

Wanderley Messias da Costa

Diretor Técnico

Marcos Camargo Campagnone

Coordenação Editorial

Flávio Ricci Arantes

**Projeto Gráfico, Edição de Texto
e Editoração Eletrônica**

Newton Sodré

Capa e Editoração Eletrônica

Juhmco Hanada Coppola

Imagem da Capa

A nave dos loucos 1490-1500

Óleo sobre madeira de Hieronymus Bosch [1450-1516]

Revisão

Mariana Costa Mendes

Newton Sodré

Catálogo na Fonte

Elena Yukie Harada

Normalização Bibliográfica

Ana Cristina de Souza Leão

Norma Batista Norcia

Ruth Aparecida de Oliveira

Impressão Digital e Acabamento

Cromosete Gráfica e Editora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Centro de Documentação da FUNDAP, SP, Brasil)

Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014 /
organizadoras Alina Zoqui de Freitas Cayres ... [et al.]; autores Alina Zoqui de Freitas Cayres
... [et al.]. São Paulo : FUNDAP : Secretaria da Saúde, 2015.
147p.

ISBN 978-85-7285-153-4

1. Administração estadual - Saúde mental. 2. Censo psicossocial. 3. Saúde mental - São Paulo
(Estado). 4. Serviços de Hospital Psiquiátrico - São Paulo (Estado). 5. Reforma psiquiátrica.
6. Políticas de saúde mental. I. Cayres, Alina Zoqui de Freitas (org.). II. Ribeiro, Maria
Cecilia (org.). III. Elias, Rosângela (org.). IV. Coutinho, Roxane Alencar (org.). V. Fundação do
Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP. VI. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

CDD- 352.9442098161
362.21098161
616.890098161

AGRADECIMENTOS

A equipe técnica da Fundap e a Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde agradecem a todos os atores que fizeram parte direta ou indiretamente dessa pesquisa.

E, em especial:

Ao Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, David Everson Uip, e ao Subsecretário da Saúde, Nilson Ferraz Paschoa, pelo reconhecimento da importância dessa pesquisa e por tornar possível a sua realização.

À Mirsa Elisabeth Dellosi, que dedica sua vida profissional à desinstitucionalização.

Às professoras e consultoras Sônia Barros, Regina Bichaff, Ana Maria Fernandes Pitta, Ana Luisa Aranha e Silva e Elaine Maria Covre, pelo inestimável apoio na discussão dos resultados preliminares do Censo de 2014 e, em especial, à Sônia, pela revisão criteriosa do manuscrito desse livro.

Aos pesquisadores de campo, pois sem eles essa pesquisa não teria sido possível: Ana Flavia Dias Tanaka Shimoguiri, Bianca Uehara Trava, Bruna Lidia Taño, Carla Alessandra S. Guimarães, Carmen Ligia Sartorão Michon, Claudia Maria Tamasso, Cristina Eiko Yonaha Zambrano, Danielly Negrão G. Nogueira, Edimarcia Munhoz C. Coelho, Edna Maria de Jesus Rocha, Eliana Mara O. de Castro Boaretto, Eloisa Maria Steluti, Eyko Tanka Sakaguchi, Fabiola Borinato Ximenes, Fabricia Miranda de Campos Dias, Fernanda da Silva Pires, Fernanda Ramos Cavalheiro, Flavia Blikstein, Giseli Silva T. Enes, Guilherme Correa Barbosa, Henrique Guilherme Scatolin, Jane Papa Fernandes, Jorgea Jordão Meiro deMacedo, Julcineia da Cruz Pereira, Juliana Calil Neves, Kelly Francine de Almeida, Leida Rosa M. M. Chagas, Lucia Aparecida de Souza, Luciana Maria da Silva, Lucilei Araujo Guerra, Magali Andrez Nobre, Marcelle Janine Silva, Marcio Luiz Bereta, Maria Célia Lopes Antunes, Maria Estela Freire da

P. Linder, Maria Paula Magalhaes, Mariana Barbosa Pereira, Raquel Sajo Diniz de Almeida, Regina Durlacher, Ricardo Santoro, Sandra Aparecida Luque, Silmara Cristina Andreoni, Tania Maria M. da Silva, Tarciso Rinaldo da Silva, Tatiana Garcia Costa, Thais Cristina Lia Margara, Valéria de Sylos B. L. Prestes, Vera Lúcia Fedel Parpinelli, Vilma Icleia Pereira.

Aos coordenadores de campo: Adriana Rodrigues Domingues, Alessandro de Oliveira Campos, Ana Carolina Diniz R. Ludovico, Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguirí, Ana Lucia Landini Dias, Carina Fernanda Robles Angelini, Carla Nali Matielo, Carmen Silvia Bailone de Faria, Cassia Regina Vieira dos Santos Paula, Celso Aparecido Fattori Junior, Cintia Adriana Vieira Gonçalves, Cristiane Lara Mendes Chiloff, Daniela da Silva, Fabio Bruno de Carvalho, Izildinha Nunes, Lilian Maria Giubbina Rolin, Maria de Fatima Araujo, Patricia de Paulo Antonelli, Simone Alves Cotrin Moreira, Valdir de Campos, Vânia Moreno.

A todos os articuladores de Saúde Mental, em especial a Maria Stella Castilho de Oliveira, Leila Dias Molinari, Alana de Paiva Nogueira Fornerezo Gozzi, Tânia Vieira Lomas, Jussara Aparecida de Anelis Colli, Maria Ângela Gori de Lima, Reni Batista Simões, Vera Lúcia Villela Pires Bueno, Maria Madalena Polloni, Francisco Drummond Marcondes de Moura Neto, Márcia Helena Bissolli Guadanucci, Selma Regina Maria do Carmo Teixeira, Eliane de Paula Silveira Neto, Maristela Ubeda Castilho, Sueli Aparecida Magro, Maria José Berto, Maria Aparecida Acosta, Selma Abruzeze e José Francisco Catanzaro.

À equipe técnica da Fundap: Raphael Marcucci Amâncio, Tuane Aparecida Júlia Tomé, Matheus Hammerle, Bruno Correia, Carlos Alberto Bricoli, Gabriela Ferreira Granja, Andrea Terumi Okida Shimura, Maria Diniz Kamikawa, Pedro Ribeiro de Souza, Flávio Ricci Arantes, Juhmco Hanada Coppola, Newton Sodré e Julio de Almeida Lopes Vieira.

Aos usuários e às equipes técnicas dos hospitais psiquiátricos visitados.

SUMÁRIO

PREFÁCIO,	9
INTRODUÇÃO,	12
CAMINHO METODOLÓGICO,	26
ANÁLISE DOS RESULTADOS,	37
SÍNTESE DOS RESULTADOS,	110
PROPOSIÇÕES FINAIS,	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS,	129
ANEXOS,	138
Anexo 1: Questionário,	138
Anexo 2: Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — Usuário,	146
Anexo 3: Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — Trabalhador,	147



PREFÁCIO

David Everson Uip

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Sob a égide da Constituição da República Federativa do Brasil, no que se refere aos Direitos e Garantias Fundamentais, declara o artigo 5º que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

A proteção e os direitos dos cidadãos que apresentam transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas estão reafirmados na Lei n. 10.216/2001, que ao mesmo tempo redireciona o modelo assistencial, convoca a extinção progressiva dos manicômios e reforça o cuidado desses pacientes em seu território de vinculação.

A Convenção Internacional da Pessoa com Deficiência — da qual o Brasil é signatário e que atualmente está incorporada como emenda constitucional — ratifica que essa parcela da população deve ter preservados os seus direitos.

E é nesse contexto que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realiza o Censo Psicossocial de 2014, focando o olhar em um grupo de pessoas que — por sua história, por sua condição de saúde em certo momento da vida, pelo abandono, pela singularidade da própria situação, pela dificuldade encontrada em organizar-se socialmente — encontra-se hoje na condição de moradores de hospitais psiquiátricos.

Os indivíduos com transtornos mentais têm o direito ao acesso e ao cuidado integral à saúde, em serviços comunitários e territoriais voltados à redução do risco de doença e outros agravos de saúde, e que valorizem a autonomia, respeitando sua condição de sujeitos de direitos.

A realização do censo em si já aponta para o primeiro paradigma desse sistema, que consiste no fato de o hospital transformar-se em moradia, para, logo em seguida, levar à reflexão sobre quais são as situações e os determinantes da manutenção dessa condição.

Quando, atualmente, se alega que a mudança dessa condição de morador de hospital psiquiátrico é impraticável, dada a necessidade de manter a continuidade do tratamento, vale questionar sobre a efetividade dos resultados realmente alcançados. O que justificaria 20, 30 ou mais anos de tratamento no espaço hospitalar, sem a possibilidade de assegurar a retomada da própria vida? O que é cuidar? O que é residir? Como oferecer saúde plena sem, ao mesmo tempo, garantir a autonomia e a possibilidade de o indivíduo realizar suas próprias escolhas?

Se as demandas sociais muitas vezes aparecem como justificativa para a manutenção desses espaços, o que não se pode aceitar é a inação e a inércia para modificar essas condições.

Assim, os gestores têm a responsabilidade e o compromisso de construir espaços sociais e desconstruir estigmas, certificando a cidadania de plenos direitos, a fim de que a vida dessas pessoas se desenrole em sua totalidade.

Ao realizar o primeiro Censo Psicossocial dos Moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, em 2008, a Secretaria de Estado da Saúde deu visibilidade a esses cidadãos, que por muitos anos foram considerados invisíveis. Ao refazer o censo em 2014, após todos os esforços feitos e a ampliação das políticas e estratégias de desinstitucionalização, esse desafio não diminuiu, pois o censo mostra 4.439 indivíduos aguardando que seus direitos fundamentais sejam garantidos.

O censo de 2014 aponta para a urgência e a necessidade de solidificar o pacto entre as três esferas de Governo e a Sociedade, para que esse triste cenário de exclusão social possa ocupar espaço na história, mas não mais faça parte do cotidiano do nosso Estado.

Assim, em parceria com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), a Secretaria de Estado da Saúde entrega aos gestores,

trabalhadores, operadores do direito e à sociedade, o Censo Psicossocial 2014, com a real esperança de que os seus resultados sejam objeto de reflexão e fortaleçam o desenvolvimento de políticas que garantam a plena cidadania.

INTRODUÇÃO

No ano de 2008, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em parceria com a Fundação de Desenvolvimento Administrativo (Fundap), iniciou um processo para conhecer a população “esquecida” em hospitais psiquiátricos. A estratégia adotada foi realizar estudo censitário para identificar pacientes em regime de longa permanência de tratamento nesses hospitais. Os sujeitos da pesquisa foram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) internados há mais de um ano nos 58 hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. O estudo possibilitou caracterizar essa população e identificar ações estratégicas para desinstitucionalizar pessoas que durante muitos anos foram excluídas do convívio social (BARROS e BICHAFF, 2008).

Transcorridos seis anos da realização do primeiro censo psicossocial no Estado, a SES/SP julgou necessário reavaliar as condições dos pacientes que permaneceram internados e dos que foram hospitalizados após o primeiro levantamento.

O primeiro censo levantou 6.349¹ pacientes em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, dos quais a maioria estava em condição de partir para a ressocialização (BARROS e BICHAFF, 2008), morando em residências terapêuticas (RT) e seguindo o tratamento, quando necessário,

¹ Todos os dados referentes ao primeiro Censo Psicossocial são encontrados em Barros e Bichaff (2008).

nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), visto que a possibilidade de se libertarem de uma internação tão duradoura no contexto hospitalar se dá justamente após a alta². De lá para cá, houve pouco avanço nessa questão: o censo atual mostrou que ainda havia 4.439 pacientes morando nesses hospitais. Esse número atual de moradores já sinaliza as resistências e dificuldades em cumprir o que está assegurado por lei desde 2001 e preconizado pela política de saúde mental com a sua implantação.

A formalização de ações e programas específicos em saúde mental não representa necessariamente a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil em termos legislativos e, ainda menos, no que tange às mudanças necessárias na forma de trabalhar no cotidiano desse tipo de cuidado especializado. O investimento em serviços extra-hospitalares de base comunitária na política de saúde mental teve pouca adesão, uma vez que grande parte dos recursos financeiros que a eles poderiam ser destinados foi, por muito tempo, dirigida predominantemente à área hospitalar³; a isso se soma a forte resistência da sociedade em incluir os doentes mentais nas cidades – em seu “território” –, fora do ambiente hospitalar. Delgado (2011) conclui: “portanto, 10 anos depois, se a lei se consolidou e se legitimou, através da implantação real de boa parte dos seus mandamentos, o embate ideológico e de modelos de atenção persiste e a agenda política de defesa dos princípios da lei permanece atual” (p. 119).

Por isso que, para o efetivo funcionamento da lei e da política, também se tornam necessárias intervenções de outros atores do Poder Público. Exemplo recente disso deu-se em 2012, quando o Ministério Público do Estado de São Paulo formalizou, com o Ministério Público Federal, a União,

2 Aqui, a alta não deve ser vista como cura, mas como término de tratamento no hospital para seguimento em outras unidades de saúde, como na atenção básica e/ou em centros de atenção psicossocial.

3 Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), em estudo sobre o gasto federal com o Programa de Saúde Mental do Brasil, apontam para o fato de que durante o período de 2001 a 2009 houve um aumento nos recursos investidos no Programa e que, a partir do ano 2006, ocorreu uma inversão e os gastos com ações extra-hospitalares pela primeira vez foram maiores do que com os hospitais, até então predominantes. Após esse ano, os investimentos cresceram gradativamente para as ações extra-hospitalares (de 625 milhões de reais em 2006 para 1,35 bilhão de reais em 2009); contudo, os gastos com ações hospitalares mantiveram-se constantes, sem decréscimos significativos nesse mesmo período (de 493 milhões em 2006 para 482 milhões em 2009). Esses dados indicam que o financiamento é um componente indutor para a mudança do modelo de saúde mental preconizada pela política atual. Os autores também apontam que o desafio nos próximos anos é sustentar ou mesmo aumentar os recursos na área diante de um cenário de desfinanciamento do SUS.

o Estado e municípios, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)⁴ para enfrentar problemas no atendimento prestado pelos sete hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba⁵, que compunham o maior polo manicomial do país, com mais de 2,7 mil pacientes. O TAC tem a finalidade de fortalecer e consolidar a rede protetiva aos pacientes e garantir tratamento mais humano e eficaz. O Termo estabeleceu que, em até três anos, todos os pacientes hoje atendidos por esses hospitais sejam transferidos para a RAPS⁶. Além disso, também recomendou a realização de um novo censo para atualizar as informações sobre os moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, um dos motivos que mobilizou a SES a realizar o presente estudo.

O Censo de 2014 visa não somente a dar uma resposta aos problemas encontrados ao longo desses anos, com o compromisso de encontrar uma solução mais efetiva para essa situação, mas também a subsidiar os gestores de saúde estadual e municipais no planejamento do cuidado da população pesquisada e na reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressupostos o processo de desinstitucionalização e o estímulo à inclusão social e à cidadania para todos.

Em específico, o estudo tem os seguintes objetivos: (i) relacionar os achados de 2014 com os resultados obtidos em 2008, quando possível, a fim de identificar as relações de semelhança ou de disparidade que possam eventualmente existir; (ii) caracterizar os moradores, por meio de sua condição socioeconômica, jurídica, de saúde e rede de apoio social; (iii) analisar as condições de vida e de saúde dos moradores, com vistas ao autocuidado e à desinstitucionalização; e (iv) identificar os grupos de moradores que necessitam de tratamento diferenciado por parte dos serviços de saúde, visando ao planejamento de ações específicas, muitas delas intersetoriais.

4 Trata-se do primeiro TAC tripartite da área de saúde mental, envolvendo as três esferas do governo. O TAC foi assinado após denúncias de atendimento precário em hospitais psiquiátricos de Sorocaba.

5 Tal recurso mostra-se, por vezes, necessário porque, infelizmente, em direção oposta à criação do aparato de proteção da população que habita os hospitais psiquiátricos, ainda hoje são notórias as denúncias de situações desumanas e torturantes às quais essa população está submetida.

6 Durante a realização do censo, foram fechados cinco hospitais psiquiátricos do DRS de Sorocaba, em parte como resposta a essa intervenção realizada. Contudo, somente parcela da população pode mudar para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). O restante foi transferido para outro hospital psiquiátrico da região.

Os resultados desse estudo possibilitarão, em suma, atualizar o perfil da população de moradores, levantar as hipóteses que podem estar relacionadas aos problemas identificados e promover uma rica discussão sobre as ações necessárias para garantir a efetiva desinstitucionalização e reinserção social desses moradores. E, com isso, dar nova visibilidade a esse grupo que, por conta da complexidade da situação em que se encontram, correm o risco de facilmente tornarem a ser esquecidos com o passar do tempo.

REFORMA PSIQUIÁTRICA, SUS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCURSOS PARA UMA POSSÍVEL DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Ao contextualizar os arranjos técnicos, políticos e institucionais que estão por trás da rede atualmente estruturada, o que se tem em vista é efetivar a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, objeto do presente estudo. Evocar tais referências na apresentação da forma como o Censo de 2014 foi realizado e na análise dos dados da pesquisa pode auxiliar na discussão e compreensão de alguns dos resultados apresentados.

O CONTEXTO HISTÓRICO TÉCNICO

O modelo de atendimento hospitalocêntrico da psiquiatria tradicional, dados os limites e fracassos observados em sua prática, foi considerado inapropriado, dentre outros motivos, por conta dos efeitos iatrogênicos que provocam muito mais prejuízos do que efetivos cuidados aos pacientes em tratamento. A reforma psiquiátrica caracterizou-se pelo surgimento de novas linhas teóricas e técnicas, com práticas que confrontaram o isolamento terapêutico como técnica fundamental de tratamento e a sustentação conceitual de instituições fechadas, como o asilo, o manicômio, o hospício ou o hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2001, 2007; CAYRES, 2008).

Nessa nova vertente, influenciada por correntes sociais e psicodinâmicas oriundas de diferentes áreas de conhecimento (em boa parte, das ciências humanas), o tratamento passou a ser orientado por uma visão ampla da doença psíquica, que considera fatores biopsicossociais como causas. O sujeito que apresenta algum sofrimento psíquico deve ser visto de modo

singular, com particularidades que influenciam o tipo de tratamento adotado. Com essa premissa, procurou-se utilizar estratégias de cuidado com modalidades terapêuticas que visavam à reintegração social (AMARANTE, 2001, 2007; CAYRES, 2008).

A reforma psiquiátrica no Brasil foi influenciada por um conglomerado heterogêneo de linhas teóricas e técnicas⁷, com o diferencial de que ela se consolidou por meio de intensos movimentos sociais reunindo trabalhadores de saúde, pacientes e seus familiares, na conhecida luta antimanicomial (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 2001, 2007; DELGADO, 2011).

Ressalte-se que, apesar de se contraporem à prática psiquiátrica tradicional, essas linhas operam em caráter mais de coexistência do que de ruptura com o saber e o poder psiquiátricos⁸, os quais, por sua vez, sempre se preservam, apesar de sofrerem “modernizações”⁹ quando o momento

7 Segundo Amarante (2007), as principais linhas teóricas que influenciaram a reforma psiquiátrica dividem-se em três grupos: (1) o de reformulação da gestão do hospital psiquiátrico e suas técnicas de tratamento, como a Comunidade Terapêutica (Maxwell Jones) e a Psicoterapia Institucional (François Tosquelles e Jean Oury); (2) o de desmontagem do modelo hospitalar, com a criação de serviços substitutivos, com a Psiquiatria de Setor (Lucien Bonnafé) e a Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária (Gerald Caplan); e (3) o de crítica radical e ruptura ao funcionamento hospitalar e da reestruturação dos novos serviços propostos, por considerar um novo projeto de medicalização e normalização da sociedade, por meio da Antipsiquiatria (Ronald Laing e David Cooper) e da Psiquiatria Democrática Italiana (Franco Basaglia).

8 Foucault (1995) concebe o saber como um dispositivo de natureza política. Há uma relação articulada entre saber e poder, em que um se constitui pelo outro. Esse saber-poder é exercido em múltiplos níveis e localizado em pontos distintos da trama social. Possui autonomia relativa ante o poder estatal, e não o contrapõe, pois sua existência é paralela a esse. Funciona de forma microfísica, capilar e disseminada, sem se situar em lugar específico. Opera por meio de uma rede de dispositivos de controle, sem limites ou fronteiras, de onde ninguém escapa. Sua capacidade de influência é infinita. E seu principal objetivo é o próprio corpo, que deve ser subjugado por meio de técnicas que promovem seu controle ao nível das próprias manifestações: nos gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos, dentre outros. Essa intervenção política ao nível dos corpos foi nomeada de *biopoder*. E o conjunto dos procedimentos técnicos de controle é denominado de *disciplina* (FOUCAULT, 2003, 2006; MACHADO, 1988). As disciplinas possuem determinadas funções, tais como: organização do espaço, controle do tempo, vigilância e registros contínuos para a produção de saberes. Dessa forma, o indivíduo transforma-se em um corpo subjugado por um sistema de vigilância e por procedimentos de *normalização* (FOUCAULT, 2006).

9 O saber-poder psiquiátrico, por exemplo, associou-se a outros saberes, poderes e disciplinas e, assim, disseminou-se. Tal vínculo torna possível a ampliação dos limites de ação normativa de um dado saber, quando encontra aqueles que não se disciplinam, que apresentam algo inacessível para tal saber. É o caso do *débil mental* na disciplina escolar, aquele que não aprende a ler e a escrever, que figura como o limite, o inassimilável dessa disciplina. Assim, também, surge o *delinquente* na disciplina policial. E, principalmente, o *louco*, “o resíduo de todos os resíduos”, o irredutível das disciplinas presentes na sociedade. A existência de tais limites e a possibilidade de tais associações sustentam cadeias de sistemas disciplinares suplementares que procurarão dar conta desses limites

histórico exige alguma revisão em sua estrutura (PORTOCARRERO, 1990; BIRMAN e COSTA, 1994; CAYRES, 2008).

Portanto, o arcabouço conceitual da reforma psiquiátrica é a origem do aparato técnico que propiciou a reestruturação dos atuais serviços de saúde mental. Aquela que promove saberes e poderes e que, por meio de seu conglomerado teórico e tecnológico composto de múltiplas e heterogêneas disciplinas, institui a criação de novos equipamentos (como, por exemplo, os centros de atenção psicossocial e as residências terapêuticas) e de programas de intervenção de cunho preventivo e terapêutico. O trabalho em saúde mental, predominantemente realizado em equipe e com foco na multidisciplinaridade, atualmente envolve uma prática mista que adota como referência a psiquiatria clássica (com o uso de psicoativos e com internações mais curtas) mesclada às técnicas das psiquiatrias reformistas (PORTOCARRERO, 1990; CAYRES, 2008).

Essa heterogeneidade muitas vezes gera confrontos, polêmicas, resistências e falta de consenso e decisão. O que pode tornar moroso qualquer processo de mudança. Uma realidade presente nas internações de longa permanência que infelizmente ainda persistem.

A POLÍTICA

A Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando a redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial. Referenciada pela reforma psiquiátrica, visa a redirecionar o modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para a atenção integrada, em rede, baseada no território, e a transformar as dimensões culturais e legais.

Segundo Barros e Salles (2011), a reforma psiquiátrica brasileira, com base nos mecanismos de gestão usados na sua efetivação, compreende três períodos distintos. O primeiro deles, que abrangeu praticamente toda a década anterior a 2001, foi marcado pela implementação e execução de estratégias com ações mais humanitárias em direção a uma pos-

para preservar seu poder. Dessas associações com o saber-poder psiquiátrico, nascem as escolas especiais para os *débeis mentais*, os reformatórios para os *delinquentes*, os manicômios para os *doentes mentais*, e assim por diante: a cada novo desafio, cria-se outro sistema disciplinar mais “modernizado” (FOUCAULT, 2006).

sível desinstitucionalização, o aumento do cuidado extra-hospitalar e a criação de serviços substitutivos à internação. Esse período culminou na criação da Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dá início ao segundo período, marcado pelo estabelecimento do marco legal da reforma psiquiátrica.

A lei, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determina, em seu artigo 5º, que:

“o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade de autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade de tratamento, quando necessário” (BRASIL, 2001).

Diversos dispositivos poderiam ser criados para estimular a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos e reinseri-los no convívio em sociedade. Bichaff (2006) aponta que as leis e as políticas públicas atuais agem em dois pontos diferentes: (1) na diminuição do número de leitos e criação de residências terapêuticas, com auxílio financeiro para a população egressa dos hospitais; e (2) no aumento de serviços comunitários, com a inserção social completa dessa população e a inclusão de familiares.

Segundo Barros e Salles (2011), essas medidas compreendem o terceiro período, de 2003 até os dias atuais, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com a criação e execução de programas e políticas ministeriais de abrangência nacional e melhor trabalho em rede com políticas de diferentes setores.

Os primórdios desse movimento reformista, tanto o sanitário quanto o psiquiátrico (de certa forma um subgrupo do primeiro), ocorreram no bojo dos movimentos sociais contra a ditadura militar, e parcela importante de suas reivindicações começou a tomar forma com a retomada do governo democrático e por meio da Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o federalismo no Brasil e trouxe como novidade o ingresso dos municípios na configuração, com os

estados e a União, da estrutura federativa trina do país. Essa particularidade do governo brasileiro consolidou a gestão do poder local, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais, que se tornaram responsáveis pelo provimento de bens e serviços (DOURADO e ELIAS, 2011).

Segundo Almeida (2005), a Constituição traduziu o anseio por descentralização compartilhado pelos movimentos democráticos predominantes naquele momento político. A federação foi, então, redesenhada em benefício dos estados e municípios, transformando-os em entes federativos autônomos que passam a responder pela execução e gestão das políticas e dos programas, muitos deles formulados e definidos no plano federal.

A política de saúde brasileira expressou fortemente as mudanças no arranjo federativo após a Constituição de 1988. A publicação da Lei n. 8.080/1990 resultou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a adoção dos princípios da universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização dos recursos e ações para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços, bem como a equidade na distribuição dos recursos (SOUZA, 2002). O processo de descentralização da saúde, antes concentrados na esfera federal, envolveu não apenas a transferência da gestão dos serviços, mas, também, a transferência de poder, de responsabilidade e de recursos para os estados e, principalmente, para os municípios.

A reforma psiquiátrica também foi favorecida pela capacidade do governo central para cooperar tecnicamente com os municípios na ampliação e na gestão dos serviços de saúde em âmbito local. A aderência dos governos municipais representa uma variável condicionante da disseminação da reforma psiquiátrica, especialmente em função da dimensão continental e da fragmentação federativa do país.

A promulgação da Lei n. 10.216/2001 trouxe transformações no *modus operandi* da assistência à saúde mental no Brasil. Baseada nos preceitos da reforma psiquiátrica, essa lei aponta para a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento da pessoa com transtorno mental, ao recomendar um cuidado que não afaste o usuário de seu espaço social. Tem por fundamentos a negação da exclusão, a transformação da visão social da loucura e o atendimento em rede predominantemente extra-hospitalar.

Mais recentemente, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria GM/MS n. 3.088/2011, que organiza o atendimento destinado às pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias. Seguindo a lógica da atenção integrada à Saúde, ela preconiza um conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, conforme detalhado no Quadro 1.

Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de apoio a Saúde da Família • Consultório na Rua • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro • Unidade Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitória	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, 2011.

Cada estrutura da RAPS¹⁰ foi pensada para acolher e tratar o problema de saúde mental apresentado, de acordo com a sua gravidade, complexidade e o nível de atenção necessário para o seu cuidado e, quando possível, sua solução.

A RAPS é um dos eixos presentes¹¹ na estrutura da Região de Saúde definida, no Decreto n. 7.508/2011, como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir

10 O processo de desinstitucionalização dos moradores dos hospitais psiquiátricos e de regulação dos leitos e dos atendimentos desses estabelecimentos que continuam em funcionamento, objeto do presente estudo, fazem parte do componente “Estratégias de Desinstitucionalização”.

11 Os demais eixos são: I) atenção primária; II) urgência e emergência; III) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e IV) vigilância em saúde.

de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

A partir dessa referência, os serviços da RAPS são de base territorial e comunitária, com oferta de estratégias de cuidado diversificadas, incluindo ações intersetoriais, que devem se adequar às necessidades de seus usuários e familiares e garantir a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania durante esse processo de cuidado.

Seguindo essas referências, o fluxo de atendimento é distribuído, de acordo com as necessidades levantadas, aos serviços de referência de cada nível de atenção, sendo a porta de entrada geralmente a Atenção Básica, responsável não somente por receber as demandas iniciais, mas também por acompanhar e levantar quaisquer necessidades territoriais por meio da Estratégia Saúde da Família.

Contudo, essa estrutura não é rígida, porque do ponto de vista da humanização do atendimento em Saúde, o acolhimento de quaisquer necessidades deve ser feito, indistintamente, em todos os serviços e receber o melhor encaminhamento possível para que seu pedido de cuidado seja respondido.

Essa é a premissa, segundo Prates (2013), do modelo de cuidado que vem sendo implantado e reforçado como política de governo, o da atenção psicossocial, considerado o atual paradigma da saúde mental. Entende-se a atenção psicossocial como referencial ético, teórico e político do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil e, ainda, como um modo de cuidado que leva em conta o contexto social e institucional da política. De acordo com Costa-Rosa *et al.* (2003), o modelo psicossocial vem para substituir o modelo assistencial psiquiátrico centrado na exclusão social. Suas práticas abrangem aspectos políticos e econômicos e os valores culturais para compor o cuidado. Sendo assim, o trabalho em saúde mental deve nortear-se pelo alcance da autonomia, do protagonismo dos sujeitos e do reforço dos vínculos sociais.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM NÓ CRÍTICO

A desinstitucionalização dos usuários com longo histórico de interação hospitalar continua sendo um dos nós críticos a ser enfrentado pelo

governo brasileiro. Esse processo pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e, em termos de política, depende da pactuação das três esferas de governo para a estruturação de uma política de saúde mental consoante à reforma psiquiátrica.

Em relação à política de saúde mental, a desinstitucionalização só será efetiva se concomitantemente: (1) for realizado um programa definitivo de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos¹², com a desospitalização dos moradores e a inibição de novas internações de longo prazo em estabelecimentos dessa natureza¹³; e (2) for implantada uma robusta rede de atenção psicossocial que possibilite a reinserção social do ex-morador, bem como o acolhimento de novas demandas.

Segundo Rotelli (1990), a desinstitucionalização não pode restringir-se apenas à desospitalização, ou seja, a uma política de altas hospitalares, redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos. Deve, inclusive, englobar a desospitalização, mas visando a ultrapassá-la, a transformar o campo da saúde mental de forma a romper com o predomínio da cultura do isolamento social como única alternativa de cuidado, segundo o qual o manicômio se constitui como o lugar exclusivo de tratamento ao sofrimento psíquico. A desinstitucionalização entendida apenas como desospitalização pode, segundo Rotelli, levar ao abandono dos sujeitos ou mesmo à transinstitucionalização, ou seja, pode gerar novas formas de institucionali-

12 E, em troca, ofertar, dentre outras possibilidades, internações de curto prazo em leitos dentro de hospitais gerais.

13 É interessante ressaltar aqui a necessidade de se construir um processo regulatório mais rigoroso e eficiente, que esteja previsto em lei, como, por exemplo, a presença de comissões revisoras das internações psiquiátricas, para que haja controle principalmente das internações de longa duração. Conforme indica Bellis (2004), não há regulamentação de instâncias legais e neutras que promovam o controle sistemático da entrada e saída de pacientes em hospitais psiquiátricos, tal como as equipes de revisão recomendadas em documento da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1991, “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, uma das referências que norteou parte da lei brasileira. O autor ainda aponta que, na Lei n. 10.216, “A omissão em relação ao ‘corpo de revisão’, em particular, constitui uma deficiência grave, pois os usuários deixam de ser protegidos das ameaças a que estão sujeitos desde que são diagnosticados como portadores de transtornos mentais. O cidadão brasileiro fica, assim, totalmente vulnerável: não tem como se proteger da própria rede de assistência montada para protegê-lo” (BELLIS, 2004, p. 163). Delgado (2011) é de opinião similar quando defende a presença de mecanismos mistos como um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental que possa defender e ampliar o monitoramento, a defesa e o acesso aos direitos dos pacientes com transtornos mentais. O que há de mais próximo a esse tipo de instância é a criação prevista na Portaria GM n. 2.391/2002 de Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias, por meio do Ministério Público, ainda em processo de implantação.

zação, em albergues e casas de repouso, capazes de produzir outras práticas segregativas. Em consonância com o autor, Barros e Bichaff (2008, p. 20) afirmam que “desinstitucionalizar não se restringe e nem se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformações com a extinção de organizações hospitalares/manicomiais, enquanto desinstitucionalizar significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos”.

Seguindo o mesmo paradigma, Rotelli (1990) afirma que o primeiro passo para a desinstitucionalização é o desmonte da relação problema-solução, “renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente estabelecida” (p. 28). O que se propõe é a mudança do olhar; “a partir da observação do manicômio (e não é assim também, em muitos sentidos, para o hospital geral?) se torna evidente que na relação que liga o problema à solução é a solução que formula o problema, no sentido de que é ela que lhe dá nome e forma” (p. 29).

Assim, segundo o autor, esse primeiro passo consiste em não mais enfrentar a etimologia da doença, mas encarar o que é, então, considerado doença mental como forma de existência e de expressão. A mudança dessa ótica está na reorientação da ação terapêutica, o que não significa renunciar ao tratamento e ao cuidado, mas proporcionar uma nova forma de lidar com a realidade.

O objeto de intervenção desloca-se, assim, da cura para o reconhecimento da existência do sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social. E seu foco é na produção de vida e no sentido de sociabilidade. “A ênfase não é mais no processo da cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p. 30). A desinstitucionalização torna-se, sobretudo, um trabalho terapêutico socialmente voltado para emancipar e reconstituir esses indivíduos, enquanto sujeitos em sofrimento, que se relacionam com o social e que têm voz, desejos e direitos.

Para isso, devem-se eliminar os meios de contenção (as instituições manicomiais) e: “produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas

jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais” (ROTELLI, 1990, p. 33). Enfim, criar um novo lugar social para a loucura, uma nova forma de sociabilidade que rompa com o estigma criado por sua reclusão em instituições de caráter asilar.

Barros (1998, p. 191), em consonância com as ideias de Rotelli, diz que “é necessário desconstruir não apenas as instituições manicomiais, mas também as ideias, as noções e os preconceitos que as acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la”.

Daí a importância de ratificar a implantação de robusta rede de atenção psicossocial que dê suporte à reinserção social dos indivíduos com longo histórico de internação psiquiátrica. Para que ocorra uma verdadeira desinstitucionalização, é preciso criar um novo conjunto de tecnologias que respondam às demandas dos indivíduos e que procurem incluí-los na vida social, garantindo sua participação na educação, no trabalho, no lazer, nos eventos socioculturais, nas relações sociais e nas suas condições de cidadão.

Segundo Ferro (2009), “para a reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos, interessa enxergar e levantar os desejos dos indivíduos atendidos e possibilitar a esses a participação social em outros papéis sociais que não os reservados à doença. (...) não se trata mais de buscar a normalidade, mas de proporcionar a vivência da diferença, de criar mecanismos de funcionamento sociais que embarquem em toda sua complexidade, de fortalecer uma rede de serviços que procure dar conta de toda a complexidade dos sujeitos atendidos” (p. 758).

A desinstitucionalização requer a coexistência de uma rede com o território, parte constitutiva da sociedade. O território designa não apenas uma área geográfica, mas os indivíduos que compõem a comunidade local, as instituições, as outras redes e os cenários que fazem parte da vida comunitária. “É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos” (BRASIL, 2005).

Ademais, além dos equipamentos em saúde mental ancorados na concepção de território, faz-se necessária sua articulação em rede com os demais serviços e, assim, a constituição “de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher os indivíduos em sofrimento psíqui-

co” (BRASIL, 2005). Para tal, é preciso que essa articulação se dê não somente com os serviços da área de saúde mental, mas, também, com os das demais áreas da saúde e os equipamentos sociais. Isso promove a autonomia, o resgate da cidadania de tais indivíduos e sua efetiva relação com a cidade – isto é, com os locais onde as pessoas nascem, crescem, trabalham, estudam, brincam, se relacionam, ficam doentes, se tratam, compram, vendem, etc.

A cidade é o ambiente geográfico onde se dão as relações. Administrativamente, as cidades são os municípios, e é nesse lugar que, de forma aliada à política nacional, se devem construir os projetos para os seus habitantes. É a ponta da administração direta – aquela que conhece a realidade local e suas particularidades – e das esferas de governo – aquela que está mais próxima dos cidadãos.

No que tange ao projeto da desinstitucionalização nos municípios, isso implica um novo aprendizado da sociedade e do Estado, para que dê conta da gestão dos processos de mudança na política municipal de serviços em saúde mental, na relação entre os cidadãos e na lógica da exclusão social (tendo em vista a inclusão na sociedade). Para tal, esses processos de transformação da cidade como novo lugar social da loucura devem ser trabalhados de forma coletiva.

É nesse sentido que a constituição da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos torna-se uma grande responsabilidade dos gestores municipais. Os serviços podem incluir centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais, cooperativas de trabalho ou outros serviços nos quais se tece uma rede de cuidados, de proteção e atenção às demais necessidades: trabalho, lazer, educação e participação social.

Para tanto, os serviços devem adaptar-se às carências e às singularidades dos usuários e de seus familiares – e não o contrário. As ações de saúde mental devem acontecer onde houver demanda, isto é, nas ruas, nas escolas, nas casas, no trabalho, nos serviços de saúde e outros. Por fim, é crucial que a rede busque garantias de proteção, de cuidado, de escuta, de tratamento e de produção de vínculos.

CAMINHO METODOLÓGICO

Essa pesquisa se constrói no bojo da metodologia das pesquisas censitárias, ou seja, tem como principal atributo a caracterização de uma população inteira. O censo, diferente de um *survey*, em que os resultados são obtidos por meio dos dados de uma amostra limitada, leva em consideração os dados do universo de toda a população pesquisada (BABBIE, 2003, p. 94).

Uma das características principais de um censo é a periodicidade, ou seja, toma-se como fundamento que o estudo de uma população em específico sofrerá mudanças que serão perceptíveis pelo recenseamento, que é, em suma, a repetição da pesquisa. Como exemplo, cita-se o censo da população brasileira, que segue a periodicidade de 10 anos (UN, 2008; IBGE, 2010).

Em particular, essa pesquisa censitária nos hospitais psiquiátricos de São Paulo só tem a existência justificada, essencialmente, enquanto existir população em situação de internação nesses hospitais.

Um censo psicossocial permite conhecer o cenário real em que se forma a situação do cuidado psiquiátrico e dos pacientes internados em regime de longa duração nos hospitais do Estado de São Paulo. Essa reedição permite confrontar os cenários encontrados no intervalo de tempo transcorrido de seis anos, tornando possível não somente a análise dos achados de 2014 como, também, a construção de alguns cruzamentos de dados dos resultados encontrados em 2008 e em 2014.

No intuito de preservar essa possibilidade, optou-se pela manutenção dos mesmos critérios de inclusão do sujeito; quanto ao instrumento de pesquisa, houve a adequação de algumas questões, conforme descreveremos no decorrer do capítulo.

CENÁRIOS DO ESTUDO

O Estado de São Paulo está dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) em âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e os organismos da sociedade civil.

Para o início da coleta dos dados, a SES/SP informou a existência de 53 hospitais psiquiátricos distribuídos em 14 DRS. O Quadro 1 aponta para a distribuição geográfica dos hospitais participantes do censo, por DRS, seus respectivos municípios de localização e o tipo de gestão.

Quadro 1. Distribuição dos hospitais psiquiátricos, por DRS, município de localização e gestão

DRS	HOSPITAL	MUNICÍPIO	GESTÃO
I - Grande São Paulo	Hospital CAISM Dr. Davi Capistrano	São Paulo	Estadual
	Hospital Philippe Pinel	São Paulo	Estadual
	Fundação Faculdade de Medicina - IPQ	São Paulo	Estadual
	Hospital João Evangelista	São Paulo	Municipal
	Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho	São Paulo	Municipal
	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	São Paulo	Municipal
	Hospital CAISM Santa Casa de Misericórdia	São Paulo	Estadual
	Hospital São João de Deus	São Paulo	Municipal
	Complexo Hospitalar do Juquery	Franco da Rocha	Estadual
	Lar Bussocaba Assistência Vicentina	Osasco	Municipal
	Centro Psiquiátrico São Bernardo do Campo	São Bernardo do Campo	Municipal
II - Araçatuba	Hospital Espírita João Marchesi	Penápolis	Municipal
	Hospital Benedita Fernandes	Araçatuba	Municipal
	Hospital Felício Luchini	Birigui	Estadual
III - Araraquara	Hospital Espírita Cairbar Schutel	Araraquara	Municipal
VI - Bauru	CAIS Candido Moura Campo	Botucatu	Estadual
	Associação Hospitalar Thereza Perlatti	Jáú	Estadual
	Centro de Atenção Integral à Saúde "Clemente Ferreira"	Lins	Estadual

VII - Campinas	Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira	Campinas	Municipal
	Instituto de Reabilitação e Prevenção em Saúde Indaiá	Indaiatuba	Municipal
	Clínica Fazenda Palmeiras – Sanatório Ismael	Amparo	Municipal
	Seara – Serviço Espírita de Assistência e Recuperação de Americana	Americana	Municipal
VIII - Franca	Hospital Allan Kardec	Franca	Municipal
IX - Marília	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	Graça	Municipal
	Instituto de Psiquiatria de Tupã	Tupã	Estadual
	Associação da Santa Casa de Misericórdia	Ourinhos	Municipal
	Hospital Espírita de Marília	Marília	Municipal
	Clínica de Repouso Dom Bosco	Tupã	Estadual
	Hospital Psiquiátrico André Luís	Garça	Estadual
X - Piracicaba	Clínica Antônio Luís Sayão	Araras	Estadual
	Casa de Saúde Bezerra de Menezes	Rio Claro	Estadual
XI - Presidente Prudente	Hospital Santa Maria	Pirapozinho	Estadual
	Hospital São João	Presidente Prudente	Estadual
	Associação Assistencial Adolpho Bezerra Menezes	Presidente Prudente	Estadual
XIII- Ribeirão Preto	Hospital Allan Kardec	Presidente Prudente	Estadual
	Hospital Santa Tereza	Ribeirão Preto	Estadual
XIV - São João da Boa Vista	Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita	Santa Rita do Passa Quatro	Estadual
	Fundação Espírita Américo Bairral	Itapira	Estadual
	Clínica de Repouso Itapira	Itapira	Estadual
	Instituto Bezerra de Menezes	Espírito Santo do Pinhal	Estadual
XV - São José do Rio Preto	Clínica de Repouso Santa Rosa	Espírito Santo do Pinhal	Estadual
	Centro de Reabilitação Casa Branca	Casa Branca	Estadual
	Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes	São José do Rio Preto	Municipal
XVI - Sorocaba	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	Catanduva	Municipal
	Clínica Psiquiátrica de Salto de Pirapora	Salto de Pirapora	Estadual
	Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências	Piedade	Estadual
	Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias	Sorocaba	Municipal
	Hospital Psiquiátrico Santa Cruz	Salto de Pirapora	Estadual
	Hospital Psiquiátrico Vera Cruz	Sorocaba	Municipal
	Hospital Mental Medicina	Sorocaba	Municipal
XVII - Taubaté	Instituto Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima	Sorocaba	Municipal
	Hospital Chuí de Psiquiatria	São José dos Campos	Municipal
	Hospital Francisca Julia	São José dos Campos	Municipal

Fonte: SES/SP e CNES/Datasus

Durante a realização da coleta, houve o fechamento de três unidades hospitalares, sendo duas no DRS XVI – Sorocaba (Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias e Hospital Mental Medicina) e um hospital no DRS XI, o Hospital Santa Maria. Os pacientes desses locais foram transferidos para outras instituições hospitalares ou para residências terapêuticas.

O INSTRUMENTO

A pesquisa consistiu em levantamento dos dados por meio de prontuários e entrevistas com o público-alvo e com a equipe de saúde dos hospitais psiquiátricos, quando os próprios sujeitos estavam impossibilitados de respondê-la.

O questionário aplicado (Anexo 1) foi o mesmo utilizado no primeiro censo (BARROS e BICHAFF, 2008). Discretos ajustes foram realizados por solicitação da SES/SP, mas preservando seu conteúdo, a fim de não comprometer o objetivo de relacionar os resultados agora obtidos aos achados em 2008, e assim identificar as semelhanças ou disparidades existentes. Consistiram na transferência das questões sobre o gênero, a raça e a religião para o início do questionário (no bloco de identificação do usuário) e da questão sobre o indicador “Comunicação” para o bloco de autocuidado, tal como apresentado na análise dos dados da publicação do censo de 2008.

Também foram inseridas quatro novas questões no questionário de 2014: uma sobre a data da primeira internação, para subsidiar o cálculo do tempo de internação; a segunda sobre a hipótese diagnóstica, visto que, em alguns prontuários, há a descrição do caso, mas nem sempre o código do CID ou do DSM, e essa informação pode ser complementar nesses casos; a terceira sobre o vínculo e a identificação do curador, para detalhar essa informação e propiciar um melhor acompanhamento desses casos pela SES/SP; e, por fim, a quarta, no acréscimo de informações sobre uso de cadeira de rodas, prótese, órtese, andador, bengala ou muleta, óculos e aparelho auditivo, ao final do questionário, também para subsidiar a Secretaria da Saúde.

O instrumento final utilizado no trabalho de campo abrange três grandes tópicos:

- Caracterização da População, a partir da coleta de informações em prontuários ou diretamente do morador e/ou da equipe de saúde do hospital;

- Dados Psicossociais, obtidos por meio de coleta de informações do próprio morador e, quando necessário, da equipe de saúde;
- Observação do Pesquisador, relato das impressões do pesquisador e anotações de dados relevantes.

O cálculo do tempo de internação foi feito pela equipe técnica da Fundap a partir dos dados coletados em resposta à questão: “data da primeira internação nesta unidade, independentemente da renovação da Autorização de Internação Hospitalar” (correspondente ao primeiro censo).

Informados pela SES/SP de que alguns hospitais seriam fechados durante o período previsto para a coleta de dados e que moradores desses estabelecimentos seriam transferidos para outras unidades, incluímos a questão “Qual a data de sua primeira internação?”, visto que poderíamos perder parte do público-alvo da pesquisa se considerássemos somente a data de admissão no hospital atual.

Também foi utilizada como referência a resposta à pergunta aberta sobre o “tempo de internação indicada na questão procedência”, nos casos em que o paciente era proveniente de hospital psiquiátrico ou casa de custódia. A categorização dessas respostas foi feita em anos, para o cálculo do tempo de internação.

A checagem da informação sobre o tempo de internação baseou-se, assim, em três variáveis:

- a data de internação no hospital atual;
- a data da primeira internação; e
- o tempo de internação registrado em instituição anterior, caso a procedência fosse de hospital psiquiátrico ou casa de custódia.

O Quadro 2 detalha as possibilidades de checagem e aponta para a referência quantitativa, a partir das três variáveis adotadas.

Quando a data especificada nas variáveis referentes à data da primeira internação e/ou à procedência era diferente da data de admissão no hospital atual, foram somados, para a contagem do total de anos, os demais anos indicados, a partir de uma dessas referências. Por exemplo, se a data da primeira internação foi em 10/10/1996 ou estava indicada como tendo ocorrido de 10/10/1996 a 10/10/2010 (na procedência) e a data de internação na instituição atual começa a partir de 10/10/2010, o tempo de internação do morador somou 18 anos. Se somente na variável procedência estivesse especificado o tempo, em anos, de internação anterior, esse tempo foi somado

Quadro 2. Cálculo do tempo de internação. Possibilidades de checagem e referência quantitativa, a partir das três variáveis utilizadas

VARIÁVEL E TIPO DE CHECAGEM REALIZADA	N	%
(1) Registro da data de internação somente na instituição atual (variável 'data de admissão na instituição atual')	3.426	77,2
(2) Registro da data de internação somente na instituição atual, com dupla checagem (variável 'data da primeira internação' = 'data de internação na instituição atual, sem tempo de internação em procedência')	162	3,6
(3) Registro com informação sobre internação em hospital anterior, com dupla checagem (variável 'procedência' [tempo de internação em hospital psiquiátrico ou casa de custódia] ≠ 'data de admissão na instituição atual, sem data da primeira internação')	467	10,5
(4) Registro com informação sobre internação em hospital anterior, com tripla checagem (variável 'procedência' [tempo de internação em hospital psiquiátrico ou casa de custódia] = 'data da primeira internação' ≠ 'data de internação na instituição atual')	269	6,1
(5) Registro de data da primeira internação (anterior à atual) ≠ da data de admissão na instituição atual, sem procedência (dupla checagem)	110	2,5
(6) Registro com informação sobre internação em hospital anterior (variável 'procedência' [tempo de internação em hospital psiquiátrico + casa de custódia] = 'data da primeira internação' = 'data de internação na instituição atual') (tripla checagem)	5	0,1
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

ao período relativo à internação atual: se o sujeito ficou 10 anos internado em outro hospital psiquiátrico ou casa de custódia e a data de internação atual era 2/2/2012, o tempo de internação computado foi de 12 anos.

A última checagem realizada para assegurar o cálculo do tempo de internação foi confirmar o resultado final com a data de nascimento ou idade presumida de cada morador, para verificar se tal período condizia com o seu tempo de vida.

Como na pesquisa não havia questão específica sobre períodos de interrupção ou alta dessas internações, não foi possível identificar casos de internações intermitentes, salvo raros registros descritos¹ no campo aberto da questão sobre o tempo de internação em instituição anterior (procedência). Contudo, o tratamento dos dados no cálculo dos anos de internação, com base nas variáveis citadas, leva a crer que internações ininterruptas são mais recorrentes para essa população, muito embora a confirmação desse

¹ Nesses casos, tal período foi desconsiderado no cálculo do tempo de internação.

dado torne necessária a inclusão, em uma futura pesquisa, de questão específica sobre o tema, que deverá ser testada, a fim de que se possa verificar a viabilidade de se buscar essa informação nesse tipo de pesquisa.

Cabe apontar que o primeiro censo (BARROS e BICHAFF, 2008) considerou somente a variável tempo de internação na instituição atual, o que difere em parte dos critérios acima descritos. Embora a maioria da população pesquisada esteja incluída nessa variável (80,9%, sendo 77,2% somente da variável tempo de internação da instituição atual + 3,6% em que a data da primeira internação é igual à data da internação na instituição atual + 0,1% com data da primeira internação igual à data de internação na instituição atual igual à data de internação descrita na procedência) – e, portanto, tende a ficar muito próximo do resultado do censo passado –, o intuito de trabalhar com as demais variáveis é deixar a informação mais precisa, visto que teríamos um grupo significativo de moradores (19%) que poderia indicar uma internação mais recente do que de fato seria, sem a adoção desses critérios.

A COLETA DOS DADOS

A fim de articular-se com os locais de pesquisa, a Assessoria de Saúde Mental, Álcool e Drogas encaminhou ofício a todos os dirigentes das instituições hospitalares informando que novo censo seria realizado e que a aplicação da pesquisa seria conduzida pela Fundap.

Para a coleta de dados, foram contratados, por meio de credenciamento, profissionais de nível superior da área de saúde – dos cursos de enfermagem, medicina, psicologia, terapia ocupacional e serviço social –, preferencialmente com pós-graduação e experiência na área de saúde mental, para exercer a função de coordenador de campo ou pesquisador.

A modalidade de credenciamento, forma de contratação direta adotada pela administração pública e da qual a Fundap possui larga experiência, fundamenta-se no artigo 25 da Lei n. 8.666/93, que prevê a possibilidade de contratar sem licitação prévia, nos casos em que a competição não seja viável. A escolha dessa modalidade possibilitou a contratação do número necessário de atores para executar o trabalho de campo, segundo o cronograma previsto. Em alguns DRS, o número de profissionais estimados não foi atingido no primeiro processo de credenciamento, o que obrigou à realização de novo processo.

A estruturação dos editais de credenciamento seguiu o critério de regionalização, utilizando-se como referência o mapeamento da SES/SP, que divide o Estado em 17 DRS. Essa estruturação do processo de credenciamento possibilitou a inscrição do interessado no DRS mais próximo de sua residência, em uma das duas categorias de atividade (coordenador de campo ou pesquisador). A Comissão de Credenciamento utilizou, como suporte de análise e controle das inscrições, o sistema de informação “Capacita”, desenvolvido na Fundap para esse fim.

Concomitante ao período das inscrições, foram divulgados os Editais de Credenciamento em instituições públicas e privadas de formação de profissionais de saúde ou que prestam serviço na área. O período de mobilização contou com a efetiva participação da Assessoria de Saúde Mental da SES, por meio de comunicação aos interlocutores de saúde mental, nos DRS.

A contratação dos profissionais credenciados foi feita de acordo com as necessidades da Fundap, respeitando rigorosamente a ordem de classificação na região correspondente ao DRS, indicada no momento da inscrição.

Foram contratados 71 credenciados, distribuídos pelos 14 Departamentos Regionais de Saúde que possuem hospitais psiquiátricos, conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3. Distribuição de coordenadores e pesquisadores, por DRS

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE	TOTAL DE COORDENADORES	TOTAL DE PESQUISADORES
DRS I – Grande São Paulo	3	6
DRS II – Araçatuba	0	1
DRS III – Araraquara	0	1
DRS VI – Bauru	2	2
DRS VII – Campinas	2	3
DRS VIII – Franca	0	1
DRS IX – Marília	4	5
DRS X – Piracicaba	0	3
DRS XI – Presidente Prudente	2	3
DRS XIII – Ribeirão Preto	0	3
DRS XIV – São João da Boa Vista	3	11
DRS XV – São José do Rio Preto	0	1
DRS XVI – Sorocaba	5	9
DRS XVII – Taubaté	0	1
Total Geral	21	50

Fonte: Fundap.

A fim de garantir a qualidade da informação a ser coletada, foram realizadas três capacitações presenciais destinadas aos coordenadores de campo, pesquisadores e articuladores de saúde mental dos DRS.

Os encontros, ocorridos antes do início dos trabalhos de campo, serviram para contextualizar a saúde mental no Estado de São Paulo, apresentar a organização das atividades dos coordenadores de campo e pesquisadores e expor o método de coleta de dados utilizado na pesquisa, com demonstração do modo de preenchimento do questionário e inserção dos dados em ambiente virtual. O planejamento do trabalho de campo foi feito por meio de atividade em grupo com os interlocutores de saúde mental, por DRS.

Em seguida, iniciou-se efetivamente o trabalho de campo dos coordenadores e pesquisadores. No intuito de propiciar o acesso das equipes de pesquisa ao estabelecimento, os coordenadores e os interlocutores de saúde mental mantiveram contato com os dirigentes hospitalares, identificando os responsáveis institucionais por acompanhar os trabalhos e, ainda, em conjunto com os pesquisadores, elaboraram o cronograma de coleta de dados.

Ao coordenador de campo ficou estipulada a tarefa de organizar a agenda, a rotina de trabalho do(s) pesquisador(es) e acompanhar o início da aplicação da pesquisa em cada estabelecimento de saúde em que ficou responsável, para esclarecimento de dúvidas eventuais e revisão dos primeiros formulários preenchidos pelos pesquisadores, devolvendo-os ou não para complementações necessárias. E cada pesquisador ficou responsável pela coleta de dados na unidade em que foi alocado, de acordo com sua disponibilidade e as rotinas do estabelecimento.

Foram entrevistados somente os moradores dos hospitais psiquiátricos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), internados há no mínimo um ano, a partir da data de aplicação da pesquisa em cada unidade. A coleta de dados ocorreu durante sete meses, do dia 22 de abril ao dia 28 de novembro de 2014. Esse prazo foi maior que o do primeiro censo (que concentrou a coleta em um mês) devido ao número menor de profissionais que foram credenciados para o trabalho de campo e também à baixa carga horária disponibilizada pelos mesmos e, em alguns casos, pelo número reduzido de pesquisadores para realizar a pesquisa em tempo menor, o que tornou necessária a realização de outro credenciamento.

Uma vez que a pesquisa envolve seres humanos e que os resultados obtidos poderiam ser utilizados em publicações científicas, o projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde, em abril de 2014, conforme determina a Resolução CNS/MS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi apresentada a todos os participantes (moradores e membros da equipe do hospital) e por meio de abordagens presenciais foi solicitada sua permissão para a participação do censo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Após aplicação e preenchimento dos questionários, os pesquisadores inseriram os dados coletados em ambiente virtual, desenvolvido pela Fundap, com a finalidade primordial de armazenar as informações coletadas pelos pesquisadores em um banco eletrônico que possibilitasse a visualização dos dados, o cruzamento de variáveis e a programação de relatórios com os resultados obtidos, essenciais para a análise da pesquisa.

Para a coleta de dados e o armazenamento das respostas dos questionários, a equipe da Fundap adotou como estratégia os seguintes recursos:

- **o uso de formulário impresso para o registro manual das informações:** a opção por formulário impresso (em vez de coletor eletrônico de dados) deveu-se ao tipo de trabalho a ser realizado – no caso, coleta por meio de pesquisa em prontuário, associada a entrevista com o morador e/ou com profissional(is) que o acompanha. Em comparação com o uso de coletor eletrônico de dados, o manuseio do formulário impresso facilita e agiliza, quando necessário, o resgate das informações levantadas. Ao final da coleta de dados, esses formulários foram enviados à sede da Fundap para arquivamento, conforme determina a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, permitindo o acesso e a revisão de dados sempre que necessário;
- **a disponibilização de *link* de acesso para preenchimento *on-line* das respostas:** com o propósito de garantir o acompanhamento remoto em tempo real da execução da pesquisa, em termos tanto da produção técnica dos pesquisadores e da qualidade das informações registradas, quanto dos resultados parciais da pesquisa, criou-se *link* de acesso ao formulário *on-line* para a inserção das respostas obtidas na entrevista presencial, o que deveria ser feito em até 24 horas após a coleta. Com esse recurso, o banco de dados foi gerado automaticamente e pôde ser armazenado de forma segura;

- **a visualização e extração *on-line* dos resultados, em tempo real:** para que a equipe gestora da Fundap e da Secretaria de Estado da Saúde e os coordenadores de campo pudessem visualizar o *status* da pesquisa, foram criados dois níveis hierárquicos de acesso: o primeiro deles, central, possibilitou à equipe gestora acessar todos os registros inseridos no banco de dados; o segundo nível permitiu a visualização personalizada, por coordenador, do grupo de dados de seu interesse, atrelados, em cada caso, ao Departamento Regional de Saúde, à equipe de pesquisadores e às unidades hospitalares sob sua responsabilidade.

A arquitetura desses recursos, ancorada na utilização de software específico que permite investigar em profundidade as entrevistas, envolveu as seguintes etapas de trabalho:

- programação da versão impressa do questionário;
- revisão e testes de preenchimento da versão impressa do questionário;
- programação da versão *on-line* do questionário, com inserção de lógicas no preenchimento do formulário para diminuir erros de digitação e permitir: resposta obrigatória; desvio de resposta, dependendo do tipo de pergunta e resposta; e restrição de acesso, pelo uso de senhas;
- revisão e testes de consistência da versão *on-line* do formulário;
- programação do *link* de acesso à versão *on-line* do formulário;
- criação de domínio específico e do *layout* da página de acesso, elaborada pela área de tecnologia da informação da Fundap; e
- disponibilização dos documentos de uso e suporte para a pesquisa no ambiente *web*: questionário, termos de consentimento livre e esclarecido para usuário e trabalhador, acesso ao manual de instrução.

O uso dessa plataforma também tornou possível a elaboração de relatórios preliminares dos resultados, por extrato, tendo sido programada a exportação dos dados para visualização no padrão Office*. Por questão de segurança, o sistema foi programado para impedir qualquer alteração após o preenchimento do formulário; as correções necessárias puderam ser feitas apenas pela equipe gestora do projeto, com o subsídio dos pesquisadores.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O conjunto de dados fornecido pelo censo psicossocial de 2014, inspirado no censo realizado em 2008, permite traçar um panorama detalhado da situação dos moradores de hospitais psiquiátricos e mostra como a institucionalização prolongada limita a autonomia do indivíduo.

Os dados a seguir apresentados são relevantes para que se possa avaliar e melhor planejar políticas públicas capazes de concretizar as estratégias e os processos de desinstitucionalização da população pesquisada. Essas informações – obtidas a partir de dados socioeconômicos, dados clínicos, situação da internação e situação jurídica – ajudam a traçar o perfil do morador de hospital psiquiátrico e propor alguns indicadores referentes ao autocuidado e à participação nos contextos institucional e social, pertinentes a essa avaliação e planejamento.

LEVANTAMENTO DOS MORADORES, ENTRE OS CENSOS

O censo psicossocial de 2014 entrevistou 4.439 moradores, resultando em uma diferença significativa em relação aos dados coletados no censo de 2008, no qual foram entrevistados 6.349 moradores.

Com base na análise das listagens de óbitos fornecidas pelos hospitais psiquiátricos e das listagens de saídas de moradores para serviços residenciais terapêuticos (SRT), enviadas pelos Departamentos Regio-

nais de Saúde (DRS) e/ou municípios¹, pode-se inferir que a diferença de 1.910 pessoas entre os dados de um censo e outro² deveu-se a: 1.170 óbitos³, 739 altas para RT e o caso de um morador cujo destino não foi possível identificar (Tabela 1).

Tabela 1. Levantamento da situação dos moradores entre os censos

TOTAL CENSO 2008		TOTAL DE SAÍDAS DE MORADORES PARA VIVER EM RT, ATÉ 2014		TOTAL DE ÓBITOS DE MORADORES, REGISTRADOS ATÉ 2014		SEM INFORMAÇÃO SOBRE SAÍDA OU ÓBITO		TOTAL CENSO 2014	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6.349	100	739	11,6	1.170	18,4	1	0,5	4.439	69,9

Fonte: Censo 2008, Censo 2014 e informações fornecidas pelos hospitais psiquiátricos e DRS.

Observa-se que ocorreram mais óbitos (18,4% do total do censo de 2008) do que saídas para SRT (11,6%) e que parcela significativa da população permaneceu internada (69,9%). A Tabela 2 mostra os dados comparativos sobre o número de moradores de hospitais psiquiátricos levantados nos censos de 2008 e de 2014, detalhados por DRS.

Seis anos após a conclusão do primeiro censo, o número de moradores de hospitais psiquiátricos diminuiu 41,2%, mostrando diferenças significativas entre os DRS. As regiões com as maiores taxas de redução de moradores (internados até 2007) foram: Barretos (-100%), Piracicaba (-57,8%), São Paulo (-56,4%), Bauru (-46,5%) e Ribeirão Preto (-42%). Em contraponto, alguns DRS apresentaram queda pouco expressiva, como: Araçatuba (-7,2%), Marília (-10,6%) e São João da Boa Vista (-17,2%), ou até mesmo o aumento no número de moradores, como em: São José do Rio Preto (+73,7%), Taubaté (+34,5%) e Araraquara (+14,3%).

1 As bases de dados do Datasus para controle de internações, óbitos e saídas para residências terapêuticas (RT) são distintas e não é possível, a priori, fazer consulta específica para o segmento dos moradores de hospitais psiquiátricos. Como essa fonte trabalha com milhões de registros, seria muito complexa a localização desse grupo e o cruzamento das informações. Para facilitar o acesso aos dados, essas listagens foram solicitadas por meio dos hospitais psiquiátricos e dos DRS e/ou municípios.

2 Cabe ressaltar que as listagens de óbitos apresentam um número maior de registros, que pode responder ao óbito de pessoas não consideradas nos censos por conta de sua situação por ocasião da pesquisa (por exemplo, poderiam ter menos de um ano de internação) ou referir-se a óbitos ocorridos posteriormente à coleta do censo de 2014.

3 Não há informação sobre a *causa mortis* dos pacientes.

Tabela 2. Dados comparativos sobre o número de moradores de hospitais psiquiátricos, segundo os censos de 2008 e 2014

DRS	TOTAL DE MORADORES (CENSO 2008) (A)	TOTAL DE MORADORES (CENSO 2014) (B)	MORADORES INTERNADOS ATÉ 2007 (CENSO 2014)	MORADORES INTERNADOS A PARTIR DE 2008 (CENSO 2014)	DIFERENÇA ENTRE O NÚMERO DE MORADORES (A-B)	% DE REDUÇÃO OU AUMENTO DE MORADORES
Grande São Paulo	605	264	174	90	-341	-56,4
Araçatuba	69	64	51	13	-5	-7,2
Araraquara	28	32	19	13	4	14,3
Baixada Santista	0	0	0	0	0	0,0
Barretos	31	0	0	0	-31	-100
Bauru	316	169	150	19	-147	-46,5
Campinas	121	86	63	23	-35	-28,9
Franca	117	75	75	0	-42	-35,9
Marília	613	548	454	94	-65	-10,6
Piracicaba	566	239	226	13	-327	-57,8
Presidente Prudente	253	187	173	14	-66	-26,1
Registro	0	0	0	0	0	0,0
Ribeirão Preto	362	210	173	37	-152	-42,0
São João da Boa Vista	905	749	634	115	-156	-17,2
São José do Rio Preto	57	99	63	36	42	73,7
Sorocaba	2.219	1.600	1.402	198	-619	-27,9
Taubaté	87	117	80	37	30	34,5
TOTAL GERAL	6.349	4.439	3.737	702	-2.614	-41,2

Fonte: Censo 2008 e Censo 2014.

Foram identificadas 702 novas internações de longo prazo, registradas entre 2008 e 2014, em praticamente todos os DRS, equivalentes a 15,8% do total de moradores, segundo o censo de 2014. Do mesmo modo, foram localizados no censo atual ao menos 2.482 moradores⁴ dentre os 3.737 internados até o final de 2007, pertencentes ao censo de 2008.

TEMPO DE INTERNAÇÃO

A população recenseada em 2014 é composta por usuários do SUS em regime de internação prolongada nos hospitais psiquiátricos. Embora seja

⁴ Foi utilizada somente a variável “nome do paciente” para identificar esses registros. O número tende a ser maior devido à falta de padronização na grafia e preenchimento dos nomes, problema comumente verificado na digitação das informações. Dado que 702 novas internações ocorreram após o censo de 2008, é provável que o total do grupo dos não identificados (1.255) corresponda a esse aumento, visto que as informações disponíveis sobre a data de internação condizem com as da população considerada no censo de 2008.

um desafio, em alguns casos, precisar o tempo de internação, uma vez que os dados obtidos são passíveis de variação e devido às dificuldades encontradas numa pesquisa nos moldes da que foi realizada⁵, é relevante apresentar um panorama do tempo de internação, comparando os dados de ambos os censos e fazendo o cruzamento com a faixa etária da população recenseada.

Do total de moradores identificados no censo de 2014, 74,5% estão, no mínimo, internados há mais de 10 anos (Tabela 3). O intervalo mais frequente nessa faixa de moradores é de 16 a 20 anos de internação (15,8%). Chama a atenção o fato de que o segundo intervalo mais frequente (de 1 a 5 anos), equivalente a 13,6% do total, corresponda a internações feitas após a conclusão do primeiro censo.

Tabela 3. Tempo de internação em hospitais psiquiátricos (em anos)

TEMPO DE INTERNAÇÃO (EM ANOS)	N	%
1 a 5	603	13,6
6 a 10	511	11,5
11 a 15	560	12,6
16 a 20	703	15,8
21 a 25	574	12,9
26 a 30	466	10,5
31 a 35	395	8,9
36 a 40	332	7,5
41 a 45	143	3,2
46 a 50	61	1,4
51 a 55	45	1,0
56 ou +	28	0,6
Sem informação*	18	0,4
Total Geral	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

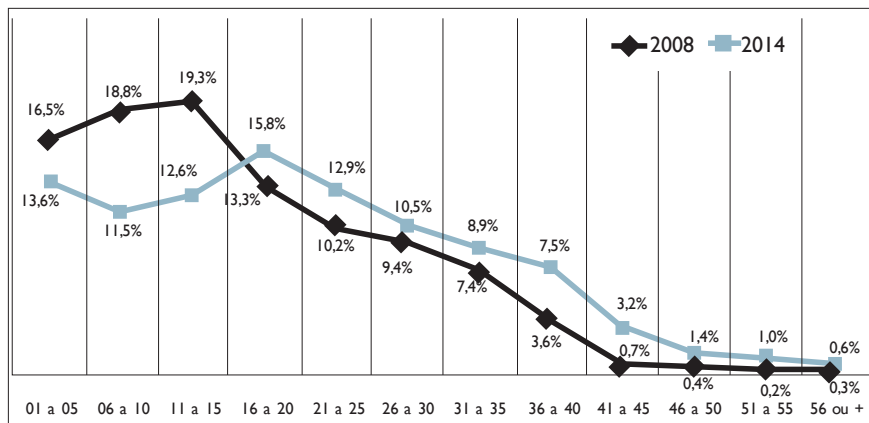
* Refere-se ao grupo de moradores internados por mais de um ano ininterrupto, sobre os quais, contudo, não foram localizadas informações detalhadas.

A comparação dos resultados dos dois censos mostra que os percentuais decresceram nos menores intervalos de tempo de internação (entre 1 a 5 anos, entre 6 e 10 anos e entre 11 e 15 anos) e aumentaram nos maiores intervalos de tempo, a partir dos 16 aos 20 anos. Isso se deve, provavelmente, à menor frequência com que são feitas, atualmente, novas internações de longo prazo, visto que a própria política inibe esse tipo de tratamento, procurando regular o tempo das internações por meio do incentivo ao cuidado em rede, territorializado, em equipamentos predominantemente extra-hospitalares. Por outro lado, dado que parcela importante da população pesquisada é composta de

5 Para maiores detalhes, consulte o capítulo Caminho Metodológico, que discorre sobre a metodologia utilizada.

moradores que permaneceram internados após a realização do primeiro censo, o percentual daqueles que estão internados há mais tempo (no intervalo compreendido entre 16 e 20 anos) aumenta em decorrência do tempo passado entre os censos realizados. O Gráfico 1 detalha essas informações.

Gráfico 1. Evolução do tempo de internação por intervalo de 5 anos ou mais, nos censos de 2008 e 2014 (em porcentagem)



Fonte: Censos 2008 e 2014.

O cruzamento de dados referentes ao tempo de internação e à faixa etária (Tabela 4) mostra que há forte relação entre os dois indicadores: quanto maior é a idade, maior é o tempo de internação. Apesar desse padrão, é interessante notar que, de 1.114 pessoas (24,9% do total geral) internadas há apenas 1 e até 10 anos — ou seja, em internações recentes —, 763 (17,1% do total geral) têm mais de 40 anos de idade.

No detalhe desse cruzamento, chama a atenção a presença, ainda que pequena (0,2% do total), de menores de idade em internações prolongadas, algumas ocorridas muito precocemente, podendo indicar que, apesar de uma série de medidas protetivas (por meio de leis e do Estatuto da Criança e do Adolescente), ainda há lacunas para esse tipo de recurso.

No grupo composto de adultos jovens (entre 19 a 39 anos), predominam internações com duração entre 1 e 5 anos e, numa frequência pouco menor, entre 6 e 10 anos.

Para a população com mais de 40 anos de idade, a distribuição do tempo de internação é um pouco mais diluída, revelando serem mais frequentes as internações entre 16 e 20 anos para pessoas nas faixas etárias de 40 a

Tabela 4. Tempo de internação, em anos, por faixa etária

TEMPO DE INTERNÇÃO (EM ANOS)	FAIXA ETÁRIA																	
	13 A 18		19 A 29		30 A 39		40 A 49		50 A 59		60 A 69		70 A 79		80 OU +		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
01 a 05	5	50,0	75	39,5	121	23,4	153	15,9	142	12,0	76	8,6	25	4,9	6	3,3	603	13,6
06 a 10	0	0,0	50	26,3	100	19,3	117	12,1	123	10,4	80	9,1	31	6,1	10	5,5	511	11,5
11 a 15	3	30,0	32	16,8	92	17,8	141	14,6	144	12,2	92	10,4	41	8,0	15	8,3	560	12,6
16 a 20	0	0,0	20	10,5	92	17,8	176	18,3	204	17,2	126	14,3	63	12,3	22	12,2	703	15,8
21 a 25	0	0,0	10	5,3	77	14,9	170	17,7	152	12,8	107	12,1	48	9,4	10	5,5	574	12,9
26 a 30	0	0,0	2	1,1	22	4,3	123	12,8	157	13,3	91	10,3	54	10,5	17	9,4	466	10,5
31 a 35	0	0,0	0	0,0	7	1,4	57	5,9	165	13,9	100	11,3	45	8,8	21	11,6	395	8,9
36 a 40	0	0,0	0	0,0	3	0,6	18	1,9	63	5,3	123	13,9	97	18,9	28	15,5	332	7,5
41 a 45	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,5	18	1,5	50	5,7	49	9,6	21	11,6	143	3,2
46 a 50	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,8	25	2,8	22	4,3	5	2,8	61	1,4
51 a 55	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	5	0,6	25	4,9	13	7,2	45	1,0
56 a 60	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,2	5	1,0	5	2,8	13	0,3
61 a 65	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	4	0,8	3	1,7	8	0,2
66 ou +	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	5	2,8	7	0,2
Sem informação*	2	20,0	1	0,5	3	0,6	3	0,3	3	0,3	5	0,6	1	0,2	0	0,0	18	0,4
Total	10	100	190	100	517	100	963	100	1.183	100	883	100	512	100	181	100	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

* Refere-se ao grupo de moradores internados por mais de um ano ininterrupto, sobre os quais, contudo, não foram localizadas informações detalhadas.

49 anos, de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos, e longas internações, entre 36 e 40 anos, para pacientes a partir dos 70 anos de idade.

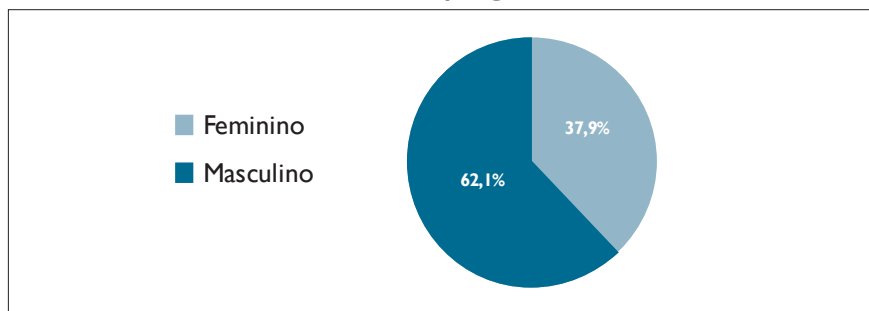
Se forem desconsideradas as internações ocorridas mais recentemente e as de população composta por adultos jovens, chama a atenção o fato de a maioria dos moradores ter passado o equivalente a um terço, ou até mesmo a metade de suas vidas, internados em hospitais psiquiátricos. Essa informação é fundamental e deve permear todas as nossas discussões, uma vez que viver tanto tempo de forma institucionalizada traz uma série de consequências. E os resultados obtidos no censo de 2014 demonstram justamente o efeito desse tempo passado.

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Os dados sociais dos moradores dos hospitais psiquiátricos — tais como gênero, idade (em faixa etária), raça/cor/etnia, religião, estado civil, naturalidade (local de nascimento), escolaridade e situação empregatícia — são similares nos dois censos realizados.

No censo de 2014, mantém-se o predomínio da população masculina, representando 62,1% da população total, sobre a população feminina, com 37,9% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos moradores, por gênero



Fonte: Censo 2014.

A distribuição etária dos moradores segundo o gênero (Tabela 5) mostra uma concentração de indivíduos com mais de 50 anos (62,2% do total), com destaque para moradores na faixa etária dos 50 aos 59 anos (26,7%).

Tabela 5. Distribuição dos moradores por faixa etária, segundo o gênero

IDADE	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
de 13 a 18 anos	3	0,2	7	0,3	10	0,2
de 19 a 29 anos	72	4,3	118	4,3	190	4,3
de 30 a 39 anos	158	9,4	359	13,0	517	11,6
de 40 a 49 anos	302	18,0	661	24,0	963	21,7
de 50 a 59 anos	441	26,2	742	26,9	1.183	26,7
de 60 a 69 anos	377	22,4	506	18,3	883	19,9
de 70 a 70 anos	229	13,6	283	10,3	512	11,5
de 80 anos ou mais	99	5,9	82	3,0	181	4,1
Total Geral	1.681	100	2.758	100	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

A variação etária em relação ao gênero é discreta, mostrando percentuais pouco mais elevados na população masculina situada nas faixas de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos (37%) em relação à população feminina nas mesmas faixas (27,4%); ao contrário, verificam-se percentuais pouco mais elevados na população feminina com mais de 60 anos (41,9%) em comparação à masculina nessas mesmas faixas (31,6%). Ou seja, embora a maior concentração dos moradores tenha idade avançada (a maioria está com mais de 50 anos) e esteja envelhecendo, a população de homens mostra-se um pouco mais jovem do que a de mulheres. O envelhecimento dessa população pode ser explicado pelo fato de a maioria já ter sido considerada no censo anterior e ter continuado internada nesse intervalo de seis anos entre os dois censos.

Em relação à etnia, o percentual mais elevado é daqueles que se declaram brancos (65%), seguidos dos pardos (21,5%) e dos pretos (12,7%). Os demais não chegam a 1% do total (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos moradores por raça/cor

RAÇA/COR	N	%
Branca	2.885	65,0
Parda	954	21,5
Preta	562	12,7
Amarela	34	0,8
Indígena	3	0,1
Outra	1	0,0
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

A Tabela 7 mostra os dados referentes ao estado civil dos moradores. Observa-se que 86,9% deles são solteiros.

Tabela 7. Distribuição dos moradores pelo estado civil

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro(a)	3.856	86,9
Casado(a)	173	3,9
Separado(a)	96	2,2
Viúvo(a)	55	1,2
Outro(a)	33	0,7
Informação ignorada	226	5,1
Total Geral	4.439	100

} 7,3%

Fonte: Censo 2014.

Uma das hipóteses para o alto índice de solteiros é que se trata de uma população institucionalizada há muito tempo e sem muito contato com o mundo externo ao hospital, o que faz com que a sociabilidade dos moradores restrinja-se à população da própria instituição, por meio de rotinas diárias segmentadas por grupos, por gênero, por idade, o que dificulta ainda mais possíveis encontros afetivos. A essas limitações, somam-se o desafio de enfrentar as próprias fragilidades pessoais, o estigma e as situações de preconceito vividas, que dificultam qualquer tentativa de iniciar e manter relações afetivas e sociais ao longo da vida.

Com relação à religião (Tabela 8), cabe indicar que a questão foi subnotificada ou nem mesmo abordada pelos moradores, tendo sido ignorada por mais da metade dos pesquisados. Dos que indicaram sua crença, 29,2% declararam-se católicos e 7% disseram-se evangélicos, resultados esperados dado o padrão de crença no Brasil, país predominantemente católico mas que tem apresentado um crescimento do número de fiéis evangélicos em sua composição (Censo de 2010, IBGE); por outro lado, 10,9% dos moradores declararam não possuir religião.

A Tabela 9 dá informações sobre o nível de escolaridade dos moradores: 66,7% não foram alfabetizados, 7,7% sabem escrever apenas o próprio nome e pouco menos de um quarto da população possui algum tipo de educação formal.

Tabela 8. Distribuição dos moradores por religião

RELIGIÃO	N	%
Católica	1.298	29,2
Evangélica	320	7,2
Espírita	32	0,7
Umbandista	3	0,1
Budista	2	0,1
Outra	19	0,4
Não possui	484	10,9
Informação ignorada	2.270	51,4
Total Geral	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Tabela 9. Distribuição os moradores por escolaridade

ESCOLARIDADE	N	%
Ensino Superior Completo	15	0,3
Ensino Superior Incompleto	17	0,4
Ensino Médio Completo	74	1,7
Ensino Médio Incompleto	91	2,1
Ensino Fundamental Completo	185	4,2
Ensino Fundamental Incompleto	578	13,0
Escreve e lê, mas não sabe informar a escolaridade	176	4,0
Alfabetizado (escreve o nome)	344	7,7
Não alfabetizado	2.959	66,7
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Esses dados apontam para o fato de que os moradores das instituições psiquiátricas encontraram dificuldades para ter acesso à educação formal antes de sua institucionalização, visto que a maioria dos moradores foi internada já na vida adulta. A exclusão escolar talvez possa ser explicada por fatores como estigma, preconceito, dificuldades no manejo técnico dos problemas de aprendizagem (associadas ao transtorno mental), dentre outros, exclusão reforçada pelo próprio contexto hospitalar, uma vez que o isolamento foi durante muito tempo visto como técnica fundamental no tratamento psiquiátrico e premissa para justificar internações de longa duração. O isolamento, quando aplicado de forma duradoura, também impede e dificulta a reinserção e o acesso aos direitos relativos à cidadania, como a educação.

O censo psicossocial também abordou o histórico de trabalho dos moradores antes da internação (Tabela 10). Um dado que chama a atenção é o de moradores que nunca trabalharam (41,6%, coincidente com o resultado obtido no censo de 2008). O percentual de inativos desempregados (13,0%) e com benefícios (11,6%) também é mais elevado do que o de ativos (5,5%). Um número elevado de moradores não forneceu nenhuma informação sobre sua situação de trabalho (28,3%).

Tabela 10. Número de moradores que trabalhavam antes da internação

TRABALHAVA ANTES DA INTERNAÇÃO?	N	%
Ativo com ou sem carteira assinada	243	5,5
Inativo com benefícios (Loas/Aposentadoria)	517	11,6
Inativo desempregado	575	13,0
Nunca trabalhou	1.848	41,6
Informação ignorada	1.256	28,3
Total Geral	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Dentre os moradores que mencionaram ter tido alguma experiência de trabalho (ativos com ou sem carteira assinada), predominam aqueles que tiveram ocupações de baixa qualificação profissional, tais como empregado doméstico, ajudante geral e lavrador, o que pode estar associado à baixa escolaridade e às dificuldades de acesso ao mercado de trabalho por conta da situação psiquiátrica.

Em síntese, os dados analisados nesse primeiro bloco apontam para o predomínio de moradores do gênero masculino e com mais de 50 anos de idade. A maioria é branca, solteira, não alfabetizada e sem experiência no mercado de trabalho⁶. O estigma e o preconceito sofridos por conta do transtorno mental, as dificuldades pessoais atreladas ao sofrimento psíquico e à cronificação institucional decorrente de tantos anos de internação são fatores que certamente influenciaram na constituição desse perfil.

ORIGEM E CONTATO FAMILIAR

Para conhecer o morador de hospital psiquiátrico também precisamos conhecer suas origens: onde nasceu, onde morou, se tem familiares e se man-

⁶ A religião não foi referida devido ao alto percentual de moradores que não respondeu a questão.

têm contato com eles. Tais informações são relevantes para subsidiar as políticas de desinstitucionalização: a possibilidade de morar em residências terapêuticas localizadas em suas regiões de origem ou próximas da residência da família, e a aproximação com os familiares, sempre que for possível.

LOCAL DE NASCIMENTO E MUNICÍPIO DA ÚLTIMA RESIDÊNCIA

Antes de morarem em um hospital psiquiátrico, essas pessoas nasceram e viveram em algum lugar fora da instituição. Dos 4.439 moradores, 92,5% informaram o país em que nasceram (92,1% do total nasceu no Brasil). Cinco nasceram no continente europeu, cinco na América Latina, um na África e dois na Ásia.

Dentre os moradores que mencionaram o Estado de nascimento (85,8%), 79,1% nasceram no Estado de São Paulo, 7,7% em Minas Gerais, 3,7% no Paraná e 3% na Bahia. Do total de 84,9% dos moradores que informaram o município de nascimento (ou cuja informação foi resgatada do registro no prontuário), os cinco municípios com maior percentual foram: São Paulo (14,3%), Sorocaba (2,1%), Marília (1%), Santos (0,7%) e Itapeva (0,6%). Dentre as cidades citadas como último município de residência, figuram com os maiores percentuais: a capital (10,6%), Sorocaba (4,5%), Francisco Morato (4,5%), Itapira (1,8%) e Tupã (1,7%).

Embora haja certa pulverização dos municípios indicados (tanto os de nascimento quanto os de última residência), é possível, por meio do banco de dados, agrupá-los por regiões ou DRS, o que deve auxiliar no planejamento das ações visando à saída dos moradores, conforme mostrado na Tabela 11.

É possível notar, por exemplo, que os DRS em que se encontram internados não correspondem necessariamente aos municípios de nascimento e de residência, devido à existência ou não de hospitais psiquiátricos no local de origem, o que fornece pistas para o fenômeno de transinstitucionalização (ver item Procedência). Pode-se, por exemplo, inferir que muitas das pessoas que estão internadas no DRS de Sorocaba nasceram ou moraram em outras regiões — como São Paulo, de onde provém (por nascimento ou residência) o maior número de moradores, ou a Baixada Santista, onde não há mais hospitais psiquiátricos. Também chama a atenção o fato de os DRS onde se concentram os maiores percentuais de internados serem aqueles com os maiores percentuais de pessoas nascidas ou domiciliadas na região, o que permite inferir que a cultura de internação tende a ser maior nas regi-

Tabela 11. Distribuição dos moradores por DRS, nos hospitais, locais de nascimento e municípios da última residência

DRS	ALOCÇÃO DOS MORADORES NOS HOSPITAIS POR DRS		TOTAL DE LOCAIS DE NASCIMENTO DOS MORADORES POR DRS		TOTAL DE MUNICÍPIOS DA ÚLTIMA RESIDÊNCIA DOS MORADORES POR DRS	
	N	%	N	%	N	%
I – Grande São Paulo	264	5,9	844	19,0	853	19,2
II – Araçatuba	64	1,4	68	1,5	43	1,0
III – Araraquara	32	0,7	50	1,1	32	0,7
IV – Baixada Santista	0	0,0	57	1,3	45	1,0
V – Barretos	0	0,0	31	0,7	14	0,3
VI – Bauru	169	3,8	226	5,1	269	6,1
VII – Campinas	86	1,9	145	3,3	152	3,4
VIII – Franca	75	1,7	41	0,9	48	1,1
IX – Marília	548	12,3	253	5,7	291	6,6
X – Piracicaba	239	5,4	113	2,5	131	3,0
XI – Presidente Prudente	187	4,2	84	1,9	70	1,6
XII – Registro	0	0,0	81	1,8	59	1,3
XII – Ribeirão Preto	210	4,7	68	1,5	62	1,4
XIV – São João da Boa Vista	749	16,9	176	4,0	207	4,7
XV – São José do Rio Preto	99	2,2	116	2,6	48	1,1
XVI – Sorocaba	1.600	36,0	453	10,2	612	13,8
XVII – Taubaté	117	2,6	138	3,1	128	2,9
Outros Estados	0	0,0	779	17,5	105	2,4
Outro País	0	0,0	16	0,4	0	0,0
Não Informado	0	0,0	700	14,9	1.270	28,6
Total Geral	4.439	100	4.439	100	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

ões em que o serviço está mais acessível. A mudança dessa cultura de interação depende da ampliação e do fortalecimento da RAPS nessas regiões.

É importante observar que muitos dos moradores ficaram situados em suas regiões de origem, do ponto de vista do nascimento e o de última residência (na maioria dos casos os percentuais estão próximos, com pouca variação), embora tenham ocorrido alguns deslocamentos entre as regiões. E, por fim, cabe também indicar o movimento de migração presente em parte dessa população que indicou municípios de nascimentos de outros estados do país (17,5%). Nesse sentido, cabe reforçar a importância de se firmarem pactuações com outros estados, que possam auxiliar tanto no resgate de informações sobre familiares como no estabelecimento de parcerias estratégicas para a desinstitucionalização, considerando-se um possível interesse por parte do morador em retornar para sua cidade de origem (por nascimento ou domicílio).

CONHECIMENTO E/OU CONTATO COM FAMILIARES

Após anos de internação, resgatar informações sobre o parentesco ou sobre a existência de familiares pode auxiliar na reinserção na comunidade, a despeito de todas as dificuldades e desafios inerentes ao trabalho de resgate, sensibilização e aproximação, quando possível, dos familiares.

Em relação à existência de registro identificando os nomes do pai e/ou da mãe, 81,6% dos moradores afirmaram ter conhecimento ou informações sobre o pai, dos quais 67,7% disseram possuir documento comprobatório e 18,4% não deram nenhuma informação ou não tiveram seus dados sobre paternidade localizados no prontuário (Tabela 12). Em relação a informações sobre a mãe do morador, o percentual de dados disponíveis chega a 90,7%, sendo que em 75,7% desses casos há documentos que comprovam os dados informados (Tabela 13).

Tabela 12. Existência de informação sobre o pai

INFORMAÇÕES SOBRE O PAI	N	%
Sim, e há comprovações por documentos	3.003	67,7
Sim, mas não há informações por documentos	618	13,9
Informação ignorada	818	18,4
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Tabela 13. Existência de informação sobre a mãe

INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	N	%
Sim, e há comprovações por documentos	3.359	75,7
Sim, mas não há informações por documentos	668	15,0
Informação ignorada	412	9,3
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Embora seja elevado o percentual de moradores que indicam dispor de informações sobre os genitores, isso não garante que pais ou familiares próximos mantenham contato com o morador. Somente 49,4% apresentaram alguma informação (nome, telefone e/ou endereço) que permitisse o contato com familiares (Tabela 14). Ao cruzarmos os dados sobre o

tempo de internação levando em consideração as variáveis “com contato” ou “sem contato com familiar”, observa-se que o contato com familiar tende a ser maior quanto menor é o tempo de internação (46,2% com até 15 anos de internados), diminuindo à medida que os anos passam.

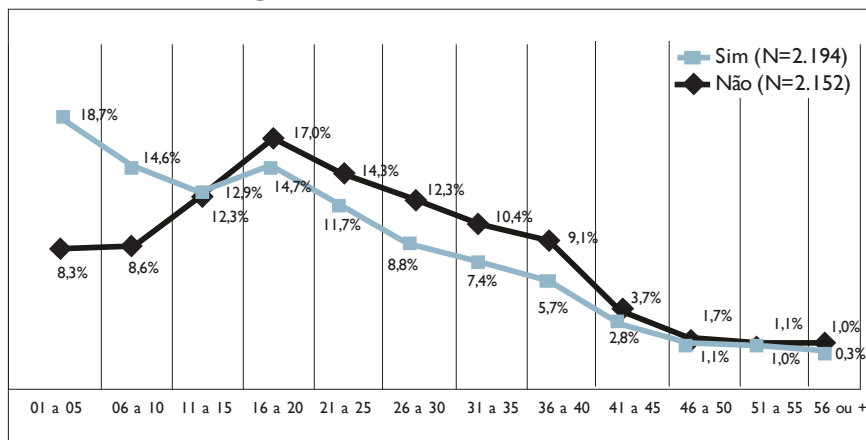
Tabela 14. Existência de contato familiar

CONTATO FAMILIAR	N	%
Não	2152	48,5
Sim	2194	49,4
Informação ignorada	93	2,1
Total Geral	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

O Gráfico 3 permite observar, exatamente, um dos efeitos da institucionalização: o de que internações prolongadas acabam por provocar a perda de contato com os familiares.

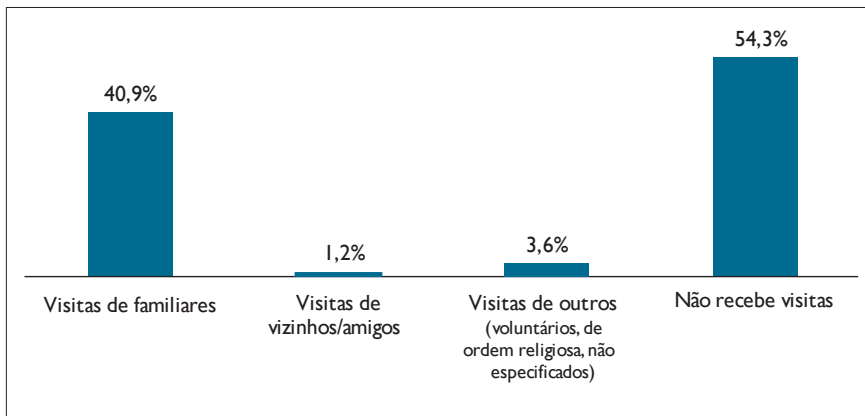
Gráfico 3. Comparação entre o tempo de internação e a existência de contato com familiar e/ou amigos



Fonte: Censo 2014.

A análise de dados relativos ao tipo de visitas que os moradores recebem (Gráfico 4) aponta para a existência de polarização entre o número dos que recebem (45,7%) e dos que não recebem nenhum tipo de visita (54,3%).

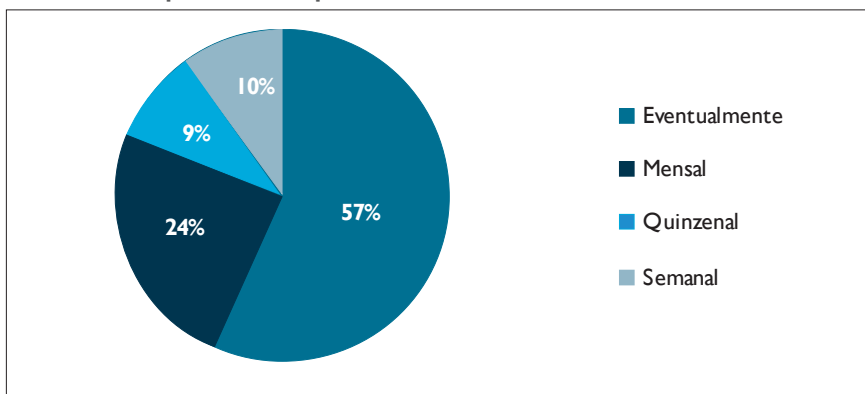
Gráfico 4. Distribuição dos moradores que recebem ou não visita de familiares e/ou amigos



Fonte: Censo 2014.

As visitas de familiares (40,9%) são, na maioria das vezes, feitas de forma eventual e sem regularidade (57%). Apenas 24% dos entrevistados afirmaram receber visitas ao menos uma vez ao mês (Gráfico 5).

Gráfico 5. Frequência com que os moradores recebem visitas

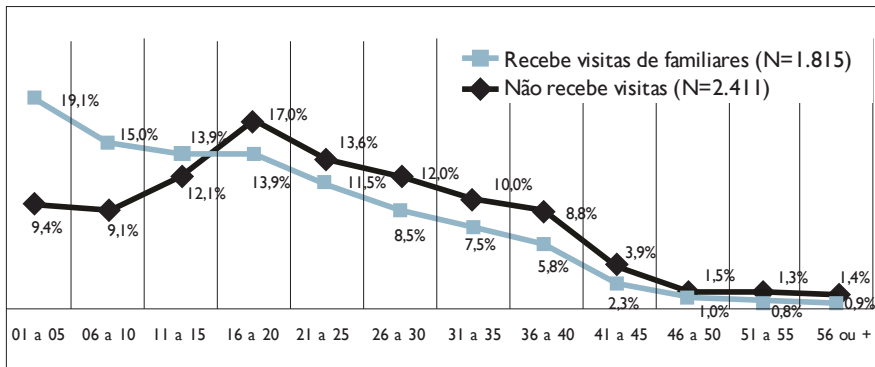


Fonte: Censo 2014.

Ao cruzarmos os dados sobre o tempo de internação levando em consideração as variáveis “recebem” ou “não recebem” visita de familiar, observa-se que a visita de familiar tende a ser maior quanto menor é o tempo de

internação (48% com até 15 anos de internados), diminuindo à medida que a institucionalização se torna mais longa (Gráfico 6).

Gráfico 6. Comparação entre o tempo de internação e a quantidade de vezes que recebe visita de familiares e amigos



Fonte: Censo 2014.

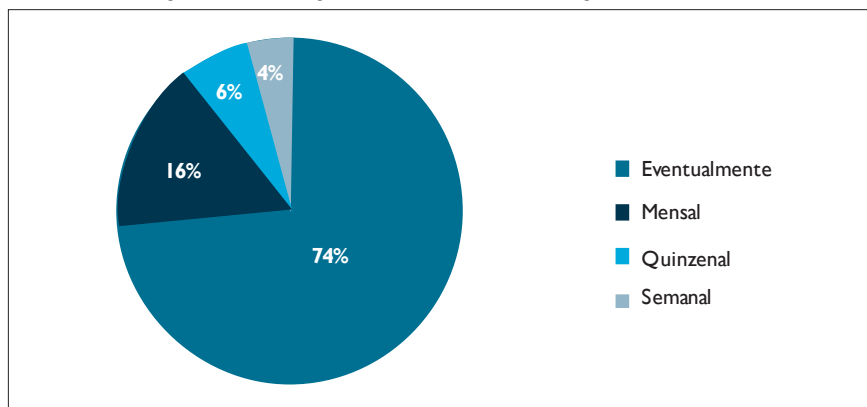
Questionados sobre a frequência com que visitam familiares e/ou amigos, os moradores mostraram um quadro desolador: menos de 10% dos moradores saem para visitar os conhecidos (Gráfico 7) e, mesmo assim, muito eventualmente (74%, Gráfico 8).

Gráfico 7. Distribuição dos moradores que saem da instituição para visitar familiares e/ou amigos



Fonte: Censo 2014.

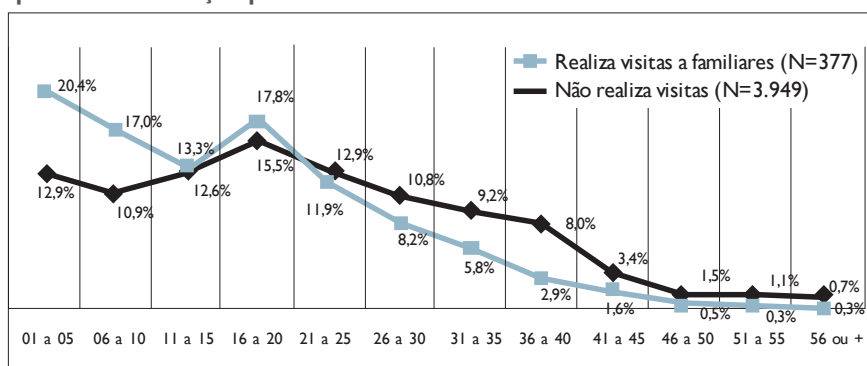
Gráfico 8. Frequência com que os moradores saem para fazer visitas



Fonte: Censo 2014.

Dentre os poucos moradores que fazem visitas fora da instituição, essas saídas costumam ser feitas por pacientes em internações recentes (50,7% com até 15 anos de internados — Gráfico 6).

Gráfico 9. Comparação entre o tempo de internação e a quantidade de vezes que sai da instituição para visitar familiares



Fonte: Censo 2014.

Às fragilidades de vínculo entre os moradores e seus familiares e/ou amigos, somam-se a perda de contato e o distanciamento dos laços familiares à medida que o tempo de internação se prolonga. E isso parece reafirmar a importância de implantar os SRTs, como alternativa estratégica para a desinstitucionalização dessa população.

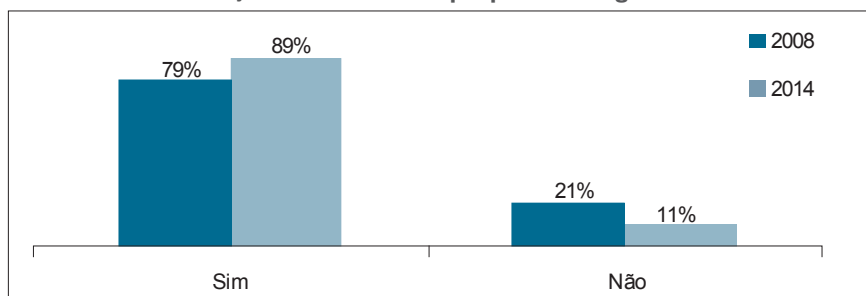
CIDADANIA E SITUAÇÃO JURÍDICA

Alguns tópicos são essenciais para mapear as condições de cidadania do sujeito em sofrimento psíquico que passou por longo período de internação psiquiátrica, tais como a documentação pessoal, a situação jurídica civil, a situação jurídica penal e o acesso a benefícios, conforme apresentado a seguir.

DOCUMENTAÇÃO PESSOAL

O censo realizado em 2014 permitiu identificar uma melhora de 10% na situação da documentação⁷ dos moradores, na comparação com a situação detectada no censo de 2008 (Gráfico 10), fato que pode ser explicado, segundo a Secretaria de Estado da Saúde, pelo trabalho realizado junto com o Ministério Público para agilizar a retirada dos documentos necessários, após o censo de 2008.

Gráfico 10. Distribuição de moradores que possuem algum documento



Fonte: Censos 2008 e 2014.

Apesar dessa significativa melhora na obtenção e acesso à documentação pessoal básica, os dados mostram que ainda há 479 pessoas sem quaisquer documentos⁸. Embora esse tipo de informação não tenha sido o objetivo do censo, valeria a pena fazer uma checagem minuciosa desses casos a fim de detectar se a falta de informações pessoais dos pacientes nas fontes

⁷ Foram levantados os seguintes documentos: registro geral (RG), certidão de nascimento/casamento, certidão tardia, cadastro de pessoa física (CPF), título de eleitor, carteira de trabalho, certificado de reservista, passaporte e PIS/Pasep.

⁸ A maior concentração de moradores sem nenhuma documentação está nos DRS de Sorocaba (301 casos) e de Marília (72 casos). Os DRS de Franca e Taubaté apresentam 22 casos cada e o de São João da Boa Vista, 21 casos. Cabe observar que o DRS de Sorocaba recebeu muitos moradores transferidos de outros hospitais psiquiátricos, o que pode ter colaborado para o extravio de documentos e de dados pessoais.

pesquisadas se deve ao fato de elas não possuírem seus documentos ou se os documentos foram perdidos pelo hospital, morador(a) ou familiar. De qualquer forma, é incontestável a necessidade de que sejam adotadas novas estratégias com vistas a regularizar a situação documental dos moradores de hospitais psiquiátricos, a fim de garantir o acesso aos direitos de cidadania (tais como: as políticas de proteção, os serviços e demais benefícios⁹). Esse “nascimento” formal é de extrema importância para o resgate do indivíduo enquanto sujeito que passa de fato a ter existência — para além de morador de hospital psiquiátrico, portador, apenas, de um apelido e nada mais.

Em relação ao tipo de documentação informada, 3.960 moradores (dentre 4.439) disseram possuir algum tipo de documentação e, desses, 73,7% afirmaram ter o RG e 14,3% a certidão tardia¹⁰. Tal informação ratifica que houve uma ação do governo para regularizar a situação dos moradores sem documentação; mas ainda há muito a ser realizado, como pode ser observado na análise da distribuição da situação documental dos moradores por DRS (Tabela 15).

O DRS de Franca é aquele que apresenta a menor porcentagem de internos com RG (52%), seguida do DRS de Marília (57,7%) e de Sorocaba (63,7%), que é a regional com maior presença (N=581).

Com relação à certidão de nascimento ou casamento, São José do Rio Preto é a regional com o menor percentual (15%), seguida dos DRS de Presidente Prudente (23,5%) e de Araçatuba (40,6%). Sorocaba é novamente a regional com maior número: 624 sem certidão, em um total de 1.600 moradores.

No que se refere ao CPF, 55,9% possuem o documento. A regional de Sorocaba é a que apresenta o menor índice de portadores do documento (31,1%), seguida dos DRS de Taubaté (31,6%) e de Araçatuba (39,1%).

Somente 5% possuem título de eleitor, ou seja, 95% dos internos podem nunca ter participado, como cidadãos, de algum pleito eleitoral. Os percentuais são baixos em todos os DRS.

9 O Loas e o PVC (Programa “De Volta para Casa”), por exemplo, estão vinculados à apresentação do registro geral (RG) e do cadastro de pessoa física (CPF).

10 A Lei Federal n. 11.790, de 2 de outubro de 2008 dispõe sobre a admissibilidade da realização de registros tardios de nascimento através de procedimento extrajudicial, processado diretamente perante o Oficial Registrador Titular do cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais, independentemente de intervenção judicial.

Tabela 15. Distribuição de moradores que possuem documentos

DRS	POSSUEM (% CALCULADA NO TOTAL DE MORADORES POR DRS)															
	RG		NASCIMENTO/ CASAMENTO		CERTIDÃO TARDIA		CPF		TÍTULO DE ELEITOR		CARTEIRA DE TRABALHO		TOTAL DE MORADORES			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
I – GRANDE SÃO PAULO	244	92,4	192	72,7	20	7,6	200	75,8	19	7,2	10	3,8	264	100		
II – ARACATUBA	59	92,2	26	40,6	20	31,3	25	39,1	1	1,6	12	18,8	64	100		
III – ARARAQUARA	29	90,6	25	78,1	0	0,0	15	46,9	2	6,3	9	28,1	32	100		
VI – BAURU	165	97,6	144	85,2	13	7,7	159	94,1	4	2,4	10	5,9	169	100		
VII – CAMPINAS	79	91,9	43	50,0	14	16,3	56	65,1	11	12,8	18	20,9	86	100		
VIII – FRANCA	39	52,0	37	49,3	0	0,0	38	50,7	1	1,3	7	9,3	75	100		
IX – MARÍLIA	316	57,7	251	45,8	75	13,7	328	59,9	16	2,9	111	20,3	548	100		
X – PIRACICABA	182	76,2	189	79,1	8	3,3	159	66,5	9	3,8	51	21,3	239	100		
XI – PRESIDENTE PRUDENTE	126	67,4	44	23,5	64	34,2	115	61,5	8	4,3	20	10,7	187	100		
XIII – RIBEIRÃO PRETO	190	90,5	139	66,2	55	26,2	200	95,2	13	6,2	38	18,1	210	100		
XIV – SÃO JOÃO DA BOA VISTA	638	85,2	393	52,5	208	27,8	600	80,1	44	5,9	400	53,4	749	100		
XV – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	94	94,9	7	7,1	12	12,1	52	52,5	1	1,0	0	0,0	99	100		
XVI – SOROCABA	1.019	63,7	976	61,0	138	8,6	497	31,1	78	4,9	112	7,0	1.600	100		
XVII – TAUBATÉ	90	76,9	67	57,3	7	6,0	37	31,6	1	0,9	3	2,6	117	100		
Total Geral	3.270	73,7	2.533	57,1	634	14,3	2.481	55,9	208	4,7	801	18,0	4.439	100		

Fonte: Censo 2014.

Quanto à carteira de trabalho, 18% dos pesquisados afirmaram ter o documento. O DRS de São José do Rio Preto destaca-se por 100% dos moradores de hospitais psiquiátricos da região não possuírem carteira de trabalho. Por outro lado, 53% dos internos em hospitais psiquiátricos do DRS de São João da Boa Vista têm o documento.

SITUAÇÃO JURÍDICA

Amarante (2001), ao falar da condição de cidadão do sujeito em sofrimento psíquico, salienta que o conceito de alienação, concebido a partir da apropriação da loucura pela área médica, foi estratégico para que a loucura fosse vinculada à desrazão, à doença e à desordem. Essa vinculação excluiu o louco do pacto social, visto que um sujeito alienado é considerado incapaz de tomar decisões e responder por seus atos. Com isso, o sujeito considerado doente mental perde seu *status* de cidadão. A interdição civil¹¹ — “procedimento judicial pelo qual se declara extinta a capacidade de atos jurídicos, inclusive atos ilícitos, ou se reduz tal capacidade” (MIRANDA, 1954, p. 214), em função de determinada condição física e/ou psíquica — ocorre quando o indivíduo é considerado incapaz de responder por seus atos, situação que leva o Estado a indicar um curador que se responsabiliza juridicamente pelo então considerado incapaz.

Os resultados da situação jurídica dos moradores são similares nos dois censos (Tabela 16), com acréscimo no percentual de moradores que têm curador (de 31,1% em 2008, para 38% em 2014) e decréscimo dos que não têm nem curador nem procurador (de 52% em 2008, para 42% em 2014).

¹¹ “Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela: I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos; IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; V - os pródigos. / Art. 1.768. A interdição deve ser promovida: I - pelos pais ou tutores; II - pelo cônjuge, ou por qualquer parente; III - pelo Ministério Público. / Art. 1.769. O Ministério Público só promoverá interdição: I - em caso de doença mental grave; II - se não existir ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas nos incisos I e II do artigo antecedente; III - se, existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas no inciso antecedente. / Art. 1.770. Nos casos em que a interdição for promovida pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz; nos demais casos o Ministério Público será o defensor. / Art. 1.771. Antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, assistido por especialistas, examinará pessoalmente o arguido de incapacidade” (BRASIL, 2002).

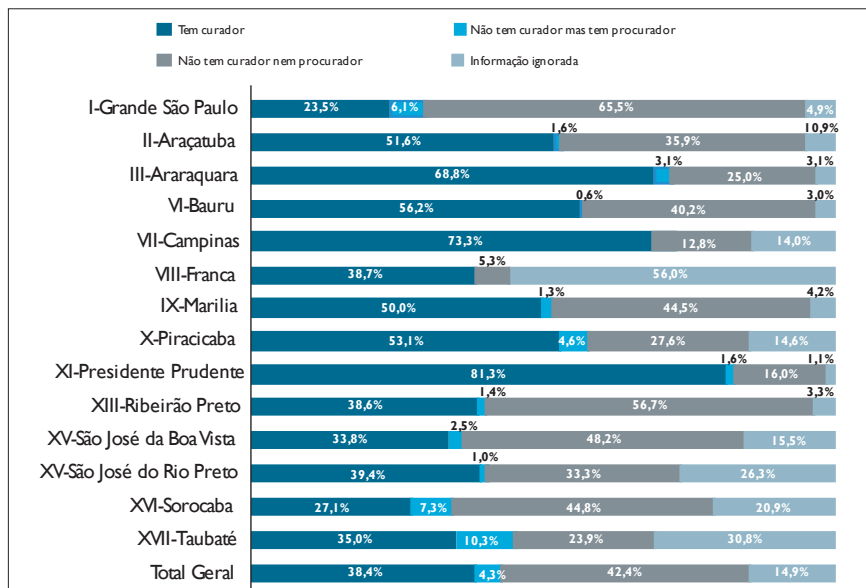
Tabela 16. Distribuição dos moradores segundo a situação jurídica civil

SITUAÇÃO JURIDICA CIVIL	2008		2014	
	N	%	N	%
Informação ignorada	680	10,7	660	14,9
Não tem curador mas tem procurador	370	5,8	191	4,3
Não tem curador nem procurador	3.323	52,3	1.884	42,4
Tem curador	1.976	31,1	1.704	38,4
Total Geral	6.349	100	4.439	100

Fonte: Censo 2008 e 2014.

Os DRS com maior concentração de moradores curatelados são: Presidente Prudente (81,2%), Campinas (73,2%), Araraquara (68,7%), Bauru (56,2%) e Piracicaba (53,1%). Apenas nos DRS da Grande São Paulo (com 65,5%) e de Ribeirão Preto (com 56,6%) predominam moradores que não possuem curadores nem procuradores (Gráfico 11). Nos DRS de Franca e de Taubaté, foi grande o índice de moradores que não forneceu essa informação.

Gráfico 11. Distribuição da situação jurídica civil por DRS

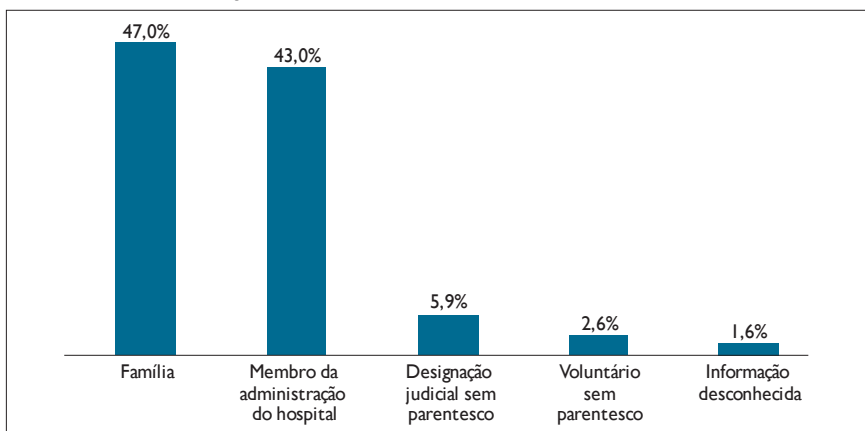


Fonte: Censo 2008 e 2014.

A categorização das respostas sobre o tipo de vínculo existente entre o curador e o morador (Gráfico 12) mostrou que há uma polarização en-

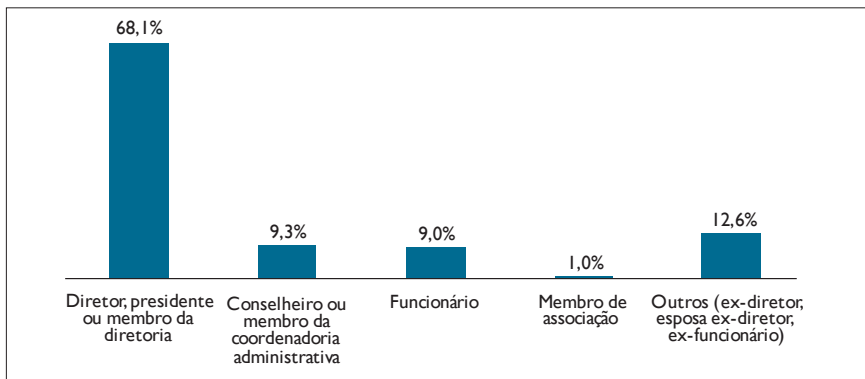
tre curadores que têm parentesco com o morador (47% são membros da família) e curadores que não possuem laço de parentesco (51,4%), embora a maior parcela desses tenha algum tipo de vínculo com o hospital em que o morador está internado (43% do total). São poucos os casos de curadores designados pela instância judiciária (5,9%). No que se refere aos 733 curadores vinculados aos hospitais em que os moradores estão internados, 68,1% são diretores, administradores, presidentes, vice-presidentes e membros da diretoria do hospital e 12,1% são ex-funcionários ou familiares de ex-funcionários do hospital (Gráfico 13).

Gráfico 12. Distribuição do Vínculo dos Curadores



Fonte: Censo 2014.

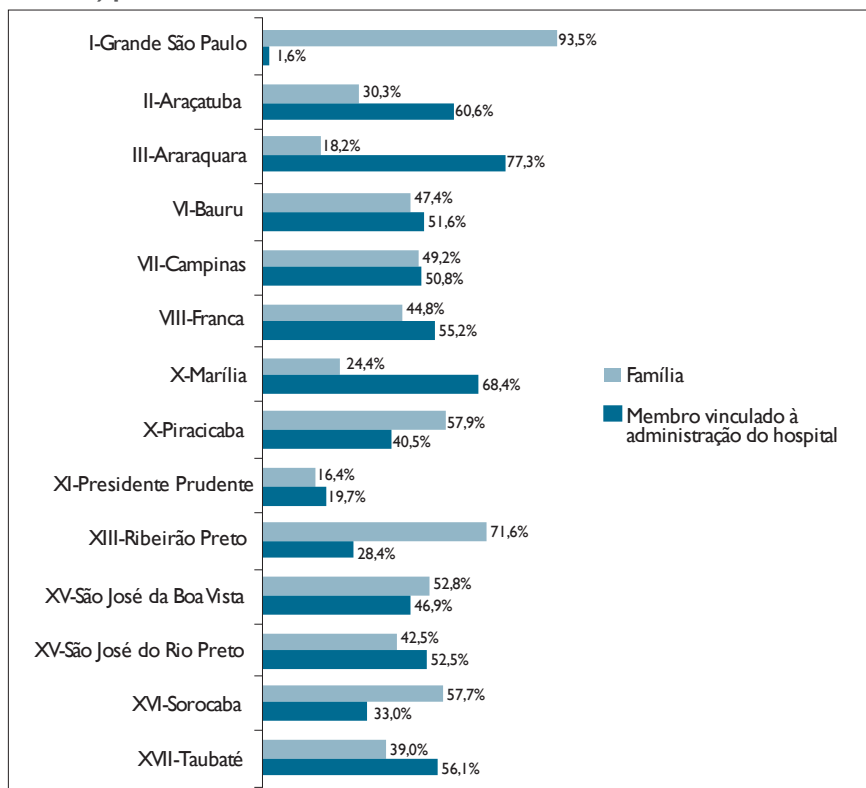
Gráfico 13. Distribuição dos curadores vinculados aos hospitais



Fonte: Censo 2014.

O Gráfico 14 mostra o predomínio de curadores vinculados à administração do hospital nos DRS de Araraquara (77,3%), de Marília (69,4%), de Araçatuba (60,3%) e de Taubaté (56,1%). Nos DRS da Grande São Paulo (93,5%), de Ribeirão Preto (71,6%), de Piracicaba (57,9%) e de Sorocaba (57,7%), predominam os curadores vinculados às famílias dos moradores, situação que se considera a mais indicada, conforme o artigo 1.768 do Código Civil.

Gráfico 14. Distribuição da afiliação dos curadores (membros do hospital/familiares) por DRS



Fonte: Censo 2014.

A Tabela 17 mostra que há certa condicionalidade entre a obtenção de benefícios pelos moradores e a curadoria¹². Nesse sentido, dois fatos

12 A lista de documentos exigidos para requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC/Loas) obriga a apresentação do CPF do candidato ao benefício e do representante legal (curador). E recomenda a apresentação de outros documentos pessoais do candidato, dos membros da família e

chamam a atenção: é grande o percentual de moradores que recebem benefícios e que contam com curadores (58,1% em 2008 e 64,9% em 2014), do mesmo modo como é grande a percentagem de morados que não auferem benefícios e não possuem nenhum curador (67,8% em 2008 e 64,1% em 2014).

Tabela 17. Distribuição da Situação Jurídica em relação à Renda

SITUAÇÃO JURÍDICA CIVIL	2008				2014			
	NÃO TEM RENDA		BENEFÍCIOS LOAS/APOSENTADORIA		NÃO TEM RENDA		BENEFÍCIOS LOAS/APOSENTADORIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tem curador	340	11,2	1.496	58,1	151	8,0	1.502	64,9
Não tem curador mas tem procurador	132	4,4	201	7,8	135	7,2	43	1,9
Não tem procurador nem curador	2.054	67,8	800	31,1	1.209	64,1	548	23,7
Informação ignorada	505	16,7	79	3,1	390	20,7	221	9,6
Total Geral	3.031	100	2.576	100	1.885	100	2.314	100

Fonte: Censo 2014.

A curatela permite que o curador decida e administre qualquer situação formal relacionada ao morador, tais como, por exemplo, os bens e a renda (como benefícios). De certa forma, o curatelado perde a autonomia e o poder de decisão sobre sua vida e renda. É importante frisar que não há menção no código civil sobre programas ou políticas de revisão continuada da interdição civil, com vistas a avaliar a necessidade de dar continuidade a eles.

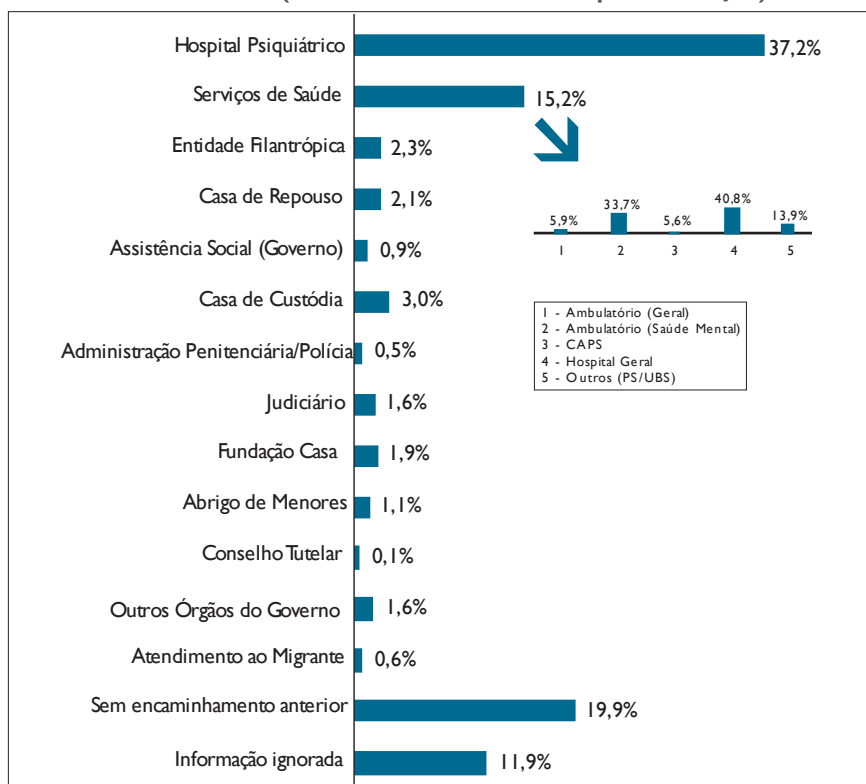
Embora a justificativa para o vínculo de curadoria muitas vezes se basear na necessidade de organizar a vida civil do morador — por um familiar ou membro do hospital, na falta de familiar —, é necessário acompanhar constantemente cada caso, sempre a fim de garantir os interesses da pessoa curatelada, incluindo a revisão dessas situações por meio de avaliações multiprofissionais e em parceria com o Ministério Público.

PROCEDÊNCIA

O tipo de instituição que deu encaminhamento da população pesquisada para o atual hospital em que estão internadas está detalhado no Gráfico 15.

do representante legal, assim como dos termos de tutela ou curatela (disponível em: <http://www8.dataprev.gov.br/e-aps/servico/268>).

Gráfico 15. Procedência (encaminhamento recebido por instituição)



Fonte: Censo 2014.

Tal como se pôde observar no censo de 2014, a maioria dos moradores (37,2%) foi transferida de outros hospitais psiquiátricos (transinstitucionalização), devido, principalmente, ao fechamento das instituições de origem (num processo que remonta dos anos 1990 até os dias atuais), em acordo à política de redução de leitos em estabelecimentos com características asilares. Os dados sugerem que, apesar das políticas de desinstitucionalização, cujas ações visavam a promover melhor resolubilidade para esse grupo de moradores, assim como para os demais casos, os resultados não foram totalmente bem-sucedidos.

Essa situação pode ser ainda mais crítica se levarmos em consideração o encaminhamento feito por casa de custódia, pela administração penitenciária/polícia e pelo Judiciário¹³, que somam 5,1% do total. Os dois primeiros

¹³ A categoria Judiciário é composta de moradores encaminhados por ordem judicial. Não se sabe qual foi a instituição de procedência; entretanto, sabe-se que a internação foi solicitada por um juiz.

tratam de um grupo de pessoas que cumpriram medida de segurança (casa de custódia¹⁴) ou pena (administração penitenciária). Dessa forma, são regidos por protocolo técnico penal que, no caso do encaminhamento por casa de custódia, exige a avaliação psiquiátrica e, em ambos os casos, a liberação de um juiz para que a saída ocorra. São pessoas que, por já terem passado por essas instituições, em vez de sair em liberdade, são transferidas para hospitais psiquiátricos. Os moradores encaminhados pelo Judiciário são pessoas que não cometeram delito ou crime, mas que chegaram à instituição por ordem judicial, sob a justificativa de serem perigosos ou por não contarem com outros recursos. Seja como for, passam a carregar duplo estigma, o de doente mental e o de periculosidade, o que dificulta ainda mais a reinserção social.

Do mesmo modo que para outros casos, ações pontuais devem ser incentivadas visando à reintegração, tais como o resgate dos laços familiares e sociais, quando isso for possível, e a construção de outros recursos e equipamentos de base territorial que possam recebê-los, como as RTs. Porque o argumento geralmente adotado para justificar a continuidade da internação de longa permanência é a falta de recursos para criar outras condições. Daí a importância de se adotarem medidas de forma intersectorializada, em intensa parceria com a Justiça, principalmente no que concerne a regulação e a revisão dos protocolos técnicos de internação e à exigência da construção desses recursos.

Sob as mesmas condições estão aqueles que foram encaminhados às instituições quando ainda eram menores de idade (próximos de atingir a maioridade¹⁵), seja pela Fundação Casa, por abrigos de menores ou pelo Conselho Tutelar (3,2% do total)¹⁶.

14 Casa de custódia é o local onde são internados, por medida de segurança, réus condenados por determinados crimes e que se consideram, ao momento da ação, inimputáveis ou semi-imputáveis. De acordo com os artigos 96 e 97 do Código Penal, as medidas de segurança são: "I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial". Se o agente for inimputável ou semi-imputável, o juiz determinará sua internação. Todavia, se o fato previsto como crime for punível com detenção, o juiz poderá submeter o agente a tratamento ambulatorial. A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos de internação. A perícia médica realizar-se-á ao término do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

15 Foram identificados, no censo de 2014, cinco casos de moradores com idade entre 15 e 17 anos, considerados, portanto, menores de idade.

16 Atualmente, a maioria já está com mais de 40 anos de idade, alguns na faixa etária dos 60 aos 70 anos.

O terceiro maior contingente (15,2%), quando se considera a procedência, é o dos moradores transferidos pelos serviços de saúde. Conforme indicado no censo de 2008, com a criação do Sistema Único de Saúde e a promulgação da Lei n. 10.216, as internações passaram a ser regulamentadas mais adequadamente, dada a exigência de avaliação médica, o que, portanto, resulta no encaminhamento por outros serviços de saúde¹⁷. Todavia, há menção explícita na lei de que as internações só são indicadas sempre no menor tempo possível quando há insuficiência de recursos extra-hospitalares, sendo vedadas em instituições com características asilares. Em outros decretos e portarias que organizam o atendimento no SUS, também há recomendações claras de que as internações sejam breves, preferencialmente realizadas em hospitais gerais, ficando as equipes dos serviços de saúde que realizaram o encaminhamento responsáveis por acompanhar os casos até que sejam dadas altas para que o tratamento continue, se for o caso, em unidade extra-hospitalar.

Esse preâmbulo visa a contextualizar a existência de problemas no funcionamento dos serviços de saúde, visto que internações de longa duração, como as identificadas em ambos os censos, são contrárias às diretrizes oficiais. O que leva à suposição de que (1) os serviços de saúde talvez não façam nenhum acompanhamento da situação dos pacientes após a internação e (2) os hospitais psiquiátricos prolongam o tempo de internação, dado o predomínio da cultura tutelar nas instituições psiquiátricas.

Se o argumento é a escassez de leitos em hospitais gerais e a falta de serviços extra-hospitalares, a descontinuidade no acompanhamento desses pacientes desresponsabiliza ainda mais o território, tendo em vista o cuidado integral, a despeito de todas as dificuldades e desafios enfrentados por uma rede de cuidados carente de recursos, assim como a falta de preparo para acolher esse público e não delegá-lo à condição de isolamento e exclusão.

Por fim, há um número expressivo de internações para as quais não houve encaminhamento anterior (19,9%, a segunda maior categoria), ou seja, a entrada deve ter ocorrido diretamente no hospital psiquiátrico atual. Para esse grupo, chama a atenção o número de menções (63) de que o encaminhamento foi feito por parente ou familiar.

Em 11,9% dos casos, não se sabe se o encaminhamento foi feito por alguma instituição.

¹⁷ Esses encaminhamentos foram realizados principalmente por hospitais gerais e ambulatórios.

A Tabela 18 mostra o cruzamento dos dados de procedência com os dados disponíveis sobre a faixa etária. O maior percentual de encaminhamentos provenientes de hospital psiquiátrico corresponde ao de pacientes com mais de 50 anos de idade (70,3%).

O padrão se mantém quando o encaminhamento é feito pelas casas de repouso (81,3% dos pacientes com mais de 50 anos), o que pode significar, nesse grupo em particular, que esses encaminhamentos sejam motivados pela oportunidade de transferir a responsabilidade pelo paciente que começa a envelhecer.

Na população com idade entre 30 e 59 anos, predominam os encaminhamentos realizados pelos serviços de saúde (70%), seguidos pelos encaminhamentos feitos pelo Judiciário (79,7%) e por entidade filantrópica¹⁸ (69,2%).

Esses dados reforçam a hipótese levantada de que há maior rigor nos critérios adotados para encaminhar pacientes com menos idade para internação em hospitais psiquiátricos, visto que os encaminhamentos são mais frequentemente realizados por serviços de saúde, por serviços similares ou, de outra forma, pelo Judiciário¹⁹. Por outro lado, os percentuais de pacientes na categoria “sem encaminhamento anterior” e daqueles provenientes de “hospitais psiquiátricos” tendem a ser menores até os 39 anos de idade.

As transferências feitas pelas casas de custódia ocorrem principalmente para paciente a partir dos 40 anos de idade, embora sejam mais frequentes na população com mais de 60 anos (57,9%), provavelmente devido ao próprio funcionamento das medidas de segurança, que podem ser renovadas, mediante perícia médica, o que indetermina o prazo de confinamento, apesar da duração estabelecida por lei de 1 a 3 anos.

Quanto aos encaminhamentos feitos pela Fundação Casa²⁰ e por abrigos de menores, os maiores percentuais concentram-se em moradores com idade entre 40 e 49 anos (75,6%) e entre 50 e 59 anos (76,5%). Alguma regulação deve ter ocorrido após a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, embora internações de menores de idade ainda aconteçam,

18 Nessa categoria, incluem-se, por exemplo, as instituições filantrópicas que atendem pacientes com deficiência mental ou com outros quadros neurológicos.

19 Aqui cabe uma observação em relação ao Judiciário. É possível que um dos efeitos dessa conduta, visto que a lei refuta internações de longo prazo, seja justamente uma tendência em aumentar o acesso a esse tipo de recurso pela via da Justiça.

20 Conhecida, até 2006, como Fundação Estadual para o Bem-estar do Menor (Febem).

Tabela 18. Procedência da transferência, por faixa etária

PROCEDÊNCIA	FAIXA ETÁRIA																	
	13 A 18		19 A 29		30 A 39		40 A 49		50 A 59		60 A 69		70 A 79		80 OU +		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital Psiquiátrico	3	0,2	28	1,7	150	9,1	309	18,7	434	26,3	374	22,7	256	15,5	97	5,9	1.651	100
Serviços de Saúde	1	0,1	38	5,6	117	17,3	179	26,5	177	26,2	112	16,6	44	6,5	8	1,2	676	100
Entidade Filantrópica	0	0,0	18	17,3	20	19,2	26	25,0	26	25,0	9	8,7	5	4,8	0	0,0	104	100
Casa de Repouso	0	0,0	1	1,1	2	2,2	14	15,4	19	20,9	26	28,6	18	19,8	11	12,1	91	100
Assistência Social (Governo)	0	0,0	0	0,0	4	9,5	9	21,4	17	40,5	8	19,0	4	9,5	0	0,0	42	100
Casa de Custódia	0	0,0	1	0,8	10	7,5	23	17,3	22	16,5	28	21,1	30	22,6	19	14,3	133	100
Administração Penitenciária / Polícia	0	0,0	0	0,0	4	17,4	5	21,7	8	34,8	3	13,0	2	8,7	1	4,3	23	100
Ordem Judicial	0	0,0	9	13,0	13	18,8	23	33,3	19	27,5	4	5,8	1	1,4	0	0,0	69	100
Fundação Casa	1	1,2	9	10,5	7	8,1	41	47,7	24	27,9	4	4,7	0	0,0	0	0,0	86	100
Abrigo de Menores	0	0,0	5	9,8	2	3,9	21	41,2	18	35,3	4	7,8	1	2,0	0	0,0	51	100
Conselho Tutelar	0	0,0	2	33,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	6	100
Outros Órgãos do Governo	1	1,4	3	4,2	3	4,2	9	12,7	29	40,8	21	29,6	4	5,6	1	1,4	71	100
Atendimento ao Migrante	0	0,0	0	0,0	1	3,8	3	11,5	6	23,1	12	46,2	4	15,4	0	0,0	26	100
Sem encaminhamento anterior	4	0,5	58	6,6	132	14,9	192	21,7	224	25,4	162	18,3	87	9,9	24	2,7	883	100
Informação ignorada	0	0,0	18	3,4	49	9,3	109	20,7	160	30,4	116	22,0	56	10,6	19	3,6	527	100
Total	10	0,2	190	4,3	517	11,6	963	21,7	1.183	26,7	883	19,9	512	11,5	181	4,1	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

mesmo que em número bastante reduzido. De qualquer forma, faz-se urgente revisar as internações de pacientes encaminhados quando ainda eram menores de idade, mas que já atingiram a maioridade há algum tempo, a fim de avaliar a real necessidade de permanecerem nesses estabelecimentos.

Em suma, os resultados da categoria "procedência" sinalizam as dificuldades em fazer valer a Lei n. 10.216, não somente na dimensão do próprio SUS mas, principalmente, naquilo que envolve outros setores, seja no caso de encaminhamentos feitos pela via da Justiça, seja no caso de encaminhamentos feitos por outras áreas da gestão pública ou mesmo por entidades beneficentes ou da própria sociedade civil. Instituições das mais diversas naturezas ou da própria natureza dos hospitais psiquiátricos (que encerraram ou não suas atividades) continuam a produzir internações de longa duração. O maior desafio é criar e legitimar canais que melhorem a articulação e a comunicação com essas instituições para que se tornem parceiras em ações que construam recursos mais humanizados, e não excludentes, para essa população.

TIPO DE INTERNAÇÃO

Chama a atenção, no censo de 2014, o decréscimo no número de internações involuntárias (-16%) — o que se deve, provavelmente, aos efeitos da regulação após a criação da Lei n. 10.216, dadas as maiores exigências de que o Ministério Público seja notificado acerca desse tipo de internação — e o aumento verificado no número das internações voluntárias (6%) e compulsórias (4%), conforme mostram os dados da Tabela 19. Uma vez que ficou mais difícil manter internações de longo prazo, uma das possibilidades de prolongar o tempo de internação é recorrendo à Justiça, por meio da solicitação de internação compulsória, o que pode explicar seu ligeiro aumento.

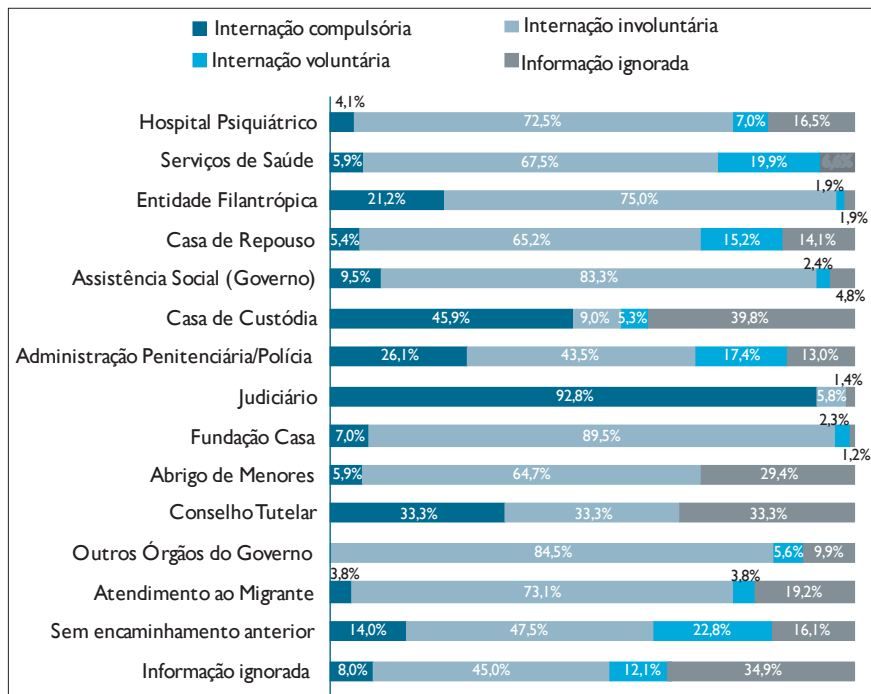
Tabela 19. Distribuição dos moradores pelo tipo de internação

TIPO DE INTERNAÇÃO	2008		2014	
Internação compulsória	395	6,2	444	10,0
Internação involuntária	4.902	77,2	2.698	60,8
Internação voluntária	361	5,7	550	12,4
Informação ignorada	691	10,9	747	16,8
Total	6.349	100	4.439	100

Fonte: Censos 2008 e 2014.

O Gráfico 16 cruza os dados relativos à procedência aos dados obtidos sobre o tipo de internação. A internação involuntária predomina em quase todas as categorias. A internação compulsória é feita com mais frequência em pacientes encaminhados pelo Judiciário (92,8%), por Casas de Custódia²¹ (45,9%) e pela Administração Penitenciária (26,1%). Menos expressiva, a internação voluntária ocorre com mais frequência em moradores “sem encaminhamento anterior” (22,8%), encaminhados pelos serviços de saúde (19,9%), pela administração penitenciária (17,4%) e por casas de repouso (15,2%).

Gráfico 16. Distribuição dos moradores pela procedência e tipo de internação



Fonte: Censo 2014.

No questionário, havia um campo de preenchimento para que fossem descritas as justificativas dadas para a internação compulsória, caso essa informação estivesse disponível. Os principais motivos indicados foram:

21 Apesar do elevado percentual de informação ignorada, provavelmente a maioria desses casos são internações compulsórias, devido à própria natureza da procedência (Casa de Custódia), embora não tenha sido possível localizar essa informação no prontuário.

“agressividade/violência/periculosidade”, em 16,7% dos casos, e “perda, abandono ou ausência de familiar ou responsável”, em 11,6% (Gráfico 17).

Gráfico 17. Justificativas dadas para a internação compulsória



Fonte: Censo 2014.
Nota: resposta múltipla.

Outra justificativa que chama a atenção refere-se aos encaminhamentos feitos pelas casas de custódia, pois indica que o indivíduo teve sua medida de segurança cessada e, mesmo assim, foi transferido para outra instituição psiquiátrica, em vez de ter sido posto em liberdade. Cabe ressaltar, também, que se agruparmos todas as categorias que de alguma forma estão vinculadas ao tema “Justiça” (periculosidade, processo criminal, encaminhamento de casas de custódia e medida de ressocialização), a percentagem chega a 37% das justificativas, o que evidencia a necessidade de que sejam adotadas ações em parceria com a Justiça, tanto para acompanhar sistematicamente e revisar cada caso, como para construir alternativas e novas possibilidades de reinserção social para esse grupo de moradores sob internação compulsória.

A efetiva mudança cultural sobre as questões de saúde mental, no país, só ocorrerá quando o debate não se limitar apenas à área da Saúde, mas abrir-se para um diálogo mais amplo com outras áreas, como, por exemplo, a da Justiça e a do Desenvolvimento Social para essa situação em particular,

estimulando o desenvolvimento de políticas intersetoriais para que o processo de desinstitucionalização aconteça com efetividade.

DADOS CLÍNICOS

Os dados clínicos dos moradores foram obtidos por meio de consultas ao prontuário e, eventualmente, à equipe técnica do hospital psiquiátrico. Esse levantamento não visa a apresentar uma avaliação clínica ou psiquiátrica²² dos moradores, mas indicar com que frequência informações relacionadas ao diagnóstico psiquiátrico, às doenças clínicas, às deficiências, dentre outros, estão presentes nos recursos consultados e como esses registros podem auxiliar no trabalho de identificação do perfil da população pesquisada.

A análise das informações sobre os diagnósticos tomou como referência a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os diagnósticos psiquiátricos estão classificados no subgrupo F00 a F99 referente aos transtornos mentais e comportamentais.

Em relação ao número de diagnósticos indicados por pessoa, a maioria dos moradores (82,7%) tem apenas um diagnóstico; 11,6% tiveram dois diagnósticos associados e apenas 1,5% teve três ou mais diagnósticos ao longo da internação. Nesse mesmo quadro, chama a atenção o índice de 4,2% dos moradores sem nenhum diagnóstico psiquiátrico indicado, conforme mostra a Tabela 20.

Tabela 20. Distribuição dos moradores pelo número de diagnósticos psiquiátricos

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS (F00 A F99)	N	%
Nenhum	187	4,2
Um	3.670	82,7
Dois	515	11,6
Três ou mais	67	1,5
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Como essa ausência não deveria acontecer, visto que qualquer procedimento e custeio via SUS exige notificação em sistema único com os dados do

²² Para tanto, seria necessário contar com outro tipo de pesquisa, que incluísse equipe técnica e equipe de saúde envolvidas para avaliar física e psiquicamente a população estudada.

usuário, incluída a obrigatoriamente do seu diagnóstico (código do CID-10), esse problema pode estar associado à falta de notificação sobre esse dado no prontuário do que propriamente na sua real ausência. Por conta desse achado, foi feito um cruzamento desse grupo com a questão da hipótese diagnóstica e observou-se que, desse montante, somente 0,9% do total dos moradores continua a não apresentar diagnóstico (39 casos). Nos demais casos, eles apresentaram uma ou duas hipóteses diagnósticas associadas, tal como indica a Tabela 21.

Tabela 21. Distribuição dos moradores sem diagnóstico, por hipótese diagnóstica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA INDICADA EM NÚMERO DE DIAGNÓSTICO	N	% SOBRE O TOTAL DE RESPOSTAS	% SOBRE O TOTAL DOS MORADORES
Nenhuma	39	20,9	0,9
Uma (do subgrupo F00 a F99)	74	39,6	1,7
Uma (do subgrupo G00 a G99)	57	30,5	1,3
Duas (dos subgrupos F00 a F99 + F00 a F99)	2	1,1	0,1
Duas (dos subgrupos F00 a F99 + G00 a G99)	10	5,3	0,2
Duas (dos subgrupos G00 a G99 + G00 a G99)	5	2,7	0,1
Total	187	100	4,2

Fonte: Censo 2014.

Nota: resposta múltipla.

Esse cruzamento corrobora com a hipótese de ausência do registro no prontuário ou alguma outra dificuldade apresentada pelo pesquisador na localização dessa informação. E também sinaliza a presença, ainda que não muito expressiva (1,6%), de diagnósticos de outro núcleo de patologias, o das doenças do sistema nervoso (G00 a G99 do CID-10), associadas ou não com diagnósticos psiquiátricos²³.

O detalhamento dos diagnósticos psiquiátricos dos moradores revela que os maiores percentuais (43,1%) concentram-se na faixa F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), seguidos de 28% dos moradores diagnosticados na faixa F70 a F79 (retardo mental), e de 18% diagnosticados na faixa F00 a F09 (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos). A soma desses três grupos corresponde a 89,1% do total de respostas.

Em relação ao gênero, a frequência nessas três faixas e nas demais (exceto para a faixa F30 a F39, relativa aos transtornos de humor) é maior para a população masculina. Em termos proporcionais, a discrepância fica ainda

²³ Essa associação também é feita, de forma mais expressiva, para outras doenças clínicas.

maior quando se consideram os moradores diagnosticados na faixa F10 a F19 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa), dos quais 164 dos 194 casos levantados correspondem ao público masculino (Tabela 22). Esses resultados são similares aos do censo passado e indicam que pouco mudou quanto às recomendações para que os casos fossem reavaliados, principalmente os relacionados às faixas de F00 a F09 e de F70 a F79.

Tabela 22. Distribuição dos moradores pela classificação do diagnóstico psiquiátrico (CID-10), segundo o gênero

DIAGNÓSTICO (CID-10) (RESPOSTA MÚLTIPLA)	FEMININA		MASCULINA		TOTAL DE RESPOSTAS	
	N	%	N	%	N	%
F00 a F09 – Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	300	6,1	587	11,9	887	18,0
F10 a F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	30	0,6	164	3,3	194	3,9
F20 a F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	831	16,9	1.286	26,2	2.117	43,1
F30 a F39 – Transtornos do humor [afetivos]	49	1,0	37	0,8	86	1,7
F40 a F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes	10	0,2	21	0,4	31	0,6
F50 a F59 – Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	3	0,1	9	0,2	12	0,2
F60 a F69 – Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	27	0,5	75	1,5	102	2,1
F70 a F79 – Retardo mental	521	10,6	854	17,4	1.375	28,0
F80 a F89 – Transtornos do desenvolvimento psicológico	18	0,4	34	0,7	52	1,1
F90 a F98 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	7	0,1	12	0,2	19	0,4
F99 – Transtorno mental não especificado	17	0,3	25	0,5	42	0,9
Total	1.813	36,9	3.104	63,1	4.917	100

Fonte: Censo 2014.

Nota: resposta múltipla.

Apesar de menos frequentes, também chamam a atenção os diagnósticos na faixa F10 a F19 (transtornos decorrentes do uso de substâncias), visto que, embora a população total de moradores tenha diminuído de um censo para o outro, houve um aumento significativo de diagnósticos nesse grupo (saltou de 119 em 2008 para 194 em 2014), devido talvez às dificuldades sociais para manejar as situações de vulnerabilidade ligadas à dependência de substâncias psicoativas. Daí a necessidade de ampliar o

escopo das ações de apoio social e inclusão desse público, pois as internações de longo prazo por dependência de substâncias psicoativas apoiam-se, na maior parte das vezes, nas fragilidades sociais. Esse aumento, embora de forma menos marcante, também ocorreu em outras faixas, conforme mostram os dados (em destaque) na Tabela 23.

Tabela 23. Distribuição comparativa dos moradores, nos censos 2008 e 2014, segundo o diagnóstico psiquiátrico por categoria

DIAGNÓSTICO (CID-10)	2008		2014	
	N	%	N	%
F00 a F09	1.446	21,6	887	18,0
F10 a F19	119	1,8	194	3,9
F20 a F29	2.854	42,7	2.117	43,1
F30 a F39	90	1,3	86	1,7
F40 a F49	5	0,1	31	0,6
F50 a F59	5	0,1	12	0,2
F60 a F69	77	1,2	102	2,1
F70 a F79	2.038	30,5	1.375	28,0
F80 a F89	17	0,3	52	1,1
F90 a F98	6	0,1	19	0,4
F99	8	0,1	42	0,9
Outros	25	0,4	0	0,0
Total	6.690	100	4.917	100

Fonte: Censo 2008 e 2014.

No cruzamento de informações sobre o diagnóstico psiquiátrico e a faixa etária, o grupo cuja idade situa-se na faixa dos 50 aos 59 anos é o maior (N=1.305), dos quais as patologias mais frequentes são as esquizofrenias, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes (F20 a F29, 42,3%); a seguir, os diagnósticos de retardo mental (F70 a F79, 28,4%) e os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09, 19,5%). Esse padrão é similar para a população acima dessa idade, que apresenta percentuais mais expressivos relacionados à classificação de F20 a F29 (Tabela 24). No grupo dos 40 a 49 anos, há uma polarização entre o diagnóstico de retardo mental (F70 a F79; 37,5%) e o das esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29; 33,3%), com padrão similar no grupo etário dos 19 aos 29 anos. Se considerarmos a soma dos casos de retardo mental da faixa etária mais jovem (dos 19 aos 39 anos), praticamente um terço do total de internações desse grupo estão associadas a esse diagnóstico.

Tabela 24. Distribuição dos moradores, segundo o diagnóstico psiquiátrico e a faixa etária

DIAGNÓSTICO (CID-10)	FAIXA ETÁRIA															
	13 A 18		19 A 29		30 A 39		40 A 49		50 A 59		60 A 69		70 A 79		80 OU +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F00 a F09	2	25,0	30	14,6	107	18,7	205	18,8	255	19,5	177	18,0	88	15,7	23	12,0
F10 a F19	3	37,5	26	12,7	44	7,7	34	3,1	43	3,3	28	2,9	13	2,3	3	1,6
F20 a F29	2	25,0	46	22,4	184	32,1	364	33,3	552	42,3	522	53,2	319	57,0	128	66,7
F30 a F39	0	0,0	6	2,9	8	1,4	20	1,8	20	1,5	17	1,7	11	2,0	4	2,1
F40 a F49	0	0,0	0	0,0	4	0,7	8	0,7	4	0,3	5	0,5	9	1,6	1	0,5
F50 a F59	0	0,0	1	0,50	1	0,2	4	0,4	1	0,1	3	0,3	1	0,2	1	0,5
F60 a F69	0	0,0	4	2,0	12	2,1	25	2,3	24	1,8	13	1,3	20	3,6	4	2,1
F70 a F79	1	12,5	78	38,0	197	34,4	410	37,5	371	28,4	204	20,8	90	16,1	24	12,5
F80 a F89	0	0,0	11	5,4	8	1,4	13	1,2	13	1,0	3	0,3	2	0,4	2	1,0
F90 a F98	0	0,0	2	1,0	4	0,7	3	0,3	7	0,5	1	0,1	1	0,2	1	0,5
F99	0	0,0	1	0,5	4	0,7	7	0,6	15	1,1	8	0,8	6	1,1	1	0,5
Total	8	100	205	100	573	100	1.093	100	1.305	100	981	100	560	100	192	100

Fonte: Censo 2014.
Nota: resposta múltipla.

Quanto à presença ou não de doenças clínicas associadas, 53,3% dos moradores pesquisados não apresentam outras doenças clínicas e 46,7% apresentam ao menos uma doença, tal como indicado na Tabela 25.

Tabela 25. Distribuição quantitativa dos moradores em relação à presença ou não de doenças clínicas associadas

PRESEÇA DE DOENÇA CLÍNICA	N	%
Nenhuma	2.365	53,3
Uma	1.312	29,6
Duas	493	11,1
Três	174	3,9
Quatro	59	1,3
Cinco ou mais	36	0,8
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

A Tabela 26 mostra a frequência de outras doenças clínicas, tais como hipertensão arterial, diabetes e doenças pulmonares²⁴, segundo a classificação por núcleos da CID-10. Os percentuais verificados para os quadros de hipertensão arterial e diabetes, conhecidos problemas de saúde pública, são bem elevados, afetando 47,1% do total de moradores.

Tabela 26. Distribuição dos moradores segundo as doenças citadas no questionário, classificadas de acordo com o CID-10

DOENÇAS CLÍNICAS ESPECIFICADAS NA QUESTÃO	NÚCLEO CID-10	NÚMERO DE CASOS
Hipertensão arterial	I00 a I99	1.053
Cardiopatias	I00 a I99	141
Diabetes	E00 a E90	484
Doenças pulmonares	J00 a J99	155
Hanseníase	A00 a B99	16
Doenças de pele	L00 a L99	154
Outras doenças	—	1.260
Total		3.263

Fonte: CID-10 e Censo 2014.

Muito expressivo também é o percentual de moradores afetados por outras doenças (38,6%), motivo pelo qual foi realizada categorização das respostas abertas de acordo com os núcleos de doenças da CID-10, confor-

²⁴ Essas doenças foram explicitamente citadas no questionário aplicado.

me mostra a Tabela 27, consideradas as doenças especificadas no questionário (Tabela 26).

Tabela 27. Distribuição dos moradores afetados por outras doenças clínicas, segundo a classificação da CID-10

DOENÇAS CLÍNICAS TOTAL	N	% (TOTAL DE RESPOSTAS)
A00-B99 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	76	2,3
C00-D48 – Neoplasias [tumores]	49	1,5
D50-D89 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	22	0,7
E00-E90 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	752	23,0
F00-F99 – Transtornos mentais e comportamentais	33	1,0
G00-G99 – Doenças do sistema nervoso	245	7,5
H00-H59 – Doenças do olho e anexos	44	1,3
H60-H95 – Doenças do ouvido e da apófise mastoide	22	0,7
I00-I99 – Doenças do aparelho circulatório	1.315	40,3
J00-J99 – Doenças do aparelho respiratório	186	5,7
K00-K93 – Doenças do aparelho digestivo	152	4,7
L00-L99 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	178	5,5
M00-M99 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	46	1,4
N00-N99 – Doenças do aparelho geniturinário	48	1,5
Q00-Q99 – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	0,1
R00-R99 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	39	1,2
S00-T98 – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	32	1,0
V01-Y98 – Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,0
Z00-Z99 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	20	0,6
Total	3.263	100

Fonte: Censo 2014.

Nota: resposta múltipla.

As patologias mais frequentes situam-se no núcleo das doenças do aparelho circulatório (I00 a I99, 40,3%), principalmente pelos casos de hipertensão arterial (32,3%) e demais casos afetados por outros transtornos do aparelho circulatório e os não especificados (I99), totalizando 51 casos (referidos genericamente na questão aberta como “problemas circulatórios, problemas vasculares, doença vascular, dentre outros”). Seguem-se as doenças cerebrovasculares (I60 a I69), como sequelas de acidente vascular cerebral, presentes em 31 casos; e as doenças das veias, dos vasos linfáticos

e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte (I80 a I89), como os quadros de varizes, hemorroidas e outros, que afetam 25 moradores.

O núcleo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 a E90) classifica as queixas de 23% dos moradores, das quais o diabetes aparece como a principal patologia (14,8% do total), estando também associados os transtornos da glândula tiroide (115 casos, 64 relacionados à hipotireoidismo), os quadros de obesidade (72 casos) e a hipercolesterolemia (45 casos).

Finalmente, o terceiro núcleo mais frequentemente citado relaciona-se às doenças do sistema nervoso (G00 a G99), que afetam 7,5% do total de moradores, sendo que a grande maioria dos casos referem-se a quadros de epilepsia (167 casos)²⁵, seguido da paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas (G80 a G83), com 24 casos, e das doenças de Parkinson, Alzheimer ou outras degenerativas não especificadas, com 22 casos.

Por fim, cabe ressaltar que a presença dessas doenças clínicas está fortemente ligada ao envelhecimento da população pesquisada, tal como indicam os dados da Tabela 28. Enquanto nas faixas etárias mais jovens os percentuais para nenhuma doença são elevados, essa relação se inverte nas faixas dos mais idosos, sendo as doenças clínicas muito mais frequentes a partir dos 60 anos, chegando a atingir 76,2% das pessoas com mais de 80 anos.

Tabela 28. Distribuição dos moradores por faixa etária, segundo a presença ou não de doenças clínicas

PRESEÇA DE DOENÇA CLÍNICA	FAIXA ETÁRIA																	
	13 A 18		19 A 29		30 A 39		40 A 49		50 A 59		60 A 69		70 A 79		80 OU +		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	10	100	162	85,3	368	71,2	608	63,1	651	55,0	362	41,0	162	31,6	43	23,8	2.366	53,3
Sim	0	0,0	28	14,7	149	28,8	355	36,9	532	45,0	521	59,0	350	68,4	138	76,2	2.073	46,7
Total	10	100	190	100	517	100	963	100	1.183	100	883	100	512	100	181	100	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Os dados sobre transtornos mentais e sobre a presença ou não de doenças clínicas foram levantados no intuito de auxiliar as revisões diagnósticas e de conduta, assim como na discussão das estratégias de cuidado que

25 A equipe técnica optou por classificar as “crises convulsivas” (N=68) dentro do grupo das doenças do sistema nervoso (G40.9, epilepsia não especificada), visto que em alguns casos as crises convulsivas são tratadas como epilepsia (referida como “crises convulsivas/epilepsia”)

devem ser planejadas para cada um dos projetos terapêuticos singulares dos moradores²⁶.

O questionário permitiu aferir, também, o alto percentual de moradores que fazem uso de múltiplos medicamentos (93,2%). Apenas uma minoria faz uso de um único medicamento (5,2%) e um número ainda menor de pessoas não faz uso de medicamentos²⁷ (1,3%); 0,3% dos respondentes não responderam a questão (Tabela 29).

Tabela 29. Distribuição dos moradores por Uso de medicamentos

USO DE MEDICAMENTOS	N	%
Utiliza múltiplos medicamentos	4.137	93,2
Não faz uso de medicamentos	59	1,3
Usa um único medicamento	229	5,2
Informação ignorada	14	0,3
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

A Tabela 30 mostra que uma parcela significativa de moradores (19,8%) apresenta ao menos um tipo de deficiência, com destaque para a deficiência física (12,5%), a visual (6,6%) e a auditiva (4,8%), tal como indicado na Tabela 31.

Tabela 30. Distribuição quantitativa dos moradores, segundo o número de deficiências apresentadas

NÚMERO DE DEFICIÊNCIAS	N	%
Nenhuma	3.561	80,2
Uma	741	16,7
Duas	91	2,1
Três	46	1,0
Total	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

26 A título de curiosidade, observou-se que o uso de tabaco entre os moradores ainda é bastante elevado na comparação com o número de fumantes na população em geral, embora tenha diminuído de um censo para o outro (de 56,9% para 42,9% dos moradores). Talvez esse seja um dos poucos hábitos prazerosos de livre escolha dos moradores. A comida, tal como o cigarro, também apareceu associada ao livre arbítrio, nas questões abertas sobre como seria morar fora, em menções do tipo: “poder fumar o meu cigarro na hora que eu quiser” ou “comer a minha comida do meu jeito”. Trata-se, portanto, de um assunto que deve ser incluído nas discussões sobre os projetos terapêuticos singulares dos moradores.

27 Esse dado pode estar associado à subnotificação de informações dessa natureza nos prontuários.

Tabela 31. Distribuição dos moradores, segundo o tipo de deficiências

NÚMERO DE DEFICIÊNCIAS	N.	% (TOTAL DE MORADORES N=4.439)
Deficiência física	556	12,5
Deficiência visual	292	6,6
Deficiência auditiva	213	4,8

Fonte: Censo 2014.

Dado que essa população está envelhecendo e tende a apresentar os problemas típicos desse processo, talvez não estejam incluídos nesse grupo moradores com alguma perda leve ou parcial, seja ela motora, visual e/ou auditiva.

De qualquer modo, em relação ao grupo de pessoas com alguma deficiência, o processo de desinstitucionalização deverá contemplar questões relacionadas à acessibilidade e à inclusão, o que deverá envolver a RAPS, outras áreas e setores, tais como os serviços de reabilitação e os de atenção ao idoso, chamados para compor o projeto terapêutico singular de cada uma dessas pessoas.

Além da presença de doenças clínicas e deficiências, também foram levantadas outras informações a respeito do estado físico da população pesquisada (Tabela 32): 3% da população encontra-se cronicamente acamada; dentre os que fazem uso de acessórios de acessibilidade, 9,6% locomovem-se por cadeira de rodas, 2,1% utilizam andador, bengala ou muleta, e 0,7% tem prótese ou usa órtese. E, tal como foi referido anteriormente, isso envolveria trabalhar, em seus projetos terapêuticos singulares, as condições necessárias do ponto de vista da acessibilidade, inclusão e do cuidado para que esse grupo viva fora do hospital psiquiátrico.

Tabela 32. Outras informações sobre o estado físico dos moradores

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTADO FÍSICO	N	% (TOTAL DE MORADORES N=4.439)
Cronicamente acamado	132	3,0
Locomove-se por cadeira de rodas	428	9,6
Utiliza andador, bengala ou muleta	95	2,1
Tem prótese	30	0,7
Usa órtese	32	0,7
Usa óculos	124	2,8
Usa aparelho auditivo	26	0,6
Tem dentes ou prótese dentária	2.599	58,5

Fonte: Censo 2014.

Os baixos percentuais de moradores que usam óculos (2,8%) e aparelho auditivo (0,6%) chamam a atenção, uma vez que a maior parcela dessa população (53,7%²⁸) está com 60 anos ou mais, e portanto suscetível de sofrer diminuição da acuidade visual e/ou auditiva.

Os altos percentuais de moradores com falta total ou parcial de dentes ou com prótese dentária (41,5%)²⁹ revelam a manutenção dos graves problemas de saúde bucal no país, provavelmente como consequência da falta de cuidados específicos nos hospitais em que esses moradores permaneceram internados. Esses aspectos podem trazer grandes prejuízos para a saúde e principalmente para a autoestima e deve ser também acompanhado, revisto e incluído no planejamento do cuidado da população pesquisada.

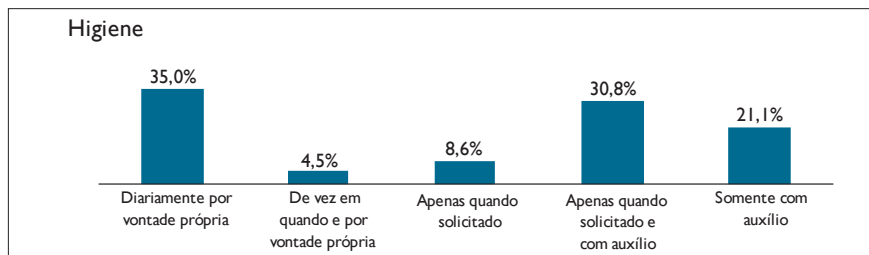
RECURSOS RELATIVOS AO AUTOCUIDADO E PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES

Esse bloco lida com as informações referentes ao autocuidado e à participação em atividades, nos contextos institucional e social.

Autocuidado

O bloco de questões sobre o autocuidado buscou identificar o grau de iniciativa e autonomia dos moradores em atividades relacionadas à higiene, à alimentação, a vestimentas e à comunicação. Parte dos moradores (39,5%) afirmou ser capaz de tomar conta de sua higiene por vontade própria. No entanto, nota-se que pouco mais da metade (51,9%) necessita de algum tipo de auxílio quando se trata de sua higiene pessoal (Gráfico 18).

Gráfico 18. Percentual de moradores segundo aspectos relacionados à higiene



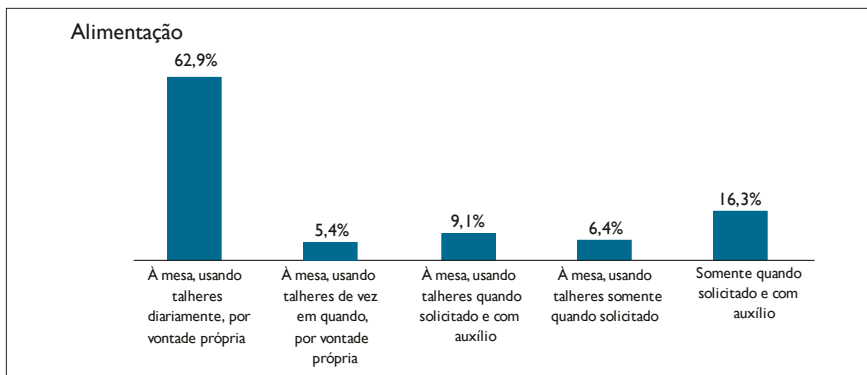
Fonte: Censo 2014.

28 Se incluirmos o grupo etário na faixa entre 50 a 59 anos (24,2%), a percentagem de possíveis usuários desses recursos chega a 77,9%.

29 Trata-se da diferença em relação aos pacientes que têm dentes ou usam prótese dentária (58,5%).

No caso da alimentação, 62,9% dos moradores se alimentam sozinhos e por vontade própria, diariamente (Gráfico 19). Contudo, aproximadamente um quarto do grupo precisa de algum tipo de auxílio para alimentar-se adequadamente.

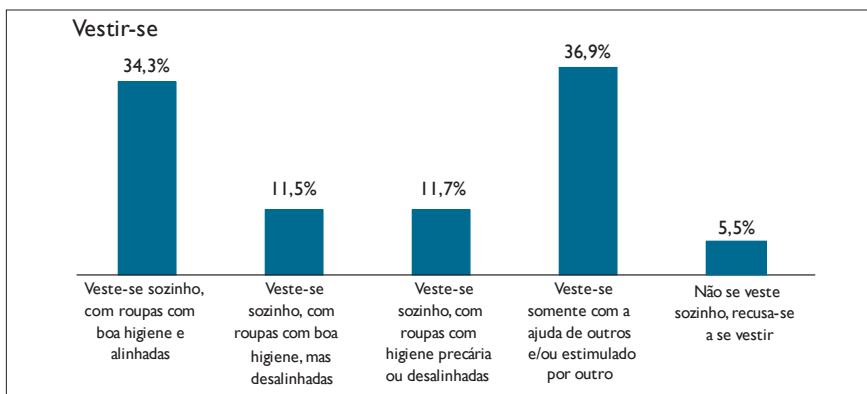
Gráfico 19. Percentual de moradores segundo aspectos relacionados à alimentação



Fonte: Censo 2014.

Com relação ao ato de se vestir, 57,6% dos moradores conseguem se vestir sozinhos, independentemente do alinhamento ou da higiene da roupa, e 42,4% precisam de ajuda ou estímulo para realizar a atividade (Gráfico 20).

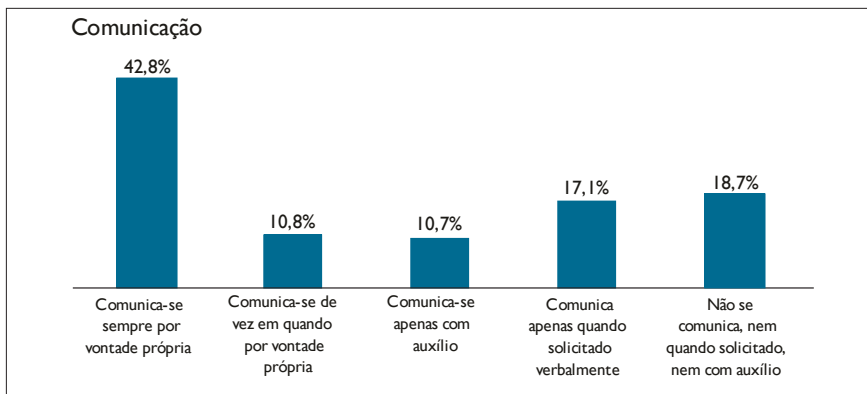
Gráfico 20. Percentual de moradores segundo aspectos relacionados ao ato de vestir-se



Fonte: Censo 2014.

Com relação à comunicação, parte considerável (53,6%) comunica-se por vontade própria, embora também seja alto o número daqueles que não se comunicam (18,7%) ou que precisam de algum tipo de auxílio para comunicar-se (27,8%) (Gráfico 21).

Gráfico 21. Percentual de moradores segundo aspectos relacionados à comunicação



Fonte: Censo 2014.

A maioria dos moradores apresenta autonomia total ou relativa para lidar com os itens abordados, apesar de haver uma diminuição dessa autonomia em relação aos itens higiene e vestir-se, na comparação com o ato de alimentar-se e com a comunicação. Talvez porque os dois primeiros atos sejam relacionados à aparência e à estética, enquanto os outros dois (o ato de comer e o de se comunicar) são mais elementares e vitais para a sobrevivência humana.

A despeito das particularidades de cada pessoa quanto ao modo de cuidar de si mesmo, seja com mais ou com menos esmero, é interessante refletir sobre o funcionamento institucional, que pode inibir ou desestimular tais ações. Uma vez que visa ao controle e à organização de seu espaço para grandes agrupamentos, a instituição, de modo geral, roteiriza e oferece uma rotina de atividades que pode ser acachapante para o sujeito, pois traz, em seu cerne, a falta de escolha e a perda da autonomia. Afinal, é ela, e não o sujeito, que decide a hora de dormir e a hora de levantar, a hora de tomar banho, decide os produtos que serão usados para o asseio pessoal, a hora de alimentar-se e o cardápio das refeições e, em alguns casos, até mesmo o

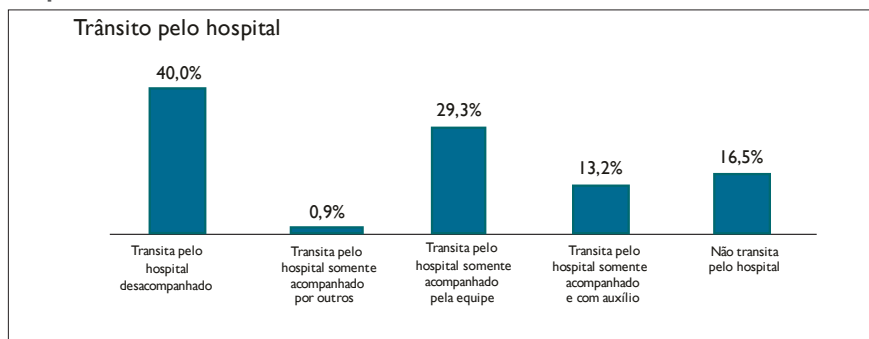
que o sujeito vai vestir, quando adota o uso de uniforme. Isso é próprio do funcionamento institucional e é possível notá-lo, com algumas diferenças entre uma e outra, nos mais distintos estabelecimentos: escola, quartel, prisão, local de trabalho, hotel ou hospital³⁰.

Embora todos, em certa medida, devam se submeter a algumas regras em situações de agrupamento e convivência coletiva, a diferença é que há um contraponto, quando o indivíduo tem um espaço próprio, uma casa, um lugar que é seu. Porque é nesse espaço que o sujeito, de fato, tem a possibilidade de escolher o que quer para si e na hora que bem entender. Isso posto, torna-se desnecessário elencar as consequências que a internação de longo prazo traz para a vida do sujeito, quando o hospital vira a sua casa.

Participação nos contextos institucional e social

Neste bloco, discute-se o modo como o morador interage com o contexto institucional hospitalar, seja participando das atividades programadas, seja pelo simples trânsito interno. Conforme mostram os dados do Gráfico 22, 40% dos moradores transitam desacompanhados pelo hospital, 43,4% necessitam de acompanhamento para circular com segurança e 16,5% simplesmente não transitam pelo hospital.

Gráfico 22. Distribuição dos moradores segundo o modo como circula pelo hospital

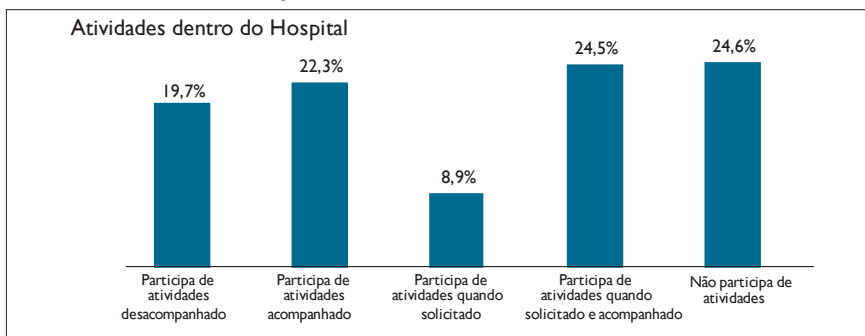


Fonte: Censo 2014.

30 Para Foucault (2006), somente a loucura é capaz de confrontar esse modo de operar, pois não se submete, incomoda, descontrola, sai do *script*, oferecendo talvez a única possibilidade de questionar esse funcionamento que eclipsa o sujeito.

Em relação à participação nas atividades oferecidas dentro do hospital (Gráfico 23), 75,4% dos moradores aderem, por vontade própria ou apenas quando solicitados, acompanhados ou não, à programação ofertada, dos quais 55,7% aderem apenas de forma dependente; 24,6% não participam de quaisquer atividades.

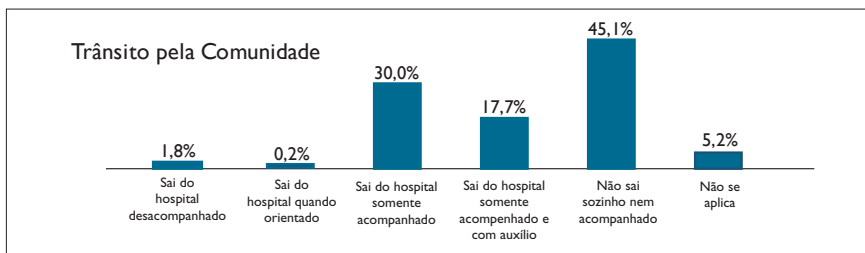
Gráfico 23. Distribuição dos moradores segundo o modo como participa de atividades dentro do hospital



Fonte: Censo 2014.

O Gráfico 24 mostra quão reduzido é o número de moradores que saem do hospital, sozinhos e desacompanhados (2%), em trânsito pela comunidade. Há uma polarização marcante entre o percentual de moradores que saem do hospital, acompanhados e/ou com auxílio (47,7%), e o percentual daqueles que não transitam de modo algum pela comunidade (45,1%).

Gráfico 24. Distribuição dos moradores segundo o modo como transita pela comunidade

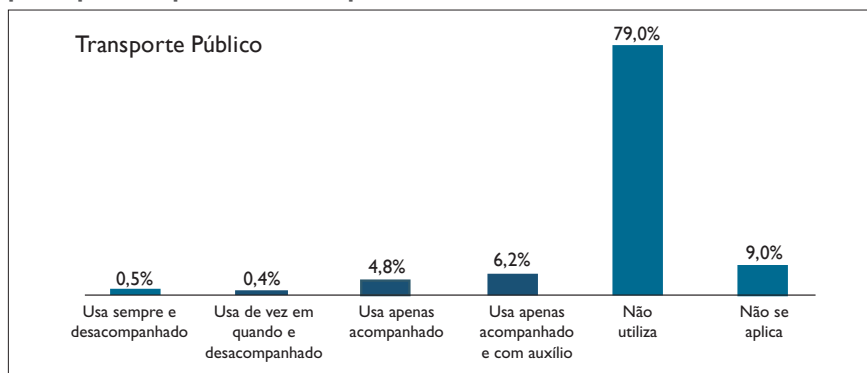


Fonte: Censo 2014.

O alto percentual de moradores que não utiliza transporte público (79%, Gráfico 25) — do qual uma parte é composta por aqueles que nunca

saem do hospital (cerca de metade da população) — poderia ser explicado pelo fato de o trânsito pela comunidade circunscrever-se às proximidades do hospital. Uma vez que predomina a presença de acompanhante para a saída, o uso de transporte público acaba por tornar-se mais complexo. Mesmo assim, há 12% de moradores que utilizam transporte público quando circulam pela cidade, acompanhados e/ou com auxílio.

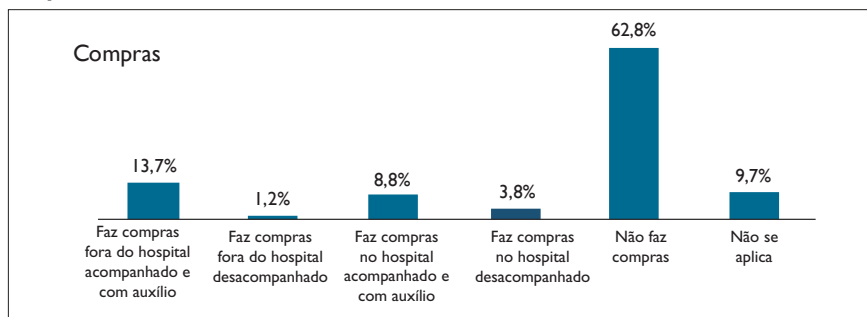
Gráfico 25. Distribuição dos moradores segundo a utilização ou não de transporte público quando transita pela comunidade



Fonte: Censo 2014.

No Gráfico 26, verificam-se os dados dos moradores que fazem compras no hospital ou fora dele. Assim como na questão do transporte público, é alto o número daqueles que não fazem compras (62,8%). É interessante notar, contudo, que parte significativa dessa população faz compras (27,5%).

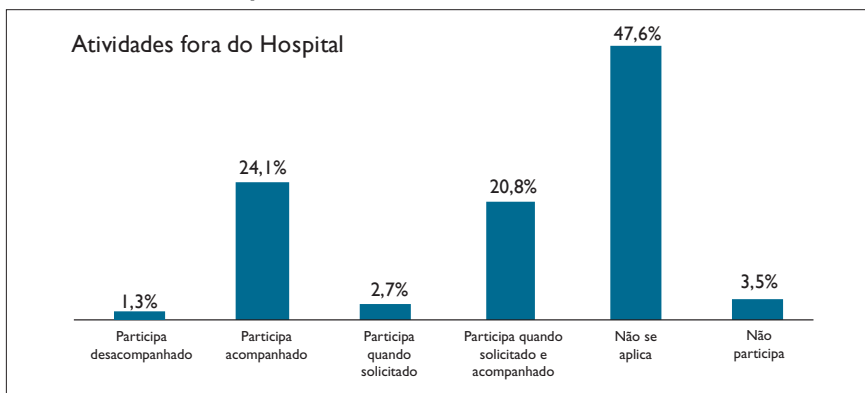
Gráfico 26. Distribuição dos moradores que fazem compras dentro ou fora do hospital



Fonte: Censo 2014.

A participação independente em atividades fora do hospital é muito baixa (apenas 1,3% dos moradores) e há uma polarização entre os grupos dos que participam acompanhados e/ou com auxílio (quando solicitados ou não, abrangendo 47,6% dos moradores) e o grupo dos que nunca participam de atividades externas (coincidentemente, 47,6%) (Gráfico 27).

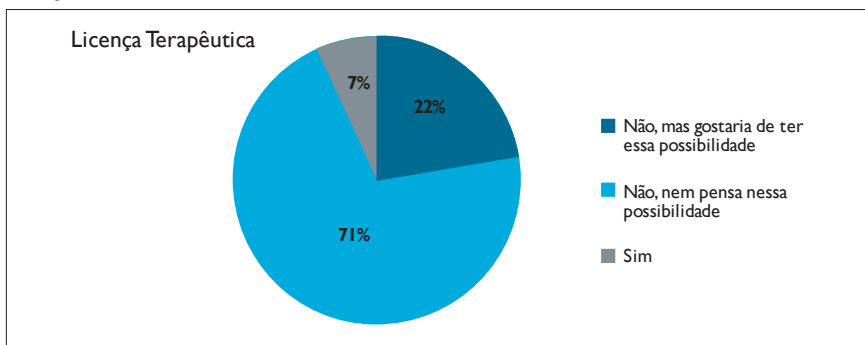
Gráfico 27. Distribuição dos moradores segundo o modo como participam de atividades fora do hospital



Fonte: Censo 2014.

Por fim, o Gráfico 28 mostra que somente 7% dos moradores saem quando têm licença terapêutica e que 22%, embora não saiam em licença, gostariam de ter essa possibilidade. Contudo, 71% do total de moradores manifestam medo ou receio de obter esse recurso.

Gráfico 28. Distribuição dos moradores segundo a relação com a licença terapêutica



Fonte: Censo 2014.

Essas informações corroboram com a constatação de que a institucionalização causa dependência e/ou fragiliza os vínculos existentes, além de dificultar a formação de outros.

MOTIVO DA PERMANÊNCIA NO HOSPITAL

Dentre os motivos apresentados para justificar as internações prolongadas nos hospitais psiquiátricos (precariedade social, doença clínica e transtorno mental), nota-se que a maior parte da população (65,7%) permanece internada pela combinação de precariedade social³¹ e transtorno mental; 14,8% continuam internados devido unicamente ao transtorno mental; 12,7% por apresentar o conjunto dos três motivos alegados; 0,2% apenas por doença clínica diagnosticada; e 2,2% por expressa precariedade social (Tabela 33)³².

Tabela 33. Distribuição dos moradores segundo o motivo da permanência apresentado

MOTIVO DE PERMANÊNCIA	N	%
Transtorno mental	656	14,8
Precariedade social + transtorno mental	2.916	65,7
Precariedade social + doença clínica + transtorno mental	562	12,7
Precariedade social + doença clínica	200	4,5
Precariedade social	96	2,2
Doença clínica	9	0,2
Total Geral	4.439	100

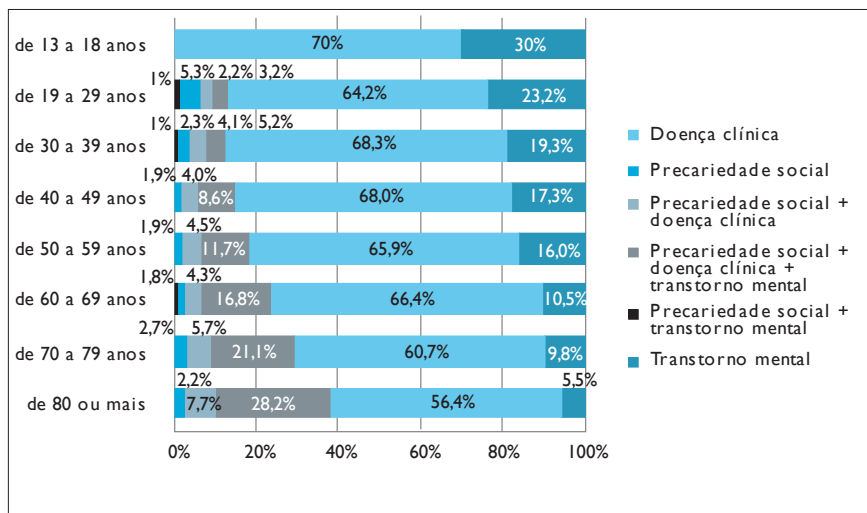
Fonte: Censo 2014.

O Gráfico 29 detalha a distribuição dos moradores segundo a faixa etária e a justificativa alegada para a longa permanência do cidadão. Nota-se que, à medida que aumenta a idade do morador, torna-se mais complexa a combinação dos três motivos de permanência, o que corrobora a hipótese de que quanto mais longa é a internação, mais crônica se torna a situação (física mental e social) dos internados.

31 A precariedade social refere-se ao fato de o morador não ter lugar para morar fora do hospital e/ou não ter renda.

32 Esse resultado é similar ao obtido no censo de 2008, com discreto decréscimo no item 'precariedade social' e acréscimo no item 'precariedade social, doença clínica e transtorno mental'.

Gráfico 29. Distribuição dos moradores segundo o motivo alegado de internação, em relação à faixa etária

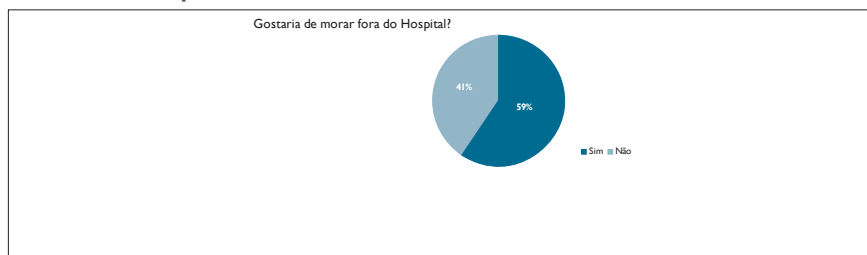


Fonte: Censo 2014.

A SAÍDA DO HOSPITAL

Ao final da aplicação da pesquisa, os moradores em condições de respondê-la foram questionados sobre se gostariam ou não de morar fora do ambiente hospitalar: 59% manifestaram essa intenção, contra 41% que disseram preferir permanecer internados (Gráfico 30)³³.

Gráfico 30. Distribuição dos moradores que manifestam o desejo de morar ou não fora do hospital

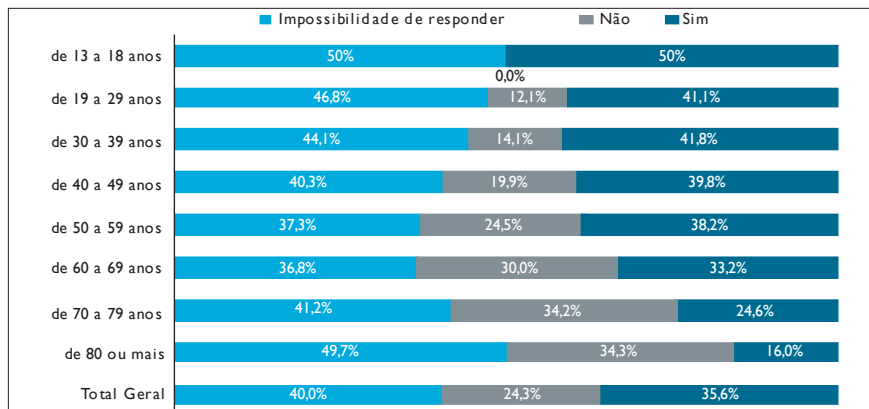


Fonte: Censo 2014

³³ Cerca de 40% (N=1.777) dos moradores estavam impossibilitados de responder diretamente a pesquisa. Há muitas observações sobre o estado de saúde desses pacientes no campo aberto de registro, o que leva a inferir que esse estado talvez também seja, em parte, produto da “cronificação” institucional.

O Gráfico 31 mostra que quanto mais jovem é o morador, maior é a vontade de viver fora do hospital, sendo que essa relação se altera gradativamente à medida que a população passa da maturidade para a velhice, chegando a predominar as respostas negativas para aqueles com 60 anos ou mais.

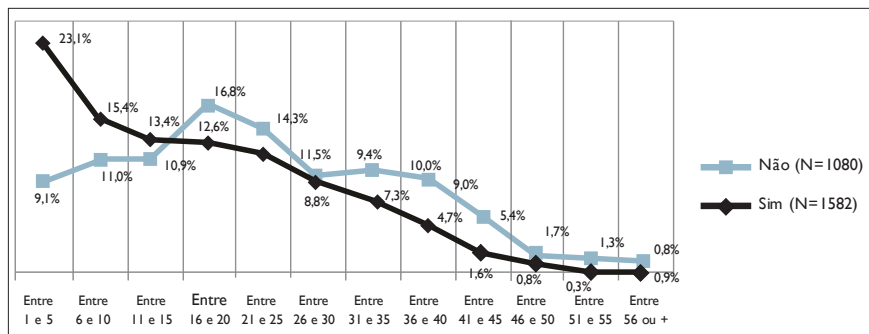
Gráfico 31. Distribuição dos moradores que manifestam o desejo de morar ou não fora do hospital, por faixa etária



Fonte: Censo de 2014.

O mesmo fato se verifica quando se cruzam os dados sobre a vontade ou não de viver fora da instituição em relação ao tempo de internação (Gráfico 32): quanto menor é o tempo de internação, maior é a vontade que o sujeito expressa de deixar o hospital (51,9% das respostas afirmativas foram dadas pelos moradores com até 15 anos de internação).

Gráfico 32. Distribuição dos moradores que manifestam o desejo de morar ou não fora do hospital, em relação ao tempo de internação

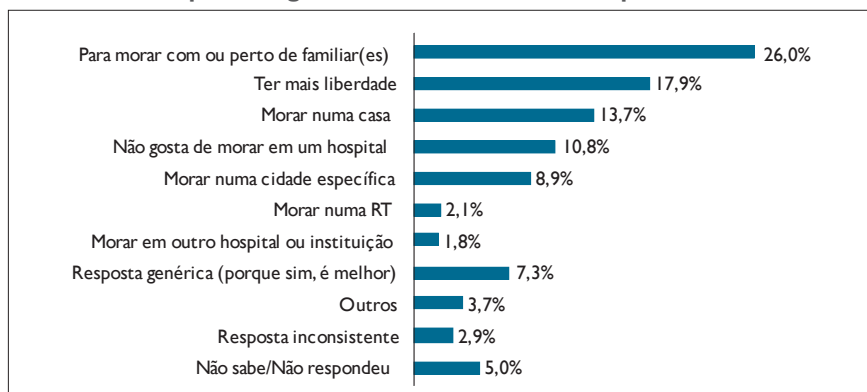


Fonte: Censo 2014

Esses dados reforçam a hipótese de que as pessoas que têm mais idade e estão internadas há mais tempo sentem mais as consequências do processo de longos períodos de institucionalização. E, como já estão há tanto tempo vivendo nessa condição de morador de hospital psiquiátrico, o receio e o medo de viver algo diferente dessa condição infelizmente tende a prevalecer.

Por fim, o Gráfico 33 apresenta os percentuais da categorização, por tema, das respostas abertas, apresentadas pelos moradores que justificaram as razões de querer morar fora do hospital.

Gráfico 33. Por que você gostaria de morar fora do hospital?



Fonte: Censo de 2014
Nota: Resposta múltipla

Mais de um quarto (26%) justificou o seu desejo de viver fora da instituição psiquiátrica alegando a vontade de morar com parentes ou perto dos familiares. Os 17,9% que demonstraram a vontade de ter mais liberdade apresentaram vários motivos: ter mais privacidade, mudar de vida, usufruir a vida, poder escolher o que fazer, os passeios, as atividades de lazer, visitar os amigos, relacionar-se, ocupar-se com estudos e/ou trabalho.

Outro motivo frequentemente citado, por 13,7% dos respondentes, indicava uma vontade genérica de morar numa casa (talvez ter um lar) ou voltar para casa; 8,9% mencionaram que gostariam de morar em uma cidade específica. Para 10,8% dos respondentes, o desejo de viver em qualquer outro lugar que não seja o hospital deve-se ao fato de acharem que hospital não é lugar de morar ("é ruim, é fechado, é prisão"), porque os deixa perturbados,

infelizes e enjoados, ou porque sofrem maus tratos, provocações, acidentes ou se envolvem em brigas. Foram poucos os moradores que manifestaram, expressamente, o desejo de morar em uma residência terapêutica (2,1%) ou, então, mudar-se para outro hospital ou instituição similar (1,8%).

A despeito de todas as dificuldades, da fragilidade dos vínculos, da ausência concreta dos familiares, há um pedido explícito de resgate, quando possível, desse contato ou de retomada de seu histórico pessoal. E isso também deve ser considerado, por mais desafiador que isso possa ser, no planejamento do cuidado e da saída dos moradores de hospitais psiquiátricos.

QUESTÕES ABERTAS

Ao final do questionário fechado, três questões abertas foram colocadas para que os respondentes pudessem registrar informações mais qualitativas e algumas impressões. Os campos foram divididos em três temas: “o usuário”, “a equipe profissional” e “o prontuário”.

A análise qualitativa dos registros sobre os usuários mostrou que os comentários feitos descreviam os prejuízos e comprometimentos observados no estado físico e/ou psíquico dos moradores. Embora o transtorno mental possa ocasionar parte dos estados ou sintomas descritos, o uso prolongado de muitos dos medicamentos e a falta de contato com o mundo externo devido aos longos anos de internação, para além dos efeitos iatrogênicos amplamente discutidos na literatura disponível, também são responsáveis por muitas dessas sequelas.

A maioria das descrições mencionaram termos como: isolado, ausente, incomunicável, introspectivo, embotado, resistente a contato, alheio ao mundo, sem contato verbal e/ou visual. Essas referências assinalam que a exclusão social devida a internações de longa permanência também pode resultar em quadros de isolamento e apatia social.

Outros termos referidos, como: confuso, agitado, agressivo, humor oscilante, ausência de juízo crítico, delirante e infantilizado, podem estar mais diretamente associados à patologia do morador. E os termos ‘acamado’ e ‘dependente de cuidados’ podem muitas vezes associar-se às consequências físicas causadas por doenças clínicas diagnosticadas.

Também chamam a atenção as referências sobre o bom estado físico e/ou psíquico de alguns moradores, apresentados como: calmo, bem orientado, participativo, comunicativo, atento, etc.

Reproduzimos, a seguir, alguns exemplos desses registros:

“Paciente desorientada no tempo e espaço, confusa, tenho que falar várias vezes para obter as respostas.”

“A usuária apresenta-se alheia, pouco comunicativa, não estabelece contato verbal.”

“A paciente apresenta-se agressiva. Não estabelece contato verbal.”

“Apresenta-se calmo e embotado. Contato verbal prejudicado. Refere-se saber ler, mas não escreve direito. É apático e sem iniciativa.”

“A usuária é receptiva ao contato e responde de forma coerente.”

“A usuária possui pensamento organizado e clareza em suas respostas. É atenciosa e educada.”

Além disso, foram feitas muitas menções a moradores que expressam reiteradamente a vontade de ir embora do hospital:

“Gostaria de sair para a casa dos pais.”

“Fala muito em sair do hospital.”

“Paciente responde que quer ir embora e que quer voltar a morar com a mãe em São Paulo, conversa o que quer, diz que precisa de uma passagem para São Paulo para voltar a morar na casa da mãe.”

Também foram identificadas opiniões negativas em relação à saída definitiva do hospital, pelo fato de o morador não querer ou não ter para onde ir. No primeiro caso, trata-se de um fenômeno comum do processo de cronificação institucional, principalmente em pacientes submetidos a longos períodos de internação, associado ao medo de viver uma experiência muito diferente daquela que adquiriu no hospital. Esse processo pode ser revertido por meio de um trabalho de sensibilização que leve à alta hospitalar e/ou à transferência, por exemplo, para uma RT. Já existem ótimas experiências relatadas de pessoas que inicialmente apresentavam esse medo, mas que depois que foram viver em uma RT se adaptaram e valorizaram esse novo modo de viver. Em relação aos moradores que justificam a vontade de permanecer na instituição porque não teriam um lugar para morar, a questão também poderia ser resolvida com a alta hospitalar e transferência para uma RT. Eis alguns exemplos das falas relatadas:

“Relata que não quer sair do hospital porque no hospital a comida é boa e é melhor no hospital do que na rua.”

“A paciente relata que não quer ir embora, pois lá fora é duro.”

“Quando questionada quanto a sair do hospital, diz que não, mas depois fala que, se houver um lugar, iria.”

A análise das respostas sobre a “equipe do hospital” permitiu identificar que, na maioria das vezes, pessoas da equipe de enfermagem e assistentes sociais acompanharam os pesquisadores na visita à instituição. Grande parte das respostas foi de que a equipe mantinha bom relacionamento com os moradores e que os tratava de forma afetuosa:

“Aparenta estar comprometida com a usuária, demonstrando atenção e cuidado com suas necessidades.”

“Carinhosa, atenciosa e prestativa. A equipe acompanhou o paciente e ajudou na coleta digital.”

“Equipe prestativa, atenta à usuária, demonstrando afetividade e cuidado.”

O fato de membros da equipe muitas vezes desconhecerem a história dos moradores, em parte porque muitos foram transferidos de outras instituições, sugere falta de contato entre as equipes de cada hospital, assim como o descuido na transmissão dos dados do prontuário do paciente, a fim de que a história pessoal não se perca. A ausência de interesse pelo resgate da história pessoal mostra (1) a pouca importância que é dada à história do paciente no contexto hospitalar, que seria de considerável valia na construção da identidade do sujeito, e (2) chama a atenção para a rotatividade dos profissionais que compõem a equipe de cuidado. As citações a seguir exemplificam essas questões:

“A equipe e o usuário ainda estão se conhecendo.”

“A equipe tem poucas informações e nenhum contato com a família.”

“Demonstrou conhecer de forma superficial a usuária, principalmente no que se refere ao histórico familiar. No dia a dia, auxilia a usuária em suas necessidades.”

Em contrapartida, há relatos de equipes que acompanham os moradores há muitos anos e demonstram conhecer bem a sua história, empenhando-se muitas vezes pela sua desinstitucionalização:

“Equipe tem informações sobre a família e acompanha o tratamento multidisciplinar de perto. Tem informações atuais e conhece os desejos e preferências dos pacientes.”

“Equipe vem investindo em atendimentos de sensibilização para encaminhamento para residência terapêutica.”

“Equipe vem investindo no processo de solicitação de benefício (BPC\ Loas) e vaga em SRT.”

“Articulando com a rede para alta, sensibilizando a família para se envolver no processo. Família ausente, pais idosos. Equipe demonstra vínculo.”

Há também equipes que se preocupam com histórias de abandono familiar, a precariedade social em que viviam/vivem, o descaso familiar ou a falta contato com o mundo externo:

“A equipe informa que o paciente não tem contato atualmente com a família, embora constem em seu prontuário alguns dados.”

“A assistente social está tentando encontrar a família, mas no momento não há contato. Menciona que há benefício, mas este fica com a família.”

A última questão aberta referia-se ao prontuário dos moradores. A maioria das citações indica a boa organização dos prontuários, a facilidade de acessar as informações e a existência de anotações sobre a evolução do tratamento, arranjos esses talvez resultantes das sistemáticas avaliações que vêm sendo feitas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), assim como dos censos realizados e da exigência de melhor regulação dos registros e documentos pelo próprio SUS. Seguem abaixo alguns exemplos:

“Prontuário coeso, organizado, com evolução cronológica. Bom estado de conservação.”

“É organizado, contém informações suficientes, evoluções da equipe multiprofissional e história de vida. Consta Projeto Terapêutico Individual.”

“O prontuário é organizado, com informações suficientes, tem evoluções do médico e equipe multiprofissional.”

Por outro lado, há registros da falta de dados e, principalmente, de informações sobre o histórico dos indivíduos transferidos de outras instituições, bem como faltam informações básicas para o estabelecimento de contato com os familiares, o que parece reforçar a suposição de que não há diálogo entre as equipes dos hospitais nem o cuidado de enviar o prontuário anterior do paciente, o que resulta na perda de informações imprescindíveis para a propositura de desinstitucionalização e reinserção social do morador.

“Não constam em seu prontuário dados familiares ou documentos pessoais. Os nomes dos pais constavam em ficha vinda da Febem.”

“Prontuário organizado, mas não foram encontrados dados da família; consta ter vindo do Hospital Psiquiátrico.”

“O paciente é procedente do Hospital Psiquiátrico. Não constam em prontuário documentos que comprovem sua naturalidade e o nome dos pais.”

INDICADORES

No censo de 2008, foram selecionados alguns indicadores, com base nos dados coletados na pesquisa, para auxiliar na análise das condições, dos recursos e das necessidades dos moradores dos hospitais psiquiátricos, para que servissem como subsídio aos gestores nas ações de desinstitucionalização. O presente censo, no intuito de levantar as condições atuais e compará-las com os resultados obtidos na pesquisa anterior, utiliza o mesmo padrão e memória de cálculo desses indicadores, conforme detalhado a seguir.

Três blocos compõem, por meio de somatória, o índice final: (1) autocuidado, (2) família e vínculos sociais e (3) cidadania e suporte social.

Para o bloco sobre autocuidado, foram consideradas as questões relativas à higiene, à alimentação e ao modo como o morador costuma se vestir. As notas atribuídas (Tabela 34) consideram que, quanto maior é a autono-

Tabela 34. Avaliações atribuídas ao autocuidado do morador

QUESTÃO	ALTERNATIVAS	PONTUAÇÃO
95 – Higiene (banho, cabelo, unhas, higiene bucal, uso do vaso sanitário)	Apenas quando solicitado e com auxílio	0
	Somente com auxílio	1
	Apenas quando solicitado	2
	De vez em quando e por vontade própria	3
	Diariamente e por vontade própria	4
96 – Alimentação	Somente quando solicitado e com auxílio	0
	À mesa, usando talheres quando solicitado e com auxílio	1
	À mesa, usando talheres somente quando solicitado	2
	À mesa, usando talheres de vez em quando e por vontade própria	3
	À mesa, usando talheres diariamente por vontade própria	4
97 – Vestir-se	Não se veste sozinho, recusa-se a se vestir	0
	Veste-se somente com ajuda de outros e/ou estimulado por outros	1
	Veste-se sozinho, com roupas pouco asseadas ou desalinhadas	2
	Veste-se sozinho, com roupas asseadas, mas desalinhadas	3
	Veste-se com roupas, com roupas asseadas e alinhadas	4
Pontuação máxima		12

Fonte: Censos 2008 e 2014.

mia do morador com relação ao autocuidado, maior é a nota atribuída, no limite máximo de 12 pontos.

O bloco sobre cidadania e suporte social contempla questões acerca da documentação, renda e moradia (Tabela 35) com atribuição de nota máxima de 6 pontos.

Tabela 35. Avaliações atribuídas às ações de cidadania e suporte social do morador

QUESTÃO	ALTERNATIVAS	PONTUAÇÃO
32 e 33 – Número de RG	Sim	2 ou 0
	Não	
34 a 41 – Algum outro documento	Sim	
	Não	
94 – Renda Atual	Não tem renda	0
	Ajuda financeira esporádica (família, amigos, outros)	
	Ajuda financeira frequente (família, amigos, outros)	2
	Renda proveniente de projetos de geração de renda no hospital	
	Benefícios (Loas-BPC/Aposentadoria)	
Benefício e projeto de geração de renda no hospital	0	
103 – Situação de moradia atual		É morador de enfermaria e não tem lugar para ficar fora do hospital
		É morador de lar abrigado e não tem lugar para ficar fora do hospital
		É morador de enfermaria, mas tem lugar para ficar fora do hospital
	É morador de lar abrigado, mas tem lugar para ficar fora do hospital	
Pontuação máxima		6

Fonte: Censos 2008 e 2014.

Finalmente, o bloco sobre vínculos familiares e sociais mede a intensidade do contato com familiares ou pessoas próximas, com base em informações como: dispõe do endereço de parente e amigos; recebe visitas; sai em licença terapêutica (Tabela 36), com atribuição de nota máxima de 6 pontos.

O esquema de cálculo parte do pressuposto de que (1) se uma pessoa apresenta boa pontuação no que se refere ao grau de autonomia em seus cuidados de higiene, alimentação e para se vestir (bloco autocuidado), (2) se já possui documentos, recebe alguma fonte de renda e tem algum lugar para morar fora do hospital (bloco cidadania e suporte social) e, por fim, (3) se tem o endereço de familiar, se recebe visitas de familiares, vizinhos ou amigos e se sai de licença terapêutica (bloco família e vínculos sociais), então ela tem condições imediatas de deixar o hospital psiquiátrico.

Tabela 36. Avaliações atribuídas aos vínculos familiares e sociais do morador

QUESTÃO	ALTERNATIVAS	PONTUAÇÃO
99 – Recebe visitas durante a internação?	Não recebe visitas	0
	Recebe visita de familiares	2
	Recebe visitas de vizinhos/amigos	2
	Recebe visita de outros (voluntários de ordem religiosa ou não especificados)	0
59 – Informe o endereço de um familiar, caso saiba	Com resposta afirmativa	2
	Com resposta negativa	0
112 – O usuário sai de licença terapêutica por uma semana ou mais?	Não, nem pensa nessa possibilidade	0
	Não, mas gostaria de ter essa possibilidade	0
	Sim	2
Pontuação máxima		6

Fonte: Censos 2008 e 2014.

Desse modo, torna-se possível construir uma matriz de pontuação que mostra as condições das pessoas internadas com base nesses parâmetros. A matriz é montada de forma a apresentar, de acordo com cada bloco construído anteriormente, a quantificação e as possibilidades de combinação³⁴ de cada uma das notas, em específico e entre si, por meio da junção, em uma única tabela, dos dados referentes a todos os blocos.

Com base nessa referência, foram considerados, na análise, seis principais agrupamentos, conforme a pontuação recebida, levando em conta a maior e a menor pontuação. A escala de Autocuidado, em pontuação numérica, fica assim montada: de 12 a 9, de 8 a 4 e de 3 a 0; as demais escalas, Cidadania e Suporte Social (CSS) e Família e Vínculos Sociais (FVS), são montadas de forma combinada, também em pontuação numérica, com a maior entre 6 e 4 e a menor entre 2 e 0. Assim, temos os seguintes agrupamentos de acordo com a matriz de pontuação (Tabela 37):

- 1) ↑ Autocuidado (12 a 9) + ↑ Cidadania e Suporte Social (6 e 4) + ↑ Família e Vínculos Sociais (6 e 4) ou ↓ Família e Vínculos Sociais (2 e 0)
- 2) ↑ Autocuidado (12 a 9) + ↓ Cidadania e Suporte Social (2 e 0) + ↑ Família e Vínculos Sociais (6 e 4) ou ↓ Família e Vínculos Sociais (2 e 0)
- 3) ± Autocuidado (8 a 4) + ↑ Cidadania e Suporte Social (6 e 4) + ↑ Família e Vínculos Sociais (6 e 4) ou ↓ Família e Vínculos Sociais (2 e 0)

³⁴ É possível localizar no banco de dados as notas de cada uma das pessoas, de acordo com cada combinação, o que pode auxiliar no trabalho de planejamento das ações necessárias para a desinstitucionalização de forma individualizada, de acordo com as necessidades e o perfil de cada indivíduo.

Tabela 37. Matriz de Pontuações

		AUTOCUIDADO (DO MAIOR AO MENOR AUTOCUIDADO)																									
CSS	FVS	12	pt	11	pt	10	pt	9	pt	8	pt	7	pt	6	pt	5	pt	4	pt	3	pt	2	pt	1	pt	0	pt
6	6	32	24	3	23	5	22	3	21	8	20	6	19	4	18	4	17	2	16	3	15	1	14	2	13	0	12
6	4	116	22	19	21	17	20	21	19	21	18	21	17	33	16	48	15	11	14	21	13	34	12	25	11	5	10
6	2	13	20	3	19	1	18	3	17	4	16	2	15	7	14	4	13	4	12	2	11	8	10	4	9	3	8
6	0	13	18	3	17	0	16	1	15	0	14	0	13	2	12	3	11	1	10	0	9	0	8	3	7	0	6
		174		28		23		28		33		29		46		59		18		26		43		34		8	
4	6	58	22	17	21	8	20	8	19	3	18	7	17	6	16	4	15	1	14	4	13	5	12	6	11	0	10
4	4	225	20	45	19	41	18	45	17	34	16	29	15	64	14	83	13	26	12	32	11	47	10	82	9	18	8
4	2	75	18	17	17	7	16	9	15	8	14	21	13	29	12	22	11	5	10	11	9	15	8	21	7	6	6
4	0	235	16	47	15	44	14	52	13	48	12	40	11	100	10	108	9	49	8	45	7	86	6	66	5	26	4
		593		126		100		114		93		97		199		217		81		92		153		175		50	
2	6	15	20	1	19	1	18	2	17	4	16	3	15	2	14	1	13	1	12	0	11	2	10	1	9	0	8
2	4	101	18	21	17	15	16	30	15	21	14	18	13	27	12	25	11	10	10	22	9	27	8	41	7	13	6
2	2	51	16	8	15	11	14	11	13	7	12	3	11	12	10	10	9	3	8	9	7	12	6	23	5	6	4
2	0	168	14	42	13	47	12	49	11	60	10	35	9	83	8	97	7	21	6	48	5	80	4	110	3	16	2
		335		72		74		92		92		59		124		133		35		79		121		175		35	
0	6	1	18	0	17	0	16	0	15	0	14	0	13	0	12	0	11	0	10	0	9	0	8	0	7	0	6
0	4	12	16	4	15	0	14	5	13	1	12	6	11	0	10	6	9	3	8	3	7	2	6	1	5	2	4
0	2	3	14	3	13	0	12	1	11	1	10	3	9	0	8	1	7	1	6	1	5	4	4	2	3	0	2
0	0	57	12	14	11	10	10	18	9	18	8	15	7	44	6	28	5	4	4	31	3	34	2	27	1	8	0
	Subtotais	73		21		10		24		20		24		44		35		8		35		40		30		10	
		1.175		247		207		258		238		209		413		444		142		232		357		414		103	
								1.887										1.446								1.106	
								43%										33%								25%	

Fonte: Censo 2014.

- 4) ± Autocuidado (8 a 4) + ↓ Cidadania e Suporte Social (2 e 0) + ↑ Família e Vínculos Sociais (6 e 4) ou ↓ Família e Vínculos Sociais (2 e 0)
- 5) ↓ Autocuidado (3 a 0) + ↑ Cidadania e Suporte Social (6 e 4) + ↑ Família e Vínculos Sociais (6 e 4) ou ↓ Família e Vínculos Sociais (2 e 0)
- 6) ↓ Autocuidado (3 a 0) + ↓ Cidadania e Suporte Social (2 e 0) + ↑ Família e Vínculos Sociais (6 e 4) ou ↓ Família e Vínculos Sociais (2 e 0)

Dessa forma, conforme demonstrado na Tabela 37, verifica-se que 32 moradores obtiveram a maior nota possível, de 24 pontos. Esse é o grupo com condições imediatas para deixar o hospital psiquiátrico. Se considerarmos apenas o bloco do Autocuidado, 1.887 moradores obtiveram nota entre 9 e 12 pontos nesse quesito, o que corresponde a 43% do universo³⁵. Esse grupo de moradores, embora com pontuações mais baixas nos blocos CSS e FVS, apresentaram boa autonomia em seu autocuidado.

Na associação das notas obtidas nos quesitos Autocuidado e CSS, considerados os melhores indicadores e excetuadas as pontuações para FVS³⁶, observa-se na Tabela 38 que 1.186 moradores alcançaram bons resultados (26,7% do total). Se forem considerados os mais baixos indicadores nesses dois critérios (Autocuidado e CSS), há 701 moradores (15,8%).

No grupo intermediário, cujo índice de autocuidado é considerado relativo (de 8 a 4 pontos), o percentual é de 33% em relação ao total³⁷ (1.446 moradores; Tabela 38). Se for considerada a associação do bloco de Autocuidado (relativo) com o de CCS com boa pontuação (de 6 a 4 pontos), há 872 pessoas (19,6%) nessa condição. Na associação com baixa pontuação em CCS, há 574 pessoas (12,9%).

O número de moradores com menor pontuação (entre 0 e 3) no bloco do Autocuidado (1.106 indivíduos; Tabela 38) corresponde a 25% da amostra (5 pontos percentuais acima do registrado no censo anterior).

³⁵ No Censo anterior, o percentual de moradores sob esse mesmo critério foi maior, chegando a 52,2% da população total.

³⁶ Apesar de tratar-se de variável importante, o bloco FVS apresenta dificuldades em si, visto que não se pode considerar como alternativa a mudança para a residência da família, seja porque nem sempre essa é a melhor opção em termos terapêuticos (pois a família às vezes funciona como agente estressor), seja porque essa mudança depende da aceitação da família, nem sempre favorável a essa alternativa. Por conta dessa ressalva, Barros e Bichaff (2008) justificam que esse bloco recebe pontuação mas não deve ser considerado na matriz de autocuidado como escala que mede a melhor ou pior condição de saída do hospital.

³⁷ No censo anterior, o percentual de moradores considerado nesse critério foi de 28%.

Na associação de Autocuidado com baixa pontuação (pessoa dependente de cuidado externo) e de CCS com boa pontuação, há 581 pessoas (13,1% do total); no caso dos dois blocos com baixa pontuação, há 525 pessoas (11,8% do total). Somente oito pessoas obtiveram nota zero, correspondendo às pessoas que mais carecem de recursos para a desinstitucionalização.

Tabela 38. Distribuição dos moradores, segundo a pontuação obtida no bloco de Autocuidado

ESCALA DE AUTOCUIDADO	↑ CIDADANIA E SUPORTE SOCIAL (6 E 4)		↓ CIDADANIA E SUPORTE SOCIAL (2 E 0)		TOTAL	
↑ Autocuidado (12 a 9)	1.186	26,7	701	15,8	1.887	42,5
± Autocuidado (8 a 4)	872	19,6	574	12,9	1.446	32,6
↓ Autocuidado (3 a 0)	581	13,1	525	11,8	1.106	24,9
Total	2.639	59,5	1.800	40,5	4.439	100

Fonte: Censo 2014.

Quase metade da população internada alcançou ótimos indicadores no quesito Autocuidado, reunindo pessoas que apresentam condições imediatas para a desinstitucionalização. No entanto, é fundamental incluir, planejar e criar recursos específicos para também contemplar a desinstitucionalização dos moradores que não alcançaram os melhores indicadores, uma vez que isso não justifica a internação prolongada em hospitais psiquiátricos. Ainda mais se considerarmos as consequências nocivas do processo de institucionalização, as quais, sem dúvida, influenciam na queda desses indicadores.

DADOS SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA RAPS, NO ESTADO DE SÃO PAULO

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Estado de São Paulo conta, atualmente, com 158³⁸ residências terapêuticas cadastradas, as quais têm capacidade de abrigar 1.264 mora-

38 O censo anterior cita 194 serviços residenciais terapêuticos cadastrados em 2009. Como esse número difere sobremaneira dos dados obtidos pelo CNES e pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, confirmou-se que, na ocasião, o censo levou em consideração todas as residências terapêuticas em funcionamento, mesmo aquelas que ainda não estavam cadastradas no CNES. Essa diferença ainda permanece em 2014, segundo a mesma fonte de informação.

dores, a depender do número máximo de oito pessoas por casa. Levando-se em consideração que o número de moradores de hospitais psiquiátricos no Estado é de 4.439 pessoas, verifica-se que a institucionalização corresponde a quase quatro vezes a capacidade atual das RT. A Tabela 39 mostra a distribuição de RT por DRS, apresentando o número de moradores atuais e o número estimado de residências necessárias.

Tabela 39. Número de residências terapêuticas no Estado de São Paulo

DRS	NÚMERO DE RTS*	CAPACIDADE**	NÚMERO DE MORADORES EM HOSPITAIS	NÚMERO DE RTS NECESSÁRIAS
Araçatuba	0	0	64	8
Araraquara	0	0	32	4
Baixada Santista	0	0	0	0
Barretos	0	0	0	0
Bauru	15	120	169	21
Campinas	25	200	86	11
Franca	0	0	75	9
Grande São Paulo	34	272	264	33
Marília	1	8	548	69
Piracicaba	4	32	238	30
Presidente Prudente	0	0	187	23
Registro	0	0	0	0
Ribeirão Preto	45	360	210	26
São João da Boa Vista	8	64	750	94
São José do Rio Preto	2	16	99	12
Sorocaba	24	192	1.600	200
Taubaté	0	0	117	15
Total Geral	158	1.264	4.439	555

Fonte: Censo 2014.

Notas: (*) Dados do CNES, em 10/11/2014. (**) No limite de até oito moradores por residência.

O que chama a atenção nesses dados é o fato de os DRS de Araraquara, Araçatuba, Franca, Presidente Prudente e Taubaté não possuírem nenhum serviço de residência terapêutica cadastrado no CNES. Contudo, essas regiões teriam condições de subsidiar a instalação desses serviços, visto que há alguma rede de atenção psicossocial estabelecida, com a presença de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todas essas regiões, tal como indicado na Tabela 40.

A Tabela 41 apresenta o número de residências terapêuticas registradas no CNES segundo o ano de abertura, por DRS, no Estado de São Paulo:

Tabela 40. Distribuição de CAPS por DRS

DRS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPS AD	CAPS AD III	TOTAL
Grande São Paulo	13	47	21	36	34	4	155
Araçatuba	2	1	0	0	3	0	6
Araraquara	4	5	0	1	2	0	12
Baixada Santista	1	7	6	4	6	0	24
Barretos	1	0	2	1	0	0	4
Bauru	8	2	1	2	4	0	17
Campinas	17	9	9	9	10	0	54
Franca	4	0	0	1	1	0	6
Marília	9	3	0	1	2	0	15
Piracicaba	4	5	1	3	4	0	17
Presidente Prudente	5	0	0	1	4	0	10
Registro	3	0	0	0	0	0	3
Ribeirão Preto	4	2	1	1	2	0	10
São João da Boa Vista	2	5	1	1	4	1	14
São José do Rio Preto	6	3	0	3	3	1	16
Sorocaba	13	11	0	2	3	0	29
Taubaté	10	7	0	2	5	0	24
Total Geral	106	107	42	68	87	6	416

Fonte: CNES.

o ano de 2005 registrou o maior número de unidades implantadas (18); no entanto, em 2014, somente duas unidades foram instaladas³⁹. O DRS de Ribeirão Preto tem o maior número de RTs (45), seguido dos DRS da Grande São Paulo (com 34), de Campinas (25) e de Sorocaba (com 24 unidades).

No Estado de São Paulo, as primeiras RTs foram abertas em 1997 nas regiões de Sorocaba e Ribeirão Preto. Contudo, foi somente na região de Ribeirão Preto que o crescimento do número de residências foi gradativo e constante (com interrupção apenas em 2001 e 2011); em Sorocaba, houve um longo período sem que novos equipamentos tenham sido abertos (entre 2004 e 2008). Os DRS de São José do Rio Preto e de Marília não contavam com nenhuma RT até, respectivamente, 2010 e 2012, embora Marília — com uma só RT em funcionamento — seja uma das regiões com maior concentração de moradores de hospitais psiquiátricos (ocupando a terceira posição, com cerca de 540 moradores). Por fim, chama a atenção as lacunas

³⁹ É possível a ocorrência de alguma variação nos dados relativos ao ano de 2014, uma vez que o período de realização do censo não corresponde ao de atualização das informações no sistema.

Tabela 41. Número de residências terapêuticas, segundo o ano de criação

DRS	ANO DE CRIAÇÃO DAS RTS																TOTAL GERAL		
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		2013	2014
Bauru				1			1	6	2				3			2			15
Campinas				1	3		6	4	5	1			2			1		2	25
Grande São Paulo							1	3				8	8	1	6	1	6		34
Marília																1			1
Piracicaba							1								3				4
Ribeirão Preto	2	2	3	5		1	3	6	2	2	4	9	1	2		3			45
São João da Boa Vista						1	2	2						2	1				8
São José do Rio Preto														2					2
Sorocaba	2	2	1			1	2						1	7	2	4	2		24
Total Geral	4	4	4	7	3	3	11	15	18	5	4	17	15	14	12	12	8	2	158

Fonte: CINES.

na criação de novas RTs e a descontinuidade do processo de expansão na maioria dos DRS.

Outro indicador das dificuldades encontradas na desinstitucionalização é a baixa redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Na comparação com os dados coletados pelo Datasus nos anos de realização dos censos (2008 e 2014), é o que se verifica nos DRS de Araçatuba, Franca, Ribeirão Preto e Taubaté. No DRS de Presidente Prudente, houve até um discreto aumento do número de leitos. Ademais, em departamentos como Araraquara, Marília, São João da Boa Vista e Sorocaba, o processo de redução tem sido lento, como mostram os dados da Tabela 42. Somente os DRS de Piracicaba e da Grande São Paulo apresentaram melhores percentuais de redução do número de leitos.

Tabela 42. Evolução do número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos

DRS	2008 (A)	2014 (B)	REDUÇÃO (A-B)	%
Grande São Paulo	1.963	949	-1.014	-51,7
Araçatuba	317	317	0	0,0
Araraquara	120	110	-10	-8,3
Baixada Santista	0	0	0	0,0
Barretos	0	0	0	0,0
Bauru	523	446	-77	-14,7
Campinas	708	502	-206	-29,1
Franca	200	200	0	0,0
Marília	1.224	1.067	-157	-12,8
Piracicaba	834	275	-559	-67,0
Presidente Prudente	524	539	15	+2,9
Registro	0	0	0	0,0
Ribeirão Preto	520	520	0	0,0
São João da Boa Vista	1.491	1.355	-136	-9,1
São José do Rio Preto	483	335	-148	-30,6
Sorocaba	2.799	2.384	-415	-14,8
Taubaté	286	286	0	0,0
Total Geral	11.992	9.285	-2.707	-22,6

Fonte: Datasus

Em relação à taxa de ocupação dos leitos por moradores de hospitais psiquiátricos (Tabela 43), observa-se uma discreta diminuição no percentual de 2008 para 2014, pouco menos de 5 pontos percentuais (de 52,7%

para 47,8%). Essa diminuição foi mais expressiva nas regiões de Bauru, Franca, Presidente Prudente e Ribeirão Preto. Chama a atenção o aumento nas regiões de Araraquara, Marília, Piracicaba, São José do Rio Preto e Taubaté.

Tabela 43. Taxa de ocupação dos moradores, por número de leitos psiquiátricos SUS

DRS	TOTAL DE LEITOS SUS 2008	N. DE MORADORES CENSO 2008	TAXA DE OCUPAÇÃO 2008 (%)	TOTAL DE LEITOS SUS 2014	N. DE MORADORES CENSO 2014	TAXA DE OCUPAÇÃO 2014 (%)
Grande São Paulo	1.963	605	30,8	949	263	27,7
Araçatuba	317	69	21,8	317	64	20,2
Araraquara	120	28	23,3	110	32	29,1
Baixada Santista	0	0	0,0	0	0	0,0
Barretos	110	31	28,1	0	0	0,0
Bauru	523	316	60,4	446	169	37,9
Campinas	708	121	17,1	502	86	17,1
Franca	200	117	58,5	200	75	37,5
Marília	1.224	613	50,1	1.067	548	51,4
Piracicaba	834	566	67,9	275	238	86,5
Presidente Prudente	524	253	48,3	539	187	34,7
Registro	0	0	0,0	0	0	0,0
Ribeirão Preto	520	362	69,6	520	211	40,6
São João da Boa Vista	1.491	905	60,7	1.355	750	55,4
São José do Rio Preto	483	57	11,8	335	99	29,6
Sorocaba	2.799	2.219	79,3	2.384	1.600	67,1
Taubaté	286	87	30,4	286	117	40,9
Total Geral	11.992	6.349	52,90	9.285	4.439	47,80

Fonte: Censo 2008 e 2014 e Datasus

Apesar dos poucos dados disponíveis sobre o Programa "De Volta para Casa", trata-se de outro recurso que poderia favorecer a desinstitucionalização. Instituído pela Lei Federal n. 10.708, de 31 de julho de 2003, o programa oferece auxílio financeiro no intuito de acompanhar e apoiar o processo de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003). Em 2008, havia, no Estado de São Paulo, 1.122 beneficiários e, de acordo com o Censo Psicossocial, cerca de 5.100 potenciais candidatos ao programa. (BARROS e BICHAFF, 2008). Atualmente, o Estado conta com 1.328 beneficiários e 3.876 moradores internados há mais de dois anos que poderiam ser beneficiados, uma vez egressos dos hospitais psiquiátricos

Outra fonte de renda é o Benefício de Prestação Continuada/Loas (BPC/Loas). A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), no artigo 20 do Capítulo IV, regulamenta a concessão "do benefício (um salário mínimo mensal)", definindo que os portadores de transtorno mental devem comprovar apenas duas condições: (1) não ter meios de prover a própria subsistência e (2) não ter sua família também condições de garantir o seu sustento. Atualmente, segundo dados do censo de 2014, cerca de 2.300 moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo recebem esse benefício (Brasil, 1993).⁴⁰ O referido artigo estabelece, assim, que os portadores de transtorno mental devem comprovar apenas duas condições: (1) não ter meios de prover a própria subsistência e (2) não ter sua família também condições de garantir o seu sustento. Atualmente, segundo dados do censo de 2014, cerca de 2.300 moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo recebem esse benefício.

Quando observamos esses cenários e os números disponíveis, é impossível não questionar sobre as dificuldades que levaram a uma expansão tão discreta das estratégias de desinstitucionalização, e principalmente das residências terapêuticas, equipamento, por excelência, criado para garantir a saída dos moradores dos hospitais psiquiátricos. É provável que inúmeros fatores estejam ligados às dificuldades de expansão das RTs, alguns deles de solução mais complexa, tal como cita o próprio manual do Ministério da Saúde: "A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores" (BRASIL, 2004, p. 7).

Firmar esses pactos não é tarefa fácil. O preconceito e o estigma social certamente ainda são os principais pontos de resistência contra a vontade política local, embora as burocracias que envolvem a sua implantação e a sua manutenção também sejam obstáculos relevantes.

Alguns exemplos do quanto tal processo pode se tornar complexo são: a descontinuidade das políticas públicas, em todas as esferas do governo, por conta da mudança de gestores; toda a organização que envolve a implantação de uma RT, tal como a escolha e a negociação dos custos do imó-

⁴⁰ Para efeito de concessão desse benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

vel, sob a responsabilidade do gestor municipal; a administração dos acordos e repasses entre os entes federados (incluído o do custo que anteriormente era destinado a um leito de hospital psiquiátrico), a fim de garantir a manutenção da RT⁴¹; a seleção dos futuros moradores; dentre outros.

Embora não seja impeditivo para a saída desses moradores, é recomendável que a situação civil e jurídica de cada morador esteja organizada, o que significa: investigar e revisar as interdições de curatela e as internações compulsórias, quando for o caso; regularizar a documentação e o acesso a benefícios⁴²; etc.

A tudo isso, deve-se acrescentar a retaguarda esperada da rede de atenção para dar conta dessa ação, com a indicação da equipe de saúde de referência e a garantia de acompanhamento em CAPS e/ou na atenção básica, ou mesmo em unidades de média e de alta complexidades, além de outros tratamentos médicos, diferente dos cuidados de saúde mental, visto que parcela significativa é de pessoas idosas que apresentam outras doenças, muitas delas crônicas e ligadas ao envelhecimento. Soma-se ainda a importância de inserir esse grupo em outras políticas intersetoriais que possam garantir recursos como ensino, emprego e geração de renda, cultura, dentre outros.

De qualquer forma, deve-se observar que, embora lentamente, a desinstitucionalização, 13 anos após a promulgação da Lei n. 10.216/2001, vem ocorrendo no Estado de São Paulo. Em 17 anos, o número de RTs aumentou de 4 para 158. O número de beneficiários do Programa "De

41 Cada transferência de morador de hospital psiquiátrico para uma RT deve estar atrelada à redução do número de leitos no hospital de origem. Os recursos financeiros destinados ao pagamento dos custos dos leitos desativados devem ser realocados aos tetos orçamentários do estado ou município responsável por cuidar do paciente. Essa realocação não é automática e deve passar por decisão das Comissões Bipartites do estado de origem. Somente alguns estados possuem normas que facilitam a deliberação automática desses recursos. Além desse repasse, o Ministério da Saúde disponibiliza R\$ 10 mil para realizar reparos e equipar a residência. Em relação ao custeio mensal, os recursos podem atingir até R\$ 8 mil, de acordo com o número de moradores (até oito pessoas). Embora de natureza pública, é possível estabelecer convênios com entidades filantrópicas, associações, ONGs ou Organizações Sociais, para implementar e gerenciar residências terapêuticas. A RT precisa estar vinculada a um CAPS de referência que deverá acompanhar o paciente e providenciar toda a rotina administrativa necessária para o custeio do equipamento, por meio do preenchimento de formulário que autoriza realizar os procedimentos previstos, calculados mensalmente, dentre outros informes técnicos e de prestação de contas (BRASIL, 2004).

42 Para receber o benefício do Programa "De Volta para Casa", os municípios precisam ser habilitados e, para tanto, devem atender a uma série de requisitos, para somente depois inscrever os futuros beneficiários.

Volta para Casa", embora menos expressivo, também aumentou de 1.122, em 2008, para 1.328, em 2014. O Estado conta, ainda, com cerca de 400 CAPS. E, por fim, as RAPS estão sendo estruturadas e fortalecidas, embora o processo de expansão seja desigual, dependendo da região analisada.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

Ao retomar e desenvolver o trabalho realizado no primeiro censo (BARROS e BICHAFF, 2008) à luz dos dados obtidos no censo realizado em 2014, observou-se que o padrão dos resultados foi similar em ambos os censos, considerando-se indicadores como: dados socioeconômicos, origem e contato familiar, procedência, dados clínicos e motivo da permanência no hospital. Esse resultado era esperado, visto que a maioria dos sujeitos pesquisados em 2014 participaram também do censo anterior.

Contudo, apesar dessa tendência observada nos resultados atuais em relação aos do censo anterior, as diferenças significativas verificadas em alguns percentuais mostram os avanços (como o maior número de moradores com a documentação em ordem) ou os retrocessos (como os índices dados relativos ao tempo de internação, ao autocuidado e à participação nos contextos institucional e social) registrados nas informações apresentadas.

Como síntese dos dados, o censo de 2014 identificou que cerca de 70% dessa população está internada há pelo menos 10 anos e é composta, em sua maioria, por pessoas que viveram um terço ou mais de suas vidas dentro de um hospital psiquiátrico.

Trata-se de um público predominantemente masculino (62,1%) e com mais de 50 anos (as mulheres são mais idosas que os homens). A maioria é solteira, com nenhuma ou baixa escolaridade e sem experiência no mercado de trabalho.

Embora mais de 75% dos moradores tenham informações sobre sua filiação comprovadas por documentos, somente a metade apresentou algum tipo de registro (nome, endereço e/ou telefone) que permitisse inferir a existência de contato com algum familiar. Apenas 40% recebem visitas de familiares, geralmente com frequência eventual (quase 60%). São poucos os que esporadicamente saem para visitar familiares (8,5%). O que se observa é que quanto mais longa se torna a internação, maior é a chance de se perder o contato com os familiares, tanto no que diz respeito ao registro de informações sobre a família, como no que respeita à presença mesma de visitantes. Pinheiro, Guljor e Mattos (2007), em estudo avaliativo sobre a desinstitucionalização, afirmam que os laços sociais ficam profundamente comprometidos com o tempo de internação.

A maioria dos moradores deu informações sobre o município de nascimento (85,1%) e de última residência (71,4%). A concentração de hospitais psiquiátricos em algumas regiões do Estado e a falta deles em muitas outras resultam em internações em estabelecimentos distantes da região de nascimento e/ou de localização da última residência (e possivelmente também distantes da região onde moram seus familiares). Delossi (*in*: TEIXEIRA, 2013) chama a atenção para o fato de que estar distante do seu local de origem facilita a perda de contato e dificulta a realização de visita por familiares e amigos.

Quanto aos dados clínicos, mais de 80% dos moradores receberam diagnóstico psiquiátrico único — pertencente ao grupo das esquizofrenias (43,1%) e do retardo mental (28%) — e, além disso, fazem uso de medicamentos múltiplos. Os percentuais são similares nos dois censos, o que indica que foram pouco trabalhadas as sugestões, dadas por Barros e Bichaff (2008), de revisão dos diagnósticos e de institucionalização principalmente dos moradores que apresentam quadros de retardo mental.

Parcela significativa dos moradores também apresenta problemas de saúde que merecem atenção. Cerca de 50% têm outra doença clínica, geralmente do grupo das doenças do aparelho circulatório e do grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sobrepujados por casos de hipertensão arterial e diabetes. Essas doenças clínicas estão associadas ao processo de envelhecimento, visto que se tornam mais frequentes quanto maior é a faixa etária em que se incluem os indivíduos. Aliás, esse é um dos atuais problemas da Saúde Coletiva, dado que doenças crônicas como essas

tendem a manifestar-se com maior frequência à medida que a idade avança, demandando acompanhamento constante a fim de não comprometer a qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2007b; IBGE, 2010)¹.

Além disso, chama a atenção o percentual de pessoas com deficiência (20%, a maioria com alguma deficiência física), de pessoas que usam cadeira de rodas (quase 10%) e de pacientes que se encontram cronicamente acamados². Embora não tenha sido possível registrar no censo de 2014 em que idade a deficiência foi adquirida, presume-se que esses quadros também estejam relacionados ao envelhecimento dessa população, se considerarmos as informações obtidas pelo censo da população brasileira, realizado em 2010 pelo IBGE. O estudo aponta para a forte relação entre a presença de deficiências e o processo de envelhecimento, posto que a faixa etária na qual se observou maior incidência foi a da população acima dos 65 anos.

Observou-se também que o uso de óculos (2,8%) e aparelho auditivo (0,6%) parece ser menor do que o esperado, se considerarmos o perfil etário dessa população, sujeita às gradativas perdas da acuidade visual³ e auditiva⁴ pelos efeitos do próprio processo de envelhecimento. Essa informação aponta para a necessidade de que seja realizada avaliação específica que resulte na adoção de ações estratégicas mais efetivas.

A ausência de dentes ou de prótese dentária, outro problema relacionado ao perfil desse grupo, novamente aparece elevada (41,5%), tal como já havia sido demonstrado no censo anterior (BARROS e BICHAFF, 2008). Dado que o percentual praticamente não mudou entre um censo e outro, tudo parece indicar que não houve ações específicas voltadas para os cuidados de saúde bucal.

Em relação à situação jurídica, quase 90% dos moradores possuem algum tipo de documento, sendo o mais frequente o RG (73,4%). Há, contudo, diferenças significativas entre os DRS, sendo as regiões de Sorocaba e

1 A dependência para o cumprimento das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária dos 60 anos e progride até chegar nos 50% a partir dos 90 anos (BRASIL, 2007b).

2 De acordo com o censo demográfico de 2010, 23,9% da população, no Brasil, apresenta algum tipo de deficiência, sendo que 8,3% apresentam deficiência de forma severa. A deficiência visual é a mais frequente (18,6%), seguida das deficiências motora (7,0%), auditiva (5,1%) e mental ou intelectual (1,4%) (OLIVEIRA, 2012).

3 O processo de envelhecimento provoca alterações fisiológicas nas lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Aproximadamente, 90% das pessoas idosas precisam usar lentes corretivas para melhorar a visão (BRASIL, 2007b).

4 Praticamente um terço do total de pessoas idosas apresenta perda da audição (BRASIL, 2007b).

Marília as que necessitam de maior investimento para regularizar os documentos dos moradores que não os possuem.

Um dado positivo refere-se ao percentual de moradores portando certidões tardias (11%), conforme apontam os dados do censo de 2014, indicando que ocorreram ações do governo para resolver essa questão, tal como o convênio celebrado pela SES e a Ordem dos Advogados do Brasil, como já mencionado na publicação do censo anterior (BARROS e BICHAFF, 2008). Soma-se a essa medida a publicação em 2013, pela Corregedoria do Conselho Nacional de Justiça, do Provimento 28, tornando mais ágil o acesso à documentação tardia, inclusive para os moradores de hospitais psiquiátricos que não possuem certidão.

Uma das informações que o censo de 2014 pretendeu detalhar refere-se aos casos de interdição civil e à relação de curatela, uma vez que 38% dos moradores dos hospitais psiquiátricos encontram-se civilmente interditados⁵. Em 47% dos casos de interdição, um membro da família foi nomeado curador — o que é o mais recomendado, de acordo com o próprio Código Civil⁶. Contudo, em 43% dos casos, um membro da administração do próprio hospital assumiu essa função, geralmente alguém do corpo da diretoria⁷. Há diferenças marcantes entre os DRS quanto ao tipo de vínculo do curador com seu curatelado, com predomínio de curadores que são membros do hospital nas regiões de Marília, Taubaté, Araçatuba e Araraquara.

Como o curador fica responsável (a) pela promoção do tratamento em estabelecimento adequado quando há meio de recuperar o indivíduo interdito (artigo 1.776 do Código Civil) e (b) pela gestão dos bens do curatelado, incluídos quaisquer benefícios recebidos (artigo 1.781), e como há forte relação entre o percentual de moradores que recebem benefícios e têm um curador (muito embora a interdição não seja obrigatória para o recebimen-

5 Esse percentual aumentou de 31% para 38%, entre um censo e outro.

6 O artigo 1.768 do Código Civil indica que a interdição deve ser promovida: “I - pelos pais ou tutores; II - pelo cônjuge, ou por qualquer parente; III - pelo Ministério Público (na ausência de parentes)”. O artigo 1775 estabelece uma hierarquia, cabendo ao cônjuge ou companheiro não separado o direito de tornar-se curador de seu parceiro interdito. Na falta desse, a curadoria deve ser feita pelo pai ou pela mãe. Na falta de genitor, algum descendente que se demonstrar mais apto, sendo que os mais próximos precedem aos mais remotos. E na ausência de quaisquer parentes, compete ao juiz escolher o curador.

7 No censo anterior, não havia a questão aberta sobre o tipo de vínculo com o curador, o que inviabilizou a análise mais detalhada dessa informação, principalmente relacionada aos altos percentuais de curadores que são membros do hospital.

to dos recursos), torna-se urgente revisar as condições em que se dão essas interdições. Dessa forma, seria possível avaliar com regularidade a necessidade de manter a interdição (a depender das condições do morador), assim como a qualidade da relação estabelecida com o curador.

Para Barros e Bichaff (2008), “estas evidências sugerem a necessidade de revisão das ações relacionadas à interdição e curatela dos moradores em hospitais psiquiátricos, com vistas a reverter o processo de institucionalização que fica afeito à progressiva perda de cidadania derivada também dos processos de interdição” (p. 93). As autoras mencionam o Projeto de Lei Federal n. 2.439 de 2007, que estabelece a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais. Contudo, após ser aprovado pela Câmara dos Deputados, passou a tramitar na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal (como projeto de lei complementar n. 201 de 2008), aguardando mudanças e a designação de relator, até que em 2014 foi arquivado ao final da legislatura⁸. Como consequência, embora as interdições estejam sujeitas a recurso em qualquer tempo, a obrigatoriedade das revisões não está garantida pelo Código Civil.

Quanto à procedência, predominam moradores (37%) que foram encaminhados de outros hospitais psiquiátricos, fenômeno conhecido como transinstitucionalização. Segundo Barros e Bichaff (2008), esse recurso foi uma tentativa de viabilizar a desinstitucionalização, por meio da transferência para hospitais mais adaptados aos preceitos da reforma psiquiátrica, com equipes maiores e multiprofissionais, com menos leitos e a adoção de atividades voltadas à reabilitação psicossocial e à reinserção social, o que poderia facilitar a alta hospitalar — para o retorno à família, quando possível, ou para uma residência terapêutica. Contudo, novas internações de longa permanência se deram com essa condição, demonstrando que o recurso foi menos efetivo do que o esperado. E são as pessoas que, em sua maioria (70% dos casos), têm idade acima de 50 anos e, conseqüentemente, as que permaneceram por mais tempo internadas.

Há, ainda, os 15% de casos que dizem respeito a pessoas encaminhadas pelos serviços de saúde. Independentemente da importância de certa regulação presente no processo de pedido de internação, pela exigência da avaliação médica, esse dado também sinaliza as fragilidades da rede de

⁸ Para maiores detalhes, acesse: < http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=88809 >.

atenção em saúde. Porque depois de tantos anos de movimento da Reforma Psiquiátrica, muito anterior à promulgação da Lei n. 10.216, internações de longo prazo em hospitais psiquiátricos continuam a acontecer. E foram solicitadas por profissionais de outros serviços de saúde do SUS, muitos da saúde mental, embora a equipe do hospital psiquiátrico fique como a responsável pela conduta e a duração do tratamento, portanto, pelo tempo de internação.

Como a rede de saúde é desigual em termos regionais, isso pode ser também consequência da dificuldade de acesso tanto pela falta de leitos em hospitais gerais quanto por serviços extra-hospitalares que tenham estrutura para atender casos que demandam mais suporte técnico e acompanhamento. O que significa a necessidade de mais investimentos para a ampliação da rede, incluindo incentivos para a formação dos profissionais de saúde.

De qualquer forma, as recomendações estão explícitas na Lei n. 10.216 e em inúmeras portarias relacionadas ao funcionamento do SUS, tanto em relação ao recurso da internação como última alternativa a ser adotada (a ser realizada da forma mais abreviada possível, e em hospitais gerais), quanto em relação às diretrizes que orientam os serviços de saúde para que acompanhem de perto as situações que demandam cuidados mais complexos. A diretriz tem sido encaminhar apenas pessoas cuja situação psiquiátrica apresente-se agudizada ou agravada por algum problema de saúde⁹, necessitando de maior retaguarda, como a hospitalar, para estabilizar o quadro, a fim de que retorne ao tratamento de base, em seu território de origem. Se esse acompanhamento não acontece, tal fluxo, que faz parte do trabalho em rede, se perde. O que resulta na descontinuidade do cuidado integral no próprio território de origem.

Os moradores procedentes de Casa de Custódia, Administração Penitenciária e do Judiciário, assim como aqueles internados quando ainda eram menores de idade ou estavam para atingir a maioridade (encaminhados pela Febem/Fundação Casa, abrigos de menores e pelo Conselho Tutelar) — e que, hoje, já estão adultos (com idades entre 40 e 59 anos) —, cor-

9 Essa diretriz é geral e se aplica para internações decorrentes de quaisquer problemas de saúde, não necessariamente os relacionados ao transtorno mental. Delossi (*in*: TEIXEIRA, 2003) enfatiza o fato de que a pessoa internada num hospital costuma ser tratada até apresentar melhoras, quando então recebe alta, a fim de que o acompanhamento seja feito na rede de atenção básica ou em serviços ambulatoriais. O mesmo deveria acontecer para os internados por transtornos mentais.

respondem a 8% do total da população recenseada em 2014. A maioria cumpre regime de internação compulsória, estando sob a égide da Justiça. Tal condição demanda ações intersetorializadas, em parceria com a Justiça e o Ministério Público, para o acompanhamento e revisão de protocolos e para a criação de recursos e serviços necessários à promoção da vida em liberdade, para pessoas que convivem com o duplo estigma social, o de doente mental e o de perigoso.

Esse estigma certamente desempenha papel importante nas internações compulsórias e duradouras em hospitais psiquiátricos, conforme atestam as justificativas mais frequentemente encontradas nas consultas aos prontuários dos pacientes; agressividade, violência e periculosidade (16,7% das respostas) e transtorno ou estado mental alterado (7,7%). Outra justificativa recorrente associa-se à condição de desamparo social, devido à perda, ao abandono ou à ausência de familiar ou substituto responsável (11,6%).

Em relação ao tipo de internação, ainda prevalecem as internações involuntárias (61% do total); na comparação com os dados de 2008, houve um aumento das internações voluntárias (de 6% para 12% em 2014) e compulsórias (de 6% para 10%). Cabe lembrar que as internações involuntárias devem ser notificadas (por laudo médico) ao Ministério Público¹⁰, não sendo exigido esse protocolo nas internações voluntárias, mas apenas a inclusão do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Também o aumento do número de internações compulsórias reforça a necessidade de que sejam estabelecidas parcerias com a Justiça e o Ministério Público no intuito de melhor acompanhar e revisar as internações sob essas condições, que não são objeto de regulação específica uma vez que estão determinadas por medida judicial (conforme especificado no artigo 3 da Portaria GM n. 2.391/2002).

Quanto à questão sobre o motivo de permanência no hospital, chama a atenção nos dois censos como a categoria denominada precariedade social, que não é um problema de saúde que possa indicar uma internação, esteja tão presente como um dos motivos para justificá-la. Ela aparece em 85,1% das respostas, sendo que em 65,7% dos casos está associada com o transtorno mental. A doença clínica é um terceiro elemento que tende a aparecer e aumentar à medida que o morador envelhece. Esses dados refletem os

¹⁰ A Portaria GM n. 2.391/2002 prescreve a revisão periódica das internações involuntárias por meio da criação de comissão revisora.

efeitos que uma longa internação pode provocar e, embora a Saúde procure criar as estratégias necessárias para a desinstitucionalização dessa população, como se depara com problemas para além de seu objeto de ação, também depende de um trabalho mais integral e intersetorial, envolvendo outras áreas, principalmente a Justiça e a Assistência Social.

Quanto aos indicadores relacionados ao autocuidado — higiene (35%), vestimenta (34,3%), comunicação (42,8%) e alimentação (62,9%) — e à participação nos contextos institucional e social — circulação pelo hospital (40%), atividades dentro do hospital (19,7%), circulação pela comunidade (1,8%), uso de transporte público (0,5%), atividades fora do hospital (1,3%) e compras (1,2%) —, os percentuais indicam a redução da autonomia e independência do morador, tanto dentro quanto fora do ambiente hospitalar.

Esses indicadores referem-se, sobretudo, à autonomia *vs.* necessidade de apoio ou de acompanhante para a realização das ações referidas. Nos de autocuidado, a autonomia relaciona-se à condição de o próprio morador cuidar de si mesmo, embora os profissionais responsáveis pelo cuidado possam, segundo a cultura institucional, eventualmente favorecer situações de dependência. Já nos indicadores de participação no contexto institucional e social, certamente há a interferência da lógica de funcionamento do hospital psiquiátrico, uma vez que este pode estipular regras e controles, como a do acompanhamento de algum profissional nas atividades internas e/ou externas. Pelos resultados levantados, quanto mais externa é a atividade, mais acompanhamento parece ser preciso, contudo não necessariamente por falta de condições do morador para realizar a atividade, mas por exigência do próprio hospital psiquiátrico.

Além disso, no censo de 2014, em quase todas essas categorias (salvo comunicação) ocorreu um decréscimo em relação aos resultados do censo de 2008, tal como na matriz de autocuidado, portanto uma piora, apesar da similaridade no padrão das respostas. Ainda assim, cabe ressaltar que a maioria dos moradores continua a apresentar boas condições para a saída do hospital, pelos resultados levantados nessa matriz, dado que o grupo com melhores recursos, no censo de 2014, chegou em 43%, o intermediário em 33% e os com menos condições em 25%.

Em síntese, apesar de o transtorno mental ser considerado o motivo primário da internação, com o passar do tempo os sintomas do transtorno

mental, tão somente, não justificam a manutenção do indivíduo internado em hospital psiquiátrico. A “precariedade social”, certamente associada às consequências anteriormente descritas, torna-se fator determinante e, como num ciclo vicioso, provocado pela própria institucionalização.

O censo de 2014 demonstra concretamente os prejuízos que internações de longo prazo provocam na vida dessas pessoas. Esses resultados estão relacionados a uma série de perdas: a de contato com seus familiares e pessoas próximas, a da autonomia e da própria individualidade, da cidadania, do direito de ir e vir, e de escolher e poder viver em outra condição que não a de morador de hospital de psiquiátrico.

E, paradoxalmente, esses prejuízos que estão associados com a dita precariedade social e são decorrentes da institucionalização, acabaram por servir como argumentos para a permanência desses moradores nos hospitais psiquiátricos. Sendo que condições podem e devem ser criadas para garantir uma vida com mais autonomia e em liberdade.

Os recursos e instrumentos que favorecem a desinstitucionalização estão dados: as leis e portarias que asseguram o direito de a pessoa em sofrimento psíquico viver e receber cuidados em condições dignas, os programas de redução de leitos, as políticas de benefícios (PVC e BPC/Loas) e, sobretudo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que oferece vários serviços e equipamentos de saúde, dentre os quais as residências terapêuticas.

Cabe ressaltar que para garantir o cuidado integral de quaisquer pessoas dentro de seu espaço de vivência, o território, a RAPS é fundamental. Isso envolveria, no planejamento de saída desses moradores que estão nos hospitais psiquiátricos, a elaboração ou revisão do Projeto Terapêutico Singular de cada um deles com a participação de todas as equipes de saúde, tanto as de transição (dos hospitais psiquiátricos) quanto as que os acolheriam numa determinada cidade, em seu novo espaço e território. Seja esse espaço uma residência terapêutica ou se eventualmente voltasse a morar com a família ou alguma pessoa próxima, mas sempre contando com todo o suporte necessário para garantir um cuidado na perspectiva da Clínica Ampliada, que atenda a suas necessidades sem ferir sua liberdade. Por meio do suporte de uma equipe de referência do CAPS, se for o caso, e das equipes de saúde da família e/ou da unidade básica de saúde mais próxima da residência. E, se ocasionalmente precisar de algum cuidado num nível mais complexo, acionar os serviços e equipes necessárias para garantir esse

recurso. Sempre de uma forma implicada e pactuada entre os envolvidos no processo, incluída a própria pessoa.

A rede de atenção já existe e está em funcionamento, embora apresente diferenças regionais significativas e demande maiores investimentos, a fim de ampliar a oferta de serviços territoriais, favorecer o acesso da população aos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, agilizar o processo de desinstitucionalização.

Em relação aos resultados do censo de 2014 e do ponto de vista do diagnóstico e planejamento das ações para a continuidade da desinstitucionalização, o tema da revisão e do acompanhamento dos processos é bem recorrente. Ele aparece nos diagnósticos e nos tratamentos realizados, com a urgente necessidade da criação de protocolos de tratamento e na elaboração ou revisão dos Projetos Terapêuticos Singulares, e de avaliações técnicas periódicas e apoiadas em evidências científicas; nas necessidades pessoais e de cuidado que cada morador apresenta; no problema das interdições e nas relações de curatela; nos históricos de encaminhamento desses pacientes, seja pelo problema da transinstitucionalização, seja os exigidos e controlados pela Justiça ou, ainda, aqueles realizados pelos próprios serviços de saúde; nos trâmites necessários para a alta dos moradores de acordo com o tipo de internação realizada (compulsória, involuntária ou voluntária); e até na continuidade das estratégias de desinstitucionalização na rede, visto que seu movimento é desigual entre as regiões. Em suma, revisões e avaliações periódicas apoiam tecnicamente as equipes para evitar que as internações de longa permanência aconteçam, pois levantam as necessidades e os direitos a serem garantidos.

O desafio é viabilizar, sob esse prisma, a saída de quase 4.500 pessoas. E o compromisso do censo de 2014 é oferecer instrumentos, por meio das informações levantadas (e pela comparação dos resultados dos dois censos), que possibilitem um olhar crítico sobre as estratégias até então adotadas para desinstitucionar e um olhar reflexivo no sentido de criar novas estratégias e políticas que de fato concretizem a desinstitucionalização.

PROPOSIÇÕES FINAIS

Ao final da execução da pesquisa e no intuito de promover uma discussão dos resultados preliminares do censo de 2014, os organizadores do projeto contataram a equipe que idealizou e publicou o primeiro censo. A partir daí, estabeleceu-se uma parceria que viabilizou a troca de experiências e a organização de um evento para apresentar os resultados preliminares da pesquisa e oferecer uma oficina que auxiliasse na análise dos dados desta publicação e na elaboração de proposições aos problemas indicados, com base nos dados levantados e comparados, quando possível, com as duas edições do Censo Psicossocial.

O evento contou com a participação de pessoas diretamente envolvidas com a execução da pesquisa, como as equipes do trabalho de campo (coordenadores e pesquisadores) e com os articuladores de saúde mental das regiões pesquisadas. Também estiveram presentes gestores locais e regionais, e representantes dos Ministérios Públicos federal e estadual e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), promovendo um rico espaço de debate entre os participantes.

Um dos produtos da parceria com o grupo de autores do censo de 2008 foi a elaboração de relatoria técnica do evento, com uma síntese das discussões promovidas durante a apresentação dos resultados preliminares e da oficina realizada. As proposições abaixo redigidas estão em parte referenciadas nas observações apresentadas nesse relatório.

A relatoria técnica atualiza as recomendações feitas na conclusão do censo de 2008, dado que, à luz dos resultados do censo de 2014, a situação pouco se alterou no curso desses anos. É preciso retomar o processo e problematizar, do ponto de vista dessas proposições, sobre o que precisa ser considerado e aprimorado.

A partir dessas observações, elencam-se duas principais diretrizes:

- desenvolver estratégias para desinstitucionalizar, o mais rapidamente possível, a população de moradores de hospitais psiquiátricos; e
- inibir novas internações de longo prazo, fomentando a implantação da RAPS.

Ainda que se tenha reduzido o número de leitos e embora tenham sido fechados alguns hospitais psiquiátricos — e considerando-se a complexidade que envolve o processo de desinstitucionalização da população internada —, devem-se questionar as ações e os recursos ainda necessários para garantir o direito de esses cidadãos viverem em liberdade, sob cuidados efetivamente inclusivos.

A responsabilidade por esses avanços, apesar de coletiva, deve ser principalmente assumida, dividida e articulada pelos níveis municipal, estadual e federal de gestão do SUS, de forma a coordenar o trabalho e promover a resolubilidade. Para tanto, é preciso (1) incluir na pauta de discussões o debate sobre a situação dos moradores dos hospitais psiquiátricos e acompanhar nos órgãos específicos (Conselhos¹ e Comissões previstos em lei²) os processos decisórios relacionados à desinstitucionalização; (2) revisar e pactuar a transferência de recursos, que dê continuidade à expansão e ao fortalecimento da RAPS³; e, em particular, (3) ampliar

1 Como, por exemplo, a Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde.

2 Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). Instituídas pela Lei n. 8.080/1990 e legitimadas pela Lei n. 12.466/2011, com o acréscimo dos artigos 14-A e 14-B que definem suas competências: “As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. Desde que foram instituídas, no início dos anos 90, as Comissões Intergestores Tripartite (na direção nacional) e Bipartite (na direção estadual) vêm se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas comissões” (Fonte: <http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=030303>).

3 Estabelecida pela Portaria n. 3.088/2011.

o número de SRTs⁴ e a cobertura do PVC⁵ e do BPC⁶/Loas, que são uma parte importante dos recursos que possibilitam maior autonomia para essas pessoas⁷.

De certa forma, essas ações dependem da revisão e do acompanhamento das internações dos moradores, independentemente do tipo de internação adotada, dos casos que ainda necessitam de regularização de documentos civis e das interdições e relações de curatela. Para tanto, é necessário que o Estado assuma papel mais atuante na promoção de parcerias com o Poder Judiciário e o Ministério Público (MP), no sentido de melhor regular essas interdições e as entradas e saídas em hospitais psiquiátricos, impedindo a continuidade das internações de longo prazo.

Em 2007, Comissões de Direitos Humanos, órgãos públicos e outras entidades⁸ mobilizaram-se para divulgar denúncias e discutir problemas levantados sobre as interdições judiciais e as relações de curatela, culminando na realização de um seminário e na publicação de “A Banalização da Interdição Judicial no Brasil: relatórios”, ambos organizados pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2007a). O documento traz, anexa, uma série de encaminhamentos e compromissos firmados entre as entidades envolvidas, o que provavelmente culminou no já citado Projeto de Lei n. 201/2008, que durante alguns anos tramitou pelo Senado e acabou sendo arquivado em 2014. Uma vez que essas discussões

4 A Portaria n. 106/2000 institui os SRTs, e a Portaria GM n. 1.220/2000 regulamenta o cadastro e o funcionamento dos serviços. A Portaria GM n. 3.090/2011, altera a Portaria n. 1.106, estabelecendo novos valores de incentivo de custeio e custeio mensal.

5 O PVC e as regras para a concessão do benefício foram estabelecidos na Lei n. 10.708/2003 e na Portaria GM n. 2.077/2003.

6 O BPC é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (n. 8.742/1993). As Leis n. 12.435/2011 e n. 12.470/2011 alteram dispositivos da Loas, e os Decretos n. 6.214/2007, n. 6.564/2008 e n. 7.617/2011 detalham o financiamento do benefício.

7 O acesso aos benefícios deveria ser preferencialmente autônomo, sem ser mediado pelo curador, o que costuma ser frequente no BPC/Loas, que inclusive exige o termo de curatela. Há alguns relatos de experiências sobre moradores de SRTs sobre como o grupo e cada qual se organiza, de forma bastante responsável, para gerir os gastos da casa e os gastos pessoais. E ressaltam a importância do morador se apropriar e se responsabilizar por aquilo que ganha. Gerir sua fonte de renda também promove o resgate de sua autonomia e cidadania.

8 São elas: Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara Federal, Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil, Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério Público Federal, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (BRASIL, 2007a).

e os projetos apresentados para melhor regular essa condição encontram-se arrefecidos, seria interessante resgatar esse movimento.

Em relação à revisão e ao acompanhamento das internações por mecanismos que possam garantir a defesa dos direitos e dos interesses desses moradores, a Portaria GM n. 2.391/2002 regulamenta o controle e os procedimentos adotados pelos estabelecimentos de saúde para notificar ao MP as internações involuntárias e voluntárias e prevê a revisão das internações involuntárias, por comissões constituídas pelo gestor estadual⁹. No Estado de São Paulo, essa comissão está em fase adiantada de pactuação com o MP. Esse será um grande ganho para acelerar as revisões das internações involuntárias da população pesquisada, visando à saída do hospital psiquiátrico.

Quanto às internações compulsórias, a I Jornada de Direito da Saúde, realizada em maio de 2014 pelo Conselho Nacional de Justiça, aprovou um enunciado que não recomenda internações psiquiátricas *a priori* por determinação, devido aos riscos causados pela institucionalização de pacientes durante longos períodos (JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE, 2004).

Aqui, cabe lembrar o processo contínuo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, com o apoio da SES-SP. No início do projeto, havia 53 hospitais psiquiátricos distribuídos em 14 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo. Durante a realização da coleta e análise dos dados, foram fechadas três unidades hospitalares, sendo duas no DRS XVI - Sorocaba (Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias e Hospital Mental Medicina) e um hospital no DRS XI - Presidente Prudente, o Hospital Santa Maria. E está previsto o fechamento de mais sete unidades, sendo cinco no DRS de Sorocaba (Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora, Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias, Hospital Psiquiátrico Santa Cruz, Hospital Psiquiátrico Vera Cruz e Instituto Psiquiátrico Prof. Andre Teixeira Lima) e duas no DRS de Presidente Prudente (Hospital Psiquiátrico São João e Hospital Psiquiátrico Allan Kardec). Os pacientes dos locais já fechados foram transferidos

9 Nomeada como Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias. Cada comissão deverá ser multiprofissional e composta por representante do Ministério Público Estadual, um psiquiatra ou clínico geral habilitado em psiquiatria e um profissional de nível superior da área de saúde mental, ambos não pertencentes às equipes dos hospitais psiquiátricos. Também é recomendada a participação de representantes de associações de direitos humanos e de usuários de serviços de saúde mental, assim como familiares.

para outras instituições hospitalares ou, quando possível, para residências terapêuticas.

Supondo o processo de saída dos hospitais psiquiátricos, é esperado que os municípios assumam a responsabilidade em acolher as pessoas que, por escolha ou por outros critérios, tais como os de naturalidade, município de última residência ou município do familiar mais próximo ou mesmo por seus laços afetivos, serão seus residentes. O que implica incluí-los e acompanhá-los nos pontos de atenção de seu território. Isso significa habilitar o município para o Programa “De Volta para Casa”, se isso ainda não tiver sido feito, implantar os SRTs que forem precisos para acolher esses cidadãos e inseri-los na sua rede de cuidados. Cabe ressaltar que cada usuário deve ser olhado de forma única, e o planejamento da sua desinstitucionalização e do seu cuidado elaborado de acordo com as necessidades individuais, seguindo os pilares de um cuidado mais humanizado, baseado nos preceitos da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular, hoje diretrizes do SUS (BRASIL, 2007b, 2009).

Os articuladores de Saúde Mental dos DRS e municípios deverão auxiliar, de acordo com o perfil dos moradores que estão situados em sua regional, no planejamento das ações de desinstitucionalização necessárias para garantir a saída desses moradores dos hospitais psiquiátricos. Os níveis estadual e federal deverão monitorar e oferecer apoios técnico e financeiro aos municípios para a plena execução dessas ações; para tanto, o diálogo e o pacto entre os entes federados são imprescindíveis para minimizar os atrasos e dar agilidade à desinstitucionalização. Isso significa não apenas aumentar os investimentos em recursos e em equipamentos extra-hospitalares, mas também avançar nos processos de gestão em Saúde Mental, incluindo linhas de cuidado, regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação. Além disso, deverão incentivar o desenvolvimento de projetos de educação permanente junto com os profissionais da RAPS, de acordo com os princípios e marcos jurídicos das políticas de Saúde Mental.

Desde a instituição da RAPS, no final de 2011 (pela Portaria n. 3.088/2011), os esforços estão concentrados em sua organização. Em dezembro de 2012, foi publicada a Deliberação CIB n. 87 que aprova o termo de referência para a implantação da RAPS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)¹⁰ do Estado de São Paulo, atualmente em fase de execução.

¹⁰ Segundo a deliberação, as RRAS “são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico,

O termo propõe as estratégias e os compromissos do Estado de São Paulo para a implantação da RAPS em quatro fases: adesão, contratualização, qualificação e certificação. Seu início ocorre a partir do diagnóstico em saúde e da organização do fluxo assistencial entre os serviços, com o compartilhamento de responsabilidades e o respeito à complexidade de cada ponto de atenção. A RAPS deve ser estruturada por meio de Planos de Ação Regional (PAR) aprovados pela CIB, baseados nos componentes e pontos de atenção definidos pela Portaria n. 3.088¹¹ e co-financiados de forma solidária pelas três esferas de governo. Segundo a Deliberação CIB n. 87, cada PAR “deverá conter detalhamento de cada componente da Rede de Atenção Psicossocial, bem como dos objetivos e metas a ser cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidade entre os gestores e o aporte de recursos para a União, Estado e Municípios” (SÃO PAULO, 2012, p. 3).

A elaboração dos PAR está sob a coordenação, em cada nível, dos Grupos Condutores Municipais e do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial.

Cada Grupo Condutor Municipal fica responsável por elaborar o diagnóstico situacional e o plano de ação do município, por meio da análise das condições e da atuação da rede de atenção territorial existente, incluindo dados demográficos, epidemiológicos e as necessidades locais.

Como instância intermediária, o Grupo Condutor Regional, vinculado ao Colegiado de Gestão Regional (CGR), recebe o material produzido pelos municípios e elabora: (1) o diagnóstico situacional, a partir da consolidação dos dados fornecidos pelos municípios de abrangência de cada Comissão Intergestora Regional (CIR; ao todo são 63 CIRs) e (2) o PAR, contemplando o desenho da rede e seus componentes.

O Grupo Condutor Estadual¹², de posse dos diagnósticos e dos PARs elaborados nos níveis locais e regionais e aprovados pelas CIR/CGR, deve elaborar, analisar e apresentar a matriz diagnóstica regional junto à CIB e ao CGR.

logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a Atenção Básica e demais pontos de atenção do sistema de saúde” (SÃO PAULO, 2012, p. 2).

11 Conferir Quadro 1 que apresenta uma síntese desses componentes.

12 Instituído na CIB e formado pela SES-SP, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e com o apoio institucional do Ministério da Saúde, o Grupo Condutor Estadual tem como atribuições: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase de implantação da RAPS; apoiar na

Ao final desse trabalho, o Ministério da Saúde recebe o Plano de Ação Regional para análise e eventuais orientações sobre os procedimentos necessários para efetivar o repasse financeiro de acordo com o que foi aprovado. As fases de contratualização, qualificação e certificação dos serviços acontece em seguida e estão condicionados a requisitos próprios, de acordo com as portarias específicas de cada componente e pela realização das ações e cumprimento das metas previstas na matriz diagnóstica, acompanhadas pelos PARs e pelos planos municipais.

O atual desafio é incluir a desinstitucionalização nesse processo de estruturação da RAPS e nas agendas dos gestores e articuladores locais e regionais. Consonante a essa proposta, foi aprovada a Portaria GM n. 2.840/2014¹³, que cria o Programa de Desinstitucionalização e estabelece incentivo financeiro de custeio mensal aos municípios¹⁴ para a criação de equipes de apoio e desenvolvimento das ações necessárias à desinstitucionalização

Afinal, o censo de 2014 mostrou que parcela significativa dessa população tem condições de sair do hospital e morar em residência terapêutica — ou mesmo voltar para o convívio familiar¹⁵, após um trabalho de sensibilização e do apoio aos familiares. Aqueles que têm menos autonomia deverão contar com ações mais específicas e pontuais durante o processo de desinstitucionalização.

Ao olharmos de forma global para os dados dos censos e se levarmos em conta o tempo de internação, a falta dos vínculos sociais desses moradores e os efeitos da própria institucionalização, como a perda de sua autonomia, temos situações em que o medo de sair do hospital oculta seu desejo de viver numa outra condição. Nesses casos, o trabalho das equipes de desinstitucio-

organização dos processos de trabalho direcionados à implementação da rede; identificar e apoiar na solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implementação da rede (SÃO PAULO, 2012).

13 Essa portaria resultou de uma proposta apresentada (na Nota Técnica n. 32) pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em 2013, à Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

14 Municípios sede de hospitais psiquiátricos e aqueles interessados em desenvolver processos de desinstitucionalização quando pactuados com os municípios sede desses hospitais.

15 Sem que isso seja necessariamente um condicionante, porque a reaproximação da família pode ser uma situação muito difícil e delicada, dependendo de suas particularidades. E, como localizar a família, contatá-la, fazer um trabalho de reaproximação e testar efetivamente essa estratégia de retorno à convivência familiar é um processo demorado, isso pode postergar ainda mais a saída do hospital. O morador pode ir para um SRT e futuramente tomar outra decisão, como essa de voltar a viver com a família, caso seja seu desejo.

nalização é primordial no sentido de proporcionar uma nova reflexão a esse morador sobre um novo modo de viver a vida fora do espaço asilar.

Autores clássicos, inspiradores da reforma psiquiátrica, como Goffman (1974), Foucault (1972), Castel (1978), Cooper (1982) e Basaglia (1985), denunciaram, cada qual em sua linha de pensamento, os prejuízos provocados pela exclusão e pelo isolamento, associados à rotina massificante dos internados e ao funcionamento e controle do espaço institucional¹⁶. Segundo Goffman (1974), as instituições totais, como os hospitais psiquiátricos, assumem a gerência das mais diversas dimensões da vida, colocando os internos em posição de dependência e de submissão. As incorporações das amarras institucionalizantes fazem com que os moradores tenham medo do que seria a vida extramuros. Machado, Manço e Santos (2005, p. 1475) afirmam que “tendo passado muitos anos internado no hospital, esses pacientes acabam por adaptar-se à patologia hospitalar, a qual lhes retira os meios de governar-se fora dos muros do asilo”. Sair do hospital, para muitos, é enfrentar os medos e as inseguranças do desconhecido gerados pelos grilhões de uma suposta segurança institucional. Para isso, no processo de saída do hospital sempre será necessário um trabalho de transição da equipe que ficará responsável por esses moradores, com atividades que propiciem a apropriação de novos territórios de vida e que mostre novas possibilidades de existência fora da instituição.

No Brasil, é profícua a produção de estudos e os relatos de experiências positivas sobre a desinstitucionalização após internações de longa duração em hospitais psiquiátricos¹⁷. Muitas dessas publicações resultaram de pesquisas qualitativas que relatam as experiências de vida em um SRT, descrevendo as dificuldades iniciais de adaptação e a subsequente superação desses entraves, em curto espaço de tempo. Essas produções também descrevem as relações de amizade e solidariedade entre os moradores do SRT e a vizinhança, depois de vencidos o preconceito e as resistências iniciais.

16 Além dos inúmeros tratamentos, muitos deles experimentais (alguns tão selvagens que os aproximam das técnicas de tortura), que mais causaram danos e efeitos colaterais aos internados do que efetivamente os trataram.

17 Podem-se citar, como exemplos, os trabalhos de Oliveira *et al.* (2013); Bastos e Aguiar (2012); Veloso *et al.* (2011); Silveira e Santos Jr. (2011); Moreira e Castro-Silva (2011); Sztajnberg e Cavalcanti (2014; 2010); Amorim e Dimenstein (2009); Santos Jr. e Silveira (2009); Vidal, Bandeira e Gontijo (2008); Barreto e Vidal (2007); Pereira e Borenstein (2004).

E como se trata de população extremamente vulnerável, durante longo tempo privada de liberdade e excluída dos direitos básicos de cidadania, como educação e trabalho, a transversalidade de ações é fundamental para incentivar uma vida cada vez mais autônoma, quando houver condições favoráveis para isso. Para tanto, são fundamentais projetos envolvendo outros setores, como os de Assistência Social, Educação, Cultura, Emprego e Trabalho, dentre outros.

A despeito de todas as dificuldades relacionadas ao perfil dessa população, o acesso ao mercado de trabalho, em particular, é fundamental para a reinserção social e deve ser estimulado. A prática atualmente vigente de incentivar o desenvolvimento de projetos que articulem a saúde mental e a economia solidária¹⁸ parte do pressuposto de que o trabalho é central como recurso terapêutico, possibilidade concreta de cidadania e forma de inclusão social. A viabilização desses projetos requer que se organizem em redes as economias solidárias da região (território), assim como a aproximação com políticas municipais e/ou regionais que favoreçam projetos de qualificação profissional no âmbito da inclusão produtiva. Para tanto, é de fundamental importância promover a articulação das secretarias que possam envolver-se com esse tema, como as de Assistência Social, Educação e Trabalho, para que sejam construídas políticas intersetoriais de promoção e acompanhamento, por exemplo, de incubadoras de cooperativas populares.

Por fim, talvez o maior desafio seja insistir na mudança de cultura e de paradigma, o que é um longo processo. Segundo Amarante (2014), a reforma da cultura torna-se mais urgente que a reforma psiquiátrica, porque essa sempre pode se reduzir a uma adequação de serviços, em vez de encorajar a inclusão do outro.

Para que essa mudança ocorra, a população de moradores dos hospitais psiquiátricos tem que deixar de ser invisível para a sociedade: sua situação, as condições em que vivem e o modo como poderiam viver melhor devem ser expostos. Ao retratar essa realidade, o censo de 2014 mostra-se como instrumento eficaz de acompanhamento e de gestão das políticas públicas de saúde mental.

18 Segundo Paul Singer (LIMA, 2003), a economia solidária é uma nova forma de geração de renda e trabalho, voltados à inclusão social. Trata-se de um conjunto de atividades econômicas (produção, venda, compra e troca) organizadas sob a forma de autogestão e cooperação, em que a propriedade do capital é coletiva e as decisões são tomadas com a participação democrática dos membros da entidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação?. *Rev. Sociol. Polit. online*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a04n24.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, n. 146, p. 14-17 nov. 2014. Entrevista concedida a Bruno Dominguez. Disponível em:< <http://cebes.org.br/2014/12/entrevista-paulo-amarante-e-a-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao/> >. Acesso em: 26 maio 2015.
- AMARANTE, Paulo. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, jan./fev. 2009.

- ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev. bras. Ci. Soc. online*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.
- BABBIE, Earl. *Métodos de pesquisa de survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.
- BARRETO, Vanessa; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 194-207, jun. 2007.
- BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de saberes. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 171-194.
- BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina (Org.) *Desafios para a institucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap; São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008.
- BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, p. 1777-1781, 2011.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASTOS, Liana Cajado; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. Vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 2, p. 432-445, abr./jun. 2012.
- BELLIS, Alexandre Chafran de. *Liberdade e vigilância: o lugar da alta no discurso legal sobre a internação psiquiátrica*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- BICHAFF, Regina *O Trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das críticas das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica*. 2006. 217f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- BIEHL, João; GOOD, Byron; KLEINMAN, Arthur. Madness and social suffering. In: BIEHL, João *et al.* (Ed.). *Subjectivity: ethnographic investigations*. California: University of California Press, 2007.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. *A banalização da interdição judicial no Brasil: relatórios*. Brasília, DF: Coordenação de Publicações da Câmara dos Deputados, 2007a. (Série Ação Parlamentar, n. 349). Disponível em: < <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nuppsam.org%2Fpage26.php&ei=oD9SVZbsGYqoNpCb-gZgG&usg=AFQjCNEMCsZqjaqMQw420rf5QOAYBwMCZg&bvm=bv.92885102,d.eXY> >. Acesso em: 8 maio 2015.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: nov. 2014.
- _____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, São Paulo, v. 65, p. 1785-1786, abr. 2001.
- _____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, São Paulo, v. 75, p. 482-489, jun. 2011.
- _____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, São Paulo, v. 57, p. 1013-1022, out./dez. 1993.

- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União, Brasília*, DF, 25 jan. 2008a. Seção 1, p. 47-50.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Programa de Volta para Casa*. Brasília, DF, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, DF, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília, DF. Brasília, DF: OPAS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. / Brasília, DF, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF, 2008b. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf >. Acesso em: 8 maio 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf >. Acesso em: 8 maio 2015.
- _____. Senado Federal. Projeto de Lei da Câmara n. 201/2008. Acrescenta artigos à Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil Brasileiro, estabelecendo a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais deferidas com base em enfermidade ou deficiência mental. Brasília, DF, 2008c. Disponível em : < http://www.senado.gov.br/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=88809 <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=377065>>. Acesso em: 8 maio 2015.
- _____. Portaria n. 2.391, 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de

- acordo com o disposto na Lei n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 dez. 2002. Seção 1, p. 349-350.
- CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CAYRES, Alina Zoqui de Freitas. *Os projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental*, (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota Técnica n. 32, 2013. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2032%20-2013%20Equipe%20de%20Desinstitucionalizac%C3%A3o%20da%20RAPS%20.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014
- COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- COSTA-ROSA, Abílio *et al.* Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-44.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei n. 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DOURADO, Daniel de A.; ELIAS, Paulo E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública online*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2014.
- FERRO, Luís Felipe. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, DF, v. 29 n. 4, p. 752-767, dez. 2009.

- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. *História da loucura na era clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972 [1978].
- _____. *Arqueologia do saber*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. *Estratégia poder-saber*. Petrópolis, RJ: Forense Universitária, 2003. (Ditos e Escritos, v. 4)
- _____. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GOFFMAN, Irving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de saúde mental no Brasil: evolução do gasto entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: Resultado do Universo*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 27 mar. 2015.
- _____. Pesquisa Nacional da Saúde 201. Disponível em: < <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE, 1, 2004, São Paulo. *Relação de enunciados aprovados pela plenária da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014 – São Paulo – SP*. Disponível em: < http://www.cnmp.mp.br/portal/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SA%C3%A9ADE.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.
- LIMA, Maria Isabel Rodrigues. *Economia solidária e vínculos*. Prefácio de Paul Singer. São Paulo: Ideias & Letras, 2013.
- LUCENA, Marcela Adriana da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2447-2456, 2012.
- MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amabili Rodrigues Xavier.; SANTOS, Manuel Antonio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.

- 1472-1479, set./out. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/20.pdf> >. Acesso em: 26 maio 2015.
- MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito privado*. Parte Geral. Tomo I, Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Borsoi. 1954.
- MOREIRA, Maria Inês Badaró; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis v. 23, n. 3, p. 545-553, set./dez. 2011.
- OLIVEIRA, Alexandra Medeiros Brito de *et al.* O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2013.
- OLIVEIRA, Luiz Borges. *Cartilha do censo 2010 - pessoas com deficiência*. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: < <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf> >. Acesso em: 12 maio 2015.
- PEREIRA, Valdete Preve; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 527-534, out./dez. 2004.
- PESSOTTI, Isaias. Demência, *dementia praecox*, esquizofrenia. *O Que nos faz Pensar: Homenagem a Bento Prado Junior*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 113-144, dez. 2007.
- PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; MATTOS, Ruben Araujo de (Org). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/LAPPIS/ ABRASCO, 2007. (Série saúde participativa).
- PORTOCARRERO, Vera Maria. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. 1990. 213 p. (Doutorado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PRATES, Maria Margarida Licursi *et al.* Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 642-652, jun. 2013.

- ROTELLI, Franco *et al.* Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.
- SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 788-795, dez. 2009.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB n. 87, de 3 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo*, Poder Executivo, 9 out. 2013. Seção 1, p. 49. Disponível em: < ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.out.13/Iels192/E_DL-CIB-87_031212.pdf >. Acesso: 12 maio 2015.
- _____. Secretaria da Saúde. *Regionais de Saúde*. 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em: 18 nov. 2014.
- SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de O. (Org.). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
- SOUZA, Renilson Rehem de. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- SZTAJNBERG, Tania Kuperman; CAVALCANTI, Maria Tavares. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo v. 13, n. 3, p. 457-468, set. 2010.
- _____. Sob o pé do castanheiro: histórias que perpassam um Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 265-278, jun. 2014.
- TEIXEIRA, Mônica. A implantação da reforma psiquiátrica em São Paulo: entrevista com a Coordenadora de Saúde Mental do Estado, Mirsa E. Delossi. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 117-134, dez. 2003.
- UNITED NATIONS. *Principles and recommendations for population and housing censuses, revision 2*. New York, 2008.

- VELÔSO, Thelma Maria Grisi *et al.* Residências terapêuticas e reforma psiquiátrica em produções discursivas da população. In: SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de O. (Org.). *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 139-160.
- VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, jan. 2008.

ANEXOS

ANEXO 1. QUESTIONÁRIO

Fundap

Página 1 de 8

Censo Psicossocial



Dados do Entrevistador

Identificação do Entrevistador (CPF)

Nome do Entrevistador

Data da Visita

Dados do hospital

DRS

Nome do Hospital

Município

Caracterização da população (prontuário)**Nome completo do usuário/apelido**

Número do prontuário

É possível informar a data de nascimento do usuário?

- Sim
 Não

Se sim, informe a data de nascimento

Se não, informe a idade atual ou a idade presumida

Estado civil

- Solteiro(a) Casado(a)
 Separado(a) Outro(a)
 Viúvo(a) Informação ignorada

Qual outro?

Informe o gênero do usuário

- Masculino
 Feminino
 Outro

Qual outro (gênero)?

Raça/cor

- Branca Preta
 Parda Amarela
 Indígena Outra

Qual outra?

Religião

- Não possui Católica
 Evangélica Espírita
 Islâmica Budista
 Ubandista Outra
 Informação ignorada

Qual outra religião?

Sabe o nome do país, estado e município de nascimento?**País de nascimeto**

- Sim
 Não

Informe o país de nascimento

Estado de nascimento

- Sim
 Não

Informe o estado de nascimento

Município de nascimento

- Sim
 Não

Informe o município de nascimento

Última cidade em que residiu

- Sim
 Não

Última cidade em que residiu

Sabe o nome do pai e da mãe?**Pai?**

- Sim, e há comprovações por documentos
 Sim, mas não há informações por documentos
 Informação ignorada

Informe o nome do pai

Mãe?

- Sim, e há comprovações por documentos
 Sim, mas não há informações por documentos
 Informação ignorada

Informe o nome da mãe

Tem ou já teve identidade (RG)?

- Sim
 Não

Informe o número do RG

Tem ou já teve os seguintes documentos?

	Sim	Não
Certidão de Nascimento/casamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certidão tardia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPF?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Título de Eleitor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carteira de Trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificado de Reservista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passaporte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PIS/PASEP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Informe o número da Certidão de Nascimento/Casamento

Informe o número da Certidão Tardia

Informe o número do CPF

Informe o número do Título de Eleitor

Informe o número da Carteira de Trabalho

Informe o número do Certificado de Reservista

Informe o número do Passaporte

Informe o número do PIS/PASEP

Instituição que encaminhou o usuário (última procedência):

- Não houve encaminhamento anterior
 Hospital Psiquiátrico
 Casa de Custódia
 Hospital Geral
 Outras instituições
 Informação ignorada

Qual outra instituição?

Há informação do intervalo de tempo que ficou internado na Instituição anterior?

- Sim
 Não

Quanto tempo passou internado na instituição anterior?

Tem contato com familiar(es)?

- Sim
 Não
 Informação ignorada

Nome do familiar mais próximo

Pais de residência do familiar:

- Brasil
 Outro

Se outro, indique o país do familiar

Estado de residência do familiar

Informe o endereço de um familiar, caso saiba (município, bairro, rua e número)

Telefone do familiar (celular e fixo, se houver):

Dados clínicos e psiquiátricos do prontuário**Data da primeira internação nesta unidade (independente da renovação da ALH):****Identifique os diagnósticos psiquiátricos atuais:****Na data de abertura do prontuário, havia Hipótese Diagnóstica e/ou CID?**

- Sim
 Não

Se sim, qual?

64 - Diagnósticos psiquiátricos

	Sim	Não
F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F30-F39 Transtornos de humor (afetivos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e atores físicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F60-F69 Transtornos de personalidade e do comportamento adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F70-F79 Retardo mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F80-F89 Transtornos de desenvolvimento psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância e adolescência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F99 Transtorno mental não especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Doenças clínicas associadas:

- | | Sim | Não |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Hipertensão arterial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cardiopatias | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Doenças pulmonares (tuberculose, DPOC, Pneumonia, etc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hanseníase | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Doença de pele (escabiose, pediculose, eczemas, etc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Outras doenças | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Outras doenças?

Deficiências associadas:

- | | Sim | Não |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Deficiência física | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deficiência visual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deficiência auditiva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tratamento extra-hospitalar:**Fez algum tratamento extra-hospitalar antes da internação atual?**

- Sim
 Não
 Informação ignorada

Sabe informar em qual município foi esse tratamento extra-hospitalar antes da internação atual?

- Sim
 Não

Em qual município?

Sabe informar em qual unidade foi o atendimento extra-hospitalar antes da internação atual?

- Sim
 Não

Informe o nome da unidade

Faz tratamento com medicamentos (consultar prescrição atual)?

- Não faz uso de medicamentos
 Usa medicamento único
 Utiliza múltiplos medicamentos
 Informação ignorada

Qual(uais) medicamento(s)?

Situação jurídica**Qual a situação jurídica civil?**

- Tem curador
 Não tem curador mas tem procurador
 Não tem curador nem procurador
 Informação ignorada

Identificação do Curador

Afiliação do Curador

Contato do curador

Qual a situação jurídica penal?

- Internação compulsória Internação involuntária Internação voluntária
 Informação ignorada

Descreva o motivo ou a justificativa para a internação compulsória (caso não tenha a informação, escreva não consta)

Dados psicossociais (entrevista com usuário e/ou equipe do hospital)
Motivo da permanência da internação

- Precariedade social + doença clínica + transtorno mental
 Precariedade social + transtorno mental
 Precariedade social + doença clínica
 Transtorno mental
 Doença clínica
 Precariedade social

Escolaridade

- Não alfabetizado
 Alfabetizado (escreve o nome)
 Escreve e lê, mas não sabe informar a escolaridade
 Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo

Situação empregatícia anterior à(s) internação(ões)

- Nunca trabalhou
 Inativo-desempregado
 Inativo com benefícios (LOAS/Aposentadoria)
 Ativo sem carteira assinada
 Ativo com carteira assinada ou autônomo
 Informação ignorada

Existe informações do trabalho anterior?

- Sim Não

Qual o trabalho anterior?
Renda atual

- Não tem renda
 Ajuda financeira esporádica (família, amigos, outros)
 Ajuda financeira frequente (amigos, família, outros)
 Renda proveniente de projetos de geração de renda no hospital
 Benefícios (LOAS-BPC/Aposentadoria)
 Benefício e projeto de geração de renda no hospital

Autocuidado
Higiene (banho, cabelo, unhas, higiene bucal, uso do vaso sanitário)

- Apenas quando solicitado e com auxílio
 Somente com auxílio
 Apenas quando solicitado
 De vez em quando e por vontade própria
 Diariamente por vontade própria

Alimentação

- Somente quando solicitado e com auxílio
 À mesa, usando talheres quando solicitado e com auxílio
 À mesa, usando talheres somente quando solicitado
 À mesa, usando talheres de vez em quando e por vontade própria
 À mesa, usando talheres diariamente por vontade própria

Vestir-se

- Não se veste sozinho, recusa-se a se vestir
 Veste-se somente com ajuda de outros e/ou estimulado por outro
 Veste-se sozinho, com roupas com higiene precária ou desalinhadas
 Veste-se sozinho com roupas com boa higiene, mas desalinhadas
 Veste-se com roupas com boa higiene e alinhadas

Comunicação (fala, conversa, pede, pergunta, responde quando perguntado)

- Não se comunica nem quando solicitado e nem com auxílio
 Comunica-se apenas com auxílio
 Comunica apenas quando solicitado verbalmente
 Comunica-se de vez em quando por vontade própria
 Comunica-se sempre por vontade própria

Vínculos sociais
Recebe visitas durante a internação?

- Não recebe visitas
 Visitas de familiares
 Visitas de vizinhos/amigos
 Visitas de outros (voluntários, de ordem religiosa, não especificados)

Frequência com que recebe visitas

- Eventualmente
 Mensal
 Quinzenal
 Semanal

Realiza visitas durante a internação?

- Não realiza visitas
 Realiza visitas de familiares
 Realiza visitas de vizinhos/amigos
 Realiza visitas de outros (voluntários, de ordem religiosa, não especificados)
 Não se aplica

Frequência com que realiza visitas:

- Eventualmente
 Mensal
 Quinzenal
 Semanal

Situação de moradia no presente

- Morador de enfermaria e não possui lugar para ficar fora do hospital
 Morador de lar abrigado e não tem lugar para ficar fora do hospital
 Morador de enfermaria, mas tem lugar para ficar fora do hospital
 Morador de lar abrigado, mas tem lugar para ficar fora do hospital
 Informação ignorada

Participação no contexto institucional**Trânsito pelo hospital**

- Não transita pelo hospital
 Transita pelo hospital somente quando acompanhado e com auxílio
 Transita pelo hospital somente quando acompanhado pela equipe
 Transita pelo hospital somente quando acompanhado por outros pacientes
 Transita pelo hospital desacompanhado

Participação em atividades dentro do hospital (oficinas, festa, jogos, etc)

- Não participa de atividades
 Participa de atividades quando solicitado e acompanhado
 Participa de atividade quando solicitado
 Participa de atividades acompanhado
 Participa de atividades desacompanhado

Participação social**Trânsito pela comunidade**

- Não sai sozinho nem acompanhado
 Sai do hospital somente quando acompanhado e com auxílio
 Sai do hospital somente quando acompanhado
 Sai do hospital se orientado
 Sai do hospital desacompanhado
 Não se aplica

Uso de transporte coletivo

- Não utiliza
 Usa apenas acompanhado e com auxílio
 Usa apenas acompanhado
 Usa de vez em quando e desacompanhado
 Usa sempre e desacompanhado
 Não se aplica

Compras

- Não faz compras
 Faz compras no hospital acompanhado e com auxílio
 Faz compras no hospital desacompanhado
 Faz compras fora do hospital acompanhado e com auxílio
 Faz compras fora do hospital desacompanhado
 Não se aplica

Participação em atividades fora do hospital (escola, igreja, passeios, banco)

- Não participa
 Participa quando solicitado e acompanhado
 Participa quando solicitado
 Participa acompanhado
 Participa desacompanhado
 Não se aplica

O usuário gostaria de morar fora do hospital?

- Não
 Impossibilitado de responder
 Sim, conversa sobre o tema quando indagado
 Sim, conversa espontaneamente
 Sim, acha que já deveria ter saído

Por que?

O usuário sai de licença terapêutica por uma semana ou mais?

- Não, nem pensa nessa possibilidade
 Não, mas gostaria de ter essa possibilidade
 Sim

ANEXO 2. MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — USUÁRIO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- USUÁRIO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Censo Psicossocial do Estado de São Paulo”, sob a responsabilidade da pesquisadora Rosangela Elias, com objetivo de conhecer melhor as condições de sua internação nessa instituição hospitalar e contribuir para que suas necessidades de saúde sejam atendidas integralmente.

Sua participação será importante na avaliação do cuidado ofertado aos moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo e poderá cooperar na reorganização dos serviços de saúde mental, incluindo o hospital em que você encontra-se hospitalizado.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista estruturada sobre as condições de internação da instituição que se encontra hospitalizado, sendo que sua participação não acarretará riscos à utilização desse serviço ou de algum benefício que você receba, bem como na qualidade da assistência ofertada. A entrevista deverá ter duração em torno de uma hora e meia. Sua participação poderá contribuir para avaliação da saúde pública ofertada em sua região e na proposição de melhorias.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Se tiver dúvidas sobre a pesquisa, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço “Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188- Telefone: 3066-8000” ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde “Tel: (11) 31168579; e-mail: cética@isaude.sp.gov.br”, para dúvidas e denúncias éticas.

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante

Impressão do dedo polegar, caso não saiba assinar



Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXO 3. MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO — TRABALHADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TRABALHADOR

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Censo Psicossocial do Estado de São Paulo”, sob a responsabilidade da pesquisadora Rosângela Elías a qual pretende subsidiar os gestores de saúde estadual e municipais no planejamento do cuidado ao portador de transtornos psiquiátricos, na reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressupostos o processo de desinstitucionalização e estímulo à inclusão social e cidadania para todos.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista estruturada sobre as condições de internação dos moradores do hospital em que você trabalha, sendo que sua participação não acarretará riscos ao vínculo que você possui com esta instituição de saúde. A entrevista deverá ter duração em torno de uma hora e meia aproximadamente.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Se tiver dúvidas sobre a pesquisa, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço “Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188- Telefone: 3066-8000” ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde “Tel: (11) 31168579; e-mail: etica@isaude.sp.gov.br”, para dúvidas e denúncias éticas.

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: __/ __/ __

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Impressão do dedo polegar, caso não saiba assinar

