

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência

Vívian Andrade Araújo Coelho

**REVISITANDO O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA ANÁLISE DOS
ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS NOS HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DE BELO HORIZONTE DE 2002 A 2011**

Belo Horizonte
2013

Vívian Andrade Araújo Coelho

**REVISITANDO O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA ANÁLISE DOS
ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS NOS HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DE BELO HORIZONTE DE 2002 A 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Cristiane de Freitas Cunha

Co-orientador: Fernando Madalena Volpe

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
2013

C672r Coelho, Vívian Andrade Araújo.
Revisitando o hospital psiquiátrico [manuscrito]: uma análise dos atendimentos e internações realizados nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte de 2002 a 2011. / Vívian Andrade Araújo Coelho. - - Belo Horizonte: 2013.
114f.: il.
Orientador: Cristiane de Freitas Cunha.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hospitais Psiquiátricos. 2. Saúde Mental. 3. Reforma dos Serviços de Saúde. 4. Serviços Comunitários de Saúde Mental. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Cunha, Cristiane de Freitas. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WA 305

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

**PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-reitora: Prof^ª. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

Vice-diretor: Tarcizo Afonso Nunes

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Coordenador: Manoel Otávio de Costa Rocha

Subcoordenadora: Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Coordenadora: Prof^ª. Elza Machado de Melo



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

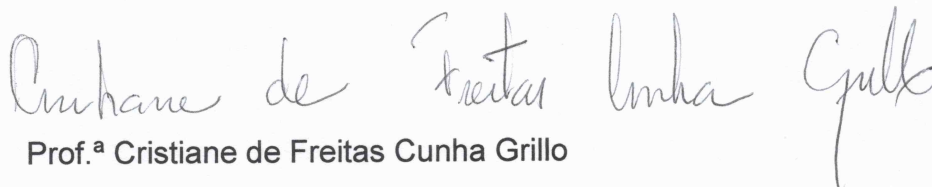
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640




DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores: Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo/orientadora, Prof. Fernando Madalena Volpe/co-orientador, Prof.^a Andréa Maris Campos Guerra, Prof. Renato Diniz Silveira - membros titulares, aprovou a defesa Dissertação de Mestrado Profissional de **VIVIAN ANDRADE ARAÚJO COELHO**. A Dissertação foi intitulada: **“REVISITANDO O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DE BELO HORIZONTE DE 2002 A 2011.”**; estando à mesma apta à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2013.


Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

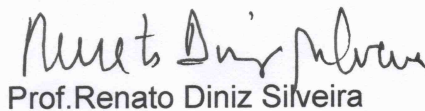
orientadora



Prof. Fernando Madalena Volpe

co-orientador


Prof.^a Andréa Maris Campos Guerra


Prof. Renato Diniz Silveira



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE MESTRADO PROFISSIONAL DE VIVIAN ANDRADE ARAÚJO COELHO, n.º de registro 2011715258. No dia vinte e dois de maio de dois mil e treze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“REVISITANDO O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DE BELO HORIZONTE DE 2002 A 2011.”**; requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Prof.ª Cristiane de Freitas Cunha, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou à palavra a candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof.ª Cristiane de Freitas Cunha Grillo / orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Fernando Madalena Volpe / co-orientador	Instituição UFMG/FHEMIG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof.ª Andréa Maris Campos Guerra	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Renato Diniz Silveira	Instituição: PUCMG	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2013.

Prof.ª Cristiane de Freitas Cunha Grillo / orientadora Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Prof. Fernando Madalena Volpe / co-orientador Fernando Madalena Volpe

Prof.ª Andréa Maris Campos Guerra Andréa Maris Campos Guerra

Prof. Renato Diniz Silveira Renato Diniz Silveira

Prof.ª Elza Machado de Melo / Coordenadora Elza Machado de Melo

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Elza Machado de Melo
Coord. do PG em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência
Faculdade de Medicina / UFMG

*A reforma psiquiátrica interna numerosas vezes;
quem interna uma única vez é o manicômio.*

Francisco Paes Barreto

DEDICATÓRIA

À Residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares,
por ampliar os horizontes do meu saber.

AGRADECIMENTOS

A psiquiatria sempre me instigou por sua natureza polissêmica, por concentrar vários saberes, várias ciências. Foi assim pensando que optei por fazer residência no IRS. A essa formação e aos queridos preceptores devo meu conhecimento técnico e tantos outros que constroem minha prática diária. Nessa época surgiu minha paixão pela clínica e, com ela, as primeiras perguntas que me direcionaram a este estudo.

Com sorte, encontrei pelo caminho alguém que soube colher e peneirar essas perguntas. Agradeço a Cristiane de Freitas Cunha pela delicadeza na orientação deste trabalho. Sua sabedoria, amizade e companheirismo foram imprescindíveis.

A Elza Melo pelo Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência, que nos proporciona um espaço de aprimoramento dos conhecimentos acadêmicos aliados à prática profissional.

A FHEMIG, pelo apoio à pesquisa. Em especial, agradeço ao Fernando Volpe pelos ensinamentos estatísticos, a Eliane Mussel e ao Mauricio Leão pelo auxílio no acesso aos dados. Aos alunos de iniciação científica pela presteza e ajuda preciosas, especialmente a Sabrina Diniz.

A Andréa Guerra pelas conversas inspiradoras acerca das inúmeras possibilidades contidas nos dados quantitativos. Ao Renato Diniz pelas contribuições valiosas.

Além do âmbito acadêmico, diversas pessoas contribuíram para a tessitura desta dissertação. Agradeço a meus pais, pela inspiração e incentivo constante ao trabalho e estudo.

Ao André, por ser o olhar que completa. Parceiro incomparável, amigo e companheiro que me ajudou em todas as facetas para a realização desta dissertação.

A Marília pelo incentivo desde as primeiras ideias para o projeto, pelas orientações precisas, pelo rigor metodológico e colaborações ao texto.

Ao Barreto pelas supervisões e proveitosas discussões. Ao Jésus Santiago por me conduzir na caminhada em direção ao meu desejo. A Gina pela correção ortográfica.

A Ana Paula por estar sempre presente, pelas filosofias acerca de nossa história de vida e pelo auxílio linguístico.

Ao Alexandre e Fernando pela ajuda imensurável na escrita e por ouvirem os “velórios dos meus problemas” repetidas vezes. Ao Adauto pelas leituras e contribuições.

Enfim
Gratidão se expressa
Para além das palavras
A todos que trilharam comigo
Este caminho

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Número de atendimentos por tempo de permanência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 2: Proporções do total de atendimentos por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 3: Proporções de atendimentos por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 4: Proporções do total de atendimentos por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 5: Proporções de atendimentos por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 6: Proporções de internações por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 7: Proporções do total de internações por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 8: Proporções de internações por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

FIGURA 9: Proporção de reinternações, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

- ASUSSAM - Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais
- CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAC – Centro de Acolhimento de Crise
- CAPS –Centros de Atenção Psicossocial
- CAPS ad – CAPS específicos para atendimento de transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas
- CAPSi – CAPS destinados ao atendimento de crianças e adolescentes
- COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CEBES - Centro de Estudos Brasileiro de Saúde
- CERSAM - Centros de Referência em Saúde Mental
- CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão
- CMT - Centro Mineiro de Toxicomania
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CSM – Centro de Saúde Mental
- CTC - Centro de Tratamento Clínico
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- FEAL - Fundação Estadual de Assistência aos Leprosos
- FEAMUR - Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência
- FEAP - Estadual de Assistência Psiquiátrica
- FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- HGV – Hospital Galba Velloso
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IRS- Instituto Raul Soares

MOBRAL - Movimento Brasileiro de Alfabetização

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PSF – Programa de Saúde da Família

PUP -Posto de Urgência Psiquiátrica

SAME - Serviço de Assistência Médica

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SPP - Serviço de Prontuário de Pacientes

SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

CÓDIGOS DA CID-10

F10 a F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas

F20 a F29 – Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes

F30 a F39 – Transtornos do Humor (Afetivos)

F40 a F49 – Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o “Stress” e Transtornos Somatoformes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
2. REFENCIAL TEÓRICO	22
2.1. Contextualização da loucura na sociedade ocidental	22
2.1.1. O hospital como instituição médica	25
2.1.2. O nascimento da psiquiatria	27
2.1.3. A crítica ao pensamento de Pinel	29
2.2. As reformas psiquiátricas do século XX	32
2.2.1 O contexto das reformas	32
2.2.2. O surgimento da psicofarmacologia.....	33
2.2.3. As experiências reformistas.....	35
2.2.3.1 As Comunidades Terapêuticas.....	35
2.2.3.2. Psicoterapia Institucional.....	36
2.2.3.3. Psiquiatria de Setor.....	37
2.2.3.4. Psiquiatria Preventiva (ou comunitária).....	38
2.2.3.5. Antipsiquiatria	40
2.2.3.6. Psiquiatria Democrática Italiana.....	41
2.2.3.7. A Reforma Brasileira	44
2.2.3.8. A implantação da rede de saúde mental de Belo Horizonte.....	52
2.3. Os hospitais estudados e a reforma	55
2.3.1. O Instituto Raul Soares (IRS).....	55
2.3.2. O Hospital Galba Velloso (HGV)	60
3. JUSTIFICATIVA	65
4. HIPÓTESE A TESTAR	65
5. OBJETIVOS	66
5.1. Objetivo geral.....	66
5.2. Objetivos específicos	66
6. METODOLOGIA	66
7. RESULTADOS	69
7.1. Atendimentos	69
7.2. Internações.....	74
7.3. Reinternações.....	77
8. DISCUSSÃO	78
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXO I - PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS DECORRENTES DESTE ESTUDO	92
ANEXO II – COMENTÁRIO DO CONVIDADO DE HONRA PARA A BANCA DE DEFESA - DR. FRANCISCO PAES BARRETO	112

RESUMO

Objetivo: Este estudo descreve a evolução temporal dos atendimentos e internações realizados nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte de 2002 a 2011, investigando mudanças nas características dos atendimentos e no perfil dos pacientes atendidos, para compreender mais detalhadamente o papel atual dessas instituições no contexto da reforma da assistência em saúde mental. **Metodologia:** Análise de série temporais, no período entre 2002 e 2011, com análises de tendência por meio de regressões lineares, e quadráticas quando significativas, em que a variável resposta foi o número anual de atendimentos totais e por tipos, ou a proporção de atendimentos e internações por diagnóstico ou procedência, e a variável preditora foi o ano. **Resultados:** No período analisado, foram constatadas alterações importantes no perfil de atendimento dos hospitais estudados. Foi observada uma diminuição estatisticamente significativa no número total de atendimentos dessas instituições, apesar de ter havido um aumento também significativo do número de internações realizadas. Durante todo o período, os pacientes provenientes de Belo Horizonte foram mais prevalentes, entretanto nota-se um aumento significativo dos atendimentos relativos à população da região metropolitana. Com relação à morbidade apresentada, apesar dos transtornos psicóticos terem sido prevalentes no total de atendimentos, notou-se uma inversão ao longo dos anos, sendo que em 2011 a maior prevalência foi relativa a pacientes apresentando transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas. A mesma tendência foi observada na análise de procedência e morbidade das internações ocorridas no período. **Conclusão:** A alteração observada no perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte foi concomitante com a progressiva implantação de serviços comunitários de saúde mental que, provavelmente, tem suprido uma demanda que antes se dirigia a esses hospitais. Todavia, constatou-se que pacientes com um perfil específico ainda utilizam a assistência hospitalar, ainda que de curta duração.

Palavras-chave: Hospitais Psiquiátricos; Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT

Objective: Describe the evolution over time of the care provided in public psychiatric hospitals in Belo Horizonte from 2002 to 2011, analyzing changes in the characteristics of services provided and patient profiles. **Methodology:** Analysis of temporal series, between 2002 and 2011, using linear regressions – and quadratic when significant – where the response variable was the total annual number of visits and types or the proportion of visits for patient's diagnosis or origin, and the predictor variable was time. **Results:** During the study period, a significant decrease in the total number of emergency visits was observed, although there has been a significant increase in the number of admissions. Patients from Belo Horizonte were more predominant, however a significant increase in health demands by the population of the metropolitan area was observed. Although psychotic disorders were more prevalent overall, there has been a gradual decline relative to patients with disorders due to use of alcohol and/or other drugs, which were the more prevalent in 2011. **Conclusion:** The alteration observed in the profile of treatment in public psychiatric hospitals in Belo Horizonte was concomitant with the progressive institution of mental health community services that probably have supplied the demands previously directed to these hospitals. However, it was noticed that patients with a specific profile still make use of hospital assistance, even if for a short period of time.

Keywords: Hospitals, Psychiatric; Mental Health; Health CareReform; Community Mental Health Services.

APRESENTAÇÃO

A temática deste estudo teve origem em questionamentos vividos em minha prática clínica como psiquiatra tanto no Instituto Raul Soares, enquanto residente de psiquiatria, como nos serviços substitutivos em que tive a oportunidade de trabalhar no estado de Minas Gerais.

Enquanto residente em um hospital psiquiátrico, eu vivia a dicotomia existente entre a prática clínica no hospital e os ditames da reforma psiquiátrica que se mostrava contrária à existência dessa instituição. Por um lado, vivenciávamos um hospital sempre lotado, com atendimentos e internações que julgávamos necessários; por outro lado, a prática dos serviços substitutivos, nos quais estagiávamos, era contrária a utilização do hospital. As perguntas que me rondavam e direcionaram esta pesquisa eram: qual a função do hospital psiquiátrico na atualidade? Estes hospitais ainda são necessários? Eles funcionam como um manicômio?

A minha percepção não era a de que o hospital funcionava como um “manicômio”, conforme defendido por alguns. Nos próprios serviços substitutivos, algumas vezes, pensávamos que a internação seria melhor realizada no hospital. Mas então, por que tanto questionamento acerca de seu funcionamento? Não seria o hospital somente mais um dispositivo para atendimento dos pacientes da saúde mental? A partir de então, comecei a aprofundar os estudos para entender um pouco a trajetória que havia levado a tantas divergências.

No referencial teórico desta dissertação, procuro delinear resumidamente essa história. Resgatando a função exercida pelo hospital psiquiátrico desde seu nascimento, reviso os principais movimentos contestatórios que influenciaram o processo brasileiro na reforma da assistência à saúde mental. Nessa revisão, o objetivo não é estudar detalhadamente cada processo, muito menos tomar uma posição pró ou contra cada um deles, mas sim resgatar as raízes e razões do movimento antimanicomial que transformou o sistema brasileiro público de atendimento em saúde mental.

Dessa forma, pude delimitar melhor meu objeto de estudo e esclarecer o motivo de se estudar instituições que, apesar de já condenadas pela política nacional de saúde mental, continuam existindo.

Após o amadurecimento dos questionamentos iniciais, cheguei à pergunta que esse trabalho pretende responder. Após a assimilação dos ideais da reforma psiquiátrica na

política oficial da saúde mental brasileira, com a implantação de uma ampla rede de serviços substitutivos de saúde mental, qual o perfil de clientela dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte hoje?

Creio que o perfil epidemiológico delineado neste trabalho permite uma análise mais atenta do momento em que se encontra a atenção à saúde mental de Minas Gerais. Através da análise de “quem” ainda procura os hospitais psiquiátricos estudados, podemos vislumbrar as evoluções e entraves presentes na proposta de substituição dessas estruturas.

1. INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde e doença mental são polissêmicos e adquirem em cada cultura e em cada época uma caracterização. De acordo com essas concepções, são delineadas maneiras variadas para lidar com o problema, ultrapassando os aspectos técnicos, dentro de um contexto social, político e econômico (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A atuação de Philippe Pinel, no final do século XVIII, é tida como um marco para a assimilação da loucura como doença mental na sociedade ocidental (FOUCAULT, 1999). Criando o conceito de alienação mental, ele definia a loucura como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Nessa concepção, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações. Assim, para modificar o estado mental, seria preciso retirar o alienado de suas percepções habituais (BERCHERIE, 1989). A partir dessa teorização, Pinel concebia o isolamento como necessário para reconduzir o alienado à razão com o auxílio da instituição de tratamento (AMARANTE, 2007).

Apesar de diversas críticas e teorias contrárias às de Pinel não tardarem a aparecer, o hospital se manteve como a instituição preconizada para o tratamento dos doentes mentais até meados do século XX. Essas circunstâncias delinearam para o hospital psiquiátrico uma função médica, terapêutica e uma função social, que constituía um ideal de proteção da sociedade perante um grupo que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não era aceita pela maioria (DESVIAT, 1999).

Após a Segunda Guerra Mundial, as contestações, diante das denúncias de maus-tratos e desumanidade nos hospitais psiquiátricos, vão crescer e impor mudanças ou reformas no asilo e na estrutura do tratamento psiquiátrico (ALVES *et al.*, 2009). A instituição asilar, que a princípio era uma instituição de cura, passou a ser vista como responsável pelos altos índices de cronificação. Dessa forma, deveria urgentemente ser reformada, pois havia se afastado de sua finalidade (AMARANTE, 1995). A necessidade de crescimento econômico e de reconstrução social no pós-guerra, a descoberta dos psicotrópicos e a adoção da saúde pública nas instituições psiquiátricas somaram-se como elementos instigantes dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo (DESVIAT, 1999).

Diversas experiências de transformação do hospital psiquiátrico foram implementadas, principalmente a partir de 1940. Essas podem ser divididas de acordo com seus propósitos: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução,

portanto, seria modificar a instituição; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva assumiam a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento; já a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana dirigiam os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas assistenciais (ALVES *et al.*, 2009).

A reforma psiquiátrica brasileira representa uma proposta de reformulação das formas de lidar com a doença mental no Brasil. Reflexo de movimentos similares ocorridos em outros países e contemporâneo da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse projeto propôs a reestruturação da assistência à saúde mental no país (TENÓRIO, 2002).

Esse movimento, ainda em curso, constitui um processo político e social complexo iniciado na década de 1970, época em que a institucionalização era o modelo básico de tratamento no país (GOULART, 2006). A proposta de modificação do modelo de assistência teve como inspiração as reformas ocorridas na Europa e, em especial, o modelo italiano, que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de atenção comunitária à saúde mental (GOULART, 2007). Assim, não se trataria de aperfeiçoar as instituições tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas sim de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de assistência. Dessa forma, o intuito da reforma brasileira é substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial.

Como consequência desses diversos acontecimentos, iniciou-se um processo de revisão da legislação vigente. Em 6 de abril de 2001, o Congresso Nacional aprovou a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Em Minas Gerais, as leis estaduais 11.802/1995 e 12.684/1997 já preconizavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços abertos e regionalizados, constituindo uma proposta ainda mais incisiva de desospitalização (SOUZA, 2008).

Apesar das melhorias alcançadas com a instituição de serviços comunitários de atenção à saúde mental, que priorizam a manutenção do usuário em seu contexto relacional e evitam internações desnecessárias, a implantação dessa proposta de reforma na prática não se dá sem percalços. Diversos aspectos práticos da reforma têm sido alvo de críticas, incluindo: a centralização do modelo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em detrimento de outras instâncias; a insuficiência da criação de serviços com funcionamento diuturno; a iniquidade de acesso nas diversas regiões do País; a judicialização das

internações; e a escassez de avaliações de custo-efetividade das reformas implantadas (ABP, 2006).

No Estado de Minas Gerais é possível perceber vastos efeitos na mudança da prática assistencial. Segundo dados da Secretaria do Estado, no início da década de 1990, existiam 36 hospitais psiquiátricos, perfazendo um total de 8.087 leitos no Estado. Já em meados de 2011 esse número era de 2.242 leitos distribuídos em 17 hospitais. Por outro lado, o número de serviços comunitários implementados a partir da década de 1990 chegou a 173 CAPS; 272 leitos em Hospitais Gerais; cerca de 300 equipes de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família (PSF); 12 Centros de Convivência e 77 Serviços Residenciais Terapêuticos em dezembro de 2010 (BRASIL, 2012; MINAS GERAIS, 2006).

Belo Horizonte conta atualmente com dois hospitais psiquiátricos públicos para o atendimento de pacientes adultos: o Instituto Raul Soares (IRS), atualmente com 108 leitos, e o Hospital Galba Velloso (HGV), com 145 leitos operacionais. Esses hospitais constituem os únicos leitos disponíveis pelo SUS na cidade, já que, desde 2002, Belo Horizonte não conta mais com hospitais psiquiátricos privados conveniados com a rede pública para novas internações (BRASIL, 2010; VOLPE *et al.*, 2010).

Para compreender mais detalhadamente o papel atual dessas instituições no contexto da reforma da assistência em saúde mental, este estudo visa a descrever a evolução temporal dos atendimentos e internações aí realizados de 2002 a 2011, explorando mudanças nas características dos atendimentos e no perfil dos pacientes atendidos no período subsequente à implantação nacional da reforma.

2. REFENCIAL TEÓRICO

2.1. Contextualização da loucura na sociedade ocidental

Para compreensão da reforma psiquiátrica é necessária uma rápida passagem pela história da loucura ou do saber psiquiátrico. A loucura nem sempre foi considerada uma doença ou uma questão médica sendo durante longo tempo concebida como uma manifestação do humano. Esse tema foi objeto das mais variadas explicações, passando pelo campo da mitologia e da religião. Na Grécia Antiga, o “louco” era considerado uma pessoa com poderes diversos. O que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, aceita socialmente. Desta forma não havia necessidade de seu tratamento ou controle (PASSOS; BEATO, 2003; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Da antiguidade até a contemporaneidade, o entendimento da loucura adquiriu significações diversas. Até a Idade Média, a loucura era entendida como uma experiência trágica. Época marcada pela peste, lepra e medo de ameaças de outros mundos, a loucura recebia uma explicação mística sendo vista como expressão das forças da natureza ou algo da ordem do não-humano. Era exaltada, num misto de terror e atração. Mais tarde, ainda sem o estigma de sujeito de desrazão ou de doente mental, era tida como possessão por espíritos maus, os quais precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob controle religioso (ALVES *et al*, 2009).

Durante o Renascimento, compreendido entre o fim da idade média até o século XVI, inicia-se a ruptura entre razão e desrazão. Naquela época, entretanto, a desrazão não é vista como o oposto da razão, mas antes ela fecunda a própria razão. Por sua vez, a loucura não está identificada com a perda da razão nem como negatividade. Pelo contrário, ao ser dessacralizada (ruptura com a idade média), a loucura passa a habitar o mundo humano. Desta forma, adquire uma importante expressão na literatura e nas artes, como por exemplo, o Quixote de Cervantes, o Rei Lear de Shakespeare e a pintura de Jerome Bosch. Na Renascença a percepção da loucura como desrazão a colocava em diálogo com a razão humana, com seu outro lado obscuro, e nesse sentido como portadora de uma verdade (PASSOS; BEATO, 2003).

Na Idade Moderna, com o emergir do Racionalismo, baseado na máxima “Penso, logo existo”, de René Descartes, a loucura começa a ser pensada **em relação** à sanidade e,

o louco, como alguém desprovido de razão e, portanto, distante da verdade. A loucura ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante. Nesse contexto, surge a associação com a periculosidade, visto que, uma vez a falta de razão traz consigo as noções de descontrole, ameaça e, por conseguinte, perigo (AMARANTE, 1992).

A era moderna, período entre os séculos XV e XVIII, pode ser caracterizada pela industrialização, pela urbanização e estruturação do Estado na comunidade europeia. Tais características provocaram uma série de transformações na sociedade, as quais podem ser demonstradas nas artes, na cultura, na economia, na política, entre outras áreas. Se, na Idade Média, os homens eram considerados criaturas de Deus, na era Moderna passavam a ter o registro de cidadão, no sentido de pertencimento a uma cidade, a um Estado. Além disso, a necessidade de fortalecimento das cidades e do Estado constituía um novo ideal.

Atrelado a esse contexto, o nascente Mercantilismo dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a ser excluídos. O aumento da pobreza e da mendicância tornava-se um problema a ser enfrentado pelas cidades, e esse enfrentamento se deu com a criação e disseminação, por toda a Europa, de instituições que teriam, como função, o abrigo e recolhimento das pessoas que não podiam ou não queriam trabalhar (AMARANTE, 2007).

A criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, foi o marco desse fenômeno que não se refere somente ao enclausuramento ou internação dos loucos, mas à exclusão dos pobres em geral. O Hospital Geral tinha como objetivo principal recolher os pobres e era uma terceira esfera de repressão, junto com a polícia e a justiça. Nesse período, a preguiça e a ociosidade ocupavam o primeiro posto na hierarquia dos vícios, e o trabalho era considerado como moralmente obrigatório. Havia duas formas de internação: por ordem do Rei ou de forma voluntária, a pedido da família (DESVIAT, 1999; FOUCAULT, 2009). Cabe ressaltar que nessa época a internação não tinha vocação médica. Tratava-se de uma medida assistencial.

É importante destacar que, antes do Hospital Geral, os hospitais existentes foram criados, em sua maioria, pela Igreja Católica, para que se cumprisse a caridade cristã. O Hospital era, portanto, uma instituição religiosa filantrópica de assistência aos pobres e desamparados. Serviam ao objetivo de “hospedar” devassos, prostitutas, delinquentes, pobres, desabrigados, doentes e loucos. A transformação do hospital de caridade em hospital como uma estrutura semijurídica correspondeu à necessidade de assistir e controlar a pobreza que crescia de forma surpreendente nesse período. Cabe ressaltar que a

questão da pobreza passou a ser um problema a ser tratado pelo Estado, ou seja, tornou-se uma questão pública (FOUCAULT, 2009).

Foucault (1999) ainda ressalta que, considerando as medidas anteriores do “trato” com a pobreza, o hospital demarcava a primeira vez em que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção em que os desocupados não eram mais sujeitos à exclusão por si só, mas pretendia-se oferecer a eles algum tipo de cuidado. De fato, os dados sobre a pobreza e a mendicância, no período em questão, não possibilitavam simplesmente expulsar os pobres, visto que o grande número de mendigos nas cidades européias era suficiente para demonstrar que, de alguma forma, eles faziam parte delas (FOUCAULT, 1999).

Nesse período, a prática da internação espalhou-se pela Europa e vários países passaram a criar suas casas de internação. Se na França criou-se o Hospital Geral, na Alemanha criaram-se as Casas de Detenção (a partir de 1620), na Inglaterra as Casas de Correção (desde 1575), e na Escócia as Casas de Trabalho (1670) (DESVIAT, 1999). Dessa maneira, os loucos, como os outros internos, foram enclausurados por não se adaptarem à nova forma de produzir que se instaurava na sociedade européia e, além disso, representavam uma aberração irracional diante do novo mundo, no qual a razão ocupava o lugar central. Durante todo o século XVII e boa parte do século XVIII, os hospitais foram a forma de “cuidar” dos loucos.

Reiteramos que, nesse período, não havia nenhuma preocupação médica para com a loucura, e o hospital – ainda que em alguns houvesse doentes e médicos – não tinha função médica. Somente no final do século XVIII essa situação será modificada e a loucura passará a ser entendida como doença. Surgirá uma área do saber própria para tratá-la – a psiquiatria –, bem como um lugar específico – o asilo (AMARANTE, 2007).

2.1.1. O hospital como instituição médica

O século XVIII vivenciou uma série de transformações concretizadas com as revoluções francesa e industrial. Além das modificações no modo de produzir, com a implantação e desenvolvimento do modo capitalista de produção, ocorreram mudanças na organização política e, também, nas relações sociais da sociedade européia.

Como frutos dessas transformações sociais, destaca-se, de acordo com os objetivos deste estudo, a transformação do hospital em uma instituição médica e a assimilação da ciência como fonte de verdade. A Revolução Francesa, com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, separou a verdade da explicação mística, dotou os homens do poder de agir e transformar a realidade e ofereceu à ciência o poder de explicá-la. Assim, passa a ser verdadeiro o que é cientificamente comprovado. Ora, se a lei não era mais privilégio do rei ou do clero, se ao cidadão competia escolher, decidir, construir a nova sociedade, então, qual seria a ordem, a racionalidade que deveria guiá-los no caminho certo? A ciência assumia, nesse contexto, o papel da objetividade, da ordem e da moral. Construída pela Razão humana, ela seria a única possibilidade de se chegar à verdade das coisas e dos fatos (AMARANTE, 2007).

De acordo com Foucault (2009), o primeiro fator de transformação do hospital em uma instituição médica não foi a busca de uma ação positiva sobre o doente ou a doença, mas a anulação dos efeitos nocivos do hospital, da desordem que ele acarretava: “(...) desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo” (FOUCAULT, 2009, p. 60). Ainda segundo esse autor, foi a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que possibilitou sua apropriação pelo saber médico. Embora considerando que a disciplina já fazia parte da história da humanidade há bastante tempo, o autor afirma que seus princípios fundamentais, enquanto tecnologia política, foram elaborados durante o século XVIII no sentido de desenvolver uma nova técnica de gestão e controle dos homens. Esse ordenamento disciplinar seria resultado de uma série de visitas realizadas aos hospitais da Europa, as quais teriam demonstrado que esses estabelecimentos, como lugares de exclusão e concentração de doenças e mortes, eram insalubres e de desordem, devendo ser objeto de higienização pela medicina social (FOUCAULT, 2009).

Essas inspeções, realizadas por médicos ou profissionais próximos à área médica, tinham por finalidade definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais,

desenvolver uma espécie de catalogação dos doentes, número de leitos, mapeamento das salas, taxas de mortalidade e de cura; enfim, elas visavam a obter um retrato da situação dos estabelecimentos, com intenção de evitar que as doenças se propagassem e ameaçassem a sociedade europeia da época.

Além da introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital, a transformação no saber médico também demarcou o nascimento do hospital como espaço de tratamento e busca da cura. A medicina do século XVIII fundamentava-se no sistema epistemológico das ciências naturais. Inspirada na botânica, a doença deveria ser classificada com base em características observáveis: “A doença é a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo” (FOUCAULT, 2009, p. 62).

Dessa forma, o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar irão originar o nascimento do hospital como espaço médico. Os dois fenômenos irão se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função:

“assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes estão colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica.” (FOUCAULT, 2009, p. 63)

Transforma-se, assim, o hospital, que passará a ter três características fundamentais: (1) Grande preocupação com a organização interna: “A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir” (FOUCAULT, 2009, p. 63). (2) Transformação do sistema de poder no interior do hospital: a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. (3) Organização de um sistema de registro permanente e se possível exaustivo do que acontece no hospital: constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. O hospital passa, então, a ser espaço de formação médica.

2.1.2. O nascimento da psiquiatria

Paralelamente a esse fenômeno de transformação do hospital em espaço médico, Amarante (2007) localiza o nascimento da psiquiatria que tem como ícone Philippe Pinel. Sobre esta alteração na concepção da loucura e de seu tratamento, Desviat (1999) assinala:

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento, descrito por Foucault, símbolo eloquente do absolutismo, tinha que ser abolido. (...) O alienado não podia mais ser enclausurado. Não podia porque as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação de liberdade sem garantias jurídicas. Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador. (DESVIAT, 1999, p. 17)

Em 1793, Pinel foi designado médico-chefe do hospital de Bicêtre (uma das unidades do Hospital Geral de Paris), quatro anos após o início da Revolução, e posteriormente seguiu sua obra no Hospital Salpêtrière. Lá, ele opera os primeiros momentos da transformação do hospital: manda desacorrentar os loucos e inscreve a alienação mental¹ na nosografia médica, consolidando assim esse conceito e a profissão do alienista. Ele esquadrinha o Hospital Geral e reserva um espaço médico para a loucura. Com a operação de transformação dos hospitais nos quais atuou, Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nessa área ao introduzir o tratamento moral (AMARANTE, 2007).

Segundo Bercherie (1989), Pinel foi o verdadeiro fundador da clínica em suas bases metodológicas. As ideias desse médico, assim como de seu discípulo Jean Étienne Esquirol, serão destacadas nesse texto devido a sua influência decisiva para a concepção da internação como método preconizado para o tratamento psiquiátrico.

Pinel fazia parte do grupo conhecido como os ideólogos, que foi de grande importância para o pensamento filosófico francês no final do século XVIII. Essa corrente adotava princípios metodológicos que lhe pareciam estar na base de qualquer orientação científica. Consideravam que o conhecimento tinha como base a observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade. Aos estudiosos, cabia agrupar e classificar os

¹ A alienação mental era conceitualizada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade.

fenômenos observados em função de suas analogias e diferenças, matéria prima da percepção, evitando introduzir nessas observações sua própria subjetividade (BERCHERIE, 1989).

Esse método analítico baseava-se na Teoria do Conhecimento de Locke, que considerava que as ideias se constituíam a partir da experiência empírica, já que o conhecimento humano teria sua origem na sensação a partir da qual seriam formadas as ideias. No que concerne o pensamento político, Locke admitia a natureza livre e independente dos homens, que não deveriam ser submetidos ao absolutismo divino nem aos regimes políticos. Pinel, baseado nesses conceitos, propõe a liberdade dos loucos que, desatados das correntes, deveriam contudo ser submetidos a um tratamento asilar em um completo isolamento. Esse isolamento, todavia, não significa a perda da liberdade, pois, pelo contrário, esse tratamento poderia restituir ao homem a liberdade subtraída pela loucura (FREITAS, 2004).

Pinel rejeitava as teorias que explicavam a loucura por uma lesão material do cérebro. Dessa forma, forneceu à ideia de sua curabilidade uma base teórica: se o cérebro não era atingido, apenas a mente estava perturbada em seu funcionamento. Portanto, para ele, um **tratamento moral** poderia curá-la numa proporção que ele considerava ser muito elevada.

Adotando o pensamento de Hipócrates, Pinel assumia que a doença, tal como nos aparece, é primordialmente uma reação salutar do organismo contra causas que perturbam seu equilíbrio e tem como conclusão natural a cura. Se era preciso deixar o corpo entregue a sua reação natural, na **alienação mental**, o espírito perturbado poderia ser reconduzido à razão com o auxílio da **instituição de atendimento**. Era necessário isolar o alienado em uma instituição especial para retirá-lo de suas percepções habituais, que para Pinel eram as causas da alienação mental. Os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações e, alterando-as, modificava-se o estado mental. Na instituição, o alienado era submetido a uma disciplina severa e paternal que caracterizava o tratamento moral. Nas palavras de Pinel, esse tratamento objetivava “subjugar e domar o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja adequado para exercer sobre ele uma influência irresistível e para modificar a cadeia viciosa de suas ideias” (PINEL, 1801 *apud* BERCHERIE, 1989, p. 42).

Acerca desse momento histórico, Desviat considera que o reconhecimento de uma parcela de razão e de uma subjetividade no alienado propiciou o diálogo entre médico e doente possibilitando o tratamento moral: “Com Pinel e Esquirol, a investigação empírica,

herdeira de Bacon e Condillac, converteu-se na clínica, estabelecendo as bases da construção teórica da psiquiatria” (DESVIAT, 1999, p. 17).

A concepção pineliana de loucura e seu tratamento moral rapidamente se espalharam para outros países. Especialmente após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira lei de assistência aos alienados da sociedade ocidental, vários hospitais de alienados foram criados nos mais diferentes países, reproduzindo os princípios de Philippe Pinel (AMARANTE, 2007).

2.1.3. A crítica ao pensamento de Pinel

A iniciativa de Pinel abre questões importantes: se por um lado, cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico para a loucura. As ideias de Pinel terminam por separar os loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura. O asilo passa a ser visto como a melhor terapêutica, onde aplica-se a reclusão e a disciplina, tendo, como objetivo, o tratamento moral. Nesse contexto, estabelece-se um impasse: a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como doente mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, mas, em contrapartida, retirou dele a cidadania. Dessa forma, o universo da loucura passa a ser excluído do espaço social (ALVES *et al*, 2009).

É interessante analisar que Pinel foi um importante político do período revolucionário francês. Deputado eleito para a Assembléia Nacional Constituinte que elaborou a primeira constituição democrática republicana, Pinel foi um dos construtores do moderno conceito de cidadania. No período pré-revolucionário, o debate em torno dos direitos humanos, sociais e políticos era precário. Foi a revolução francesa que portou a bandeira desses direitos que, atualizando um conceito da Grécia antiga, eram sintetizados na noção de cidadania.

Dessa maneira, no mesmo contexto histórico em que foi constituído o conceito moderno de cidadania como a responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social, foi estabelecido também o conceito de alienação mental. Todavia, se o alienado estava fora da razão plena – e a razão seria a qualidade elementar para definir a natureza humana – existiria na origem um impedimento para que o alienado fosse admitido como cidadão. Dessa forma, para recuperar a razão e com ela o livre-arbítrio, o alienado deveria passar por um tratamento que na maioria das vezes não alcançava esse objetivo (PASSOS; BEATO, 2003).

As críticas ao alienismo não tardaram a aparecer. Segundo Desviat (1999), houve fatos não previstos pelos primeiros alienistas: a massificação dos asilos e a rápida vitória do organicismo: “O otimismo em que se baseara a psiquiatria, o otimismo dos primeiros alienistas, sua confiança na possibilidade de cura do louco, própria daqueles tempos esclarecidos, dominados pela confiança na razão e no sujeito humano, logo iria se esgarçar” (DESVIAT, 1999, p. 19).

A massificação se produziu rapidamente e, por volta de meados do século XIX, os alienistas franceses começaram a se perguntar como seria possível o tratamento moral, que se pretendia psicológico e individualizado, quando a cada médico cabiam de 400 a 500 pacientes. Concomitantemente, crescia a hegemonia da concepção organicista da loucura que, como pontua Bercherie, levava ao triunfo da lesão, da organicidade e da incurabilidade: “Cada vez mais, no correr do século, a loucura apareceria como o efeito de uma influência organo-psíquica e seu tratamento como o de um órgão enfermo” (BERCHERIE, 1989, p. 67).

É importante ressaltar que, em 1822, Bayle apresentou uma tese em que descreveu uma alienação mental que se correlacionava com uma meningite crônica e a nomeou de paralisia geral². Esquirol (discípulo de Pinel) e seus alunos criticaram arduamente as descobertas de Bayle e, como Pinel, continuaram a defender a teoria da origem funcional da alienação mental. Nesse contexto, somente 20 anos depois a contribuição de Bayle passou a ser aceita. Entretanto, as discussões em relação à etiologia do adoecimento psíquico continuaram a animar essa época, o que criava um clima de abertura e avanço na teoria psiquiátrica e refletia o quanto a descoberta de Bayle havia marcado a história da psiquiatria (BERCHERIE, 1989):

Com efeito, acreditou-se por um momento ter-se descoberto uma entidade clínica patognomônica de uma lesão, específica por si mesma. A paralisia geral tornou-se, dessa forma, o protótipo de entidades anátomo-clínicas que há muito tempo se procurava individualizar (HENRY, 1978, p. 849).

A partir da observação dos doentes mentais nos asilos, diversas concepções acerca de uma classificação “correta” e das causas dessas doenças se desenvolveram. Diferentes escolas psiquiátricas se formaram e, ao longo do século XIX e XX, propiciaram a elaboração de diversas correntes classificatórias das doenças mentais.

² Atualmente, a paralisia geral é conhecida como neurosífilis (SADOCK, 2007).

Essas discussões permaneceram até o estabelecimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), na sua terceira versão em 1980. Essa classificação, atualmente utilizada, tem um enfoque descritivo que tenta neutralizar as diversas teorias etiológicas que ainda dividem o meio psiquiátrico (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo Desviat (1999), essas circunstâncias vão delinear, no hospital psiquiátrico, funções que perduraram até meados do século XX. Em primeiro lugar, uma função médica, terapêutica. Em segundo lugar, uma função social. Essa se constituía como um ideal de proteção da sociedade perante um grupo que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não era aceita pela maioria.

Analisando ainda as contradições e reflexões sobre o poder que o tratamento moral de Pinel exerce sobre o micro-espço das manifestações da loucura, Goffman (1961) conclui que seu passo trouxe à tona a oportunidade para a criação de uma carreira moral para os doentes mentais. Na medida em que a pessoa se torna institucionalizada, suas vontades entram em conflito com a inflexibilidade da instituição. O paciente se vê obrigado a seguir condutas e rotinas impostas pelo hospital, independentemente de seus desejos. Assim, o doente mental perde sua identidade e, sem laços, sem uma voz, sem direitos, sem possibilidades, reduz-se a um **eu-mortificado**³. Dentro do hospital, essa realidade era responsável por gerar graves tensões psicológicas e zonas de conflito. Para esse autor, essas atitudes são típicas de **instituições totais**⁴, as quais promovem inatividade e indolência nos indivíduos que englobam a totalidade de suas vidas. Essas, assim, não consideram as necessidades imediatas dos sujeitos, expressões físicas, psicológicas ou suas perspectivas futuras (GOFFMAN, 1961). A instituição psiquiátrica, considerada por Goffman como instituição total, é uma instituição da violência que tem por fim a invasão sistemática do espaço pessoal do doente (DESVIAT, 1999).

³ O conceito de mortificação do eu é desenvolvido ao longo do livro de Goffman de forma que podemos apreendê-lo, sumariamente, como a perda da concepção que o interno tem de si mesmo ao ingressar na instituição total. Segundo esse autor, os processos pelos quais o eu do interno é mortificado são relativamente padronizados em todas as instituições totais. (GOFFMAN, 1961)

⁴ Segundo Goffman, “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.” Como exemplo dessas instituições, pode-se citar: manicômios, prisões, conventos, academias militares, dentre outras. (GOFFMAN, 1961, p. 11)

2.2. As reformas psiquiátricas do século XX

Embora a estrutura asilar de Pinel e dos alienistas já houvesse sofrido críticas e enfrentamentos no interior da medicina com relação à cientificidade do tratamento moral, somente no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, as contestações, diante das denúncias de maus tratos e desumanidade nos manicômios⁵, vão crescer e impor mudanças ou reformas no asilo e na estrutura do tratamento psiquiátrico.

2.2.1 O contexto das reformas

As fortes repercussões das experiências nazistas e do lançamento da bomba atômica, além de outros fatos ocorridos naquelas circunstâncias, promoveram um questionamento da visão romântica do homem, erigida no Iluminismo. Esses fatos puseram em crise o ideal de sujeito da razão, provocando uma ruptura nos ideais que sustentavam as relações humanas no século passado. Neste contexto, surgem em diversas partes do mundo tentativas de construção de uma nova ordem social, política e econômica que visavam à redimensionar a cultura e o passado fragilizado pelo trauma da guerra (ALVES *et al*, 2009).

Em diferentes lugares, começaram a ser ensaiadas tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. As críticas se dirigiam à estrutura asilar, vista como responsável pelos altos índices de cronificação. Por ser o manicômio uma instituição de cura, deveria ser urgentemente reformada, uma vez que havia se afastado de sua finalidade.

O alcance e sentido dessas experiências reformadoras serão marcados pela peculiaridade dos países em que ocorreram e pelo seu contexto sócio-histórico e econômico. Além disso, pode-se afirmar que as experiências pioneiras influenciaram as que se seguiram, havendo uma espécie de aprimoramento do processo de reforma psiquiátrica. Segundo Desviat (1999), com a mobilização coletiva para a criação de uma sociedade mais livre e igualitária no pós-guerra, a descoberta dos psicotrópicos e a adoção da saúde pública nas instituições psiquiátricas, somaram-se elementos instigantes dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo:

⁵ Manicômio, no âmbito deste texto, é utilizado para nomear as instituições totais – no sentido lhes conferido por Goffman – nas quais os doentes mentais eram asilados por longos períodos de tempo e, algumas vezes, definitivamente.

Em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento de movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 1999, p. 23).

2.2.2. O surgimento da psicofarmacologia

Paralelamente às transformações sociais ocorridas no pós guerra, que questionavam a internação hospitalar como abordagem da doença mental, ocorriam investigações farmacológicas que contribuiriam para a revisão da clínica psiquiátrica. A abordagem biológica para tratamento dos transtornos mentais, até metade do século XX, baseava-se na aplicação de paliativos, cuja eficácia clínica, na maior parte dos casos, era duvidosa. Dentre esses métodos, pode-se citar a aplicação de tuberculina, a indução de abscessos com trementina e as terapias de choque, dentre as quais se destacam as duchas geladas, os comas insulínicos ou cardiozólicos. Os tratamentos farmacológicos, até esse momento, eram inespecíficos e não-resolutivos, sendo a maior parte deles experimentados a partir da segunda metade do século XIX, com o uso do ópio, morfina, cocaína, haxixe, codeína, digitálicos, hidrato de cloral (LÓPEZ-MUÑOZ, 2002).

A descoberta da primeira família de agentes neurolépticos⁶ ocorreu na França, na década de 1950, no auge das pesquisas sobre substâncias anti-histamínicas. Sua aplicação em pacientes com enfermidades mentais não foi diretamente buscada e ocorreu nas investigações de Henri-Marie Laborit, um cirurgião do exército francês, em busca de um método farmacológico capaz de prevenir o choque cirúrgico. Laborit, experimentando a clorpromazina nesses estudos, observou que os pacientes não só se encontravam muito melhores durante e depois da intervenção cirúrgica, como também se encontravam mais tranquilos e relaxados no período pré-cirúrgico, geralmente caracterizado por intenso

⁶ Em 1955, Jean Delay propôs à Academia Nacional de Medicina da França o termo **neuroléptico** para designar a clorpromazina e todos os outros fármacos que exibiam um efeito similar.

estresse fisiológico e marcada ansiedade. Dessa forma, esse medicamento começou a ser utilizado como potencializador anestésico. As observações de Laborit permitiram hipotetizar outras utilidades terapêuticas para essa nova droga, entre as quais pode-se mencionar, além da potencialização anestésica, o manejo do estresse cirúrgico dos queimados graves e dos transtornos psiquiátricos.

Rapidamente, começaram a aparecer diversos trabalhos científicos sobre a experiência clínica em psiquiatria com a clorpromazina. Nesses trabalhos, podia-se constatar a melhora rápida de pacientes que anteriormente eram considerados incuráveis. O primeiro estudo que abordou a administração de clorpromazina para 38 pacientes em estado de agitação e excitação, mania, confusão mental e processos psicóticos agudos demonstrou a eficácia terapêutica desse medicamento. O caso número 1 desse estudo, bastante ilustrativo nesse sentido, tratava de Giovanni A., um operário de 57 anos internado há longos anos devido a doença mental. Este paciente “após 9 dias de tratamento com clorpromazina foi capaz de manter uma conversa normal, e após 3 semanas sua situação anímica era de tal calma que pôde ter alta” (LÓPEZ-MUÑOZ, 2002, p.12). Após esse estudo seguiram-se vários outros que constataram a eficácia da clorpromazina como “normalizadora do estado de ânimo”. Em 1955, houve o primeiro estudo clínico randomizado e controlado acerca de seus efeitos.

Neste âmbito, Caldwell relata o efeito causado pela clorpromazina nos hospitais psiquiátricos franceses:

Em maio de 1953, a perturbada atmosfera das salas dos hospitais mentais franceses havia se transformado: as camisas de força, os equipamentos psíquidráulicos e o barulho eram coisas do passado. Uma vez mais, os psiquiatras de Paris, que já em outro tempo haviam liberado os acorrentados, eram agora os primeiros a liberar seus pacientes de seus tormentos interiores, e tudo graças a um fármaco, a clorpromazina. Ela realizou a revolução farmacológica da psiquiatria. (CALDWELL, 1970 *apud* LÓPEZ-MUÑOZ *et al.*, 2002, p.99)

O advento da clorpromazina foi notável não somente pela introdução na clínica da primeira ferramenta farmacológica especificamente dirigida para o manejo de doentes mentais, mas também pelo início da investigação de outros fármacos destinados a esse fim e, assim, pelo início da era psicofarmacológica. Como citado nos exemplos anteriores, o efeito desses medicamentos possibilitou a alta hospitalar de muitos pacientes asilados e abriu portas para a concepção do tratamento psiquiátrico fora do âmbito hospitalar.

2.2.3. As experiências reformistas

Diversas experiências de transformação do hospital psiquiátrico passaram a ser implementadas em vários países, sobretudo, a partir de 1940. Segundo Amarante (2007), as principais experiências poderiam ser divididas em três grandes grupos: um primeiro, que investiu no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria modificar a instituição (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional); um segundo grupo, que assumia a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia de Setor e Psiquiatria Preventiva ou Comunitária); e um terceiro grupo, que dirigia os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas assistenciais (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana).

2.2.3.1 As Comunidades Terapêuticas

A denominação Comunidade Terapêutica foi criada por T. H. Main, em 1946, na Inglaterra. A consagração desse modelo de reforma psiquiátrica se deu em 1959 com Maxwell Jones. Com o retorno dos soldados ingleses no período pós-guerra, eram evidentes os danos psicológicos, sociais e físicos por eles sofridos. Muitos foram internados em hospitais para tratamento de seus problemas mentais. Esta situação acarretou dois problemas: um grande contingente de pessoas que necessitavam de atenção, aliado a uma oferta escassa de recursos, num contexto de necessidade de recuperação de mão-de-obra para o projeto de reconstrução nacional. Em meio a esta questão, Main e Bion, no Hospital Monthfield (Birmingham, Inglaterra), passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento. Realizavam reuniões para discussões das dificuldades, projetos e planos de cada um, bem como elaboravam trabalhos em que todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos. Este modelo de tratamento foi por eles denominado de **Comunidade Terapêutica** e, a partir de 1959, com Maxwell Jones, recebeu maior sistematização. Jones convocava os internos a participarem ativamente em seus tratamentos, e entendia que a tarefa terapêutica deveria ser assumida por todos: técnicos, familiares, pacientes. Dessa forma, iniciou grupos de discussão, grupos operativos e reuniões diárias nas quais todos os aspectos relacionados ao hospital eram debatidos.

Segundo Basaglia (2001):

A comunidade terapêutica baseia-se em alguns princípios que foram definidos como revolucionários e que subvertem, no fundo, o tipo tradicional de relação médico-paciente. Embora não possa ser reduzida a esquemas rígidos, encontra sua essência primeira na utilização, para fins terapêuticos, de *todos* os recursos da instituição, concebida esta última como um conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar (BASAGLIA, 2001, p. 139).

Amarante (2007) define o modelo da Comunidade Terapêutica como sendo um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao espaço do hospital psiquiátrico, marcado por medidas administrativas e técnicas que enfatizavam aspectos democráticos, participativos e coletivos.

São princípios das comunidades terapêuticas, segundo Desviat (1999): liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise de tudo que acontece na instituição por meio de reuniões diárias dos pacientes e do pessoal técnico; tendências a destruir as relações de autoridade tradicionais, num ambiente de extrema tolerância, atividades coletivas (festas, bailes, passeios) e a presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

A experiência das comunidades terapêuticas representou uma tentativa de humanização dos hospitais psiquiátricos e constituiu a base sobre a qual a proposta de desinstitucionalização italiana será construída.

2.2.3.2. Psicoterapia Institucional

A psicoterapia institucional surgiu, na França, em um contexto semelhante ao das comunidades terapêuticas. Segundo Desviat (1999), este movimento constituiu o fundamento teórico da política francesa de setor e foi “a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio” (DESVIAT, 1999, p. 25). Foi iniciado em 1940 por Tosquelles, um jovem catalão exilado depois da guerra civil espanhola durante a ocupação alemã da França. A hipótese inicial era a de que na **instituição total** todos estavam doentes e, assim, a terapia deveria abarcar o hospital inteiro – pessoal e pacientes, ou seja, a instituição em seu conjunto deveria ser tratada. Suas propostas englobavam a noção de acolhimento, realçando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital. Como na Comunidade Terapêutica, esse modelo se embasava no fato de que, no hospital, todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de

uma mesma comunidade e, dessa forma, deveriam lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais (AMARANTE, 2007).

2.2.3.3. Psiquiatria de Setor

A psiquiatria de setor, ocorrida na França, a partir do final dos anos 1950 e início dos anos 1960, frente às limitações provenientes da psicoterapia institucional, propunha a necessidade de um trabalho externo ao manicômio. Segundo Desviat (1999), a consciência da necessidade de modificação das formas de atendimento com base na internação asilar instigava uma geração de profissionais que havia acabado de passar pela ocupação e pelos campos de extermínio.

Não podemos esquecer que cerca de 40% dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos franceses morreram durante a guerra mundial, nem que o genocídio nazista dos judeus foi precedido pelo extermínio dos velhos dos asilos, dos doentes incuráveis e, acima de tudo, dos loucos (DESVIAT, 1999, p. 27).

A psiquiatria de setor tinha como base a territorialização da assistência para uma melhor abordagem da população no momento da elaboração dos programas e uma aproximação entre os serviços prestados e os usuários. Considerava a necessidade de transformar os asilos em hospitais psiquiátricos especializados no atendimento à doença mental, considerando a hospitalização apenas como uma etapa do tratamento que deveria continuar nos centros de prevenção e pós-cura (DESVIAT, 1999).

Nesse sentido, passaram a ser criados Centros de Saúde Mental (CSM) distribuídos nos diferentes setores administrativos das regiões francesas. Esses espaços deveriam ser os responsáveis pelo acompanhamento extra-hospitalar, de acordo com a distribuição populacional das regiões.

O espaço interno do hospital deveria ser subdividido, de forma que cada enfermaria correspondesse a um setor diferente. Desse modo, todos os pacientes provenientes de um determinado setor seriam internados em uma mesma enfermaria do hospital e, quando recebessem alta, deveriam ser encaminhados para o CSM existente no mesmo setor. Outra característica dessa estratégia foi a manutenção da mesma equipe multiprofissional no acompanhamento terapêutico dos pacientes, tanto no hospital como no CSM de referência (AMARANTE, 2007).

Nessa concepção, os serviços de setor deveriam proporcionar não apenas o tratamento das urgências psiquiátricas, mas também sua prevenção e pós-cura, através de atividades de reabilitação e reinserção social. Na década de 1960, a psiquiatria de setor foi incorporada como política oficial francesa de assistência psiquiátrica. A psiquiatria de setor, assim como o modelo anteriormente apresentado, não extinguiu o hospital psiquiátrico. O hospital, como já foi dito, fazia parte do circuito de atendimento à saúde mental.

2.2.3.4. Psiquiatria Preventiva (ou comunitária)

A psiquiatria preventiva foi desenvolvida na década de 1960 por Gerald Caplan, nos Estados Unidos, e ficou também conhecida como Saúde Mental Comunitária. Em 1955, foi realizado um censo para averiguar as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, constatando-se as precárias instalações, as violências e os maus-tratos aos quais eram submetidos os pacientes internados. O impacto causado por esse censo foi tão expressivo que culminou em um histórico discurso e um decreto do Presidente Kennedy, em 1963, conclamando o país às mudanças na área da saúde mental. Esse documento propôs a criação em escala nacional de serviços para a prevenção ou o diagnóstico da doença mental, para a assistência e o tratamento dos doentes mentais e para a reabilitação dessas pessoas (DESVIAT, 1999).

Caplan entendia que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas desde que detectadas precocemente. Dessa forma, a busca de suspeitos, expressão por ele utilizada, foi uma importante estratégia no sentido de detectar pessoas com propensão a desenvolver um distúrbio mental e tratá-las precocemente.

A noção de prevenção adotada por Caplan derivava da teoria etiológica da História Natural das Doenças, de Leavell e Clarck, e foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria. Na saúde mental, o modelo foi adaptado em três níveis de prevenção: (1) prevenção primária – visava à promoção e prevenção da saúde mental através da intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que poderiam ser de origem individual e/ou do meio, constituindo a maior inovação da psiquiatria preventiva; (2) prevenção secundária – pretendia diagnosticar precocemente as enfermidades e proporcionar tratamento adequado, de forma rápida e eficiente, para evitar

o seu agravamento; e (3) prevenção terciária – buscava a readaptação do paciente à vida social, após sua melhora (AMARANTE, 2007).

Outro conceito fundamental para a intervenção preventiva era o conceito de **crise**, definido nesse contexto como um “breve período de desequilíbrio, numa pessoa confrontada com situações que constituem um problema do qual ela não pode fugir e o qual não pode resolver com seu equipamento defensivo habitual” (DESVIAT, 1999, p. 62). A crise seria um episódio transitório que representava tanto uma oportunidade para o crescimento do indivíduo como um risco de transtorno psíquico maior. O manejo da crise seria vital para sua resolução.

Segundo Amarante (2007), foi em decorrência do conceito de crise que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de um projeto de saúde mental comunitária, pois daí resultaram propostas para a criação de serviços comunitários, nos quais as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais. Ainda segundo esse autor, foi no contexto dessa reforma americana que surgiu o termo “desinstitucionalização”, significando um conjunto de medidas de “desospitalização” com vistas a diminuir o ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, a redução do tempo de permanência hospitalar ou ainda a promoção de altas hospitalares.

Para efetivação dessas estratégias, foram implantados diversos centros de saúde mental comunitários que tinham como princípio: acessibilidade, gratuidade, disponibilidade, ênfase na prevenção de doenças, informações adequadas à população-alvo sobre a existência e as características dos diferentes programas de tratamento, levantamento das necessidades reais de toda a população e não apenas dos que já recebiam tratamento, responsabilização do governo perante o doente e sua família (DESVIAT,1999).

Com relação à reforma norte-americana, apesar de sua contribuição teórica importante no momento de questionamento do tratamento asilar, é importante realçar as características peculiares do sistema sanitário dos Estados Unidos. Desviat (1999) salienta que, neste país, é preciso ter mais de 65 anos ou ser reconhecido como indigente, para que o indivíduo possa se beneficiar de um tratamento médico gratuito. O atendimento de saúde é condicionado aos seguros que, em geral, constituem cobertura para os serviços hospitalares.

Assim, em um sistema em que a doença e a invalidez são uma responsabilidade individual, as experiências de psiquiatria comunitária constituíram **tentativas piloto** com pequenos grupos marginais e, em alguns estados, a desinstitucionalização constituiu um

abandono dos pacientes à própria sorte. Dessa forma, apesar da criação de diversos serviços e estratégias desospitalizantes, ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica no Estados Unidos, não só para os serviços comunitários, mas também para os hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

2.2.3.5. Antipsiquiatria

A antipsiquiatria constitui um movimento teórico-político iniciado entre o final da década de 1950 e o começo da década 1960. Na Inglaterra, alguns psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper, iniciaram a implantação de estratégias como a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam. No entanto, após um curto período de tempo, passaram a considerar essas propostas ineficazes, já que para eles os ditos loucos eram pessoas violentadas e oprimidas, não apenas nas instituições psiquiátricas, mas também na sociedade e na família (AMARANTE, 2007).

As postulações da Antipsiquiatria se situam em um ambiente de contracultura libertária em meio aos movimentos do psicodelismo, do misticismo, do pacifismo e do movimento hippie, e representam uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico. Cooper considerava que, ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, a psiquiatria cometia um enorme equívoco metodológico, já que a natureza da loucura seria absolutamente distinta (ALVES, *et al.*, 2009).

Assim, esse movimento questionava não só a Psiquiatria, mas o conceito de doença mental. Nessa concepção, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Dessa maneira, não existiria a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma vivência do sujeito em sua relação com o ambiente. Como não existe doença, não há necessidade de tratamento no sentido clássico em que a terapêutica é concebida. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a experiência; esta seria por si só terapêutica, na medida em que o sintoma seria uma possibilidade de reorganização interior. O delírio não deveria ser contido, a saída seria uma modificação da realidade social. Ao “terapeuta” caberia assessorar o indivíduo a vivenciar e superar esse processo, acompanhando-o, protegendo-o, inclusive da própria violência da psiquiatria (OLIVEIRA, 2011).

Nessa tradição teórica, o hospital psiquiátrico seria um reprodutor das estruturas opressoras e danosas da organização social, manifestadas sobretudo na família. Por tal razão, propunha-se um outro lugar para a loucura. A loucura e o louco não constituíam objetos tratáveis, curáveis. Considerava-se, então, a psiquiatria, como um instrumento de violência.

As concepções da Antipsiquiatria contribuíram para uma contraposição do ideário disciplinar até então predominante, inserindo uma nova sensibilidade sobre a loucura, não mais restritamente atrelada à posição do bem ao mal, do positivo ao negativo, da razão à desrazão.

2.2.3.6. Psiquiatria Democrática Italiana

Franco Basaglia assumiu o Hospital Provincial de Gorizia, no norte da Itália, em 1961. Passou, junto com outros colegas, a operar uma série de transformações nessa instituição, com a preocupação inicial de transformá-la em um lugar efetivo de tratamento e reabilitação dos internos. Suas referências iniciais foram as experiências de Tosquelles (psicoterapia institucional) e de Jones (comunidades terapêuticas).

Segundo Amarante (2007), foi particularmente a partir do contato com as obras de Foucault e Goffman que Basaglia passou a formular um movimento e uma prática institucional originais, voltadas para o conceito de superação do aparato manicomial. Nesse caso, o manicômio era entendido não somente como a estrutura física do hospital, mas como o conjunto de saberes e práticas – científicas, sociais, legislativas e jurídicas – que fundamentam um lugar de segregação e patologização da vivência humana.

Dessa forma, convencido das limitações inerentes ao hospital, Basaglia propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio. Rapidamente, ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, entendidas como uma camuflagem dos problemas, e iniciou-se uma luta contra a exclusão e a violência institucionais e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses e a prática psiquiátrica converteu-se em uma ação política (BASAGLIA, 2001).

Em 1968, após o amadurecimento crítico da prática na comunidade terapêutica, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade, embasada no fato de que as pessoas só permaneciam no

manicômio em função da ausência de condições econômicas e sociais para se estabelecerem fora dele. Diante das resistências impostas pelas forças políticas e administrativas, a equipe se demitiu em bloco, após dar alta a todos os pacientes (PASSOS, 2009). Assim, as reflexões de Basaglia e dos reformadores de Gorizia voltaram-se para o projeto institucional da psiquiatria. Reconheceram que a liberdade é o primeiro passo para a cura do doente.

No início da década de 1970, Basaglia, com grande parte da equipe que atuou em Gorizia, iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também situada ao norte da Itália. Em Trieste, concomitantemente ao fechamento de pavilhões e enfermarias psiquiátricas, foram criados vários serviços e dispositivos substitutivos⁷ ao modelo manicomial.

Os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental (CSM) que eram regionalizados. Nesse âmbito, apesar da clara influência da psiquiatria de setor francesa e da saúde mental comunitária norte-americana, os centros triestinos não funcionavam em uma via de mão-dupla, ou seja, esses centros seriam responsáveis por todos os cuidados relativos à saúde mental, prescindindo do serviço hospitalar. A partir do conceito de **tomada de responsabilidade**, os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado de saúde mental de cada território.

Vale ressaltar que a noção de território na reforma italiana, apesar de também ser inspirada na política de setor francesa, possui uma concepção própria, não se confundindo com a mera demarcação de um espaço geográfico. Nessa definição, o território constitui o espaço social de uma coletividade, identificado pela presença de uma cultura singular e de recursos arquiteturais e institucionais (de trabalho, lazer, ação política, saúde, educação, convivência, arte, religião, etc.) que necessitam ser conhecidos e articulados pelos serviços sanitários, numa ação integradora (PASSOS, 2009).

Nesse momento, percebe-se a ruptura iniciada pela reforma italiana. Esses CSM deveriam atuar no território, reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas em sofrimento mental, e passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, “tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade” (AMARANTE, 2007, p. 58).

⁷ A expressão “serviços substitutivos” passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas.

Outras estratégias englobavam a inclusão social, tais quais a criação de cooperativas de trabalho ou a construção de residências para que os egressos do hospital passassem a habitar a cidade, a invenção de inúmeras formas de participação e produção social, como grupos musicais e de teatro, produtora de vídeos, oficinas de trabalho, dentre outras (AMARANTE, 2007).

Nessa época, a Itália passava por diversas transformações em seu campo sociopolítico. A tradicional fórmula de governo de direita foi derrotada em 1962 por Aldo Moro, representante da bancada esquerdista. O novo governo propôs diversas reformas sociais, como a descentralização administrativa, e alterações no sistema educacional e de saúde.

Com o novo governo, outras regiões da Itália deram início a questionamentos e denúncias da situação manicomial. O que no princípio era um movimento de humanização e transformação do hospital psiquiátrico passou, no final dos anos 60, a um amplo movimento sustentado por numerosas organizações de base (movimento estudantil e os sindicatos de trabalhadores). Ao mesmo tempo que questionava-se os manicômios, havia uma crítica a todas as instituições de marginalização: reformatórios, presídios, albergues e instituições que sustentavam a ideologia e a moral do sistema social: a família, a escola e a fábrica. Reivindicava-se sobretudo uma reforma sanitária que instaurasse um sistema nacional de saúde, nos moldes britânicos (DESVIAT, 1999).

A proposta italiana rompeu com as experiências anteriores, principalmente no que diz respeito ao entendimento de desinstitucionalização. Termo cunhado no âmbito da psiquiatria preventiva significando desospitalização, na reforma italiana se referia mais a uma desconstrução.

Segundo Franco Rotelli (1990), ex-coordenador do Departamento de Saúde Mental de Trieste, na sucessão de Basaglia, o mal da psiquiatria seria haver separado um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. E seria sobre essa separação artificial que se constituiria o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente, o manicômio), todos referidos à doença.

Essa operação de desinstitucionalização seria, então, uma desconstrução desse conjunto de aparatos para poder restabelecer uma relação nova com os sujeitos em sofrimento. Dessa maneira, esse autor propõe, ao considerar ser esse um processo social complexo, que se construa uma nova via de ação, procurando incorporar os atores sociais envolvidos. Essa proposta deveria englobar a concepção de que a transformação precisa

ultrapassar a simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais (ROTELLI, 1990).

A experiência italiana propôs o fim da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um circuito de atendimento que, ao mesmo tempo em que oferecia e produzia cuidados, também gerava novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência.

A repercussão do trabalho em Trieste e em muitas outras cidades da Itália, onde intervinham militantes da Psiquiatria Democrática, levou à aprovação, pelo Parlamento Italiano, da Lei 180 (Lei Basaglia), no ano de 1978, que previa a extinção dos manicômios na Itália. A lei 180 postulava: (1) o fechamento gradual de todos os hospitais psiquiátricos, começando pela interdição imediata de quaisquer novas internações; (2) o estabelecimento de pequenas alas psiquiátricas em hospitais gerais, com no máximo 15 leitos cada; (3) a criação de centros de saúde mental comunitários para atender a áreas geograficamente definidas; (4) a introdução de um controle estrito sobre as internações involuntárias (PITTA, 2011).

2.2.3.7. A Reforma Brasileira

A reforma psiquiátrica brasileira está intimamente relacionada com a Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização. A luta por um sistema de saúde público com acesso universal caminhou lado a lado à procura por um tratamento psiquiátrico mais humanizado, focado em uma melhoria da qualidade de vida.

Naquele momento, final dos anos 1970, teve início uma série de discussões para reorganização da assistência à saúde no país. Paralelamente às críticas dirigidas ao Estado autoritário, emergiram questionamentos quanto à ineficiência e à privatização da assistência pública em saúde. A elaboração de propostas alternativas ao modelo de saúde constituiu a Reforma Sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de atenção à saúde. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, esses ideais foram reforçados, reivindicando-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com base no lema “a saúde como um direito de todos” e nos princípios básicos: universalidade, descentralização e a participação social (TENÓRIO, 2002).

O SUS foi concebido com base em princípios e diretrizes que buscavam balizar suas ações e contribuir para a conservação de suas bases fundamentais. Nesse sentido,

destacam-se temáticas como: regionalização (organização dos serviços de acordo com uma área geográfica e população delimitada); hierarquização (organização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, de modo a oferecer à população todos os níveis de assistência); e descentralização (administração, controle e fiscalização das ações nas diversas esferas de governo – federal, estadual e municipal – com ênfase na gestão municipal das ações). Ressalta-se também as noções de integralidade da assistência: a equidade, como forma de garantia de atendimento das demandas específicas de cada esfera da população, e a participação popular, tendo em vista o controle social das ações desenvolvidas (BRASIL, 2004).

O SUS foi legitimado pela Constituição Federal de 1988, marcando a vitória do movimento sanitário e constituindo o terreno no qual foi plantada a reforma psiquiátrica no Brasil.

A reformulação, da assistência brasileira à saúde mental, tem raízes nos debates ocorridos nos anos 1960 sobre a necessidade de mudanças na assistência psiquiátrica pela incorporação de programas desenvolvidos em outros países, como a psiquiatria comunitária e as comunidades terapêuticas (BORGES, 2008).

No início da década de 1970, são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à privatização da assistência psiquiátrica pública e quanto às precárias condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período pode ser constatado pelo fato de que, entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para 30 mil, em 1970. Em 1982, esses números se multiplicaram para 98 mil leitos psiquiátricos, em uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos. Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) gastava 95% do fundo destinado à saúde mental com 269 hospitais da rede privada; em 1981, com 357 (PITTA, 2011).

A partir dessas constatações, tornaram-se inadiáveis as discussões que permitiriam a reorganização do setor. Em 1976, é criado o CEBES (Centro de Estudos Brasileiro de Saúde), organizado por sanitaristas e intelectuais que, através do meio acadêmico, começam a manifestar o ideário da Reforma Sanitária (FERREIRA, 2006). Em 1979, o movimento da reforma psiquiátrica se institucionaliza através do Movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), que se tornou um ator social importante para as reformulações no campo. Esse movimento, combinando reivindicações trabalhistas e um

discurso humanitário, encabeçou as críticas ao modelo vigente e com o tempo incorporou o modelo antimanicomial na perspectiva da desinstitucionalização italiana (PASSOS, 2004).

Como citado anteriormente, a reforma italiana visava à desconstrução de todo o aparato até então utilizado no trato com a loucura, mediante a criação de serviços substitutivos que efetivamente tomassem o lugar das instituições psiquiátricas clássicas. Nesse sentido, esses serviços não são tomados como complementares ou paralelos ao hospital psiquiátrico, mas sim como aparatos que assumem a integralidade das questões relativas ao cuidado de saúde mental em cada região.

Um marco importante no início desse movimento ocorreu no ano de 1979, quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia realizou, em Belo Horizonte, no Rio de Janeiro e em São Paulo, uma série de conferências a convite de associações profissionais de psiquiatras e psicólogos. Ele divulgou o trabalho de desmontagem da instituição hospitalar pública que realizara em Trieste e a então recém aprovada legislação italiana (Lei 180, de 13 de maio de 1978), que previa o resgate de cidadania do doente mental, regulamentava a internação compulsória e estabelecia a progressiva extinção dos manicômios. O processo de reforma psiquiátrica italiano influenciou os rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa (GOULART, 2006).

Em sua passagem por Minas Gerais, Basaglia visitou alguns hospitais psiquiátricos e, em declarações de grande repercussão, chamou o Hospital Galba Velloso (HGV) de “casa de torturas” e comparou o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena a um “campo de concentração”. Os pronunciamentos de Basaglia chamaram a atenção da população para as precárias condições dos hospitais psiquiátricos mineiros. Em seguida, a imprensa escrita, falada e televisionada revirou os hospitais psiquiátricos públicos de Minas Gerais, tendo-se destacado a série de reportagens “Nos porões da Loucura” de Hiram Firmino e o curta metragem “Em nome da razão” de Helvécio Ratton. (BARRETO, 1999).

Através das análises de Barreto (1999), podemos perceber as repercussões das ideias de Basaglia na reformulação das políticas públicas de assistência à saúde mental. Segundo registros desse autor, o então secretário de saúde de Minas Gerais declarou, em entrevista ao Jornal Estado de Minas de 13 de setembro de 1979, estar de acordo com as propostas do psiquiatra italiano, e abriu os hospitais psiquiátricos públicos à imprensa:

Os nossos hospitais psiquiátricos estão à disposição da imprensa, do rádio e da televisão. Vocês podem entrar em qualquer um deles, até mesmo em Barbacena, e fotografar tudo o que virem. Podem fotografar de trás pra frente, de frente pra trás, do jeito que quiserem. Nós não vamos esconder nada e, muito menos,

preparar os doentes para a visita. Se pensam que a nossa política é esconder a realidade do público, estão enganados. A tendência mundial, e há muitos anos estamos lutando por isso, é de não se construir mais hospital especializado no país, tipo manicômio. O ideal seria que eles já nem existissem mais.
Secretário abre hospícios para a imprensa - entrevista ao *Jornal Estado de Minas* de 13 de setembro de 1979 apud (BARRETO, 1999, p. 63)

As influências das ideias de Basaglia na reforma brasileira são de extrema relevância para entendermos os rumos tomados por esse movimento nas últimas décadas. Segundo Goulart (2007), suas opiniões foram sustentadas por várias associações profissionais, como a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação Mineira de Psiquiatria e o MTSM.

Com relação às condições dos hospitais psiquiátricos, Desviat (1999) cita uma inspeção realizada pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde brasileiro em 1993. Essa inspeção constatou que em 59,1% dos hospitais não havia papel sanitário nem toalhas nos banheiros, em 31,8% os pacientes possuíam diversos problemas clínicos sem atendimento (micoses, pediculose, escabiose, dermatites, etc.), e em 18,2% a primeira avaliação médica era realizada de 8 a 15 dias após a internação. As condições de higiene geral das instituições estudadas foram consideradas ruins e, em 50% dos casos, muito precárias. As terapias eletroconvulsivas eram realizadas sem os cuidados adequados em 27,3% dos estabelecimentos. O período de internação médio encontrado foi de 100 dias, sendo que muitos pacientes estavam internados por mais de dois anos, no período do inquérito, e mais de 30 mil pessoas haviam perdido seus vínculos sociais.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica iniciou seu percurso em uma época na qual a institucionalização era o modelo básico de intervenção. A rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário que se apoiava no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Seus resultados mais palpáveis foram: superlotação dos hospitais, cronificação, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários (GOULART, 2006).

Essa situação se respaldava numa legislação, datada de 1934 (Decreto n°.24.559), em vigor no Brasil até o ano de 2000. A legislação instituía a internação como uma resposta automática à doença mental:

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e,

na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação. (BRASIL, 1934)

Através da análise dessa legislação, pode-se perceber que a internação se configurava como resposta assistencial automática para o adoecimento mental.

Dessa maneira, a reforma brasileira se constituiu a partir da crítica ao modelo hospitalocêntrico, apontando a necessidade de desconstrução dos espaços asilares e propondo a criação de modelos assistenciais alternativos. Diversas iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural se desenvolveram com o objetivo de modificar a situação e tecer alternativas (GOULART, 2007).

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar, na década de 1980, outros processos fortaleceram as características atuais desse movimento. Segundo Passos (2004), a ampliação dos atores sociais envolvidos teve como marco a radicalização do MTSM em Luta Antimanicomial que adotou como palavras de ordem: “Por uma sociedade sem manicômios”. Ele se converteu assim em um movimento social politizado que reivindicava a modificação da legislação em vigor e estabelecia uma articulação com a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura. A participação dos pacientes e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica importante do processo.

O surgimento dos primeiros serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos, nos municípios de São Paulo e de Santos, ainda na década de 1980, reforçou a substituição das estruturas de cuidado: não se tratava de aperfeiçoar as instituições tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de assistência. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esse era o intuito da reforma psiquiátrica brasileira (BORGES, 2008).

Como consequência desses diversos acontecimentos, iniciou-se um processo de revisão da legislação vigente. Em 1989, o então deputado Paulo Delgado apresentou ao congresso nacional o projeto de lei no 3657/1989. Segundo Goulart (2007), esse projeto foi inspirado diretamente na legislação italiana (Lei 180) e previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica involuntária. Dessa proposta, desdobraram-se diversas outras, encaminhadas em nível estadual com a intenção de dar visibilidade aos problemas dos

portadores de sofrimento mental em debates públicos e resgatar sua cidadania através de proposições objetivas⁸. Essa lei esteve em tramitação por 12 anos. Em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216/2001.

Até sua aprovação, o projeto de lei sofreu diversas alterações, principalmente com relação à sua característica antimanicomial. Entretanto, a legislação aprovada dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Dessa forma, foi preconizado o tratamento territorial, estabelecidos parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, previsto o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e instituídos critérios específicos para a internação involuntária. Com relação à internação, a legislação determina que o tratamento seja realizado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e prevê a internação somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. De toda forma, essa lei veta a internação em instituições com características asilares, aqui entendidas como instituições que não oferecem assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, recreativos, sócio-assistenciais e outros (BRASIL, 2001).

A efetivação da reforma no Brasil se baseou na criação de serviços comunitários de atendimento à saúde mental, conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A despeito da demora para aprovação da lei que regulamenta o novo modelo de assistência, os CAPS foram criados oficialmente a partir da portaria ministerial 224/1992 e eram definidos como:

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL, 2004, p. 12)

Após a aprovação da lei 10.216/2001, uma nova portaria foi lançada em 2002 (portaria ministerial 336/2002), reconhecendo e ampliando o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Nessa portaria, tem-se como objetivo dos CAPS:

(...) dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12)

⁸ Em Minas Gerais, foi aprovada a lei 11.802, em janeiro de 1995.

Esses novos dispositivos de atenção assumiram um papel essencial e constituem a principal estratégia da reestruturação do modelo de assistência. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Têm por objetivo também integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto, levando em consideração o conceito de território herdado da reforma italiana (CAVALCANTI, 2008).

O acolhimento noturno e a permanência do usuário nos fins de semana foram entendidos como mais um recurso terapêutico para evitar internações em hospitais psiquiátricos. Esse recurso foi pensado para as situações de graves comprometimentos psíquicos. A permanência integral do paciente no serviço deveria ser realizada no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados, durante o prazo de 30 dias (BRASIL, 2004).

A reestruturação do atendimento psiquiátrico do SUS foi realizada em uma lógica de rede hierarquizada. Cada região teria seu serviço de acordo com seu contingente populacional. Assim, municípios com até 20.000 habitantes contariam com postos de saúde para o atendimento primário aos pacientes psiquiátricos, municípios com população estimada entre 20.000 e 200.000 habitantes contariam com os postos de saúde e os CAPS e os municípios com contingente populacional maior que 200.000 habitantes contariam, além das outras estruturas, com os CAPS em funcionamento 24 horas (BRASIL, 2005).

Além dos CAPS, a construção da nova política de saúde mental diversificou as estratégias de atenção com o objetivo de enfrentar os casos de maior gravidade. Isso se deu através de vários dispositivos, como: (1) Diferentes modalidades de CAPS, incluindo os CAPS ad – específicos para indivíduos com distúrbios secundários ao uso de álcool ou outras drogas, e os CAPS i – direcionados para atenção às crianças e aos adolescentes; (2) Centros de convivência: espaços de produção cultural e artística comprometido com projetos de reabilitação e reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental; (3) Residências terapêuticas: casas ou apartamentos para egressos de hospitais psiquiátricos, com história de longos períodos de internação e perda dos vínculos familiares; (4) Programa federal “De Volta para Casa”, que fornece auxílio-reabilitação psicossocial, na forma de um benefício mensal a egressos de hospital psiquiátrico, com história de internação superior a dois anos, e abandono familiar; (5) Cooperativas de trabalho para viabilizar a reabilitação e reinserção social; (6) Criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (GOULART, 2007).

Desde o início dessas alterações até os dias atuais, houve uma sensível inversão no financiamento público à saúde mental, privilegiando serviços substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos: em 1997, a rede extra-hospitalar recebia 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar recebia os outros 94%. Em 2011, os serviços substitutivos receberam 71% dos recursos citados contra 29% destinados aos leitos psiquiátricos no Brasil. Ainda segundo mapeamento mais recente da rede disponibilizado pelo Ministério da Saúde, houve um crescimento importante no número de CAPS no país que passou de 176 CAPS, em 1997, para 1742, em 2011 (BRASIL, 2004, 2012).

Mesmo que a implantação desses programas varie de município para município, seu impacto terapêutico diferenciado corrobora com a crítica ao modelo hospitalocêntrico, na medida em que não retira o usuário de seu contexto vital, relacional (GOULART, 2007). Diversos trabalhos têm demonstrado que o tratamento comunitário proporciona melhora nas habilidades de vida diária, na interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida dos pacientes (VIDAL *et al.*, 2008).

A magnitude das alterações realizadas no modelo assistencial deu origem a diversos estudos sobre os novos serviços implantados nas últimas décadas. Essas pesquisas realizadas em diversas regiões brasileiras apresentam alto grau de consistência com relação às melhorias alcançadas no âmbito da saúde mental no país. A necessidade de dispositivos comunitários que possam acolher e acompanhar esses pacientes é reconhecida legalmente, assim como proíbe-se a internação em instituições asilares (PANDE; AMARANTE, 2011; BARRETO, 2010; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; TENÓRIO, 2002; BARRETO, 1999; BRASIL, 2005; FERREIRA, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Porém, quando analisamos os dados relativos ao número de leitos psiquiátricos e de hospitais psiquiátricos ainda existentes, em 2011, encontramos o expressivo número de 198 hospitais, totalizando 32.284 leitos SUS no Brasil (BRASIL, 2004, 2012). A redução de 37% dos leitos desde 2002 ainda se mostra muito aquém do pretendido pelo projeto da reforma (BRASIL, 2012).

2.2.3.8. A implantação da rede de saúde mental de Belo Horizonte

O município de Belo Horizonte, com população estimada em 2.375.151 de habitantes pelo censo do IBGE de 2010 (DATASUS, 2012), é dividido em nove áreas administrativas que coincidem com os Distritos Sanitários, a saber: Distritos Sanitários Leste, Oeste, Nordeste, Noroeste, Centro-Sul, Sudeste, Barreiro, Pampulha e Venda Nova (PBH/SMSA, 2012).

Os CAPS desta cidade, denominados de CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental), foram implementados a partir de 1993. O primeiro serviço a ser inaugurado foi o CERSAM Barreiro, seguido pelos CERSAM Noroeste, em 1995, Leste, em 1996, Pampulha, em 1997, Nordeste, Venda Nova e Oeste, em 2002, totalizando sete CERSAMs em funcionamento atualmente.

Segundo Abou-yd & Lobosque (1998), a implantação da reforma psiquiátrica em Belo Horizonte se respaldou em alguns princípios como: o trabalho clínico e uma prática política guiados pelo resgate da cidadania do usuário; um compromisso com a defesa das diretrizes do SUS; uma clara perspectiva de extinção do hospital psiquiátrico através da transformação da lógica assistencial; uma interlocução constante com movimentos sociais organizados, mais particularmente com o Movimento Antimanicomial e o Fórum Mineiro de Saúde Mental; uma intervenção no âmbito da cultura, possibilitando uma recriação das ideias sobre a figura do louco.

Uma característica importante a ser ressaltada com relação a essa rede de saúde mental é a influência que a psicanálise exerceu sobre ela como eixo teórico/clínico. Esse projeto de reformulação da assistência encontrou na psicanálise teorização para a sustentação das ações clínicas, ao lado da Psiquiatria Democrática Italiana (GUERRA; SOUZA, 2006).

Para Abou-yd & Lobosque (1998), esse fato traduz uma forma singular de preocupação com a questão do sujeito enquanto sujeito do inconsciente:

Esta preocupação, certamente, é indispensável a toda prática viva de abordar as questões da loucura. Ela não está menos presente sem Santos ou Trieste do que em Belo Horizonte, todavia o sujeito sempre nos interessou enquanto sujeito do inconsciente: sem a psicanálise, sem as indagações que nos trazem e a referência que nos inspira, nossas práticas de pensamento e trabalho não seriam o que são. Ora a psicanálise costuma estar ausente das experiências políticas incisivas e claramente situadas à esquerda, como se quer a nossa. Parece-nos digno de nota, portanto, assinalar a fertilidade dessa rara articulação. (ABOU-YD; LOBOSQUE, 1998, p. 249)

Segundo Barreto (1999), a rede de saúde mental de Belo Horizonte se particularizou a partir do entrecruzamento de três eixos básicos: a psiquiatria, a psicanálise e a dimensão sociopolítica. A participação dos trabalhadores de Saúde Mental e dos usuários dos serviços foi expressiva em todo o processo de reformulação da assistência no município. De forma particular, essa interlocução se deu através das entidades da luta antimanicomial, como o Fórum Mineiro de Saúde Mental e a ASUSSAM (Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais), as quais tiveram participação ativa na formulação de políticas e diretrizes para o projeto (SOUZA, 2008). Além da interlocução com os movimentos sociais, pode-se perceber como o engajamento político fez parte da implantação desse modelo de gestão, através da frequente citação nos textos gerados pelos participantes da reforma em Belo Horizonte (como o citado acima) que ressaltam seu posicionamento político como essencial à execução do projeto.

O CERSAM nasceu com a proposta de ser um serviço substitutivo, a exemplo do trabalho de Santos e Trieste, demonstrando a possibilidade concreta de se efetivar uma política de saúde mental substitutiva à anterior. O conhecimento dos NAPS de Santos pelos trabalhadores de Saúde Mental de Belo Horizonte, e o contato de muitos deles com Basaglia no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, serviu como fonte de inspiração na construção desse projeto de saúde mental (LOBOSQUE, 2003).

No que diz respeito ao atendimento das urgências/emergências psiquiátricas, o modelo adotado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde foi oferecer dois CERSAM 24 horas, com seis leitos-noite em cada serviço, oferecendo atendimento à crise seja por demandas espontâneas ou trazidas pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou pela Polícia Militar. Em 2006, buscando uma melhor integração e construção de uma rede de acolhimento às situações de crise, foi implantada a Hospitalidade Noturna em todos os sete CERSAM e criado o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), localizado na região central da cidade, com seis leitos e funcionando das 19 às sete horas.

Entretanto, considerados por Lobosque (2003) a chave do projeto, o CERSAM, diferentemente do modelo triestino e santista, não se caracteriza como um serviço “forte”, mas como lugar de passagem com atendimento voltado para urgências psiquiátricas. A sua articulação na rede foi pensada para que ele não se torne um serviço com atendimentos fragmentados, garantindo assim a integralidade da assistência ao usuário de saúde mental.

Assim, em 2002, o Projeto de Saúde Mental do município foi inserido no Programa “BH Vida: Saúde Integral”, tendo como diretrizes e política a construção de uma rede

integrada de serviços, programas e ações inseridos na comunidade, capazes de desenvolver uma estratégia que respondesse às necessidades de saúde mental dos diversos territórios, a partir de uma perspectiva e prática de desinstitucionalização.

Uma das premissas desse projeto é criar uma rede de serviços diversos, territorializados, articulados em rede. Para tal, além dos CERSAM e do SUP, atualmente o município conta com:

- 01 Centro de Referência em Saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD);
- 01 Centro de Referência Infanto-Juvenil (CERSAMi);
- 09 Centros de Convivência, onde portadores de sofrimento mental participam de oficinas de música, teatro, pintura, literatura, culinária, marcenaria, etc, assim como passeios, festas, assembléias, exposições e idas ao cinema;
- 147 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental;
- Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários, que visa à conquista do trabalho e da autonomia financeira pelos portadores de sofrimento mental;
- 25 residências terapêuticas, nas quais residem cerca de 215 usuários, ex-internos de hospitais psiquiátricos, com laços sócio-familiares já rompidos;

É nesse contexto peculiar de Belo Horizonte que serão analisados seus dois hospitais psiquiátricos públicos para atendimento de adultos: Instituto Raul Soares (IRS) e o Hospital Galba Velloso (HGV) que, mesmo diante da ampla rede de atenção à saúde mental implantada, e do firme posicionamento da gestão municipal em direção à sua extinção, permanecem participando do circuito assistencial do Estado de Minas Gerais.

2.3. Os hospitais estudados e a reforma

Os hospitais psiquiátricos não foram apenas organizações estáticas no processo de reestruturação da assistência à saúde mental brasileira. Cada uma dessas diversas instituições tem histórias a contar (GOULART; DURÃES, 2010).

2.3.1. O Instituto Raul Soares (IRS)

Criado em 1922 com a missão de diminuir a superlotação de Barbacena e, ao mesmo tempo, prover a capital do estado de um hospital psiquiátrico, o então Instituto Neuro-Psiquiátrico de Belo Horizonte foi projetado como hospital central e instituição de ensino e pesquisa em neurologia e psiquiatria. Porém, em função da morte prematura do seu primeiro diretor, o hospital permaneceu inativo até 1924, quando foi reinaugurado, com o nome de Instituto Raul Soares (homenagem ao Presidente do Estado falecido no mesmo ano) (MAGRO FILHO, 1992; MORETZSOHN, 1989).

Segundo Silveira (2008), o modelo inspirador de sua construção foi o da cidade alemã de Frankfurt. Políticos e médicos estavam juntos nessa iniciativa, que procurava melhorar a assistência e o ensino psiquiátrico, apostando que a psiquiatria se guiasse dentro de caminhos científicos a partir dessa inauguração, ao contrário da experiência de Barbacena.

Vale ressaltar que no séc. XIX e início do séc. XX, a atenção aos alienados mineiros era realizada, nos anexos das Santas Casas de São João del Rei e Diamantina. Tendo em vista a crescente demanda por internação, baseada na importação da concepção pineliana que assumia o isolamento do alienado como condição de melhora de sua doença mental, e a recusa do Hospício Nacional de Alienados (Rio de Janeiro) em renovar o convênio existente com o Estado de Minas Gerais, foi criada a “Assistência aos Alienados no Estado de Minas Gerais” (1900). Previu-se ali a construção do Hospital Colônia de Barbacena, que, alguns anos após sua inauguração, em 1903, já enfrentava problemas de superlotação (MAGRO FILHO, 1992).

Nesse contexto, surgiu o Instituto Raul Soares: um projeto moderno, para uma cidade nascida sob a luz do planejamento urbano. Do ponto de vista assistencial, o hospital seria destinado principalmente ao atendimento de casos agudos e serviria como um espaço

de observação e estudo de casos suspeitos de alienação mental crônica, os quais deveriam ser transferidos para Barbacena (MORETZSOHN, 1989). Seu projeto incluía espaços de recreação (leituras, música, jogos, etc.) e para exercícios físicos, além da possibilidade de trabalho em tarefas voluntárias e sintonizadas com as aptidões dos internos, prevendo a geração de renda a ser depositada em contas correntes vinculadas a uma “Caderneta de Pecúlios dos alienados trabalhadores” (GOULART; DURÃES, 2010).

Contudo, apesar das pretensiosas aspirações contempladas no planejamento do Instituto, já em 1927, sua situação era lastimável. A superlotação do estabelecimento e a falta de distinção entre doentes mentais e outros grupos trazidos ao hospital pela polícia faziam com que a falta de higiene, os maus tratos físicos e o descaso imperassem. O local que havia sido pensado como local de ensino afastava os estudantes (SILVEIRA, 2008).

Perante essa conjuntura, o então governador de Minas Gerais convidou o psiquiatra Lopes Rodrigues para assumir a direção do instituto. Ele era professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro e trabalhava no Hospital Nacional de Alienados (Rio de Janeiro). As ações reformistas de Rodrigues marcaram de forma mítica a história da psiquiatria mineira, através do que foi conhecido na época como “o ato de loucura de Lopes Rodrigues”. Assumindo, em 1929, o cargo de direção do hospital, Lopes Rodrigues eliminou o “tratamento fechado”, as grades e o “instrumental mecânico de repressão” (coleiras, argolas, manchões entre outros), para a surpresa da equipe hospitalar. Essa foi a primeira tentativa de humanização do hospital (GOULART; DURÃES, 2010, p. 114).

No entanto, a ousadia reformista desse “Pinel brasileiro” diluiu-se rapidamente com o início da Revolução de 30, quando deixou a diretoria do IRS. A reforma teve vida curta: um ano. E foi assim até o final da década de 1970, quando o IRS reaparece em cena, protagonizando, através dos preceptores de sua Residência em Psiquiatria, o desencadeamento da reforma psiquiátrica. Então, a opinião pública seria novamente mobilizada pela situação degradante em que o IRS se encontrava. As reportagens, publicadas na imprensa mineira, denunciavam a necessidade de uma efetiva e ampla transformação do modelo assistencial (GOULART; DURÃES, 2010, p. 114). Essas denúncias, bem como o movimento da reforma psiquiátrica que já se ensaiava, tiveram em sua formulação uma contribuição importante desse hospital que, apesar de suas condições naquele momento, forneceu questionamentos e subsídios para o movimento contestatório que se anunciava.

A residência de psiquiatria do IRS foi fundada em 1968, como curso de especialização, no Hospital Galba Velloso. Em 1971, foi institucionalizada e transferida para o IRS. Esse espaço de formação teve importante papel como fomento de cultura crítica ao modelo psiquiátrico vigente, sendo formada por profissionais que, desde o final dos anos 60, já trabalhavam com uma perspectiva aberta, questionando o modelo asilar. Segundo Goulart & Durães (2010), duas situações podem exemplificar essa participação: a “crise do eletrochoque”, em 1973, quando os residentes e preceptores se recusaram a aplicar eletrochoques⁹ nos pacientes, e a organização pela residência do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Esse evento, já descrito no tópico anterior devido à sua importância para o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, foi organizado por preceptores e residentes do IRS em parceria com a Associação Mineira de Psiquiatria e outras entidades.

Segundo Francisco Paes Barreto (1999), então psiquiatra e preceptor da residência do IRS, o congresso marca o início da reforma psiquiátrica mineira. Questionava-se a privatização da assistência, a hospitalização como recurso único e as precárias condições das instituições existentes. “Com as presenças de Basaglia e Castel, realizou-se o Congresso, com renovação das denúncias e a apresentação de propostas de reformulação da política de saúde mental” (BARRETO, 1999, p. 206).

O ano de 1979 marca o ápice desse movimento crítico. A partir de então, foram instituídas reformas assistenciais no IRS, que se abriu para o voluntariado no Projeto Guimarães Rosa e para um processo de reforma interna com a efetivação de seminários e experiências de trabalho interdisciplinar. Houve ampliação do atendimento ambulatorial e as transferências de pacientes para o hospital de Barbacena foram suspensas. Num clima de autocrítica, iniciou-se a organização de seminários internos de caráter deliberativo nos quais foram apontados diversos problemas institucionais, como a inadequação da área física, a falta de recursos humanos e operacionais básicos, a ausência de critérios para admissão, com ocorrência de pressões para internação e as péssimas condições de hotelaria (GOULART; DURÃES, 2010).

Através desses seminários, definiu-se novas diretrizes de funcionamento que visavam à recuperação e ressocialização do paciente, à criação de equipes terapêuticas interdisciplinares, à hierarquização do atendimento aos pacientes segundo a complexidade dos casos, ao entrosamento com a rede da Secretaria Estadual de Saúde, à ênfase em

⁹ Deve-se lembrar que, nessa época, a prática da eletroconvulsoterapia era realizada no IRS sem os preparativos necessários (sedação induzida por anestesista) e levava a diversas intercorrências como traumas, fraturas, além de ser um procedimento doloroso algumas vezes utilizado como forma de punição dos pacientes por maus comportamentos.

tratamentos extra-hospitalares, à abertura para a participação de diversos segmentos da sociedade na discussão e operacionalização das mudanças e à articulação com as universidades, buscando a formação e reciclagem de profissionais em saúde mental. Apontava-se inclusive para a possibilidade de internação em hospitais gerais e de internação parcial com apoio do trabalho em equipes.

Nesse âmbito, surgiu o Projeto Guimarães Rosa, “Rocinha”, como um projeto de reabilitação e reintegração dos usuários internados. Ele teve início em 1980 e teve a duração de cerca de quatro anos. Significava um dos resultados do trabalho das equipes interdisciplinares que começavam a se desenvolver.

O projeto partiu da constatação de que boa parte dos internos do hospital provinha da zona rural. Dessa forma, ele constituiu uma atividade ancorada na reconstituição do universo sociocultural rural. Voluntários e pacientes organizaram uma “Rocinha” localizada na área verde nos fundos do hospital que consistia em duas hortas, uma casa equipada com cozinha, fogão a lenha, galinheiro e oratório. Ali foram plantados: fumo, cana, mandioca, feijão, milho, melancia, abóbora, beterraba, alface, rabanete e repolho. Esse se tornou um espaço cultural e social para os pacientes internos.

Essa atividade envolveu mais de 300 internos, estimulando sua vitalidade e criatividade. Aspirava-se à realização de um trabalho terapêutico não alienante e eficaz. Realmente foi verificada, na época, a queda da reinternação entre os seus participantes. O trabalho foi discutido em eventos profissionais e acadêmicos e se estendeu intencionando refletir teoricamente sobre o trabalho realizado e propondo novas frentes de atuação.

A partir de sua ampliação, iniciaram-se atividades como a realização de eventos comemorativos de datas tradicionais mineiras, atividades de lazer como jogos com baralho, música, leitura na biblioteca, cursos de alfabetização do MOBREAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização), a ocorrência de supervisão teórica da equipe em psicologia social e antropologia realizada por professores universitários, atividades esportivas com a realização de torneios que envolviam toda a comunidade hospitalar e o Projeto Porteirinha, que trabalhava a reinserção de pacientes em sua comunidade de origem.

Pode-se imaginar a intensa mobilização ocasionada pelo Projeto Guimarães Rosa na vida hospitalar. Resgatando a vitalidade e criatividade, tanto da equipe quanto dos pacientes, intencionava-se a reelaboração de valores subjetivos e sociais com a recuperação da identidade dos pacientes e a reconstituição de sua história. Seu modelo foi influenciado pelo modelo de comunidades terapêuticas, aproximando a psicologia e a psiquiatria do campo da cultura.

Todavia, o projeto manteve-se como uma atividade alternativa dentro do hospital, marcada pelo voluntariado. Buscou a institucionalização, mas não alcançou. Com o esgotamento do voluntarismo após quatro anos de trabalho, se perdeu e

(...) praticamente não deixou sinais, senão a mágoa pela descontinuidade e a tênue memória de melhores dias. Na metáfora da referência à obra de Guimarães Rosa, o que se revelou foi um retorno às raízes concretas do processo que resultava no internamento e exclusão dos então chamados doentes mentais. (GOULART; DURÃES, 2010, p. 117)

Após sua extinção, surgiu outra tentativa de melhora no IRS: o hospital dia. Esse projeto foi implantado em 1985 e constituiu o primeiro serviço de semi-internação e de portas abertas da rede pública tanto estadual como municipal. Dessa forma, representou o primeiro ensaio de um modelo assistencial psiquiátrico substitutivo. Ele foi instituído como um serviço multidisciplinar de atendimento para pacientes da internação e de encaminhamentos externos ao IRS. O paciente permanecia no hospital das oito às 14 horas, de segunda a sexta-feira, sendo atendido em uma programação terapêutica e clínica, mas retornando diariamente ao convívio familiar e social. Essa prática assistencial se pautou inicialmente pelo modelo das comunidades terapêuticas, através da tônica na reabilitação ativa do paciente e na democratização das relações equipe-paciente. Entretanto, o modo de funcionamento se alterou durante o processo e a relação do serviço com o paciente passou a ser entendida como um lugar de escuta psicanalítica.

Essa perspectiva enfocava o respeito à singularidade do paciente como possibilidade de viabilização de sua expressão desejante e do desenvolvimento de sua autonomia política por meio de uma reconstrução subjetiva. A proposta era de um local onde houvesse a livre circulação no espaço físico e simbólico. O modelo de hospital-dia pretendia também corresponsabilizar a família, a comunidade e o próprio paciente, no tratamento.

Essa modalidade de trabalho apoiou-se na clínica psicanalítica lacaniana e foi extinta no ano de 2005. Possivelmente, o término do hospital-dia se deveu a tensões políticas acerca do processo de desospitalização que estava em pleno vapor em Belo Horizonte nessa época. Com a crescente oferta de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico oferecidos no Estado, como detalhado anteriormente, a coordenação municipal de saúde agora gestora, mesmo dos serviços estaduais como o hospital estudado, provavelmente não via justificativas para a existência de um hospital-dia dentro de um hospital psiquiátrico (GOULART; DURÃES, 2010).

2.3.2. O Hospital Galba Velloso (HGV)

No ano de 1960, durante o governo estadual de Bias Fortes (1956-1961), decidiu-se pela construção de um novo hospital psiquiátrico em Belo Horizonte, para assumir parte da demanda excessiva do Raul Soares, que seria reformado e ajustado para funcionar como hospital de adolescentes com “problemas de ajustamento”. Essa ideia original não foi adiante e, a princípio, o novo hospital foi destinado apenas à população do sexo feminino, ficando o IRS para atendimento dos pacientes do sexo masculino.

O novo hospital foi planejado e concebido pelo então secretário de saúde Austregésilo Ribeiro de Mendonça, que havia sido psiquiatra no Instituto Raul Soares e era conhecedor das deficiências no atendimento à saúde mental em Minas Gerais. Escolheu-se o local para erguer o hospital: uma área de 12.000 metros quadrados no bairro Gameleira, região oeste de Belo Horizonte. Além do dinheiro do Estado, foram usados também recursos do governo federal para a construção do Galba Velloso, que recebeu esse nome em homenagem ao psiquiatra mineiro que atuou de forma iminente na área durante a primeira metade do século XX (MORETZSOHN, 1989).

Apesar do Hospital Galba Velloso ter sido inaugurado em 25 de janeiro de 1961, foi somente em maio do ano seguinte que começou a funcionar, recebendo 34 pacientes do sexo feminino encaminhadas do IRS. Segundo Santos (2012), o HGV iniciou seu funcionamento incorporando avanços importantes com relação à prática psiquiátrica hospitalar até então exercida em Minas Gerais. Essa instituição surge no contexto de expansão das pesquisas com psicofármacos que foram implementadas no HGV sob direção de Jorge Paprocki. Essas pesquisas levaram ao reconhecimento do hospital na psiquiatria mineira e culminaram com a criação do Centro de Estudos Galba Velloso (posteriormente transferido para o IRS em conjunto com a residência médica). Além disso, na fundação do HGV, previa-se a implantação das novas correntes existentes na psiquiatria da época: a participação coletiva dos internos em atividades de lazer, reuniões periódicas entre o paciente e a equipe médica, aproximação do médico com o paciente, reduzindo o autoritarismo de um frente ao outro, etc. Foram adotadas também medidas de socialização como o sistema *open-door* nas enfermarias, sustentado pelos novos fármacos e estudos psicanalíticos já iniciados naquela instituição (SANTOS, 2012).

Em 1969, foi criada a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), composta pelos hospitais psiquiátricos do Estado. Em 1972, começa o funcionamento no

HGV do Posto de Urgência Psiquiátrica (PUP), pertencente ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o objetivo de fazer a triagem de pacientes de ambos os sexos para os hospitais conveniados, possuindo uma gerência própria independente do hospital. Sendo assim, manteve-se a equipe técnica ligada à FEAP e prestava-se atendimentos aos pacientes do INPS, posteriormente Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Em 1977, com a fusão da FEAP, FEAMUR (Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência) e FEAL (Fundação Estadual de Assistência aos Leprosos) em FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), o HGV passa a fazer parte, por inteiro, da referida fundação. Continua, entretanto, sendo referência para o atendimento da clientela do INAMPS.

A década de 1980 foi marcada por mudanças significativas nas áreas administrativas e assistenciais desse hospital. Sob a direção de Cezar Rodrigues Campos, entre os anos 1983 e 1986, implementou-se um processo de redefinição política e técnica no HGV (SILVA; GOULART, 2011). Criou-se um novo organograma e os programas de capacitação e aperfeiçoamento permitiram a reformulação administrativa, descentralizando decisões e criando maior empenho, compromisso e participação do corpo de servidores. Obras foram reiniciadas e todos os projetos arquitetônicos, anteriormente existentes, foram revistos dentro de um prisma de qualidade técnica, funcionalidade e baixo custo. Inaugurou-se uma nova área destinada ao PUP, ao Serviço de Assistência Médica (SAME), hoje, Serviço de Prontuário de Pacientes (SPP) e o auditório com capacidade para 60 pessoas foi reformado. O galpão de manutenção, o novo almoxarifado da farmácia e a área administrativa foram concluídos. Outros serviços foram criados enfocando a área assistencial, a saber: Ambulatório Luiz Cerqueira, o Hospital-Dia, as Oficinas Terapêuticas, o Centro de Tratamento Clínico (CTC), com 11 leitos destinados ao atendimento de pacientes portadores de patologias orgânicas de importância, concomitantes ao adoecimento mental. Por fim, todas as enfermarias foram restauradas.

Após a conclusão das reformas, da inauguração dos novos serviços e reativação de outros, em 1994, o Hospital passa ao nível IV de psiquiatria, sendo o primeiro hospital psiquiátrico do Estado a obter tal classificação estabelecida pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde (VOLPE *et al.*, 2011).

Em 1998, a FHEMIG instalou nas dependências do HGV uma unidade ortopédica com 86 leitos e houve uma ampliação das salas de observação no PUP de cinco para 17 leitos de observação.

Em meados de 1999, iniciavam no HGV mais mudanças que norteariam o modelo assistencial praticado nos dias de hoje. Um processo constante de redefinição de seu projeto assistencial e reestruturação dos serviços existentes foi iniciado, o que resultou na criação do Grupo Gestor Assistencial, em 2000. Eram constantes os contatos com as coordenações de saúde mental da FHEMIG, da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e do Estado de Minas Gerais, objetivando adequar o funcionamento do hospital aos princípios da reforma psiquiátrica em Minas Gerais. Reuniões eram promovidas com equipes dos CERSAM de Belo Horizonte e coordenações de saúde mental dos municípios da região metropolitana que tinham demanda expressiva dos serviços do hospital, a exemplo de Contagem, Ibirité e Ribeirão das Neves. Nessas reuniões, discutiam-se casos clínicos, com indagação das razões que levavam os familiares e pacientes a procurarem o hospital psiquiátrico e não o serviço de saúde mental próximo à sua residência, e se trabalhava o estabelecimento do fluxo de referência e contra-referência (FERRARI, 2010).

Após discussões internas e com as Coordenações Municipais de Saúde Mental, e considerando a ampliação da rede de saúde mental de Belo Horizonte e de outros municípios de Minas Gerais, foi concluído, como ocorrido no IRS, que, apesar das dificuldades existentes na rede, não havia mais justificativas para a manutenção do Ambulatório Luís Cerqueira e do hospital dia no interior de um hospital psiquiátrico. Assim, em agosto de 2001, foram desativadas as oficinas terapêuticas; em dezembro de 2002, o Ambulatório Luiz Cerqueira. Nesse mesmo ano, comprovou-se a extinção de encaminhamentos dos pacientes para os hospitais privados conveniados com o SUS e o redirecionamento dos pacientes do hospital dia para a permanência dia nos serviços comunitários municipais.

Conjuntamente, aconteciam mudanças no espaço físico do Hospital: criava-se o Núcleo de Gestão de Informação, a ficha de acolhimento conjunta com o Instituto Raul Soares e buscava-se maior integração das unidades ortopédica e psiquiátrica e administração geral do hospital.

Segundo Mascarenhas (2003), diretora clínica do HGV naquele momento, o encaminhamento dos pacientes para a rede básica foi realizado de forma gradativa, e sempre acompanhado por esclarecimento junto aos pacientes e aos familiares e por relatórios e/ou discussões com as novas equipes de referência. Ainda segundo essa autora, através do Projeto Terapêutico Institucional para 2002, iniciou-se a transformação do antigo PUP em Centro de Acolhimento de Crise (CAC). Essa mudança esteve alicerçada em discussões da comunidade hospitalar e teve como objetivo uma alteração fundamental

tanto no processo de trabalho e na “lógica das internações” quanto, e sobretudo, na ênfase ao trabalho clínico com os pacientes em crise (MASCARENHAS, 2003, p. 4).

Para Ferrari (2010), entre as condições que estruturaram a construção do CAC, localiza-se a discussão acerca da desospitalização dos pacientes, permeada pelo debate sobre crise e urgência. Assumiu-se que o PUP mantinha a lógica da triagem, apesar de haver sido criado para evitá-la e, que “a urgência ali manifesta favorecia, então, a entrada no circuito psiquiátrico, sustentada pela noção de periculosidade e lógica segregativa”. Dessa forma, objetivava-se alterar a prática na qual a urgência psiquiátrica levava à internação e substituí-la para uma lógica da clínica, do atendimento da crise, onde outras possibilidades terapêuticas pudessem ser propostas ao sujeito em crise (FERRARI, 2010, p. 523).

Para essa formulação clínica, foi explorada a concepção de urgência em psiquiatria. Essa ideia suscitaria a noção de perigo para terceiros ou para si próprio, exigindo uma ação imediata. Assim, sob esse imperativo, a porta de entrada do hospital teria sua possibilidade de ação reduzida a medicar e internar. De outro modo, a utilização dos termos acolhimento e crise reforçaria o objetivo clínico de transformar a pressão da resposta imediata da urgência e de suas possíveis consequências em uma ampliação das possibilidades terapêuticas oferecidas. O acolhimento seria, então, o momento anterior ao trabalho de crise, consistindo na disponibilidade dos profissionais da equipe em receber e escutar o sujeito com a criação de um vínculo. Seria também o momento de estabelecer contato com os familiares e com os serviços de referência, na tentativa de esclarecer a situação atual vivida pelo sujeito, assim como as perspectivas de encaminhamento para os serviços da rede de saúde mental.

Mascarenhas (2003) ressalta que, independentemente do sofrimento psíquico ou do diagnóstico, a introdução do conceito de crise abre o leque de intervenções possíveis com o sujeito que procura um serviço psiquiátrico de urgência. Essa abertura se concretiza em uma dilatação do tempo de resposta com a criação de um prazo maior para a utilização de outros dispositivos de intervenção que possam explorar a dinâmica envolvida nesse momento específico de sofrimento psíquico. O manejo da crise leva em consideração não apenas uma desorganização psíquica, mas também uma possibilidade de abertura, de oportunidade de mudança, de remanejamento psíquico. “Como já têm escrito os chineses desde milhares de anos, o termo crise é composto por dois ideogramas que significam respectivamente: perigo e oportunidade de mudança” (MASCARENHAS, 2003, p. 5).

Os resultados encontrados com a implantação do CAC no Hospital Galba Velloso foram: a diminuição no número de atendimentos na porta de entrada, o levantamento da procedência dos pacientes atendidos, o envio sistemático das informações para as coordenações de saúde mental de alguns municípios do Estado, para os distritos sanitários e CERSAMs de Belo Horizonte, criação de reuniões para discussões de casos clínicos com as equipes e, conseqüentemente, a interação com outros serviços da rede de saúde mental.

Com a organização da coleta de informações, foi possível vislumbrar que, de janeiro a outubro de 2004, chegaram ao HGV 1.008 pacientes da Regional Noroeste, 982 pacientes da Regional Oeste e 845 pacientes do Barreiro, totalizando 4.091 atendimentos aos procedentes da capital. O hospital mantinha uma expressiva demanda de atendimentos à crise, apesar da firme diretriz municipal pela desconstrução do modelo hospitalocêntrico e da estruturação crescente dos serviços substitutivos oferecidos pelo município de Belo Horizonte (FERRARI, 2010).

3. JUSTIFICATIVA

A efervescência das últimas décadas, representada pelos debates e efetivas transformações no âmbito da saúde mental no Brasil, vem ocorrendo com restrito acompanhamento, elaboração e contribuição instrumental por parte do pensamento da saúde coletiva. Não obstante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a melhoria da saúde mental supõe investimento na produção de dados concretos sobre os serviços e recursos existentes, de modo que se possa definir uma estratégia de avaliação contínua de toda atividade nova (SARACENO *et al.*, 1997). É nesse contexto que se insere a presente pesquisa, produzindo informações relevantes para municiar as políticas e propostas de gestão pública da saúde mental.

Mesmo diante da ampla rede de atenção à saúde mental comunitária alcançada após a aprovação da Lei 10.216/2001, que legitimou a reforma psiquiátrica, Belo Horizonte possui atualmente dois hospitais psiquiátricos públicos para o atendimento de pacientes adultos: o Instituto Raul Soares (IRS), atualmente com 108 leitos, e o Hospital Galba Velloso (HGV), com 145 leitos operacionais. Esses hospitais constituem os únicos leitos disponíveis pelo SUS na cidade, já que, desde 2002, Belo Horizonte não conta mais com hospitais psiquiátricos privados conveniados com a rede pública para novas internações (BRASIL, 2010).

A constatação da permanência dessas instituições abre questões quanto à atual resolutividade da rede de atendimento comunitária como **substitutiva** do hospital psiquiátrico. Nesse contexto, uma informação importante na avaliação desse novo modelo de assistência seria o número e o perfil de atendimentos dos hospitais psiquiátricos como indicadores da resolutividade dos serviços substitutivos.

4. HIPÓTESE A TESTAR

No presente trabalho supõe-se que, a partir do movimento da reforma psiquiátrica instituída oficialmente em 2001 no Brasil, houve uma alteração do perfil epidemiológico da clientela e das características dos atendimentos nos hospitais que prestam atenção terciária em psiquiatria. Em Belo Horizonte, essa suposição se baseia na ampla expansão da rede extra-hospitalar de atendimento em saúde mental instituída a partir desse movimento que, ao diversificar as alternativas de tratamento, pode ter alterado a demanda às instituições hospitalares.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Investigar se houve alterações no perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, após a aprovação da Lei 10.216/2001 da reforma psiquiátrica.

5.2. Objetivos específicos

- Descrever a clientela atendida nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte (Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares) quanto às variáveis demográficas, no período de 2002 a 2011.
- Estudar a tendência secular das características dos atendimentos e internações realizados nesses hospitais entre 2002 e 2011.
- Analisar possíveis alterações nas taxas de reinternação e no tempo de permanência hospitalar entre 2002 e 2011.

6. METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, de séries temporais.

6.1. Local do estudo

O estudo foi realizado nos hospitais psiquiátricos Galba Velloso (HGV) e Instituto Raul Soares (IRS), ambos localizados na cidade de Belo Horizonte (MG) e pertencentes à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Essas duas instituições englobam todos os leitos em hospitais psiquiátricos disponíveis pelo SUS em Belo Horizonte para atendimento aos pacientes adultos provenientes de todo o Estado de Minas Gerais.

6.2. Amostra

Foram utilizados os registros informatizados dos atendimentos realizados nos setores de emergência (consultas e observações) e nas alas de internação, disponíveis integralmente no período de 2002 a 2011 em forma de planilha eletrônica. Como rotina administrativa desses hospitais, as informações são cadastradas quando da chegada do paciente à instituição e são concluídos todos os campos quando de sua alta pelo funcionário do SPP a partir dos dados do prontuário.

Os registros incluem as seguintes variáveis: nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, idade à admissão, sexo, endereço completo, diagnóstico principal e secundário pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), data e hora da admissão, data e hora da alta e encaminhamento do caso.

6.3. Variáveis do estudo

Foram coletados os dados relativos às características sociodemográficas da população atendida na urgência desses serviços (sexo, idade, procedência ou local de residência), bem como o número de atendimentos e internações realizadas, número de pacientes, hipótese diagnóstica (diagnóstico registrado à alta) e tipo de atendimento de acordo com o tempo de permanência do paciente na instituição. Quanto ao tipo de atendimento, os dados foram classificados como **atendimento externo** quando a permanência hospitalar foi menor que quatro horas; **observação** quando essa permanência foi de quatro a 24 horas e **internação** quando a permanência na instituição ultrapassou 24 horas. A análise das reinternações foi realizada a partir dos registros nos quais o paciente foi reinternado em até 365 dias da internação precedente, configurando readmissão ocorrida em curto prazo (menor que sete dias da admissão precedente), médio prazo (sete a 30 dias da admissão precedente) e tardia (31 a 365 dias da admissão precedente). As hipóteses diagnósticas levantadas foram codificadas, para fins de registro estatístico, de acordo com a CID-10. No presente trabalho, foi utilizado apenas o diagnóstico primário, por se considerar que esse seria o principal motivo associado à visita ao hospital.

6.4. Análise estatística

Para a análise descritiva dos atendimentos e das internações realizadas, foram computadas proporções para as variáveis categóricas e médias e respectivos desvios padrão para as contínuas. Em todos os casos, o alfa foi estabelecido em 5%, bicaudado. Para a comparação das proporções por sexo dos atendimentos em 2002 e 2011 foi utilizado o teste de qui-quadrado para heterogeneidade. As análises de tendência foram realizadas mediante regressões lineares simples (e quadráticas, quando significativas), em que a variável resposta era o número anual de atendimentos ou internações (totais e por tipo) ou a proporção de atendimentos/internações por diagnóstico ou procedência e a variável preditora era o ano. A comparação das medianas anuais do tempo de internação foi realizada por meio do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

6.5. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (COEP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o número CAAE: 0716.0.203.287-11.

Os pesquisadores se comprometem a resguardar os dados confidenciais sob o mais absoluto sigilo e a garantir o anonimato dos registros dos bancos de dados nas futuras publicações e/ou apresentações, assegurando a privacidade dos sujeitos.

7. RESULTADOS

7.1. Atendimentos

7.1.1. Idade e sexo

Houve um ligeiro aumento na proporção de atendimentos a pacientes do sexo masculino entre 2002 e 2011, de 57,3% para 59,6% ($p=0,026$). A idade dos pacientes atendidos apresentou uma média de 37,9 anos em 2002 com um crescimento linear no período de 0,15 anos de idade a cada ano ($R^2=0,1\%$; $p<0,001$).

7.1.2. Número total de atendimentos por ano

Em 2002, o número total de atendimentos na emergência desses hospitais foi de 18.114, caindo para 12.618 em 2011. Observou-se redução linear do número total de atendimentos nesse período, estatisticamente significativa, de 542 atendimentos por ano (média anual = 16.015,4; $R^2 = 86,3\%$; $p<0,001$).

7.1.3. Tipo de atendimento

O número de atendimentos realizados na urgência dos dois hospitais estudados, em todo o período pesquisado, foi de 160.437, correspondendo a uma média de 1.337 atendimentos mensais.

Em relação ao tipo de atendimento realizado segundo o tempo de permanência hospitalar (Figura 1) observou-se redução linear significativa no número de atendimentos externos de 525 atendimentos ao ano (média anual = 9.474; $R^2 = 90,5\%$; $p<0,001$) e no número de observações clínicas foi encontrada uma redução linear também significativa de 101 observações ao ano (média anual = 2.276; $R^2 = 65,3\%$; $p=0,008$). No entanto, houve um aumento linear das internações realizadas no período de 83,8 internações ao ano (média anual = 4.265; $R^2 = 46,7\%$; $p=0,018$).

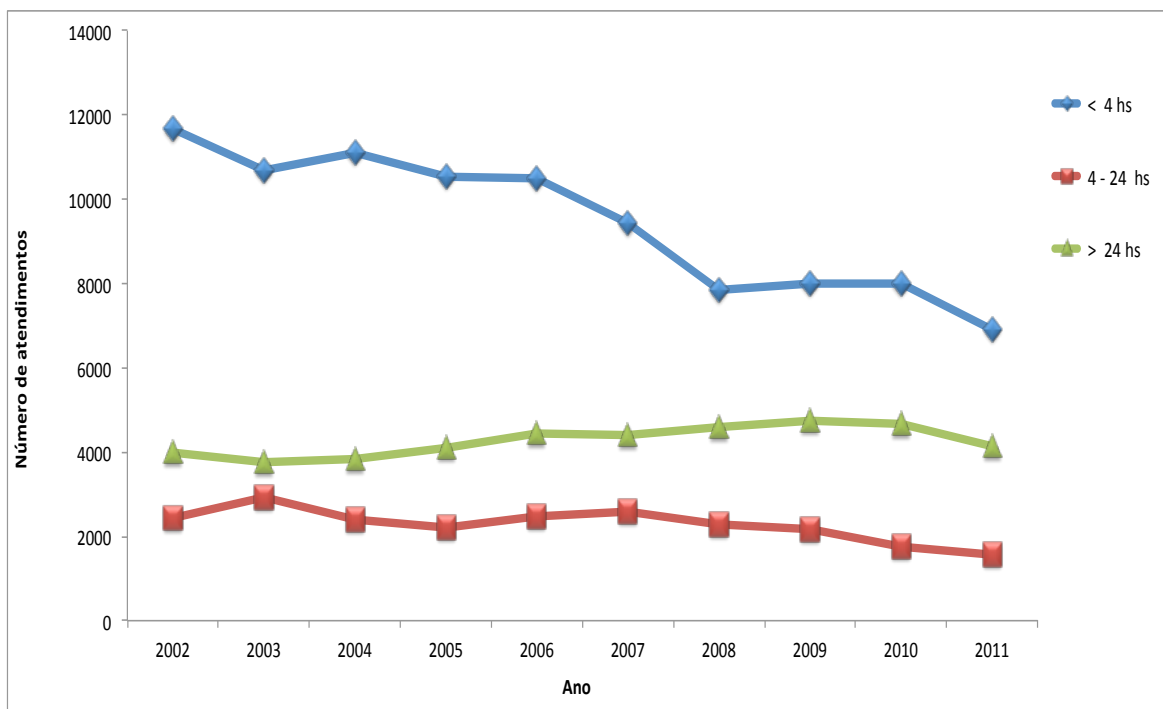


FIGURA 1: Número de atendimentos por tempo de permanência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

7.1.4. Procedência

Dos 160.437 atendimentos de 2002 a 2011, 54,1% foram procedentes de Belo Horizonte, 34,8% da região metropolitana, 10,9% oriundos de outras cidades do Estado de Minas Gerais e 0,2% de outros Estados.

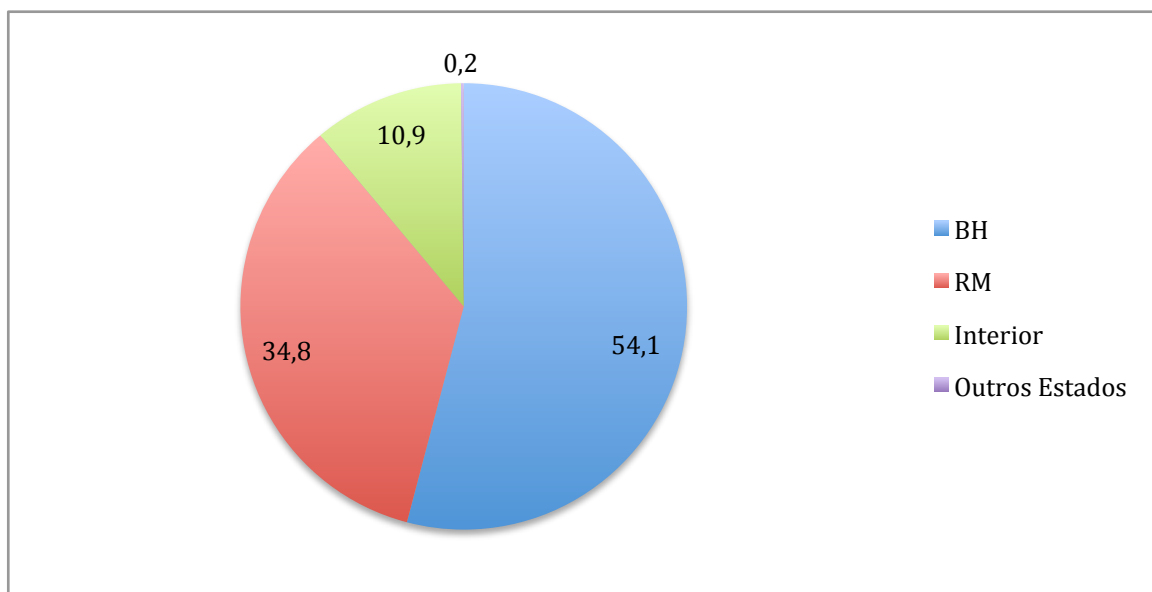


FIGURA 2: Proporções do total de atendimentos por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

Houve uma redução estatisticamente significativa na proporção de atendimentos a procedentes da capital no ritmo de 1,0% ao ano ($R^2=83,2\%$; $p<0,001$). Simultaneamente observou-se um aumento significativo de 0,9% ao ano ($R^2=81,5\%$; $p<0,001$) dos procedentes de outras cidades da região metropolitana de Belo Horizonte. Não houve variação estatisticamente significativa na proporção de atendimentos a pacientes procedentes de outros municípios ou Estados.

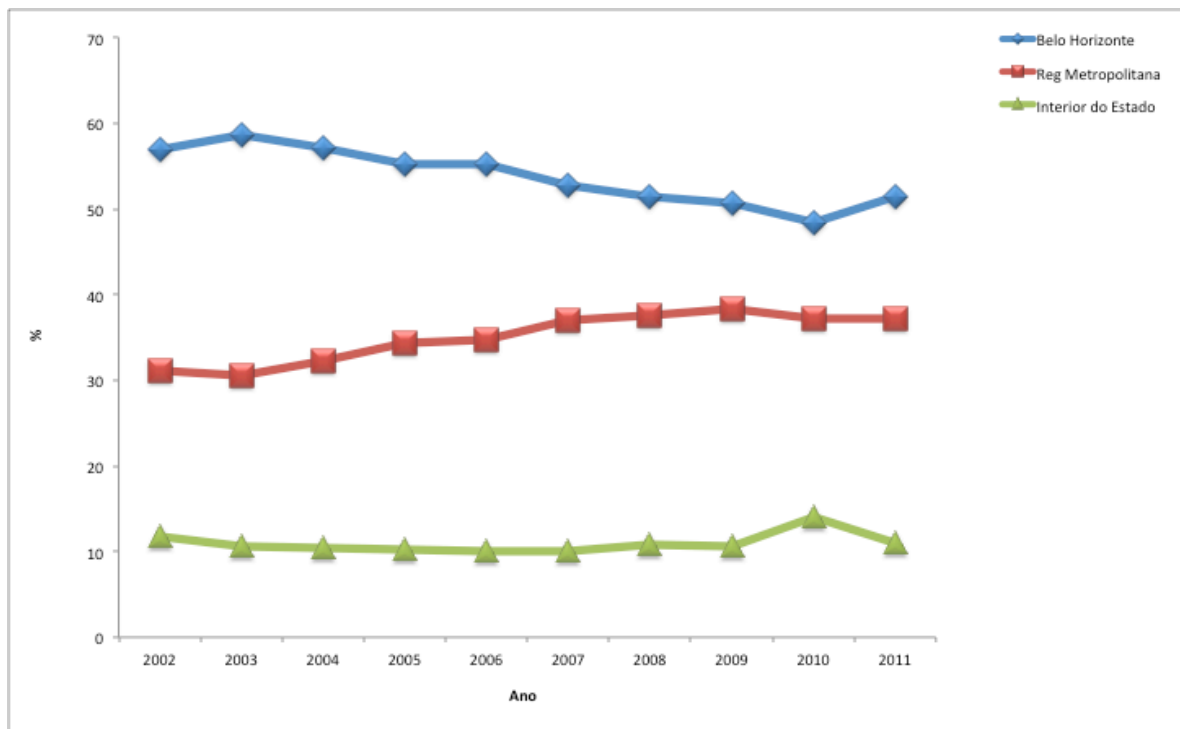


FIGURA 3: Proporções de atendimentos por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

7.1.5. Diagnósticos

Dos 160.437 atendimentos realizados em todo o período, 31,2% tinham o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29); 23,5% correspondiam a transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool/substâncias psicoativas (F10-F19); 17,7%, transtornos do humor (F30-F39); 10,1%, transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F49). Outras categorias diagnósticas foram responsáveis por 11,6% dos diagnósticos de alta e 5,9% não tinham hipótese diagnóstica registrada.

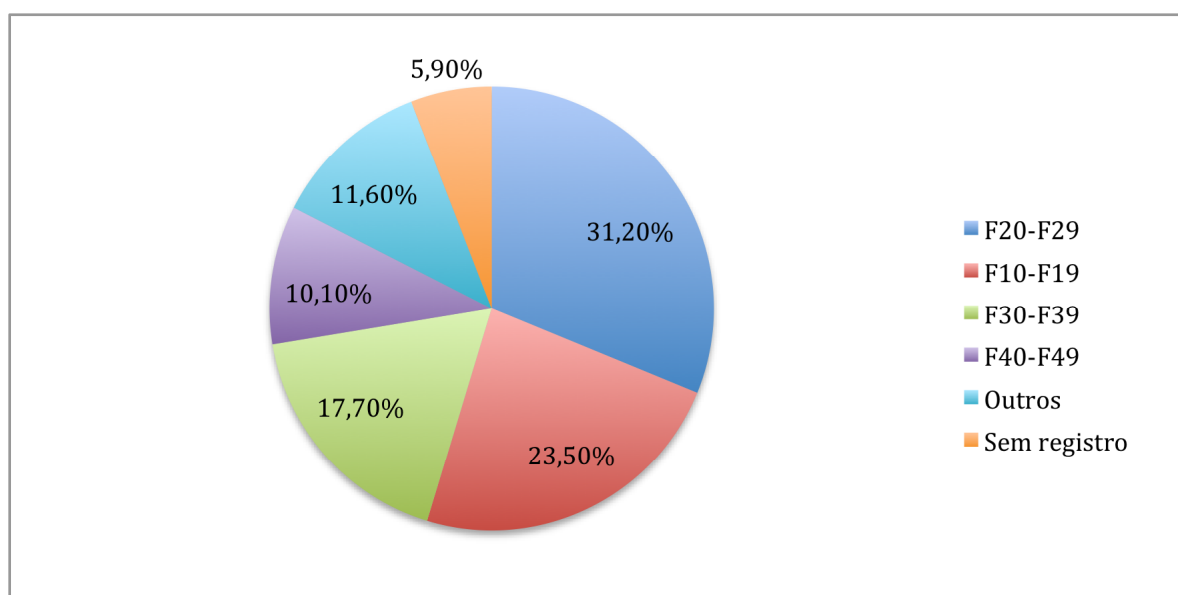


FIGURA 4: Proporções do total de atendimentos por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

Entre 2002 e 2011, a proporção de atendimentos nos quais o motivo da procura ao hospital foi enquadrado dentro das categorias diagnósticas F20-F29 apresentou redução linear significativa de 0,8% a cada ano (média anual = 4.993,1; $R^2 = 87,1\%$; $p < 0,001$). A proporção de atendimentos relativos às categorias diagnósticas F10-F19 (média anual: 2835) apresentou uma variação quadrática, com redução até o ano de 2006 e aumento acentuado de 2007 em diante ($R^2 = 86,2\%$; $p = 0,001$). Atendimentos por transtornos do humor (F30-F39) apresentaram um ligeiro aumento percentual de 2,4% no período ($p = 0,048$) e os ligados a F40-F49 não tiveram alteração significativa. Podemos observar que, em 2011, houve uma inversão na categoria diagnóstica mais prevalente nos atendimentos, que deixou de ser F20-29 e passou a ser F10-19.

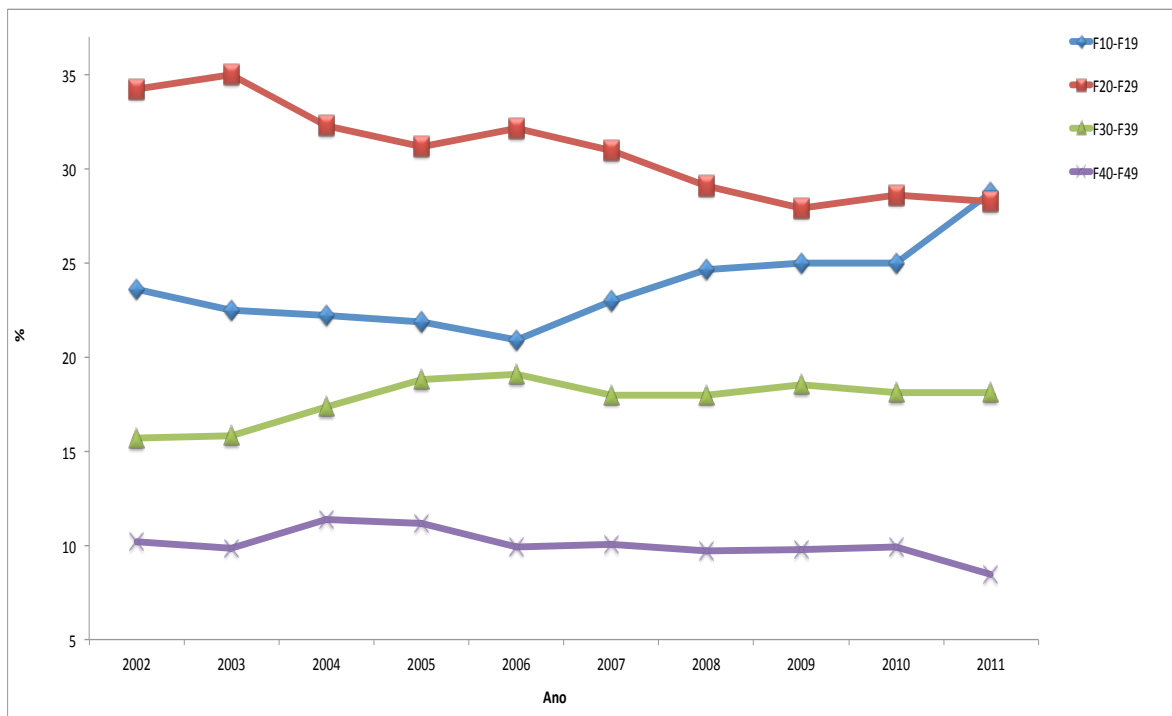


FIGURA 5: Proporções de atendimentos por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

7.2. Internações

7.2.1. Idade e sexo

A proporção de internações de pacientes do sexo masculino entre 2002 e 2011 aumentou de 59,8% para 66,3% ($p < 0,001$). A idade dos pacientes internados apresentou uma média de 37,2 anos em 2002, com um crescimento linear no período de 0,12 anos de idade a cada ano ($R^2 = 0,1\%$; $p < 0,001$).

7.2.2. Procedência

Houve uma redução estatisticamente significativa na proporção de internações de procedentes da capital no ritmo de 0,6% ao ano ($R^2 = 55,4\%$; $p = 0,008$). Simultaneamente observou-se um aumento significativo de 1,0% ao ano ($R^2 = 78,5\%$; $p < 0,001$) dos procedentes de outras cidades da região metropolitana de Belo Horizonte. Houve também uma redução de 0,5% ao ano ($R^2 = 62,6\%$; $p = 0,004$) nas internações referentes a pacientes do interior de Minas Gerais entre 2002 e 2011. Não houve variação estatisticamente significativa na proporção de internações de pacientes procedentes de outros Estados.

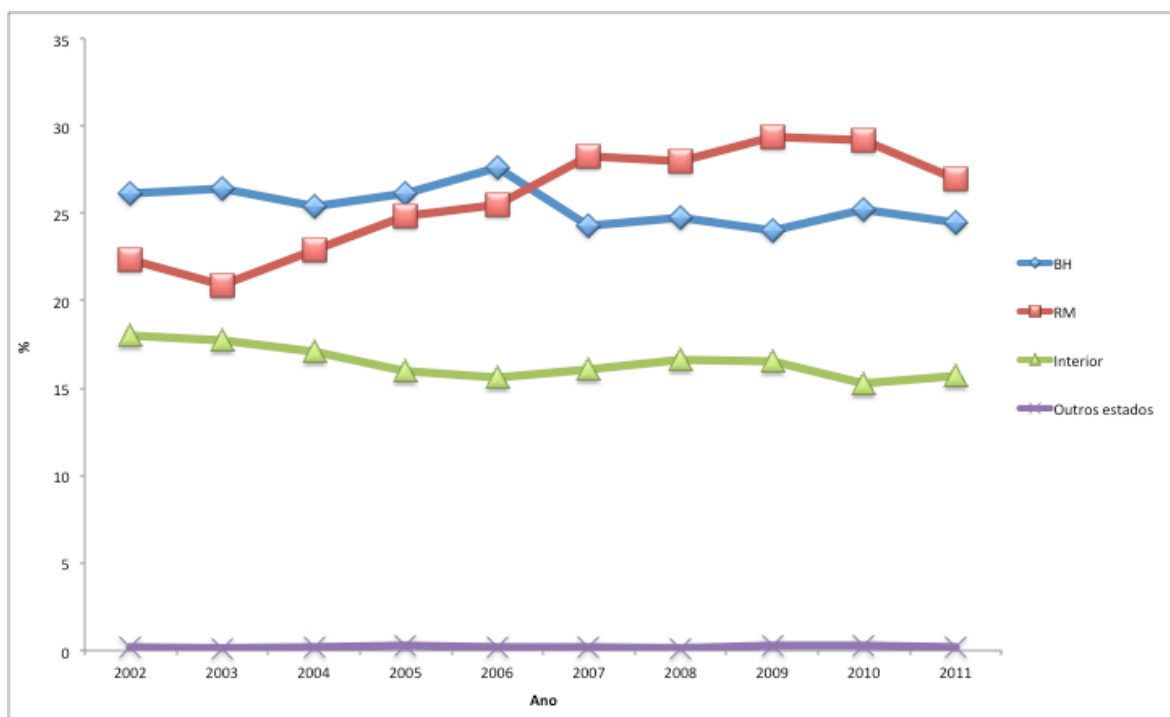


FIGURA 6: Proporções de internações por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

7.2.3. Diagnósticos

Analisando especificamente as 42.598 internações ocorridas no período, 44,2% foram diagnosticadas como F20-29; 26,5% como F10-F19; 17,8% como F30-F39 e 2,8% como F40-49. Outras categorias diagnósticas foram responsáveis por 8,7% dos diagnósticos de alta registrados e 0,1% dos registros não continham diagnóstico registrado.

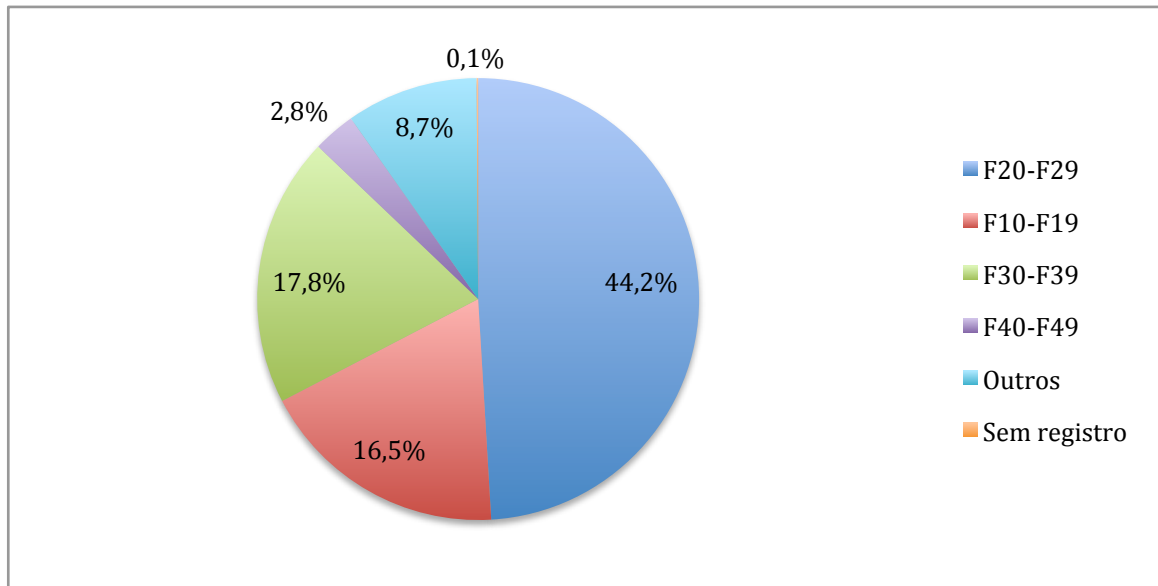


FIGURA 7: Proporções do total de internações por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011

Entre 2002 e 2011, a proporção de internações com diagnósticos enquadrados dentro das categorias diagnósticas F20-F29 apresentou redução linear significativa de 1,7% a cada ano ($R^2= 93,0\%$; $p<0,001$). A proporção de internações relativas às categorias diagnósticas F10-F19 apresentou um aumento linear de 2,0% ao ano ($R^2=92,1\%$; $p<0,001$). Não houve variação estatisticamente significativa na proporção de pacientes internados por outras categorias diagnósticas.

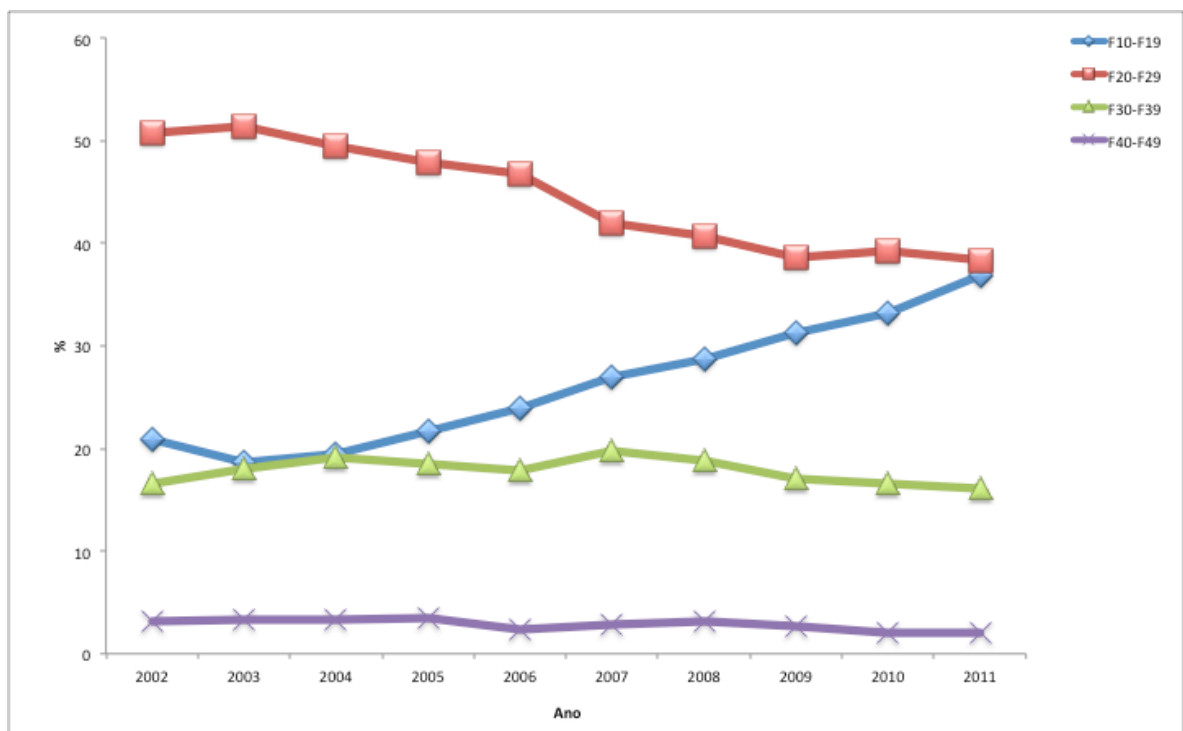


FIGURA 8: Proporções de internações por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

7.2.4. Tempo de internação

No período estudado houve mudanças significativas ($p<0,001$) nos tempos de internação medianos, passando de 12 dias em 2002 a oito dias após 2008, mantendo-se assim estável até 2011.

7.3. Reinternações

A taxa de reinternação nos hospitais estudados, de 2002 a 2011, foi estimada em 24,6%. Dessas reinternações, 5,3% ocorreram em até sete dias da alta anterior; 14,6% entre oito e 30 dias e 80,1% constituíram readmissões entre 31 e 365 dias. Não houve diferença estatística significativa nessas taxas entre 2002 e 2011.

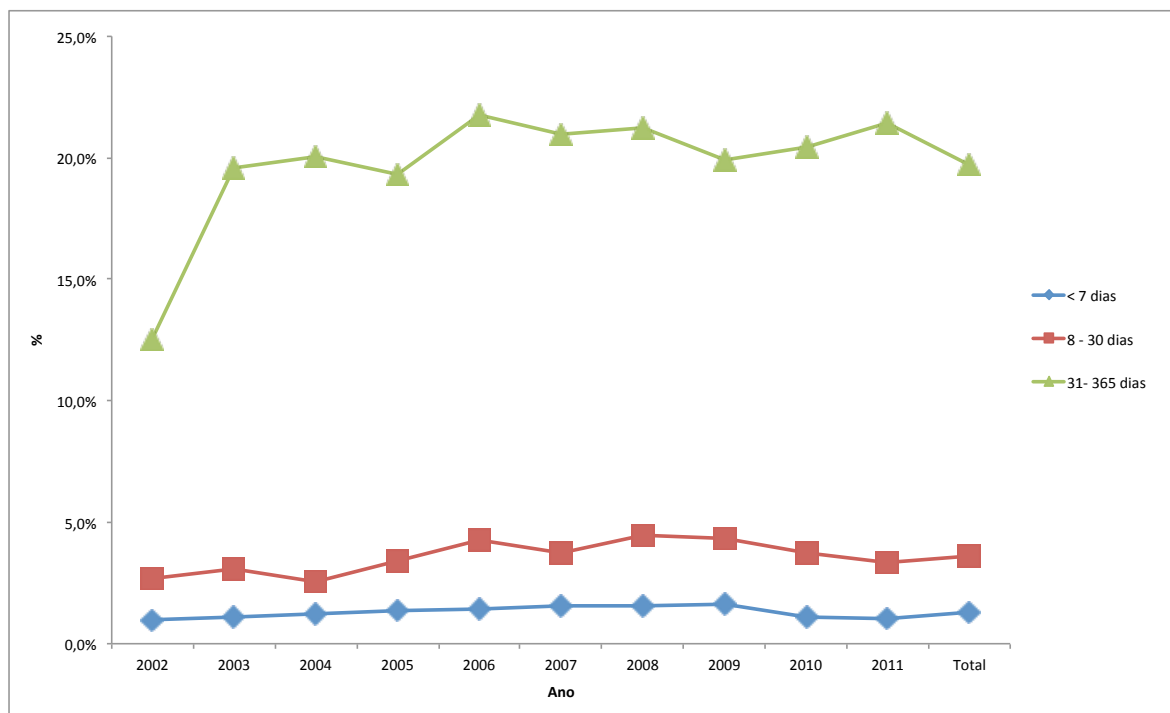


FIGURA 9: Proporção de reinternações, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

8. DISCUSSÃO

A efervescência das últimas décadas, representada pelos debates e efetivas transformações no âmbito da saúde mental no Brasil, vem ocorrendo com limitado acompanhamento epidemiológico (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Não obstante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a melhoria da saúde mental supõe investimento na produção de dados concretos sobre os serviços e recursos existentes, de modo que se possa definir uma estratégia de avaliação contínua de toda atividade nova (OMS, 2001; SARACENO *et al.*, 1997). É nesse contexto que se insere a presente pesquisa, produzindo informações para municiar as políticas e propostas de gestão pública da saúde mental.

A heterogeneidade entre as reformas na assistência conduzidas nos diversos países dificulta a comparação objetiva de estratégias (BECKER; KILIAN, 2006; DESVIAT, M., 2011; LIVINGSTON *et al.*, 2011). Nesse contexto, a necessidade de produzir dados relevantes para a avaliação das mudanças nos serviços de saúde mental brasileiros já foi apontada por outros autores (ABP, 2006; GENTIL, 2001) e constitui a essência do presente estudo.

Apesar de ter havido um crescimento populacional no Estado de Minas Gerais de 18.343.517 habitantes em 2002 para 19.728.252 em 2011 (DATASUS, 2012), houve uma diminuição importante no número de atendimentos realizados pelos hospitais psiquiátricos estaduais integrantes do SUS de Belo Horizonte nesse período. Essa evolução foi concomitante com a estruturação progressiva dos serviços de atendimento à saúde mental comunitários no Estado de Minas Gerais, ocorrida após a aprovação da Lei 10.261/2001. De fato, Minas Gerais contava com 0,26 CAPS/100.000 habitantes em 2002, chegando a 0,69 CAPS/100.000 habitantes em 2011 (BRASIL, 2012).

Durante o período analisado houve queda significativa nos atendimentos com permanência hospitalar inferior a quatro horas e entre quatro e 24 horas, que correspondem respectivamente aos atendimentos externos e observações clínicas realizados no âmbito hospitalar. Tais achados também estão de acordo com a expansão da rede comunitária de atendimento que possivelmente tem suprido uma demanda antes dirigida às urgências dos hospitais psiquiátricos.

Inversamente, ocorreu um aumento significativo do número de internações realizadas, com diminuição de sua duração mediana e manutenção da taxa de reinternação, apesar da constatação da redução do número de leitos nos hospitais estudados de 259 em

2002 para 253 leitos em 2011. Diante desse volume elevado de internações, pode-se hipotetizar que alguns casos, dada sua prevalência, natureza e gravidade, continuaram necessitando da assistência hospitalar, não obtendo resolutividade na rede de atendimento comunitária.

Com relação a esse aspecto, apesar dos dados institucionais demonstrarem o crescimento dos serviços substitutivos e a queda dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2012), outros estudos (BARROS *et al.*, 2010) já constataram o tímido crescimento dos serviços comunitários que possuem funcionamento 24 horas, bem como o daqueles voltados aos cuidados de populações específicas, como os CAPSi (destinados ao atendimento de crianças e adolescentes) e os CAPSad (destinados ao atendimento de pacientes portadores de transtornos secundários ao uso ou abuso de álcool ou outras drogas). Em 2011, existiam em todo território brasileiro somente 63 CAPS 24 horas, 149 CAPSi e 272 CAPSad (BRASIL, 2012).

A política nacional de saúde mental preconiza que as internações psiquiátricas hospitalares, quando necessárias, se realizem em hospitais gerais. Entretanto, analisando os números oficiais, até 2011, foram criados somente 3.910 leitos nesses hospitais em todo o país. Em MG foram criados, até 2011, 272 leitos em hospitais gerais. Por outro lado, existiam, em 2011, 17 hospitais psiquiátricos em todo o Estado com 2.242 leitos destinados ao SUS (BRASIL, 2012).

Com relação à morbidade prevalente, estudos descritivos realizados em hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS em outros Estados (RJ, BA e MS) foram consistentes ao encontrar uma maior prevalência de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes nos atendimentos (RABELO *et al.*, 2005; SILVA, *et al.*, 1999; SOUZA *et al.*, 2008).

Um dos achados mais marcantes do presente estudo é a tendência de inversão nas morbidades mais frequentes nesses hospitais, com os transtornos ligados a abuso e dependência de substâncias ultrapassando o número de atendimentos por transtornos psicóticos no ano de 2011. É improvável que esse fenômeno se associe diretamente a variações de prevalências na comunidade (CARLINI *et al.*, 2006). Ao contrário, é razoável supor que o fenômeno esteja associado à marcante diferença na efetividade dos tratamentos para as psicoses e para as dependências químicas e, também, à dificuldade de acesso aos tratamentos especializados para essas últimas.

Analisando detalhadamente a rede de atenção comunitária de Minas Gerais, nota-se uma desproporção nos serviços ofertados a pacientes dependentes químicos. Em 2011, Minas Gerais possuía somente 21 CAPSad, em contraste com 130 CAPS e 10 CAPS 24

horas destinados a pacientes portadores de transtorno mental que não seja causado pelo uso de álcool ou outras drogas.

Em Belo Horizonte, existem atualmente dois serviços destinados a usuários de álcool e outras drogas pelo SUS: um CAPSad municipal e o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), que segue as mesmas diretrizes de funcionamento de um CAPS, porém é administrado pela FHEMIG. No censo de 2010, o IBGE estimou a população residente de Belo Horizonte em 2.375.151 (DATASUS, 2012). Levando-se em consideração o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, cerca de 12,7% da população da região Sudeste preenche critérios para dependência de álcool, enquanto 2,7% dessa população é dependente de drogas ilícitas (CARLINI *et al.*, 2006). De acordo com essas estimativas têm-se 308.770 dependentes químicos em Belo Horizonte contando com somente dois serviços comunitários especializados, sendo que em nenhum deles o funcionamento é realizado nas 24 horas. Dessa forma pode-se hipotetizar que essa clientela demande atendimento nos hospitais psiquiátricos existentes, por carência de serviços comunitários especializados.

Os pacientes procedentes de Belo Horizonte constituíram a maior parte da clientela atendida durante todo o período. Apesar do crescimento populacional de 4,4% (DATASUS, 2013) apresentado entre 2002 e 2011 para a capital mineira, observou-se uma diminuição expressiva na proporção de atendimentos realizados a pacientes desse município ao longo do período analisado. Em contrapartida, houve um aumento proporcional dos atendimentos relativos à população da região metropolitana, mesmo quando as análises foram ajustadas levando em consideração o crescimento populacional de 8,6%, (DATASUS, 2013) apresentado no período para os municípios integrantes dessa região.

Essa queda apresentada nos atendimentos hospitalares realizados a pacientes provenientes da capital pode ser correlacionada temporalmente com a estruturação dos serviços de atendimento 24 horas em Belo Horizonte. Os CAPS desse município começaram a ser implantados em 1993, sendo que em 2002 o município contava com sete serviços em funcionamento. No que diz respeito ao atendimento das urgências/emergências psiquiátricas, o modelo adotado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde foi oferecer dois CAPS 24 horas, com seis leitos-noite em cada serviço. Em 2006, buscando uma melhor integração e construção de uma rede de atendimento às situações de crise, foi implantada a “hospitalidade noturna” em todos os sete CAPS e

criado o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), localizado na região central da cidade, com seis leitos e funcionando das 19 às sete horas (SOUZA, 2008).

O aumento relativo observado na proporção de pacientes provenientes dos outros municípios da região metropolitana está associado, paradoxalmente, à existência de uma rede de atenção extra-hospitalar com maior razão por habitante (BRANDÃO *et al.*, 2012). Uma possível explicação para esses achados pode estar relacionada a um acesso facilitado à rede hospitalar, tendo a estrutura extra-hospitalar como porta de entrada para os casos mais graves e difíceis de conter na comunidade.

A maior prevalência de homens nas internações psiquiátricas já foi relatada em outros trabalhos (GOMES *et al.*, 2002; RABELO *et al.*, 2005; SILVA, *et al.*, 1999; SOUZA, *et al.*, 2008) e foi consistente com os resultados deste estudo. Hipotetiza-se que os homens possam apresentar uma maior impulsividade e agressividade no curso dos transtornos psiquiátricos, o que justificaria um maior encaminhamento desses pacientes para o tratamento hospitalar.

As modificações introduzidas pelo movimento de reforma psiquiátrica no modo de trabalho com a saúde mental trazem importantes reflexões: (1) O fenômeno de desospitalização dos pacientes psiquiátricos ocorreu em diversos países, mesmo que de diferentes maneiras e meios. Essa população, previamente confinada em manicômios, agora vive entre a sociedade. (2) Gradualmente, tem-se aceitado que o tratamento psiquiátrico pode ser fornecido dentro da comunidade, ao invés de em grandes instituições. Essa nova abordagem traz a ideia de que os serviços comunitários podem responder às necessidades dos indivíduos de uma maneira diferente do que é feito no hospital psiquiátrico. (3) O início do tratamento psicofarmacológico trouxe importantes inovações. A introdução dos neurolépticos em 1952 possibilitou a continuidade do tratamento fora do âmbito hospitalar, além de atuar sobre os comportamentos dos doentes mentais que geralmente ocasionavam sua internação. (4) A difusão da consciência sanitária estimulou os pacientes, familiares, profissionais da área e políticos a exigirem melhores condições de vida e de cuidados para os pacientes psiquiátricos.

A dilatação da psiquiatria, com ampliação de seu campo para o círculo social, incentivou o redimensionamento do conhecimento e das práticas que cercam a loucura. Entretanto essa expansão inclui diversos desafios e contradições além de suas aspirações para uma transformação paradigmática. Essa reinvenção de teorias e práticas demanda uma avaliação crítica da nossa realidade de cuidados. Essa reflexão ultrapassa a desconstrução

de aparatos antigos e práticas relativas ao paciente e sua loucura, mas engloba a complementariedade ao contrário do absolutismo (PINHO; KANTORSKI, 2011).

Dessa forma, a manutenção do hospital psiquiátrico no circuito de atendimento da saúde mental nos leva à análise das dificuldades enfrentadas na efetivação da rede comunitária de saúde mental como substitutiva. No caso particular de Minas Gerais, espaço de inserção dos hospitais analisados, Silva (2010), em pesquisa qualitativa realizada nos CAPS de Belo Horizonte e Betim, questiona esse caráter substitutivo no funcionamento atual dos CAPS. Segundo esse autor, os CAPS encontram-se “psiquiatrizados e medicalizados. Na sequência, ambulatorizados, desvitalizados e carentes de uma reconfiguração” (SILVA, 2010, p. 205).

Ele ressalta que essa situação não se demonstrou determinada pelo psiquiatra, nem determinante por só esse, mas sim diluída no coletivo dos trabalhadores. Nesse estudo evidenciou-se que esse processo é complexo e constituinte do trabalho real e atual dos CAPS estudados, sendo que nas dinâmicas de trabalho cotidiano quem mais aponta para a reconfirmação do psiquiatra no lugar médico-central não é, exatamente, o psiquiatra, mas principalmente os trabalhadores e os processos de trabalho daí decorrentes. Através do estudo de caso realizado, ele infere que “talvez a questão esteja na inflexão de processos ideológicos mais acirrados, na desvalorização dos saberes investidos e na falta de diálogos entre gestores e trabalhadores sobre a atividade dentro de um projeto comum” (SILVA, 2010, p. 209).

Dessa forma, esse autor questiona se haveria uma contradição no processo da reforma psiquiátrica, uma distância entre o ideal prescrito e o real da prática clínica nos serviços substitutivos que levaria a uma reprodução de práticas criticadas pelo movimento reformista. Nesse sentido, ANAYA (2004), também em pesquisa qualitativa acerca dos CERSAMs de Belo Horizonte, pontua que esses serviços esforçam-se cotidianamente na busca de se tornarem substitutivos de fato. Contudo, tem-se deparado com diversos impasses tais como: dificuldades de articulação na rede de saúde mental do qual são referência, atendimento de demanda superior ao que deveriam atender, desvio da maioria dos trabalhadores para o plantão, reduzindo a flexibilização do trabalho em atividades criativas e não reprodutoras do modelo tradicional psiquiátrico de assistência, dentre outros.

A essas dificuldades pode-se acrescentar a centralização do modelo nos CAPS com pouco incentivo aos outros componentes da rede de cuidados; a insuficiência da criação de serviços com funcionamento 24 horas; as disparidades existentes no acesso da população

ao tratamento nas diversas regiões do Estado; a judicialização das internações; e a ausência de avaliações de custo-efetividade das reformas implantadas. Além dessas questões, observa-se a escassez de recursos comunitários para atendimento aos dependentes químicos que constituem, atualmente, a principal demanda de atendimento dos hospitais psiquiátricos estudados.

Souza (2008, p. 114), psiquiatra atuante na reforma psiquiátrica belo-horizontina, comenta que, no ano de 2003, quando a rede de Belo Horizonte se mostrava "relativamente exuberante", explicitaram-se dificuldades, impasses e contradições. O Encontro Nacional de CAPS III e o Congresso Nacional de CAPS foi oportunidade para explicitar que os serviços substitutivos ainda não estavam bem incorporados: não havia alterado o quadro de internações de agudos nos hospitais Galba Velloso e Raul Soares; os dois CERSAMs 24 horas não conseguiam constituir-se em referência de urgência, seus profissionais continuavam internando alguns de seus usuários ou recorrendo a pernoites nesses hospitais; nos CERSAMs, havia uso excessivo de medicação para supressão de sintomas; usuários e profissionais se queixavam dos deslocamentos que precisavam fazer entre CERSAM e hospitais; o trabalho de reinserção era precário, havia tutela de usuários e familiares, ambulatorização dos serviços, cronificação dos usuários, entre outros problemas. Era necessário repensar a Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte.

Após esse momento, conforme detalhado anteriormente, a rede de saúde substitutiva de Belo Horizonte se aprimorou com a implantação, em 2006, da hospitalidade noturna nos sete CERSAMs da cidade e com a criação do SUP, com seis leitos e serviço móvel integrados à rede municipal de saúde. Antes disso, as crises ocorridas no período noturno tinham como referência exclusiva os hospitais. Notamos, entretanto, que em 2011, período final deste estudo, os pacientes de Belo Horizonte ainda são os mais prevalentes no atendimento dos hospitais analisados. Esse dado fornece subsídios para futuras pesquisas qualitativas que possam analisar o motivo pelo qual, no momento atual, os pacientes pertencentes a áreas providas de CERSAMs continuarem buscando atendimento no hospital psiquiátrico.

Segundo PITTA (2011, p. 4580), manter o hospital psiquiátrico no imaginário coletivo como um abrigo seguro para as situações críticas constitui um extremo retrocesso no processo da reforma. Entretanto, ela questiona: como assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua, se a maioria dos serviços comunitários fecham as portas às cinco da tarde? “O que fazer quando a noite vem?”

Bezerra Júnior (2011) lembra ainda que, se no início do movimento da Reforma o tema da loucura e suas formas de exclusão eram o foco em torno do qual girava o questionamento da cultura manicomial e suas instituições, hoje o cenário é outro. Diagnósticos psiquiátricos perderam grande parte de seu peso estigmatizante, sendo cada vez mais exibidos na vida social. A banalização do consumo de medicamentos, o uso crescente do vocabulário psiquiátrico e a multiplicação de diagnósticos de transtornos menos graves, expressam a força do processo de medicalização da vida cotidiana atual, que é progressivamente inclusivo. Com o fim dos manicômios, e nessa nova cultura que estamos inseridos, a psiquiatria se volta cada vez mais para a gestão da vida usual, para além do tratamento da doença mental grave, ou controle da loucura. Assim, a reflexão em torno da Reforma precisa lidar com esse fenômeno.

Esse autor comenta também que, superada a fase de resistência e de proposições alternativas, o projeto reformista encontra-se numa encruzilhada: “ou aprofunda seu movimento - deixando claro seu horizonte ético e seu projeto de transformação social e subjetiva -, ou corre o risco de deixar-se atrair pela força quase irresistível da burocracia e da institucionalização conservadora.” (BEZERRA JR, 2007, p. 250)

A partir da proposição de uma diversificação dos CAPS, Barreto (2010) também sinaliza a necessidade de revisão dos caminhos assistenciais tomados pela política atual de saúde mental, sob a pena de um grande impasse e iminência de retrocesso. Para esse autor, os atuais CAPS não seriam os locais adequados para o manejo de todas as urgências psiquiátricas. Esses serviços estariam preparados para lidar com a maioria das urgências, mas não com todas elas. Em casos com grave agitação psicomotora ou agressividade, a contenção deve ser realizada em um espaço adequadamente equipado em sua estrutura física, com profissionais treinados, mobiliário adequado, redução de instrumentos passíveis de serem utilizados em auto ou heteroagressões. Em alguns casos, a própria inserção em um ambiente apropriado já pode trazer alívio. Entretanto, para esse autor, o hospital psiquiátrico não seria essa estrutura. Essa proposição também não teria a intenção de reproduzir a estrutura manicomial, nem de dar um atestado de fracasso da reforma psiquiátrica, mas sim, de sugerir a existência de um espaço fechado que estivesse em continuidade funcional com os espaços abertos dos CAPS, sendo que o paciente poderia transitar entre um espaço e outro. Dessa forma, deveria-se aproveitar os dispositivos médico-hospitalares em conjunto com a reforma deixando o interior em continuidade com o exterior (BARRETO, 2010).

As perspectivas da reforma psiquiátrica não devem se esgotar no combate ao hospital como local de tratamento. É necessário considerar a complexidade e o polimorfismo das experiências de sofrimento mental para que se possa fornecer redes de atendimento que contemplem as singularidades de cada sujeito/paciente/usuário nesse percurso.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração as diversas reformas vividas pela psiquiatria e as inúmeras funções já assumidas pelo hospital psiquiátrico, tentou-se empreender um recorte do perfil de atendimento dessas instituições em Belo Horizonte com o objetivo de vislumbrar seu papel no atual cenário da atenção psiquiátrica mineira.

Pôde-se observar uma alteração no perfil de atendimento realizado pelos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte de 2002 a 2011. Ocorreu redução dos atendimentos externos e observações, aumento do número de internações (embora de menor duração), redução relativa dos atendimentos de oriundos da própria capital e surgimento da predominância de diagnósticos ligados aos transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Não temos recursos, através da análise aqui realizada, para afirmar que as mudanças implementadas pela reforma psiquiátrica foram as responsáveis por essa modificação. Entretanto, podemos hipotetizar que a instituição de serviços comunitários para atendimento à saúde mental tenha retirado o hospital do foco da assistência à essa população.

Atualmente o hospital psiquiátrico não constitui a primeira e muito menos a única instância de tratamento, todavia constatou-se que essas instituições ainda fazem parte do circuito de atendimento da rede de saúde mental de Minas Gerais, principalmente no que se refere à internação breve dos pacientes. Dessa forma, deve-se considerar que, até o momento, pacientes com um perfil específico ainda utilizam a assistência hospitalar, ainda que de curta duração.

Esses fatos demonstram que a rede substitutiva ainda tem que amadurecer e, principalmente, não se estagnar. Além disso, abre um questionamento: sanadas as dificuldades ainda existentes na implementação de serviços comunitários de saúde mental, serão os hospitais psiquiátricos ainda necessários?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-YD, M.; LOBOSQUE, A.M. A cidade e a loucura - Entrelaces. In: CAMPOS, C. R. (Ed.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 243–264.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. **Proposta de Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**. Brasília: ABP, 2006.

ALVES, C. F. *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 85–96, Mar. 2009.

AMARANTE, P. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 3, n. 1/2, p. 8–16, Jan. 1992.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491–4, Jul/ Set. 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 117p.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG**. 2004. 156 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

BARRETO, F. P. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999. 241 p.

BARRETO, F. P. **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010. 333p.

BARROS, R. E. M. *et al.* Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, suppl. 2, p. S71–S77, Out. 2010.

BASAGLIA, F. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326 p.

BECKER, T.; KILIAN, R. Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? **Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum**, v.113, suppl. 429, p. 9–16, Feb. 2006.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. 332p.

BEZERRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243–250, 2007.

BEZERRA JR, B. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4598–4600, Dez. 2011.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456–468, Fev. 2008.

BRANDÃO, P. F. *et al.* **Avaliação epidemiológica e georeferenciada da assistência em saúde mental do Hospital Galba Velloso, 2002 a 2009**. In: Fórum Científico da FHEMIG, 3, 2012, Belo Horizonte, 2012.

BRASIL. 24.559. Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934. Diário Oficial da União, [s.l], 14 jul. 1934. Seção 1, p. 14254 1934.

BRASIL. 10.216. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 09 abril 2001. Seção 1, p. 2 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - DAPE. **Saúde mental no SUS : os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - DAPE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados - 7**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 10 Dez. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados - 10**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 21 Jun. 2012.

CARLINI, E. A. *et al* I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. **São Paulo: Cebrid/Unifesp**, 2006.

CAVALCANTI, M. T. Psychiatric Reform in Brazil: helping build and strengthen the Unified National Health System. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1962–1962, Set. 2008.

DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.

DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 Jan. 2013.

DESVIAT, M. International overview of psychiatric reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4615–4622, 2011.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166 p.

DSM-IV-TR. **DSM-IV-TR- Manual diagnóstico e estatístico transtornos mentais**. Tradução Cláudia Dornelles. 4a rev. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002. 880p.

FERRARI, I. F. Centro de Acolhimento da Crise: Hospital Galba Velloso e algumas de suas respostas aos desafios da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 517–536, Abr. 2010.

FERREIRA, G. Reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. **Psicanálise e Barroco-Rev Psicanal**, [s.l], v. 4, n. 1, p. 77–85, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução Teixeira Coelho. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. 551p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009. 295p.

FREITAS, F. F. P. DE. The History of the Psychiatry not told by Foucault. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 75–91, Abr. 2004.

GENTIL, V. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1–2, 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961. 315p.

GOMES, M. P. C. *et al.* Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803–1807, Dez. 2002.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 1, n. 1, p. 01–19, Jun. 2006.

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

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 112–120, Jan/Abr. 2010.

GUERRA, A. M.; SOUZA, P. V. Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. **Análisis y construcciones teóricas en Psicología**, n.5, Fev. 2006.

HENRY EY; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de Psiquiatria**. 2.ed. rev. São Paulo: Editora Masson, 1978. 1257p.

LIVINGSTON, J. D.; NICHOLLS, T.; BRINK, J. The Impact of Realigning a Tertiary Psychiatric Hospital in British Columbia on Other Institutional Sectors. **Psychiatric Services**, Washington, v. 62, n. 2, p. 200–205, Feb. 2011.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento : por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 197 p.

LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ALAMO, C.; CUENCA, E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. **Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatria**, [s.l], v. 2, n. 1, p. 77–107, 2002.

MAGRO FILHO, J. B. **A tradição da loucura: Minas Gerais, 1870/1964**. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 1992. 159 p.

MASCARENHAS, M. E. Do Hospital à rede, um projeto em construção. **O Risco**, [s.l], v. 7, n. 17, p. 4–6, 2003.

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental. Saúde em casa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006.

MORETZSOHN, J. A. **História da Psiquiatria Mineira**. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 1989. 206 p.

OLIVEIRA, W. V. DE. The making of madness: counterculture and anti-psychiatry. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141–154, Mar. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, Maio 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saude Mental: nova concepção, nova esperança**. p. 1 a 150, Out 2001.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067–2076, Jul. 2011.

PASSOS, I.; BEATO, M. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da história da loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psyché**, São Paulo, v.7, n. 12, p. 137–158, Dez. 2003.

PASSOS, I.C.F. Les défis de la desinstitutionalisation en psychiatrie: l'exemple d'un secteur. **Revue Internationale de Psychosociologie**, [s.l], v. 10, n. 22, p. 64–75, 2004.

PASSOS, I. C. F. **REFORMA PSIQUIÁTRICA: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 243p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PBH. **Relatório de Gestão 2011**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

PINHO, L. B. DE; KANTORSKI, L. P. Psychiatric care in the Brazilian context. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2107–2114, Abr. 2011.

PITTA, A. M. F. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, p. 4579–4589, Dez. 2011.

RABELO, A. R.; CARDOSO, E.; MELO, A. Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do Sistema Único de Saúde do estado da Bahia. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 43–56, Jun. 2005.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitutionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução Claudia Oliveira Dornelles. 9. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.

SANTOS, D. L. S. Da Psiquiatria Alienista ao Tratamento com Psicofármacos: Hospital Galba Velloso (1962-1970). In: Encontro regional da Associação Nacional de História Seção Minas Gerais (ANPUH MG), 18, 2012, Mariana. Disponível em: <http://www.encontro2012.mg.anpuh.org/resources/anais/24/1340763576_ARQUIVO_TextoANPUH.pdf> Acesso em: 10/01/2013

SILVA, D.P.; GOULART, M.S.B. A Reforma Psiquiátrica mineira e Cezar Rodrigues Campos: uma história a ser desvelada. In: 16º ENCONTRO NACIONAL ABRAPSO, 2011, Recife. Disponível em: <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=2554>. Acesso em 08/07/2013

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental : guia básico para atenção primária**. São Paulo: HUCITEC, 1997. 83p.

SILVA, E. R. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...**, 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas: Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

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

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

SILVEIRA, R. D. **Projeto Lopes Rodrigues: Continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)**. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; MAGNA, L. A. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 112–116, 2008.

SOUZA, P. J. C. **Resposta à Crise: A experiência de Belo Horizonte. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde - Coordenação de Saúde Mental, 2008. p. 111–129.

TENÓRIO, F. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25–59, Abr. 2002.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70–79, 2008.

VOLPE, F. M. *et al.* **Avaliação quantitativa e qualitativa da assistência em saúde mental do Hospital Galba Velloso no período de 2001 a 2009**. Belo Horizonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Galba Velloso - FHEMIG, 2011

VOLPE, F. M. *et al* Clinical and demographical profile of patients admitted to a psychiatric emergency service of Belo Horizonte, Brazil, 2002-2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 203–209, 2010.

ANEXO I - PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS DECORRENTES DESTE ESTUDO

1. Resumos publicados em anais de eventos

1.1. **Coelho, V.A.A;** Lages, CS; Cunha, CF; Mol, MS; Brandão, P.F; Silva, E.M; Volpe, F.M. Análise descritiva das hipóteses diagnósticas dos pacientes atendidos na emergência do Instituto Raul Soares, 2002 a 2011. In: 3º Fórum Científico da FHEMIG, 2012, Belo Horizonte. Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Folium, 2012. v.22 S2

1.2. **Coelho, V.A.A;** Lages, CS; Cunha, CF; Mol, MS; Brandão, P.F; Silva, E.M; Volpe, F.M. Descrição do perfil de pacientes atendidos no Instituto Raul Soares no setor de emergência psiquiátrica no período de 2002 a 2011 quanto às variáveis sexo e idade. In: 3º Fórum Científico da FHEMIG, 2012, Belo Horizonte. Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Folium, 2012. v.22 S2

1.3. **Coelho, V.A.A;** Lages, CS; Cunha, CF; Mol, MS; Brandão, P.F; Silva, E.M; Volpe, F.M. Análise descritiva dos tipos de atendimentos realizados no Instituto Raul Soares segundo o tempo de permanência. In: 3º Fórum Científico da FHEMIG, 2012, Belo Horizonte. Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Folium, 2012. v.22 S2

1.4. **Coelho, V.A.A;** Lages, CS; Cunha, CF; Mol, MS; Brandão, P.F; Silva, E.M; Volpe, F.M. Procedência da clientela atendida no serviço de emergência psiquiátrica do Instituto Raul Soares nos anos de 2002 a 2011. In: 3º Fórum Científico da FHEMIG, 2012, Belo Horizonte. Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Folium, 2012. v.22 S2

2. Artigo original para publicação em periódico indexado

Manuscrito em anexo.

Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, no contexto da reforma da assistência à saúde mental

Profile changes of public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, in the context of mental health reform

Cambios de perfil de los hospitales psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, en el contexto de la reforma de la salud mental

Vívian Andrade Araújo Coelho

Fernando Madalena Volpe

Sabrina Stephanie Lana Diniz

Eliane Mussel da Silva

Cristiane de Freitas Cunha

INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde e doença mental são polissêmicos e adquirem em cada cultura e em cada época uma caracterização. De acordo com essas concepções, são delineadas maneiras variadas para lidar com o problema, ultrapassando os aspectos técnicos, dentro de um contexto social, político e econômico ¹.

A atuação de Philippe Pinel, no final do século XVIII, é tida como um marco para a assimilação da loucura como doença mental na sociedade ocidental ². Criando o conceito de alienação mental, ele definia a loucura como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Nessa concepção, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações. Assim para modificar o estado mental seria necessário retirar o alienado de suas percepções habituais ³. A partir dessa teorização, Pinel concebia o isolamento como necessário para reconduzir o alienado à razão com auxílio da instituição de tratamento ⁴.

Apesar de diversas críticas e teorias contrárias às de Pinel não tardarem a aparecer, o hospital se manteve como a instituição preconizada para o tratamento dos doentes mentais até meados do século XX. Essas circunstâncias delinearam para o hospital psiquiátrico uma função médica, terapêutica e uma função social, que se constituía como um ideal de proteção da sociedade perante um grupo que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não era aceita pela maioria ⁵.

Após a Segunda Guerra Mundial, as contestações, diante das denúncias de maus tratos e desumanidade nos hospitais psiquiátricos, vão crescer e impor mudanças ou reformas no asilo e na estrutura do tratamento psiquiátrico ⁶. A instituição asilar, que a princípio era uma instituição de cura, passou a ser vista como responsável pelos altos índices de cronificação. Dessa forma deveria urgentemente ser reformada, pois havia se afastado de sua finalidade ⁷. A necessidade de crescimento econômico e de reconstrução social no pós-guerra, a descoberta dos psicotrópicos e a adoção da saúde pública nas instituições psiquiátricas somaram-se como elementos instigantes dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo ⁵.

Diversas experiências de transformação do hospital psiquiátrico foram implementadas, principalmente a partir de 1940. Essas podem ser divididas de acordo com seus propósitos: a Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria modificar a instituição; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, assumiam a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento; já a

Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana, dirigiam os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas assistenciais ⁶.

A reforma psiquiátrica brasileira representa uma proposta de reformulação das formas de lidar com a doença mental no Brasil. Reflexo de movimentos similares ocorridos em outros países e contemporâneo da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁶, esse projeto propôs a reestruturação da assistência à saúde mental no país ⁸.

Esse movimento, ainda em curso, constitui um processo político e social complexo iniciado na década de 1970, época em que a institucionalização era o modelo básico de tratamento no país ⁹. A proposta de modificação do modelo de assistência teve como inspiração as reformas ocorridas na Europa e, em especial, o modelo italiano que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços substitutivos de atenção comunitária à saúde mental ¹⁰. Assim, não se tratava de aperfeiçoar as instituições tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas sim de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de assistência. Dessa forma, o intuito da reforma brasileira é substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial.

Como consequência desses diversos acontecimentos, iniciou-se um processo de revisão da legislação vigente. Em 6 de abril de 2001, o Congresso Nacional aprovou a lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ¹². Em Minas Gerais, as leis estaduais nº 11.802, de 1995 e nº 12.684 de 1997 já preconizavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços abertos e regionalizados ¹³, constituindo uma proposta ainda mais incisiva de desospitalização.

Apesar das melhorias alcançadas com a instituição de serviços comunitários de atenção à saúde mental, que priorizam a manutenção do usuário em seu contexto relacional e evitam internações desnecessárias, a implantação dessa proposta de reforma na prática não se dá sem percalços. Diversos aspectos práticos da reforma têm sido alvo de críticas, incluindo: a centralização do modelo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em detrimento de outras instâncias; a insuficiência da criação de serviços com funcionamento diuturno; a iniquidade de acesso nas diversas regiões do País; a judicialização das internações; e a escassez de avaliações de custo-efetividade das reformas implantadas ¹⁴.

No Estado de Minas Gerais é possível perceber vastos efeitos na mudança da prática assistencial. Segundo dados da Secretaria do Estado, no início da década de 90,

existiam 36 hospitais psiquiátricos perfazendo um total de 8.087 leitos no estado. Já em meados de 2011 esse número era de 2.242 leitos distribuídos em 17 hospitais. Por outro lado, o número de serviços comunitários implementados a partir da década de 90 chegou a 173 CAPS; 272 leitos em Hospitais Gerais; cerca de 300 equipes de Saúde Mental no PSF; 12 Centros de Convivência e 77 Serviços Residenciais Terapêuticos em dezembro de 2010^{15,16}.

Belo Horizonte conta atualmente com dois hospitais psiquiátricos públicos para o atendimento de pacientes adultos em situação de crise: o Instituto Raul Soares (IRS), atualmente com 108 leitos, e o Hospital Galba Velloso (HGV), com 145 leitos operacionais. Esses hospitais constituem os únicos leitos disponíveis pelo SUS na cidade já que, desde 2002, Belo Horizonte não conta mais com hospitais psiquiátricos privados conveniados com a rede pública para novas internações^{17,18}.

Para compreender mais detalhadamente o papel atual dessas instituições no contexto da reforma da assistência, este estudo visa descrever a evolução temporal dos atendimentos realizados nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte de 2002 a 2011, explorando mudanças nas características dos atendimentos e no perfil dos pacientes atendidos no período subsequente à sua implantação nacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, de séries temporais.

Local do Estudo

O estudo foi realizado nos hospitais psiquiátricos Hospital Galba Velloso (HGV) e Instituto Raul Soares (IRS) ambos localizados na cidade de Belo Horizonte (MG) e pertencentes a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Estas duas instituições englobam todos os leitos em hospitais psiquiátricos disponíveis pelo SUS em Belo Horizonte para atendimento aos pacientes acima de 18 anos provenientes de todo o Estado de Minas Gerais.

Amostra

Foram utilizados os registros informatizados dos atendimentos realizados nos setores da emergência (consultas e observação) e nas alas de internação, disponíveis integralmente no período de 2002 a 2011 em forma de planilha eletrônica. Como rotina administrativa desses hospitais as informações são cadastradas na chegada do paciente à

instituição e são concluídos todos os campos quando de sua alta pelo funcionário do Serviço de Prontuários do Paciente (SPP) a partir dos dados do prontuário, como do sumário de alta e encaminhamento médico.

Os registros incluem as seguintes variáveis: nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, idade à admissão, sexo, endereço completo, diagnóstico principal e secundário pela CID-10, data e hora da admissão, data e hora da alta e encaminhamento do caso.

Variáveis do estudo

Foram coletados os dados relativos às características sociodemográficas da população atendida na urgência destes serviços (sexo, idade, procedência/local de residência) bem como o número de atendimentos realizados, número de pacientes atendidos, hipótese diagnóstica (diagnóstico registrado à alta) e tipo de atendimento de acordo com o tempo de permanência do paciente na instituição. Ainda quanto ao tipo de atendimento, os dados foram classificados como **atendimento externo** quando a permanência hospitalar foi menor que 4 horas; **observação** quando essa permanência foi de 4 a 24 horas e **internação** quando a permanência na instituição ultrapassou 24 horas. Para análise das reinternações, foram considerados os registros nos quais o paciente foi reinternado em até 365 dias da internação precedente, categorizando readmissão ocorrida em curto prazo (<7 dias da admissão precedente), médio prazo (7-30 dias da admissão precedente) e tardia (31-365 dias da admissão precedente). As hipóteses diagnósticas levantadas foram codificadas, para fins de registro estatístico, de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No presente trabalho, foi utilizado apenas o diagnóstico primário, por considerar que esse seria o principal motivo associado com a visita ao hospital.

Análise estatística

Para a análise descritiva dos atendimentos e das internações realizadas, foram computadas proporções para as variáveis categóricas e médias e respectivos desvios-padrão para as contínuas. Em todos os casos, o alfa foi estabelecido em 5%, bicaudado. Para a comparação das proporções por sexo dos atendimentos em 2002 e 2011 foi utilizado o teste de qui-quadrado para heterogeneidade. As análises de tendência foram realizadas mediante regressões lineares simples (e quadráticas, quando significativas), em que a variável resposta era o número anual de atendimentos ou internações (totais e por tipo) ou

a proporção de atendimentos/internações por diagnóstico ou procedência e a variável preditora era o ano. A comparação das medianas anuais do tempo de internação foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (COEP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

RESULTADOS

Atendimentos efetuados no período

Idade e Sexo

Houve um ligeiro aumento na proporção de atendimentos a pacientes do sexo masculino entre 2002 e 2011, de 57,3% para 59,6% ($p=0,026$). A idade dos pacientes atendidos apresentou uma média de 37,9 anos em 2002 com um crescimento linear no período de 0,15 anos de idade a cada ano ($R^2=0,1\%$; $p<0,001$).

Número total de atendimentos por ano

Em 2002, o número total de atendimentos na emergência destes hospitais foi de 18.114, caindo para 12.618 em 2011. Observou-se redução linear do número total atendimentos neste período, estatisticamente significativa, de 542 atendimentos por ano (média anual = 16.015; $R^2=86,3\%$; $p<0,001$).

Tipo de atendimento

O número de atendimentos realizados na urgência dos dois hospitais estudados, em todo o período pesquisado, foi de 160.437 atendimentos, correspondendo a uma média de 1.337 atendimentos mensais.

Em relação ao tipo de atendimento realizado segundo o tempo de permanência hospitalar (Figura 1) observou-se redução linear significativa no número de atendimentos externos de 525 atendimentos ao ano (média anual = 9.474; $R^2=90,5\%$; $p<0,001$) e no número de observações clínicas foi encontrada uma redução linear também significativa de 101 ao ano (média anual = 2.276; $R^2=65,3\%$; $p=0,008$). No entanto, houve um aumento linear das internações realizadas no período, de 83,8 ao ano (média anual = 4.265; $R^2=46,7\%$; $p=0,018$).

Figura 1: Número de atendimentos por tempo de permanência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

Procedência

Dos 160.437 atendimentos de 2002 a 2011, 54,1% foram procedentes de Belo Horizonte, 34,8%, da região metropolitana, 10,9%, oriundos de outras cidades do Estado de Minas Gerais e 0,2%, de outros Estados.

Houve uma redução estatisticamente significativa na proporção de atendimentos a procedentes da capital no ritmo de 1,0% ao ano ($R^2=83,2\%$; $p<0,001$). Simultaneamente observou-se um aumento significativo de 0,9% ao ano ($R^2=81,5\%$; $p<0,001$) dos procedentes das outras cidades da região metropolitana de Belo Horizonte. Não houve variação estatisticamente significativa na proporção de atendimentos a pacientes procedentes de outros municípios ou estados.

Figura 2: Proporções de atendimentos por procedência, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

Diagnósticos

Dos 160.437 atendimentos realizados em todo o período 31,2% tinham o diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes (F20-F29); 23,5% correspondiam a Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Álcool/Substâncias Psicoativas (F10-F19); 17,7%, Transtornos do humor (F30-F39); 10,1% Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes (F40-F49), e 5,9% não tinham hipótese diagnóstica registrada.

Entre 2002 e 2011, a proporção de atendimentos nos quais o motivo da procura ao hospital foi enquadrado dentro das categorias diagnósticas F20-F29 apresentou redução linear significativa de 0,8% a cada ano (média anual = 4.993; $R^2= 87,1\%$; $p< 0,001$). A proporção de atendimentos relativos às categorias diagnósticas F10-F19 (média anual: 2.835) apresentou uma variação quadrática, com redução até 2006 e aumento acentuado de 2007 em diante ($R^2=86,2\%$; $p=0,001$). Atendimentos por Transtornos do Humor (F30-F39) apresentaram um ligeiro aumento percentual de 2,4% no período ($p=0,048$) e os

ligados a F40-F49 não tiveram alteração significativa. Podemos observar que em 2011 houve uma inversão na categoria diagnóstica mais prevalente nos atendimentos que deixou de ser F20-29 e passou a ser F10-19.

Figura 3: Proporções de atendimentos por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

Internações realizadas no período

Idade e Sexo

A proporção de internações de pacientes do sexo masculino entre 2002 e 2011 aumentou de 59,8% para 66,3% ($p < 0,001$). A idade dos pacientes atendidos apresentou uma média de 37,2 anos em 2002, com um crescimento linear no período de 0,12 anos de idade a cada ano ($R^2 = 0,1\%$; $p < 0,001$).

Procedência

Houve uma redução estatisticamente significativa na proporção de internações de procedentes da capital no ritmo de 0,6% ao ano ($R^2 = 55,4\%$; $p = 0,008$). Simultaneamente observou-se um aumento significativo de 1,0% ao ano ($R^2 = 78,5\%$; $p < 0,001$) dos procedentes das outras cidades da região metropolitana de Belo Horizonte. Houve também uma redução de 0,5% ao ano ($R^2 = 62,6\%$; $p = 0,004$) nas internações referentes a pacientes do interior de Minas Gerais entre 2002 e 2011. Não houve variação estatisticamente significativa na proporção de internações de pacientes procedentes de outros estados.

Diagnósticos

Analisando especificamente as 42.598 internações ocorridas no período, 44,2% foram diagnosticadas como F20-29; 26,5% como F10-F19; 17,8% como F30-F39 e 2,8% como F40-49. Outras categorias diagnósticas foram responsáveis por 8,7% dos diagnósticos de alta registrados e 0,1% dos registros não continham diagnóstico registrado.

Entre 2002 e 2011, a proporção de internações com diagnósticos enquadrados dentro das categorias diagnósticas F20-F29 apresentou redução linear significativa de 1,7% a cada ano ($R^2 = 93,0\%$; $p < 0,001$). A proporção de internações relativas às categorias diagnósticas F10-F19 apresentou um aumento linear de 2,0% ao ano ($R^2 = 92,1\%$; $p < 0,001$).

Não houve variação estatisticamente significativa na proporção de pacientes internados por outras categorias diagnósticas.

Figura 4: Proporções de internações por categorias diagnósticas (CID-10), Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, 2002 a 2011.

Tempo de internação

No período estudado houve mudanças significativas ($p < 0,001$) nos tempos de internação medianos, passando de 12 dias em 2002 a 8 dias após 2008, mantendo-se assim estável até 2011.

Reinternações

A taxa de reinternação nos hospitais estudados, de 2002 a 2011, foi estimada em 24,6%. Dessas reinternações, 5,3% ocorreram em até sete dias da alta anterior; 14,6% entre 8 e 30 dias e 80,1% constituíram readmissões entre 31 e 365 dias. Não houve diferença estatística significativa nessas taxas entre 2002 e 2011.

DISCUSSÃO

A efervescência das últimas décadas, representada pelos debates e efetivas transformações no âmbito da saúde mental no Brasil, vem ocorrendo com limitado acompanhamento epidemiológico¹⁹. Não obstante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a melhoria da saúde mental supõe investimento na produção de dados concretos sobre os serviços e recursos existentes de modo que se possa definir uma estratégia de avaliação contínua de toda atividade nova²⁰. É nesse contexto que se insere a presente pesquisa, produzindo informações relevantes para nortear as políticas e propostas de gestão pública da saúde mental.

A heterogeneidade entre as reformas na assistência conduzidas nos diversos países dificulta a comparação objetiva de estratégias²¹⁻²³. Nesse contexto, a necessidade de produzir dados para a avaliação das mudanças nos serviços de saúde mental brasileiros já foi apontada por outros autores^{14,24} e constitui a essência do presente artigo.

A maior prevalência de homens nas internações psiquiátricas já foi relatada em outros trabalhos^{26-28,33} e foi consistente com os resultados deste estudo. Hipotetiza-se que

os homens possam apresentar uma maior impulsividade e agressividade no curso dos transtornos psiquiátricos, o que justificaria um maior encaminhamento desses pacientes para o tratamento hospitalar.

Apesar de ter havido um crescimento populacional no estado de Minas Gerais de 18.343.517 habitantes em 2002 para 19.728.252 em 2011 ²⁵ houve uma diminuição importante no número de atendimentos realizados pelos hospitais psiquiátricos estaduais integrantes do SUS de Belo Horizonte/MG nesse período. Essa evolução foi concomitante com a estruturação progressiva dos serviços de atendimento a saúde mental comunitários no estado de Minas Gerais, ocorridas após a aprovação da lei 10.261 em 2001. De fato, Minas Gerais contava com 0,26 CAPS/100.000 habitantes em 2002 chegando a 0,69 CAPS/100.000 habitantes em 2011 ¹⁵.

Durante o período analisado houve queda significativa nos atendimentos com permanência hospitalar inferior a 4 horas e entre 4 e 24 horas que correspondem respectivamente aos atendimentos externos e observações clínicas realizados no âmbito hospitalar. Tais achados também estão de acordo com a expansão da rede comunitária de atendimento que possivelmente tem suprido uma demanda que antes se dirigia às urgências dos hospitais psiquiátricos.

Inversamente ocorreu um aumento significativo do número de internações realizadas, com diminuição de sua duração mediana e manutenção da taxa de reinternação, apesar da constatação da redução do número de leitos nos hospitais estudados de 259 em 2002 para 253 leitos em 2011. Diante desse volume elevado de internações, pode-se hipotetizar que alguns casos, dada sua complexidade, natureza e gravidade, continuaram necessitando da assistência hospitalar, mesmo que de curta duração.

Com relação a esse aspecto, apesar dos dados institucionais demonstrarem o crescimento dos serviços substitutivos e a queda nos leitos psiquiátricos ¹⁵, outros estudos ^{26, 36-41} já constataram o tímido crescimento dos serviços comunitários que possuem funcionamento 24 horas, bem como o daqueles voltados aos cuidados de populações específicas, como os CAPSi (destinados ao atendimento de crianças e adolescentes) e os CAPSad (destinados ao atendimento de pacientes portadores de transtornos secundários ao uso ou abuso de álcool ou outras drogas). Em 2011, do total de 1742 CAPS, existiam em todo território brasileiro somente 63 CAPS 24 horas, 149 CAPSi e 272 CAPSad ¹⁵.

A política nacional de saúde mental preconiza que as internações psiquiátricas hospitalares, quando necessárias, se realizem em hospitais gerais. Entretanto, analisando os números oficiais, até 2011, foram criados somente 3.910 leitos nesses hospitais em todo o

país. Em MG foram criados, até 2011, 272 leitos em hospitais gerais. Por outro lado, existiam, em 2011, 17 hospitais psiquiátricos em todo o estado com 2.242 leitos destinados ao SUS¹⁵.

Com relação à morbidade prevalente, estudos descritivos realizados em hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS em outros estados (RJ, BA e MS) foram consistentes ao encontrar uma maior prevalência de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes nos atendimentos²⁷⁻²⁹.

Um dos achados mais marcantes do presente estudo é a tendência de inversão nas morbidades mais frequentes nesses hospitais, com os transtornos ligados a abuso e dependência de substâncias ultrapassando o número de atendimentos por transtornos psicóticos no ano de 2011. É improvável que este fenômeno se associe diretamente a variações de prevalências na comunidade³⁰. Ao contrário, é razoável supor que o fenômeno esteja associado com a marcante diferença na efetividade dos tratamentos para as psicoses e para as dependências e, também, à dificuldade de acesso aos tratamentos especializados para essas últimas.

Analisando detalhadamente a rede de atenção comunitária de Minas Gerais notamos uma desproporção nos serviços ofertados a pacientes dependentes químicos. Em 2011, Minas Gerais possuía somente 21 CAPS destinados a estes pacientes (CAPSad), em contraste com 130 CAPS e 10 CAPS 24 horas destinados a pacientes portadores de transtorno mental que não sejam causados pelo uso de álcool ou outras drogas.

Em Belo Horizonte, existiam, em 2011, dois serviços destinados a usuários de álcool e outras drogas pelo SUS: um CAPSad municipal e o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), que segue as mesmas diretrizes de funcionamento de um CAPS, porém é administrado pela FHEMIG. No censo de 2010, o IBGE estimou a população residente de Belo Horizonte em 2.375.151²⁵, levando-se em consideração o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 12,7% da população da região Sudeste preenche critérios para dependência de álcool enquanto 2,7% desta população é dependente de drogas ilícitas³⁰. De acordo com essas estimativas, haveria 308.770 dependentes químicos em Belo Horizonte contando com somente dois serviços comunitários especializados, sendo que em nenhum deles o funcionamento era realizado nas 24 horas. Desta forma pode-se hipotetizar que esta clientela demande atendimento nos hospitais psiquiátricos existentes, por carência de serviços comunitários especializados. Esse resultado ainda pode indicar não só uma maior fragilidade da rede de

saúde mental em relação aos usuários de álcool e drogas, mas também refletir a dificuldade em se criar leitos para esses pacientes em hospitais gerais.

Os pacientes procedentes de Belo Horizonte constituíram a maior parte da clientela atendida durante todo o período. Apesar do crescimento populacional de 4,4% ³¹ apresentado entre 2002 e 2011 para a capital mineira, observou-se uma diminuição expressiva na proporção de atendimentos realizados a pacientes deste município ao longo do período analisado. Em contrapartida, houve um aumento proporcional dos atendimentos relativos à população da região metropolitana mesmo quando as análises foram ajustadas levando em consideração o crescimento populacional de 8,6% ³¹ apresentado no período para os municípios integrantes dessa região.

Essa queda apresentada nos atendimentos hospitalares realizados a pacientes provenientes da capital pode ser correlacionada temporalmente com a estruturação dos serviços com atendimento 24 horas em Belo Horizonte. Os CAPS desse município começaram a ser implantados em 1993, sendo que em 2002 o município contava com sete serviços em funcionamento. No que diz respeito ao atendimento das urgências/emergências psiquiátricas, o modelo adotado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde foi oferecer dois CAPS 24 horas, com 6 leitos-noite em cada serviço. Em 2006, buscando uma melhor integração e construção de uma rede de atendimento às situações de crise, foi implantada a “Hospitalidade Noturna” em todos os sete CAPS e criado o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), localizado na região central da cidade, com seis leitos e funcionando das 19 às 7 horas ¹³.

O aumento relativo observado na proporção de pacientes provenientes dos outros municípios da região metropolitana está associada, paradoxalmente, à existência de uma rede de atenção extra-hospitalar com maior razão por habitante ³². Apesar dessa aparente contradição, deve-se considerar que a implantação de serviços comunitários por si só não abrange a complexidade que a atenção em saúde mental requer. Outros fatores que não foram diretamente analisados neste trabalho merecem ser estudados em estudos posteriores para melhor esclarecimento desse ponto como, por exemplo, o modo de funcionamento dos CAPS em municípios de pequeno e médio porte, fatores sócio-econômicos inerentes às regiões metropolitanas e as particularidades de cada rede analisada.

As modificações introduzidas pelo movimento de reforma psiquiátrica no modo de trabalho com a saúde mental trazem importantes reflexões. O fenômeno de desospitalização dos pacientes psiquiátricos ocorreu em diversos países, mesmo que de diferentes maneiras e meios. Essa população, previamente confinada em manicômios,

agora vive entre a sociedade. Gradualmente, tem-se aceitado que o tratamento psiquiátrico pode ser fornecido dentro da comunidade, ao invés de em grandes instituições. Essa nova abordagem traz a ideia de que os serviços comunitários podem responder às necessidades dos indivíduos de uma maneira diferente do que é feito no hospital psiquiátrico. O início do tratamento psicofarmacológico trouxe importantes inovações: a introdução dos neurolépticos em 1952 possibilitou a continuidade do tratamento fora do âmbito hospitalar, além de atuar sobre os comportamentos dos doentes mentais que geralmente ocasionavam sua internação. A difusão da consciência sanitária estimulou os pacientes, familiares, profissionais da área e políticos a exigirem melhores condições de vida e de cuidados para os pacientes psiquiátricos³⁵.

A dilatação da psiquiatria, com ampliação de seu campo para o círculo social, incentivou o redimensionamento do conhecimento e das práticas que cercam a loucura. Entretanto essa expansão inclui diversos desafios e contradições além de suas aspirações para uma transformação paradigmática. Essa reinvenção de teorias e práticas demanda uma avaliação crítica da nossa realidade de cuidados que ultrapassa a desconstrução de aparatos antigos e práticas relativas ao paciente e sua loucura, mas engloba a complementariedade ao contrário do absolutismo³⁵.

Dessa forma, a manutenção do hospital psiquiátrico no circuito de atendimento da saúde mental nos leva à análise das dificuldades enfrentadas na efetivação da rede comunitária de saúde mental como substitutiva de fato.

No caso particular de Belo Horizonte, alguns estudos analisaram esses aspectos. Silva⁴³ em pesquisa qualitativa realizada nos CAPS de Belo Horizonte e Betim, questiona esse caráter substitutivo no funcionamento atual dos CAPS. Segundo esse trabalho, os CAPS encontram-se “psiquiatrizados e medicalizados. Na sequência, ambulatorizados, desvitalizados e carentes de uma reconfiguração”. Através do estudo de caso realizado, ele infere que “talvez a questão esteja na inflexão de processos ideológicos mais acirrados, na desvalorização dos saberes investidos e na falta de diálogos entre gestores e trabalhadores sobre a atividade dentro de um projeto comum”.

Dessa forma, esse estudo questiona se haveria uma contradição no processo da reforma psiquiátrica, uma distância entre o ideal prescrito e o real da prática clínica nos serviços substitutivos que levaria a uma reprodução de práticas criticadas pelo movimento reformista. Nesse sentido, ANAYA⁴⁴, também em pesquisa acerca dos CAPS de Belo Horizonte, pontua que esses serviços esforçam-se cotidianamente na busca de se tornarem substitutivos de fato. Contudo, tem-se deparado com diversos impasses tais como:

dificuldades de articulação na rede de saúde mental do qual são referência, atendimento de demanda superior ao que deveriam atender, desvio da maioria dos trabalhadores para o plantão, reduzindo a flexibilização do trabalho em atividades criativas e não reprodutoras do modelo tradicional psiquiátrico de assistência, dentre outros.

Além desses pontos, outros autores ³⁶⁻⁴¹ sinalizam dificuldades atuais para a implementação da rede substitutiva: a centralização do modelo nos CAPS com pouco incentivo aos outros componentes da rede de cuidados; as dificuldades para inserção da atenção básica na rede de cuidados em saúde mental; a insuficiência da criação de serviços com funcionamento 24 horas; as disparidades existentes no acesso da população ao tratamento nas diversas regiões do Estado; a judicialização das internações e a necessidade de avaliação contínua do modelo de assistência. Além dessas questões, observa-se a escassez de recursos comunitários para atendimento aos dependentes químicos que constituem, atualmente, a principal demanda de atendimento dos hospitais psiquiátricos estudados.

De fato, apesar do crescente aprimoramento apresentado pela rede de saúde substitutiva de Belo Horizonte, notamos, que em 2011, período final deste estudo, os pacientes dessa capital ainda são os mais prevalentes no atendimento dos hospitais analisados. Esse dado fornece subsídios para futuras pesquisas que possam analisar o motivo pelo qual, no momento atual, os pacientes pertencentes a áreas providas de CAPS continuarem buscando atendimento no hospital psiquiátrico.

Apesar da ideia corrente de que manter o hospital psiquiátrico no imaginário coletivo, como um abrigo seguro para as situações críticas, constituiria um retrocesso no processo da reforma psiquiátrica ³⁷, deve-se considerar que inexistente sistema de saúde mental que possa funcionar sem garantia de atendimento à crise.³⁶ A redução de leitos em hospitais psiquiátricos deve ser acompanhada da implantação de uma rede comunitária que atenda às necessidades dos usuários. Quanto mais abrangente e eficiente for este sistema menor a necessidade de admissão hospitalar.³⁹

CONCLUSÃO:

Pôde-se observar uma alteração no perfil de atendimento realizado pelos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte de 2002 a 2011. Ocorreu redução dos atendimentos externos, aumento do número de internações (embora de menor duração),

redução relativa dos atendimentos de oriundos da própria capital, e surgimento de predominância de diagnósticos de transtornos ligados ao uso de álcool e drogas.

Devido a natureza descritiva do presente estudo, não pode-se afirmar que as mudanças implementadas pela reforma na assistência foram as responsáveis por essa modificação. Entretanto, pode-se hipotetizar que a instituição de serviços comunitários para atendimento à saúde mental tenha retirado o hospital do foco da assistência à essa população.

Atualmente o hospital psiquiátrico não constitui a primeira e muito menos a única instância de tratamento, todavia constatou-se que essas instituições ainda fazem parte do circuito de atendimento da rede de saúde mental de Minas Gerais, principalmente no que se refere à internação breve dos pacientes. Dessa forma, deve-se considerar que, até o momento, pacientes com um perfil específico ainda utilizam a assistência hospitalar, ainda que de curta duração.

As perspectivas da reforma psiquiátrica não devem se esgotar no combate ao hospital como local de tratamento. É necessário considerar a complexidade e o polimorfismo das experiências de sofrimento mental para que se possa fornecer redes de atendimento que contemplem as singularidades de cada sujeito/paciente/usuário nesse percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(4):591–5.
2. Foucault M. *O nascimento do asilo* In: Foucault M. *História da loucura na idade clássica*. 6a Ed. São Paulo: Perspectiva; 2007. p. 459-504.
3. Bercherie P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. 1a Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
4. Amarante P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. 1a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
5. Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. 1a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

6. Alves CFO; Ribas VR; Alves EVR; Viana MT; Ribas RMG; Júnior LPM; Martins HAL; Lima MDC; Sougey EB; Castro RM. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia* 2009; 72(1):85–96.
7. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública* 1995; 11(3):491–4.
8. Tenório F. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2002; 9(1):25–59.
9. Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e práticas psicossociais* 2006; 1(1):01–19.
10. Goulart MSB. *O movimento antimanicomial italiano e suas conexões com o Brasil*. In: Goulart MSB. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. 1a Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 23-34.
12. Brasil. Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que são assegurados sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Diário Oficial da União, Seção 1, 2001; 06 Abr.
13. Souza PJC. *Resposta à Crise: A experiência de Belo Horizonte. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia* [Internet]. 2008 [acessado em: 23 ago. 2012]. 1ª Ed. 111–29. Disponível em: http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/Servico_de_Urgencia_Psiquiatria%5B1%5D.pdf
14. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Proposta de Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Brasília:ABP; 2006.
15. Ministério da Saúde do Brasil. *Saúde Mental em Dados*[Internet]. Versão 10. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2012. [acessado em: 20 Ago. 2012] Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental

16. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte; 2006.
17. Ministério da Saúde do Brasil. *Saúde Mental em Dados* [Internet]. Versão 7. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2010. [acessado em: 10 Dez. 2011] Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental
18. Volpe FM, Silva EM, Carmo LS, Santos TN. Clinical and demographical profile of patients admitted to a psychiatric emergency service of Belo Horizonte, Brazil, 2002-2007. *J. Bras. Psiquiatr.* 2010; 59(3):203–9.
19. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5):1053–62.
20. Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. 2001.
21. Desviat M. International overview of psychiatric reform. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4615–22.
22. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across Western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006; 429:9–16.
23. Livingston JD, Nicholls T, Brink J. The Impact of Realigning a Tertiary Psychiatric Hospital in British Columbia on Other Institutional Sectors. *Psych Serv.* 2011;62(2):200–5.
24. Gentil V. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001;23(1):1–2.
25. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil[Internet]. Brasília. c1991 [acessado em: 20 Ago. 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>.

26. Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010; 32:71–77.
27. Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(3):505–11.
28. Souza JC, Souza N, Magna LA. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. *J. Bras. Psiquiatr.* 2008; 57(2):112–6.
29. Rabelo AR, Cardoso E, Melo A. Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. *Rev. Baiana Saúde Pública* 2005; 29(1):43–56.
30. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(n.esp):888-95.
31. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Brasília. c1991 [acessado em: 10 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>.
32. Brandão, PF; Mol MS; Lages CS; Siqueira MG; Francisco EL; da Silva EM; Volpe FM. Avaliação epidemiológica e georeferenciada da assistência em saúde mental do Hospital Galba Velloso, 2002 a 2009. *Rev. Méd. Minas Gerais* 2012; 22(supl. 2):115.
33. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM de, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1803–7.
34. Borges CF.; Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2):456–468.
35. Pinho LB; Kantorski LP. Psychiatric care in the Brazilian context. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(4):2107–2114.
36. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4590–4602.

37. Pitta AMF. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4579–4589.
38. Levav I. Extender la reforma por medio de nuevas acciones de salud mental. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4590–4602.
39. Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4590–4602.
40. Junior BB. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4598–4600.
41. Costa NR; Siqueira SV; UhrI D; Silva PF; Molinaro AA. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4603-4614.
42. Ministério da Saúde do Brasil. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007 - 2010*. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.
43. Silva ER. *A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...* [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
44. Anaya F. *Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG*. [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

ANEXO II – COMENTÁRIO DO CONVIDADO DE HONRA PARA A BANCA DE DEFESA - DR. FRANCISCO PAES BARRETO

Comentário sobre a Dissertação

REVISITANDO O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADAS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS DE BELO HORIZONTE DE 2002 A 2011

de Vivian Andrade Araújo Coelho.

Começarei pela conclusão.

Concluindo, a Dissertação de Vivian Andrade Araújo Coelho é um documento importante para situar e pensar a reforma psiquiátrica de Minas, primeiro, pelo preciso retrospecto histórico no qual contextualiza a loucura na sociedade ocidental, segundo, pela correta apresentação da trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil e em Minas, terceiro, pela pesquisa bem realizada que trouxe dados importantes sobre dez anos de funcionamento dos dois únicos hospitais psiquiátricos do SUS na região metropolitana de Belo Horizonte, e quarto, a meu ver o aspecto mais importante, pela discussão e pelas reflexões que a pesquisa suscita, num meio bastante carente desse tipo de exercício.

Alguns comentários sobre cada um dos quatro pontos levantados.

- (1) Foucault assinala que, ao fundar a psiquiatria, Pinel trouxe a loucura não apenas para o domínio do discurso médico, mas para o domínio de uma combinação do discurso médico com o discurso moralista. Tanto assim que são relevadas, entre as causas da loucura, as causas morais, e o principal tratamento proposto é o tratamento moral. Ora, até os dias de hoje, a psiquiatria é marcada por esse fado. Enquanto que a medicina define o normal e o patológico em sólidas bases biológicas (clínicas, anatômicas e fisiológicas), os cada vez mais numerosos transtornos psiquiátricos não têm caracterização biológica. São definidos como aquilo que não permite que cada um consiga fazer o que está prescrito pelo discurso de seu tempo. Ou seja, um contexto em que a moral social foi apenas substituída pela norma social. Por esse motivo, a história da psiquiatria é diferente da história da medicina, e o retrospecto trazido por Vivian Coelho, além de feliz, é inteiramente necessário.
- (2) Foucault, na França, Laing e Cooper, na Inglaterra e Basaglia, na Itália, estão na origem da reforma psiquiátrica. No Brasil, tudo começou com reuniões paralelas aos congressos oficiais de psiquiatria, a partir da década de 70. Em seguida, foram surgindo várias formas de organização. A principal delas, o *Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental*, foi criado em 1978. O *I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental* aconteceu em São Paulo, em janeiro de 1979. O *II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental* aconteceu em Bauru, em dezembro de 1987, e marcou virada

decisiva nos rumos do movimento. A) A luta dos trabalhadores de saúde mental foi identificada como aspecto da luta dos trabalhadores em geral para mudar a sociedade. B) Ao invés da humanização do manicômio, a palavra de ordem passou a ser: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS! Em Minas a reforma psiquiátrica teve início após o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, em 1979. Foi precedida pelo trabalho e pelo ensino dos preceptores da Residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares e por um texto de minha autoria cujo título é CRÍTICA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, apresentado no III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1972. O histórico apresentado por Vivian Coelho é muito bom. Falta, a meu ver, apenas, citar o nome de César Rodrigues Campos como Diretor do Hospital Galba Veloso, já que é destacada a sua gestão.

- (3) A pesquisa foi bem escolhida e planejada: a população atendida e internada pelos dois únicos hospitais psiquiátricos do SUS na região metropolitana de Belo Horizonte durante o expressivo período de dez anos. Vivian Coelho chega ao cerne do problema. Ali está um retrato tanto do que a reforma psiquiátrica de Minas é capaz como daquilo que ela não é capaz. Além disso, municia com dados concretos um inesgotável número de pontos a serem pensados ou repensados pelos que se interessam pelo tema.
- (4) As discussões e reflexões que a pesquisa suscita são a parte mais rica da Dissertação, e necessariamente a mais incompleta. Abordarei apenas dois dos muitos aspectos possíveis. Um deles se refere a tema que tenho enfatizado há mais de dez anos. A reforma psiquiátrica de Minas está provando que o hospital psiquiátrico é indispensável. Unicamente por um erro de concepção: considerar que o espaço aberto dos CERSAMs dá conta de todos os casos. Isso contraria inclusive a reforma psiquiátrica italiana, que prevê o estabelecimento de pequenas alas psiquiátricas em hospitais gerais, com no máximo 15 leitos cada, como consta na Dissertação. Opor, de forma absoluta, o espaço aberto ao espaço fechado, é apenas ficar do lado oposto ao do manicômio, mas exatamente dentro da mesma lógica. Nesse sentido, o anti-manicômio nega o manicômio no mesmo ato que o sustenta. Outro comentário é o crescente número de drogados nos hospitais psiquiátricos, superando já o número de psicóticos. Na Dissertação, Vivian Coelho comenta que existem apenas dois CAPS para usuários de álcool e drogas ilícitas em Belo Horizonte, para um número estimado de 308.770 dependentes químicos (15,4% da população). Levanto duas questões para serem pensadas. Primeira: a invasão de um espaço terapêutico por drogados torna esse espaço impróprio para o tratamento de psicóticos. Segundo: o tratamento do drogado, rebotalho da sociedade, está além dos limites das possibilidades da saúde mental, e exige a intervenção de outros segmentos sociais, tais como a política, a economia, o judiciário e a polícia.

Para terminar, cumprimento Vivian Coelho pelo seu empenho e pela maneira feliz com que buscou conciliar a experiência, representada pelo trabalho vivo nos

hospitais psiquiátricos públicos, com a formalização, representada por uma dissertação nos moldes universitários. Não custa lembrar que experiência sem formalização resvala para automatismo de repetição, e que formalização sem experiência resulta em letra morta. Por tudo isso a sua Dissertação é muito bem-vinda.

Francisco Paes Barreto

Belo Horizonte, 22 de maio de 2013