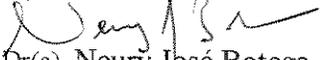


**CRISTINA LARROBLA MENDEZ**

Este exemplar corresponde à versão final da **Tese de Doutorado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas do(a) aluno(a) **Cristina Larrobla Mendez**.

Campinas, 13 de fevereiro de 2004.

  
Prof(a). Dr(a). Neurý José Botega  
Orientador(a)

***HOSPITAIS GERAIS FILANTRÓPICOS EM CIDADES DE  
PEQUENO E MÉDIO PORTE: NOVO ESPAÇO PARA A  
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA***

**CAMPINAS**

**2004**

**UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE**

**CRISTINA LARROBLA MENDEZ**

***HOSPITAIS GERAIS FILANTRÓPICOS EM CIDADES DE  
PEQUENO E MÉDIO PORTE: NOVO ESPAÇO PARA A  
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de  
Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

***Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega***

**CAMPINAS**

**2004**

UNIDADE	BC
CHAMADA	UNICAMP
	L329R
EX	
OMBO BC/	59218
ROC.	16-117-04
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	28/07/04
CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

CM00200741-8

ID 317956

L329R	<p>Larrobla Mendez, Cristina</p> <p>Hospitais gerais filantrópicos em cidades de pequeno e médio porte: novo espaço para a internação psiquiátrica. / Cristina Larrobla Mendez. Campinas, SP : [s.n.], 2004.</p> <p align="center">Orientador : Neury José Botega</p> <p align="center">Tese ( Doutorado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p align="center">1. Psiquiatria - História. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de saúde mental. I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

---

---

## **Banca examinadora da tese de Doutorado**

---

**Orientador(a): Prof(a). Dr(a).**

---

---

**Membros:**

---

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data:**

---

***DEDICATÓRIA***

*A Eugenia, Mariana e Agustín*

Produzir uma tese se transforma, muitas vezes, em um trabalho solitário, no qual, como no monólogo do ator de teatro, as luzes ficam reservadas para o escritor da mesma. No entanto, esta produção não seria possível sem a colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Por isso, meus agradecimentos são diversos:

Ao Prof. Neury Botega, pela confiança depositada em mim para a realização deste trabalho, pela palavra precisa no momento exato e pela oportunidade de trabalhar juntos todos estes anos.

A Eugenia, Mariana e Agustín, por serem um estímulo permanente para a finalização desta fase em minha formação acadêmica, por serem o norte da minha vida e por me esperarem sempre com um sorriso em cada reencontro.

A Amílcar, pela caminhada e as conquistas obtidas durante tantos anos de nossa vida juntos.

A minhas amigas brasileiras Tânia, Blanca e Meire, por me mostrarem que não existem fronteiras para a amizade, o carinho e a companhia.

A meus amigos uruguaios Eduardo, Betina, Pepe, Ivana, Adriana e Daniel, por me acompanharem e incentivarem o tempo todo para finalizar esta tese e por me mostrarem que sempre temos alguém com quem contar em todo momento.

A Gabriel, pela oportunidade de nos reencontrar e continuar a nossa amizade, pela alegria, o bom humor e por ser um ouvidor paciente e um palpiteiro da melhor qualidade.

A Claudia, pela disposição a ajudar-me, apoiar-me e entender-me sempre que possível e manter a nossa amizade com sinceridade.

A Cristina, por ter sido compreensiva, amiga de poucas palavras, mas que diziam o suficiente.

A Gabriela e Mercedes, pela presença afetiva em todas as horas e por me mostrarem novos caminhos a serem percorridos.

A Rosanna, pela força e confiança de nossa amizade e por estar disposta a ajudar sempre.

A Carina, pela paciência na leitura de meu portunhol e pela dedicação em seu trabalho de revisão; pelo companherismo também.

A Pedro, por se manter sempre em contato e estar disposto a compartilhar um “mate” juntos, seja onde for.

A Edmilsom por estar sempre disposto a compartilhar tudo e me receber com alegria em cada rencontro.

A meus pais, pelos inúmeros ensinamentos de vida que me levaram a ser o que eu sou hoje.

A minhas irmãs Adriana e Mercedes, exemplos de esforço e perseverança nesta vida, apoios permanentes e seres inesquecíveis.

A Fabiana, por ter se revelado, mais uma vez, uma excelente tia, sensível e carinhosa, disposta a ajudar em todo momento.

A Mercedes, pelo carinho, a companhia e a ajuda permanentes.

A Sylvia, por me acompanhar mais uma vez neste processo de crescimento em minha vida, pela sobriedade e delicadeza com que soube conduzir os momentos menos felizes.

Aos Profs. Egberto Ribeiro Turato, Claudio Eduardo Muller Banzato e Marisa Lúcia Fabrício Mauro, por terem aceitado integrar a banca de qualificação e por terem realizado valiosas contribuições que ajudaram a repensar e melhorar este trabalho.

A Mônica, excelente secretária, gentil, paciente e carinhosa, que ajudou a resolver pendências que muitas vezes pareciam insuperáveis.

A Carmen e Marcinha, pela dedicação nestes quatro anos.

A todas e cada uma das pessoas que dedicaram tempo e entusiasmo, oferecendo a informação necessária, permitindo ser entrevistados para que este trabalho fosse concluído. O melhor reconhecimento a sua dedicação no esforço por melhorar a assistência dos pacientes psiquiátricos é dar-lhes os créditos devidos:

### **Secretarias de Saúde - Coordenações de Saúde Mental**

Minas Gerais: Dr. Abílio José Ribeiro de Castro      Santa Catarina: Dra. Elisia Puel

Ps. Marta Elizabeth de Souza

### **Instituições hospitalares**

Cidades do Estado de Minas Gerais

**Pouso Alegre - Dr. Milton Santos Lambert**

Dr. Flouver Candas

Dr. Mauro Farias Filho

Enf. Calebe Marques de Oliveira

**Araguari - Dr. Luis Humberto Santos**

Dr. William Gebrim

Sra. Umbelina Maria de  
Oliveira

**Formiga - Dr. Ubiratan De Brito Mota**

Dr. Reginaldo Enrique Santos

Aux. Enf. Vicente De Paulo Leão

Enf. Ana Savioli

**Carangola - Sr. Francisco Sangy Filho**

Dr. Mario Fagundez

Enf. Perpetua Aparecida

Silva Usai

Assistente Social Edit  
Eliza Vas Perera Coutinho

Cidades do Estado de Santa Catarina

**Lages** - Dr. Cleber Vieira

Dr. Marcos Martins

Aux. Enf. Dilva Teresinha Branco

Téc. Enf. Ivo Da Silva

Irmã Beniulde

**Curitibanos** - Dr. Luiz César Didoné

Sra. Carmen Binotto

Enf. Angelita Maria Ribeiro

TO. Rubia Maria de

Domenico

**São Francisco do Sul** - Ps. Edilene Meri Da Silva

Dr. Wilson Morgenstern

Luciane Cabral Da Silva

Enf. Ivana Karla Fagundes

**Joinville** - Dr. Cláudio José Simões Ribeiro

Assistente Social Cleusa Maria Estevão Roque

Enf. Supervisora Vera Lúcia Rosa

Dr. Luiz Carlos Fronza

Dr. José Freddy Arias

Cidades do Estado de São Paulo

**Lençóis Paulista** - Dra. Fátima Pereira Sampaio    **Ibitinga** - Dr. Marcel Pinto Da Costa

Dr. Gilberto Rondinelli

Dr. Laercio Aparecido Pavani

Dr. Norberto Pompermayer

Dr. José Rubens

Dr. Iracidio Smeghini

Enf. Cleide Raphael

Dra. Silvana Marcondes

Rezende

Ao parecerista anônimo da FAPESP, por acompanhar com notório interesse a pesquisa, pelo incentivo, as sugestões, e os elogios transmitidos através dos relatórios da pesquisa.

A Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP), por ter contribuído financeiramente para o desenvolvimento deste trabalho.

*“Não se pode reformular sem mexer em nada”.*

***Luiz Cerqueira***

---

	<i>Pág</i>
<b>RESUMO.....</b>	<i>xxxix</i>
<b>ABSTRACT.....</b>	<i>xliii</i>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<i>47</i>
<b>CAPÍTULO 1 - ANTECEDENTES DE UM NOVO ESPAÇO PARA A ASSISTÊNCIA AOS DOENTES MENTAIS NO BRASIL...</b>	<i>53</i>
Introdução.....	<i>55</i>
1 - Os primeiros antecedentes no velho e no novo mundo.....	<i>55</i>
2 - Os primeiros hospitais.....	<i>58</i>
3 - Filantropia e caridade.....	<i>59</i>
4 - O surgimento dos hospícios.....	<i>64</i>
4.1 - Os hospícios no Brasil.....	<i>66</i>
5 - Atores dentro e fora do Brasil na formação científica.....	<i>69</i>
5.1 - A influência da Fundação Rockefeller no Brasil.....	<i>72</i>
6 - A ação de outros fatores e atores.....	<i>75</i>
<b>CAPÍTULO 2 - CENÁRIOS E CONTEXTOS QUE INFLUENCIAM O SURGIMENTO DAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS.....</b>	<i>79</i>

Introdução.....	81
1 - Antecedentes do surgimento de novos paradigmas.....	81
1.1 - Novas concepções para o campo da saúde.....	82
1.2 - Reformulação do Estado: impactos em outras áreas.....	83
2 - Transformações no setor saúde e surgimento da saúde mental no âmbito internacional.....	88
2.1 - Uma das áreas chave: a saúde.....	88
2.2 - O sub-setor saúde mental.....	90
3 - As Unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais (UPHGs).....	92
3.1 - Mudanças internacionais.....	92
3.2 - Panorama regional latino-americano.....	95
3.3 - O Brasil: da democracia à transformação da saúde mental.....	97
4 - Novas mudanças na assistência psiquiátrica brasileira.....	100
4.1 - O fenômeno das UPHGs.....	100
<b>CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS.....</b>	<b>103</b>
<b>CAPÍTULO 4 - MÉTODO.....</b>	<b>107</b>
Delineamento do estudo.....	109
1 - Unidades de análise.....	109
2 - Instrumento de coleta de dados e procedimento.....	110

3 - Procedimento.....	113
4 - Organização e análise dos dados.....	115
<b>CAPÍTULO 5 - RESULTADOS.....</b>	<b>117</b>
Primeira parte.....	119
1 - Regiões: Onde, quem e como.....	119
1.1 - Região sudeste.....	119
1.1.2 - Minas Gerais.....	119
1.1.3 - São Paulo.....	120
1.2 - Região sul.....	121
1.2.1 - Santa Catarina.....	121
1.3 - Instituições hospitalares.....	125
Características gerais.....	125
Recursos da rede de saúde/saúde mental.....	126
1.3.1 - Estado de Minas Gerais.....	128
1.3.2 - Estado de Santa Catarina.....	130
1.3.3 - Estado de São Paulo.....	132
2 - Dados do formulário.....	134
Características gerais das enfermarias psiquiátricas e clínicas médicas com leitos psiquiátricos.....	134

Características específicas das enfermarias psiquiátricas e das clínicas médicas com leitos psiquiátricos.....	136
Recursos terapêuticos e materiais.....	138
Condições materiais dos prédios das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos.....	142
Aspectos administrativos do funcionamento das enfermarias e clínicas médicas.....	142
Segunda parte.....	143
Introdução.....	143
1 - O conteúdo.....	144
Um ou vários “discursos”.....	144
2 - Momentos no desenvolvimento do processo.....	144
2.1 - Fatores-chave no passado recente.....	145
2.2 - O embasamento do que acontece hoje.....	147
2.2.1 - Políticas instáveis, esperanças e receios com o governo... ..	147
2.2.2 - Relações entre cidades e Estados.....	152
2.3 - Situação atual: instalação e consolidação do processo.....	155
2.3.1 - Fatores facilitadores.....	155
2.3.2 - Fatores que dificultam ou problematizam o processo.....	157
2.3.2.1 - Situação dos setores da saúde e da saúde mental	158

2.3.2.2 - Desconforto geral.....	160
2.3.3 - Temas vinculados indiretamente à temática abordada.....	169
2.3.3.1 - Modelo hospitalar.....	169
2.3.3.2 - Saúde Mental.....	170
2.3.4 - Responsabilidades.....	174
2.3.5 - Vantagens e desvantagens da porta de entrada ao hospital geral.....	174
2.3.6 - Expectativas futuras.....	175
<b>CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO.....</b>	<b>179</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>191</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>199</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>209</b>
Anexo 1.....	211
Anexo 2.....	213
Anexo 3.....	217
Anexo 4.....	219

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

<b>FMUSP</b>	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<b>FR</b>	Fundação Rockefeller
<b>AP</b>	Aliança para o Progresso
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>HP</b>	Hospital psiquiátrico
<b>HG</b>	Hospital geral
<b>UPHGs</b>	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
<b>CENDES - UCU</b>	Centro de Desenvolvimento da Universidade de Venezuela
<b>ILPES</b>	Instituto Latino Americano de Planejamento Econômico-Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>CONASP</b>	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

## *LISTA DE TABELAS*

---

	<i>Pág</i>
<b>Tabela 1</b> - Instituições hospitalares e ano de fundação segundo Estado.....	110
<b>Tabela 2</b> - Pessoas entrevistadas e cargos detidos.....	111
<b>Tabela 3</b> - Dados gerais das três regiões onde se localizam as cidades pesquisadas.....	123
<b>Tabela 4</b> - Superfície e população das cidades do Estado de Minas Gerais.....	123
<b>Tabela 5</b> - Superfície e população das cidades do Estado de São Paulo.....	124
<b>Tabela 6</b> - Características da população da Região Sul.....	124
<b>Tabela 7</b> - Superfície e população das cidades do Estado de Santa Catarina.....	125
<b>Tabela 8</b> - Número de leitos dos hospitais e número de leitos psiquiátricos reservados por cidade.....	138
<b>Tabela 9</b> - Diagnósticos psiquiátricos e modalidades terapêuticas.....	139

## *LISTA DE GRÁFICOS*

---

	<i>Pág</i>
<b>Gráfico I -</b> Número de HG na rede assistencial da cidade.....	127
<b>Gráfico II -</b> Número de HG por cidade visitada.....	127
<b>Gráfico III -</b> Número de HG por cidade visitada.....	135
<b>Gráfico IV -</b> Características dos leitos hospitalares segundo região - MG.....	135
<b>Gráfico V -</b> Características dos leitos hospitalares segundo fonte pagadora - SC.	136
<b>Gráfico VI -</b> Características dos leitos hospitalares segundo fonte pagadora - SP.	136
<b>Gráfico VII -</b> Média de internações em dias.....	140



## *RESUMO*

O presente trabalho teve como objetivo descrever o processo que levou a algumas Santas Casas e hospitais gerais filantrópicos dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina a instalar enfermarias ou reservar leitos para pacientes psiquiátricos e conhecer a situação atual dessa assistência. Para atingir esse alvo, foi realizada uma leitura crítica e abrangente da literatura afim e específica sobre os referidos temas, além de terem sido selecionadas e visitadas dez instituições onde foi aplicado um formulário descritivo.

Na primeira parte do trabalho, foram levados em consideração fatores que enriquecem as discussões no campo da saúde mental no Brasil, tanto na arena científica e política quanto em alguns setores da sociedade civil. Esses fatores, as concepções culturais vinculadas à filantropia, à caridade e às políticas de controle social estiveram e estão ainda hoje, em nosso juízo, na base da história do desenvolvimento do referido setor. Foram tratadas também algumas mudanças que ocorreram na assistência médica geral e psiquiátrica em particular, tanto no nível internacional quanto no Brasil e que determinaram transformações importantes, incidindo diretamente sobre o fenômeno abordado no presente trabalho. Entre elas, destacou-se a descentralização do hospital psiquiátrico do foco da assistência e a criação de novas estruturas como as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs).

Foram escolhidas 10 instituições com base nos dados de um censo realizado no Brasil e nos do DATASUS - 4 em MG (Araguari, Carangola, Formiga e Pouso Alegre), 4 em SC (Curitibanos, Joinville, Lages e São Francisco do Sul) e 2 em SP (Ibitinga e Lençóis Paulista) e foram realizadas 43 entrevistas a pessoas ligadas direta e indiretamente à área da psiquiatria.

Cabe observar que 5 instituições contam com enfermaria psiquiátrica (2 em MG e 3 em SC) e que 5 reservam leitos para pacientes psiquiátricos (2 em MG, 1 em SC e 2 em SP). Todas as enfermarias trabalham com admissões involuntárias e o número de leitos oscila entre 13 e 32. Apenas em 3 das clínicas médicas são permitidas admissões involuntárias, reservando, todas, 5 leitos para psiquiatria. O espaço disponível não é suficiente; no caso das enfermarias, também não há espaço suficiente para os objetos pessoais dos pacientes. O suprimento de medicamentos tanto básicos quanto psiquiátricos é parcialmente adequado; em alguns casos, a medicação psiquiátrica está desatualizada.

Mais da metade dos hospitais visitados apenas contam com recursos farmacológicos como terapêutica e suas equipes de trabalho estão conformadas por Psiquiatra e Enfermeiros, destacando-se a carência na formação dos recursos humanos para trabalhar com pacientes psiquiátricos. Os diagnósticos mais freqüentemente hospitalizados são esquizofrenias, alcoolismo e psicoses agudas, sendo a média de internação utilizada de 17 dias.

O trabalho combina um conjunto de informações e apresenta, por primeira vez, a análise de novas tendências que começaram a ser praticadas nos últimos anos em alguns Estados do Brasil. Destarte, nosso estudo visa ampliar o conhecimento da situação atual da área e facilitar, assim, futuras mudanças na melhora da qualidade da assistência psiquiátrica. Fomenta-se, dessa forma, um maior intercâmbio de experiências e dados, expectativa que foi explicitada por parte de todas as fontes de informação.



*ABSTRACT*

The present work has the objective to describe the process that make some “Santas Casas” and philanthropist general hospitals from the States of Sao Paulo, Minas Gerais and Santa Catarina, to install infirmaries and reserve beds for psychic patients, and to know the real situation of this assistance. For this purpose a critical and wide reading was done about the specific topics and ten institutions were selected and visited where the descriptive form was applied.

The first part of this work takes into consideration factors, which enrich the discussion within the mental health field in Brazil, in the scientific and political area as well as some areas of civil society. These factors, the cultural conceptions connected to the philanthropy, the charity and the policies of social control have been and they still are, in our opinion, in the base of the historical development of the mentioned sector. Some changes, which happen in the general and mainly in the psychiatrist medical assistance were treated in reference to the international level as they determined important transformations in Brazil and influenced the phenomenon faced in this work. Among these ones, we underlined the decentralization of the psychiatrist hospital from the focus of assistance and the creation of new structures such as the Psychiatric Units in General Hospitals (UPHGs).

Ten institutions were chosen based on data collected in a census done in Brazil by DATASUS - 4 in MG (Araguari, Carangola, Formiga and Poso Alegre), 4 in SC (Curitibanos, Joinville, Lages and São Francisco do Sul) and 2 in SP (Ibitinga and Lençóis Paulista).

Besides, 43 interviews were done to people directly or indirectly connected to the psychiatric area. It was observed that five institutions have psychiatric infirmaries (2 in MG and 3 in SC) and five reserve beds for psychic patients (2 in MG, 1 in SC and 2 in SP). All the infirmaries work with involuntary admissions and the number of beds varies from 13 to 32. Only three medical centres allow involuntary admissions and all of them reserve 5 beds for psychiatry. The place available is not enough, not only for the nurses but also for the patients’ personal objects. The supply of the basic and psychiatric medicine is partially adequate; in some cases the psychiatric medicine is not update.

However, half of the visited hospitals hardly count with the pharmacological resources as a therapy and their work teams are formed by psychiatrists, nurses, emphasising the lack of training in human relation to work with psychic patients. The more frequent diagnostics taken to hospital are esquizofrenias, alcoholism and deep psychosis. The average used to be at hospital is 17 days.

This work structures a group of information and presents for the first time the analysis of new tendencies which were taken into practice in the last years in some states of Brazil. In this way, the project to widen the knowledge about the actual situation in the area as well as to facilitate future changes in reference to the improvement in the quality of the psychiatric assistance. In this way, it fosters a greater interchange of experiences and data, an expectation that was explicit by all the resources of information.



## *INTRODUÇÃO*

No assunto que aborda o presente trabalho, historicamente, as influências dos países do primeiro mundo foram determinantes. O campo da saúde mental é complexo, multifacetado e apresenta inúmeras dificuldades e particularidades no nível da organização assistencial; isso é o que se verifica, em geral, nos países do Terceiro Mundo. Essa situação, também comum nos países sul-americanos e, portanto, no Brasil, guiou o presente trabalho, que visa apresentar uma reflexão inicial e inacabada (Larrobla, 2001).

No Brasil, o processo de reforma da assistência psiquiátrica é uma luta que teve início há várias décadas e que ainda persiste/resiste no tempo, passando por fases não apenas determinadas pela situação global do país como também pelas influências do que acontece hoje no mundo todo. Nesse sentido, as mudanças devem ser levadas em consideração dentro de situações conjunturais particulares mas também em contextos mais amplos que transcendem campos de ação específicos e fronteiras.

A assistência psiquiátrica se consolidou como disciplina acadêmica -e o manicômio surgiu -numa época constitutiva da ordem democrática contemporânea e de grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, que provocou várias outras crises. As políticas econômicas adotadas nos últimos tempos colidiram nas sociedades provocando uma situação de incerteza no que diz respeito aos modos de produção, o que, por sua vez, afeta as políticas sociais e, conseqüentemente, os serviços da saúde. Nessa cadeia de acontecimentos, tentou-se restabelecer os direitos humanos e civis dos doentes mentais, discriminados em função de sua condição e excluídos da categoria de cidadãos, objetivo que, ainda hoje, não foi atingido totalmente.

Atualmente, a maioria das pessoas vive uma cobertura assistencial ineficaz decorrente não apenas de problemas econômicos ou da falta de verbas (Laurell, 1996). Frequentemente, o que se observa é uma falta de adequação técnica às necessidades dos pacientes psiquiátricos, falta de conhecimentos ou formação para interagir com eles e de imaginação para essa tarefa. Há pacientes que, morando em centros urbanos que contam com suficientes recursos, não realizam nenhum tratamento. Isso indicaria que o tipo de serviços prestados ou a forma da oferta dos serviços se encontra distante deles, de sua realidade cotidiana. Assim, a participação dos pacientes e familiares perde todo sentido.

Assumir, por parte das comunidades, os serviços oferecidos na rede assistencial como algo próprio, ter a capacidade de entender, aceitar ou não seu funcionamento, participar do mesmo, são elementos que se encontram na base da qualidade da prestação dos serviços de saúde (Birman, 1998).

O ciclo dos grandes hospitais psiquiátricos não chegou ainda a seu fim, nem em todos os países da região esse objetivo se encontra nos Programas Nacionais de Saúde Mental. O modelo de atendimento “asilar” já não é questionado nem recebe, atualmente, tantas críticas quanto em outros tempos; pelo contrário, o discurso e as forças se voltaram para a reformulação desse modelo, apresentando tendências de mudanças na área. Dessa forma, começaram a surgir modelos alternativos dentre os quais se identificam as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs) (Larrobla, 2000).

No Brasil, a incorporação das UPHGs constituiu um marco importante na década de 1980. No ano 1990, essas estruturas se localizavam majoritariamente nas capitais ou grandes cidades dos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, sendo, 59% das mesmas, de caráter público, 33%, filantrópicas e 8%, particulares conveniadas e, em grande parte, vinculadas ao ensino universitário (Botega, 1997c). No censo nacional de finais da década de 1990, observou-se que as Santas Casas e hospitais filantrópicos de cidades do interior de 3 Estados (Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo) incorporaram -num processo, até hoje não estudado, que parece ser diferente do correspondente às capitais e às cidades grandes- a hospitalização de pacientes psiquiátricos como serviço oferecido à população.

¿Qual é a situação dos pacientes psiquiátricos nessas cidades do interior levando em consideração as diferenças entre as cidades médias ou pequenas e as cidades grandes? ¿O fenômeno de instalação de enfermarias psiquiátricas ou de reserva de leitos psiquiátricos nas clínicas médicas significa simplesmente a incorporação de uma nova modalidade de atendimento? ¿Em que condições e de que forma estão funcionando essas modalidades de atendimento? ¿Quais são as patologias mais frequentes?

Essas perguntas deram lugar ao tema escolhido para esta tese -“Hospitais gerais filantrópicos em cidades de pequeno e médio porte: novo espaço para a internação psiquiátrica”- que se desenvolve no âmbito de uma linha de pesquisa mais abrangente, referida à situação dos Programas Nacionais de Saúde Mental e às origens das UPHGs na América do Sul, que iniciamos no Mestrado.

O trabalho foi dividido em duas etapas. A primeira, que compreende os capítulos 1 e 2, mais teórica e genérica, traz uma revisão crítica da bibliografia sobre temas afins e específicos da pesquisa. Esses capítulos são de caráter introdutório e levaram em consideração fatores que enriquecem as discussões no campo da saúde mental, especificamente no Brasil, tanto na arena científica e política quanto em alguns setores da sociedade civil. Esses fatores, as concepções culturais vinculadas à filantropia, à caridade e às políticas de controle social, em nosso entender, estiveram e estão, ainda hoje, na base da história do desenvolvimento do referido setor.

No primeiro capítulo, apresenta-se uma visão panorâmica de alguns elementos vinculados a certos períodos da história -a conquista e a colonização-, que esclarecem a influência exercida pela colonização na América Latina e no Brasil em particular, desde seus inícios até as primeiras décadas do século XX. No segundo capítulo, são tratadas algumas mudanças no cenário mundial que contribuem para uma maior compreensão da trajetória da assistência médica e psiquiátrica tanto no nível internacional quanto no Brasil, como também do contexto no qual surgiram e se desenvolveram as UPHGs como uma das estratégias de um novo paradigma.

No capítulo 3, são apresentados os objetivos do trabalho. Por ser esta a primeira pesquisa que aborda diretamente o desenvolvimento da assistência psiquiátrica em cidades do interior de três Estados brasileiros, um dos instrumentos escolhidos para a obtenção do material empírico -o formulário descritivo- foi, em nosso juízo, por basear-se em experiências prévias, aquele que melhor se ajustava aos objetivos propostos. No capítulo 4, apresenta-se uma descrição do método utilizado.

A segunda etapa do trabalho esteve constituída pelo levantamento, processamento e análise dos dados, mostrando-se o resultado desse processo no capítulo 5. Por último, as conclusões são apresentadas no capítulo 6.



***CAPÍTULO 1 - ANTECEDENTES DE UM  
NOVO ESPAÇO PARA A ASSISTÊNCIA  
AOS DOENTES MENTAIS NO BRASIL***

## INTRODUÇÃO

Antes de introduzir-nos no assunto escolhido, referido à assistência psiquiátrica contemporânea no Brasil, é preciso resgatar alguns fatores ou elementos que contribuíram para o processo experimentado pela referida assistência e que estão vinculados a certos períodos da história: a conquista e a colonização. Nesses momentos, como é lógico, foram incorporados conhecimentos e saberes prévios aos desenvolvidos no século XVIII -período de grande destaque nesta disciplina-, mas muito relacionados a estes últimos.

A apresentação destas informações não desconhece a importância das contribuições realizadas por diferentes cientistas para o conhecimento da disciplina psiquiátrica latino-americana, nem pretende constituir-se numa análise histórica exaustiva da construção de saberes sobre a doença mental; trata-se apenas de levar em consideração alguns fatores, de uma perspectiva histórica que, de certa forma, complementa e enriquece as discussões já largamente estabelecidas no campo da saúde mental -neste caso específico, no Brasil-, tanto na arena científica e política quanto em alguns setores da sociedade civil. Esses fatores históricos, em nosso entender, estiveram e ainda hoje estão na base da história do desenvolvimento do referido setor.

-Portanto, no presente capítulo, realizamos uma breve resenha da influência exercida pela colonização na América Latina e no Brasil em particular, desde seus inícios até as primeiras décadas do século XX, como forma de apresentar as diferentes mentalidades -se for possível dizer assim- com que nos deparamos em face da doença mental. Esse estudo não se limitou apenas ao campo científico, mas envolveu também concepções culturais vinculadas à filantropia, à caridade e até, veladamente, a políticas de controle social.

### 1 - OS PRIMEIROS ANTECEDENTES NO VELHO E NO NOVO MUNDO

É importante levar em consideração que um dos elementos que funcionou como alavanca na maioria dos processos de conquista foi um objetivo econômico: a criação de novos mercados. Para atingir esse alvo, valia tudo. Assim, a península ibérica, no século

XV, lançou-se à busca das especiarias, chegando a novas terras. Nessa empresa, os portugueses contavam com maior experiência do que os espanhóis e sua capacidade de adaptação já tinha sido demonstrada na Índia e na África.

Mas, apesar dos fatores comuns dos processos de colonização espanhol e português, é possível salientar alguns elementos que os diferenciam, como, por exemplo, as origens diversas dos navegantes. Os espanhóis raramente eram plebeus; já, entre os portugueses, não era comum que os navegantes pertencessem à aristocracia. Estes últimos foram caracterizados por Freyre (1998: 189 e 191) como uma “figura vaga, [...], assemelha-se nuns pontos à do inglês; noutros à do espanhol. Um espanhol sem a flama guerreira nem a ortodoxia dramática do conquistador do México e do Perú; um inglês sem as duras linhas puritanas. Nem ideais absolutas, nem preconceitos inflexíveis. [Ele tinha] pretensões de grandeza [...]. Desde fins do século XVI ele vive parasitariamente de um passado cujo esplendor exagera”.

Em ambos os casos, era comum que as viagens estivessem integradas também por representantes da igreja católica, cuidadores, aventureiros, etc.

Quando essas delegações se estabeleciam em terra começava, ora quase automaticamente, ora como consequência dessa chegada, a desenvolver-se uma série de processos<sup>1</sup>. No que diz respeito à organização eclesiástica, também houve diferenças entre a colonização espanhola e a portuguesa: na primeira, o catolicismo foi introduzido desde o início do processo; em contraposição, sua introdução no processo português foi mais lenta, apresentando certo atraso em relação à colonização (Vainfas, 1997).

No campo assistencial e em particular no âmbito de tratamento das doenças mentais, nos territórios espanhóis foi se desenvolvendo um estilo -que posteriormente tornou-se hegemônico- através de diferentes instituições ao mesmo tempo em que iam chegando, com os conquistadores, as ordens religiosas e os cuidadores. É importante salientar aqui o fato de que as universidades espanholas, basicamente as de Salamanca e

---

<sup>1</sup> Entre esses processos destacam-se, por exemplo, a conversão das populações nativas para o catolicismo; a fundação de um sistema educativo, fundamentalmente nos territórios espanhóis; devido à disseminação de doenças desconhecidas, trazidas pelos soldados, a introdução de novas formas de tratar as doenças; etc. (Larrobla, 1999).

Alcalá<sup>2</sup>, encontravam-se nesse momento em pleno auge e desenvolvimento, sofrendo, aliás, uma forte influência do movimento humanista originado na Itália (Gibson, 1976). Já o caso do Brasil da época foi diferente na medida em que as ordens religiosas se instalaram mais tarde e desempenharam um papel diferente na sociedade e na cultura.

Nesse sentido, um elemento que distinguiu os portugueses foi o fato de não aderirem à Reforma Protestante; pelo contrário, eles passaram pela Contra-Reforma, como tantos outros territórios, cumprindo a estratégia do papado para consolidar-se perante a ameaça representada por Lutero. De fato, fazia parte da estratégia dos portugueses expandir o catolicismo em todas suas colônias. Do ponto de vista político, esse catolicismo se caracterizou por ser mais português do que romano; isso decorreu do fato de que, no momento de chegar aos territórios conquistados, o poder eclesiástico já estava subordinado à coroa (Siqueira, 1978).

A Companhia de Jesus<sup>3</sup> foi o principal agente de expansão do modelo da fé cristã no Brasil; também foi a encarregada de organizar a política educativa do país, exercendo uma influência muito forte no sentido de, por exemplo, manterem-se isolados em relação ao movimento contra a filosofia escolástica, do qual surgiria a ciência renascentista, dando lugar, posteriormente, à física newtoniana. Da mesma forma, os padres da referida Companhia não ensinaram nem ciências nem idiomas, como forma de manter uma ideologia dominante. Isso, com certeza, determinou a hegemonia de um modelo de pensamento na cultura brasileira muito forte durante séculos.

---

<sup>2</sup> A Universidade de Alcalá de Henares foi fundada pelo cardeal Francisco Jiménez de Cisneros, confessor da rainha Isabel. A figura mais representativa do Renascimento espanhol foi Antonio de Nebrija, quem passou dez anos na Itália realizando estudos humanistas e, em seu retorno, ministrou aulas na mencionada universidade e na de Salamanca (Gibson, 1976).

<sup>3</sup> Esta Companhia foi organizada por um espanhol, Inácio de Loyola, e caracterizou-se por um rigoroso treinamento na formação jesuítica, o que, talvez, esteve relacionado à formação militar de seu fundador.

## 2 - OS PRIMEIROS HOSPITAIS

No referido contexto e sob as influências apontadas, surgiram os primeiros antecedentes de hospitais gerais e de hospitais dedicados aos cuidados dos doentes mentais na América Latina. Como os mesmos estavam baseados no conhecimento acadêmico da metrópole, mencionaremos, a seguir, uma série de características gerais sobre os cuidados aos doentes mentais nessa época.

Segundo Dieckhöfer (1983a) e Viqueira (1970), os espanhóis se caracterizaram por uma atitude perante a dignidade do homem - concebida como uma dádiva de Deus - muito relacionada com a filantropia, a beneficência e a caridade. Essa postura foi estimulada pelo exemplo de assistência benévola oferecida pelos árabes aos doentes desde o primeiro século da era cristã na península Ibérica. Essa forte influência esteve presente na criação dos estabelecimentos dedicados aos doentes mentais; portanto, o surgimento desses espaços não se deu a partir da iniciativa científica, inspirando-se, pelo contrário, na caridade. No caso dos territórios conquistados por Portugal, os mesmos sofreram uma influência muito parecida, já que no nascedouro desse país, no século XII, encontram-se um centenar de lutas contra os muçulmanos, nas que o catolicismo e o cristianismo foram elementos importantíssimos que fizeram parte do embasamento destas lutas.

Os primeiros hospitais gerais, enquanto espaços dedicados aos cuidados para os doentes, localizaram-se na Europa do século XIV, mais precisamente na Espanha. Luís Vives, humanista espanhol, nessa época de vanguarda, definiu os hospitais da seguinte forma: “Dou o nome de Hospitais às instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta um certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pais, onde se encerram os loucos e onde os cegos passam a vida” (Albarracin, 1988). Esta declaração mostra como, em decorrência da própria origem da instituição hospitalar, sua função era social e religiosa. Nela, a misericórdia era praticada por pessoas filantrópicas ou ordens que se encarregavam da administração e organização dos hospitais<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Para ter uma informação mais detalhada sobre a cronologia e as características gerais dos hospitais na Europa e na América Latina, consultar Larrobla, 1999.

Com a conquista do Novo Mundo chegaram as ordens religiosas, que foram as responsáveis pela introdução, nas terras colonizadas, de todas as concepções, modelos e práticas assistenciais desenvolvidas na Espanha. Um reflexo disso foi o surgimento dos hospitais *de la Concepción* e de *San Lázaro*, em 1521, no México, tendo como objetivo tratar as novas doenças que apareceram com caráter epidêmico no país. A maioria dos hospitais latino-americanos foi construída e organizada à imagem e semelhança dos hospitais espanhóis. O *Hospital de la Concepción* constitui um claro exemplo disso, já que, por disposição de *Hernán Cortés*, conquistador do México, o hospital mexicano seguiu as diretrizes e regulamentos do hospital espanhol (Viqueira, 1970).

Nos territórios portugueses, segundo Resende (1997), a loucura parece ter passado quase despercebida durante um determinado período. As pessoas acometidas por doenças mentais viviam em liberdade, sem que isso apresentasse dificuldades no convívio com o conjunto da sociedade. É importante levar em consideração que nas origens das Santas Casas, elas não abrigavam doentes mentais; de fato, a doença mental foi “socialmente ignorada por quase trezentos anos” (Resende, 1997: 35). O Brasil se caracterizava por ter cidades escassamente povoadas, e por ter sua economia baseada na produção agrária; portanto, o doente mental começou a chamar a atenção em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, contrariamente ao que aconteceu na Europa. A partir desse momento, a sorte dos doentes mentais no Brasil foi semelhante à dos indivíduos que moravam na Europa. Mas, antes lançar um rápido olhar sobre esse período da história, é necessário prestar atenção a outros conceitos e práticas que marcaram de forma significativa a assistência aos doentes mentais no Brasil.

### 3 - FILANTROPIA E CARIDADE

Como já foi mencionado, a assistência, tanto geral quanto a devotada aos desvios da mente, esteve nas mãos das ordens religiosas em diferentes espaços. Se procuramos a etimologia do tripé que conforma a base dos cuidados naquela época, filantropia - caridade - beneficência, observaremos que a primeira palavra é de origem grega. Com efeito, *philos* significa “amor” e *antropos* significa “homem” e, portanto, o

referido termo está relacionado ao amor do homem pelo ser humano, ao amor pela humanidade (Aurelio, 1999). Num sentido mais restrito, constitui-se no sentimento ou na preocupação do favorecido com o outro que nada tem, no gesto voluntarista, sem intenção de lucro ou de apropriação de qualquer bem. Num sentido mais amplo, a referida palavra designa o sentimento mais humanitário, a intenção de que o ser humano tenha as condições dignas de vida garantidas, vinculando-se diretamente, assim, à preocupação com o bem-estar público coletivo, com a prática do bem, sendo essa a área em que a filantropia se confunde com a solidariedade.

Conforme Mestriner (2001), existe uma longa prática nas sociedades que diz respeito ao vínculo existente entre os conceitos de assistência social como prática social de ajuda científica ou empírica e de filantropia e benemerência. Todos esses conceitos são entendidos como representantes de práticas como o altruísmo, a solidariedade e a ajuda ao outro, envolvendo desde diferentes atitudes até práticas institucionais. Estas últimas pareceriam ter funcionado, e funcionam até hoje, dentro de dois espaços bem diferenciados: o formal e o informal. Dentro desses espaços, por sua vez, é possível identificar ou dar origem a várias outras categorias, dentre as quais se reconheceriam, por exemplo, o não-lucrativo, o voluntariado, a utilidade pública, etc.

Em relação ao significado da palavra “caridade”, ela está intimamente relacionada ao mundo cristão, tanto para os católicos quanto para outras correntes como a dos protestantes, apesar de ser praticada de forma diferente em cada uma dessas linhas religiosas.

A esse respeito, Figueiredo (2000) descreve uma diferença entre ambas as concepções; para os protestantes, a caridade depende da fé em Deus: dentro da soberania divina não existiria lugar algum para as esmolas e, dentro da idéia de predestinação também não haveria lugar para a relação caridade-miséria. Já, para os católicos, a caridade está diretamente ligada ao sentimento de amor dirigido basicamente a pessoas pobres ou inválidas. Mas, segundo Castel (1999: 63-64) “A pobreza por opção, de certo modo sublimada no plano espiritual, é valorizada (...) a pobreza prosaica das pessoas 'de condição vil', com freqüência, conotada pejorativamente”.

O fato de os ricos poder atingir a salvação através da caridade não significava que a pobreza fosse amada por si mesma nem que se gostasse do pobre como pessoa. Neste sentido, Castel (1999) salienta o sentido de "valor de troca" que adota a esmola para apagar o pecado dentro do que ele chama uma "economia política da caridade". Nessa lógica, tanto o rico quanto o pobre são favorecidos por esse comércio na medida em que o primeiro obtém a salvação através de um ato caridoso e o segundo também é salvo desde que aceite sua condição. É importante salientar que não foi o modelo de caridade protestante que predominou no Brasil; pelo contrário, foi o modelo católico, dada a sua hegemonia durante quatro séculos.

Segundo estudos realizados por Figueiredo (2000), a incorporação e predominância do modelo católico de caridade obedeceram, além de ao trabalho das ordens religiosas, à atuação das irmandades<sup>5</sup> laicas que se estabeleceram no território brasileiro. Nesse sentido, foi dentro dessas concepções que surgiu a primeira providência brasileira destinada a assistir aos doentes mentais; destarte, foi mantida uma continuidade em relação à mentalidade colonial. Quando a Misericórdia se retirou do campo assistencial aos doentes mentais, acabou o compromisso da igreja católica com respeito à administração desses espaços, mas isso não significou que o modelo caritativo desaparecesse do campo em questão. —

A passagem do domínio da Igreja, como principal administradora da assistência, através da caridade, para as mãos de autoridades laicas se desenvolveu, poderíamos dizer, num processo contínuo, sem rupturas. De acordo com a idéia de Castel (1999: 84) "houve menos passagem do que colaborações e encaminhamentos incessantes entre uma pluralidade de instâncias, eclesiásticas e laicas, centrais e municipais, profissionais, (...), cujas diferenças não decorrem, absolutamente, da oposição entre o 'público' e o 'privado'". Isso não significa que a economia "cristã" (caridade) e a "laica" (procedimentos administrativos) não apresentassem diferenças entre as duas orientações. É possível pensar, então, que a caridade tenha funcionado de forma associada à necessidade

---

<sup>5</sup> Dentre as irmandades mais destacadas no Brasil é importante salientar a Misericórdia, cuja inspiração foi a Casa-Mãe de Lisboa (1498). Esta irmandade chegou a Santos 45 anos depois, através de Braz Cubas, disseminando-se pelo território inteiro. A primazia dos hospitais da Misericórdia na assistência brasileira vigorou durante vários séculos, graças a subvenções da coroa e a donativos de particulares (Figueiredo, 2000).

de controle social, o que, de outro lado, significaria que ambos os paradigmas se encontrariam na base dos modelos assistenciais brasileiros em saúde mental e que, por conseguinte -seguindo a mesma linha-, os mesmos deteriam um peso cultural muito importante, ao ficarem associados aos costumes ligados à forma de lidar com os “loucos” até os dias atuais.

No campo da igreja católica, a filantropia adota sentido de caridade e benemerência, sendo esta última, segundo Sposati (1994), uma forma de laicização do conceito católico de caridade. Uma das distinções entre filantropia e benemerência consiste em que, enquanto a primeira tem uma racionalidade que a levou até a formar uma escola social positiva, a segunda se constitui na ação do dom, da bondade que se viabiliza através da ajuda ao outro. O autor também faz uma distinção entre dois tipos de benemerência, *ad hoc* e *in hoc*. A primeira delas se expressou basicamente sob formas de esmola, auxílio tanto material quanto moral, aparecendo em todos os níveis ao longo da história e permanecendo até hoje, sendo alvo de diferentes regulamentações.

De um lado, o “esmoler” foi criado pela nobreza com a finalidade de recolher o benefício e os “vinteneiros” com o objetivo de verificar a necessidade. A igreja deu origem aos diáconos, os quais se encarregavam de visitar os assistidos e avaliar suas necessidades; também as misericórdias coletavam esmolas para ajudar principalmente aos órfãos, constituindo-se na primeira forma organizada de assistência no Brasil. O favor se constituiu numa outra forma, consolidada, de relação social no país, funcionando verticalmente de senhor para apadrinhado (Mestriner, 2001).

Retomando o estudo de Sposati (1994), a benemerência *in hoc* esteve institucionalizada e se diferenciou pouco ao longo do tempo; apareceu através das obras de internação nos asilos, orfanatos e abrigos, e também mediante obras chamadas “abertas”, que facilitavam a convivência entre a família e as formas institucionais como espaços de apoio.

Dessa forma, a assistência não apenas foi um auxílio ou socorro, mas adquiriu uma nova dimensão, na qual fica compreendido todo ser humano sem distinção de credo ou idéias, situação essa que, além de delimitar sua ação num campo determinado -o social-

também permite a institucionalização de uma prática, imprimindo uma racionalidade, construindo um conhecimento determinado. Segundo Mestriner (2001: 15) “ela compreende um conjunto de ações e atividades desenvolvidas nas áreas pública e privada, com o objetivo de suprir, sarar ou prevenir, por meio de métodos e técnicas próprias, deficiências e necessidades de indivíduos ou grupos quanto à sobrevivência, convivência e autonomia social”.

Caponi (2000), por sua vez, afirma que existiria uma ética da compaixão subjacente na constituição e legitimação das diferentes modalidades assistenciais que, nas últimas décadas do século XVIII, deram lugar à chamada época da bondade. As diversas estratégias de assistência (lei de pobres, medicalização da família etc.) outorgaram certa continuidade, solidariedade e complementaridade entre as políticas assistenciais fundadas numa ética compassiva e as assentadas no utilitarismo clássico.

Também é importante considerar os séculos XVIII e XIX, pois isso permite a compreensão, de uma perspectiva histórica, do funcionamento da medicina e da assistência daquela época, além de trazer à tona alguns de seus aspectos como, por exemplo, a vigilância e o controle, que, em nosso entender, têm-se perpetuado ao longo dos séculos, podendo-se observar também na área da assistência psiquiátrica.

Ao ser estabelecida uma relação baseada na piedade, implicitamente está sendo assumida a idéia de que uma das pessoas que participam dessa relação não é capaz de se valer por si mesma, que tem limitações que não pode superar sozinha; dessa forma, é estabelecida uma desigualdade na relação, sendo apenas uma das pessoas a que está em condições de oferecer alguma coisa enquanto a outra pessoa apenas recebe o que pode ser chamado de compaixão, piedade, caridade etc. Em outras épocas, e inclusive até hoje, esse tipo de gestos ou comportamentos tinha uma conotação moral importante, no sentido de que ajudar ou socorrer os outros elevava moralmente a pessoa. “E justamente esta ilusão, baseada no suposto engrandecimento ‘moral’ de nós mesmos, que nos impede de pensar que, tal vez possa ter conseqüências negativas para o ‘beneficiário’; ou que, simplesmente, possa gerar e promover estados de dependência e submissão.” (Collière, 1989: 65). Todos os projetos filantrópicos dos séculos XVIII e XIX se caracterizam pela ambigüidade: de um lado, eles são uma forma de assistência caridosa dirigida aos necessitados, e de outro,

constituem dispositivos de controle e coerção social. A necessidade e sujeição dos pobres se transformam em garantias de obediência; porém, elas representam “também a impossibilidade, a incapacidade de se situar em uma relação de paridade e a possibilidade de evitar um enfrentamento com diversas formas de relacionamento social que exijam julgamento e discernimento” (Collière, 1989: 68).

Consideramos que a relação que se estabelece entre a concepção de ajuda cristã e a assistência é muito mais complexa do que se pode extrair da exposição destes parágrafos. Outros estudos aprofundam essa temática com a seriedade que ela merece.

#### 4 - O SURGIMENTO DOS HOSPÍCIOS

Mais uma vez apelamos à etimologia das palavras para explorar seus significados e não apenas utilizar o sentido atribuído por diferentes circunstâncias a situações, pessoas, momentos, lugares, etc. Dessa forma, se levarmos em conta as diferentes definições dadas por dicionários de diferentes línguas<sup>6</sup>, fundamentalmente as dos países onde o cuidado aos dementes foi destacado, é possível observar que o significado da palavra *hospício* (do latim *hospitium*) se vincula basicamente à hospitalidade, hospedagem, lugar de recolhimento para doentes, órfãos, pobres, viajantes etc. Por conseguinte, o termo não teria qualquer relação direta com a loucura ou com aqueles que a padecem. Daí é possível inferir que sua transformação se deve a outros motivos, certamente relacionados a situações concretas da época em que a referida associação tem início.

Até o século XVIII, existiu, na maioria dos países do Velho Mundo, uma mistura de confusão e ignorância a respeito da alienação mental. Segundo Foucault (1987), a medicina era um espaço “quimérico” no que conviviam saberes religiosos e consuetudinários que dominavam uma atividade provavelmente diferenciada de certos rituais ou mitos. Como a “loucura” era um aspecto do indivíduo que não podia ser

---

<sup>6</sup> Foram consultados os seguintes dicionários: Larousse, G. Dictionnaire Moderne Français-Espagnol, Coletion Jupiter, Édition 1975, France; The Advanced Learner's Dictionary of Current English, Second Edition, London, Oxford University Press, Second Edition, 1973; Wahrig, G., Deutsches Wörterbuch, Bertelsmann Lexikon-Verlag, Reinhard Mohn, Gütersloh, 1968; Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, Madrid 1984, Vigésima edición.

explicado cientificamente, ela foi deixada de lado, ignorada. Não apenas na Espanha, mas também na França do século XVII, já existiam alguns pavilhões nos hospitais gerais dedicados aos alienados e também outros dedicados exclusivamente aos dementes; esses pavilhões estavam dirigidos pela Ordem de *San Juan de Dios*, estabelecida, nesse país, a partir de 1601. Durante a Revolução Francesa, esses hospitais foram fechados e a ordem viu interrompidas suas atividades; a maioria dos alienados foi trasladada para Bicêtre e para La Salpêtrière, acarretando, isso, a piora da situação vivida nos hospitais (Viqueira, 1970), pois esses últimos eram espaços onde se misturavam a assistência pública, o acolhimento, a correção, a reclusão e a morte.

A partir do século XVIII, com o desenvolvimento das ciências clínicas, os hospitais começaram a ter uma nova função vinculada à medicina, deixando, progressivamente, de ser abrigos espirituais para moribundos. Assim, foram criadas, em toda a Europa, as primeiras cadeiras e instituições clínicas. Nesse mesmo período, a exclusão indiscriminada de desadaptados sociais, entre eles os doentes mentais, estava muito difundida e assentada no meio europeu (Foucault, 1987).

Esse fenômeno de reclusão, de tamanha magnitude, não pode ser pensado como uma ruptura, mas sim como uma continuidade de certos processos que começaram no século XVI. Talvez, ele deveria ser considerado, antes, um novo estágio ou fase de um determinado processo vinculado ao desenvolvimento das cidades e dos espaços urbanos, ao aumento da população e a novas formas de relacionamento e de sociabilidade das pessoas. Castel (1999: 75) se refere ao mesmo da seguinte forma: "Diante dessa ameaça, a reclusão é apenas um meio, radical sem dúvida, mas que se apresenta como um desvio necessário para restaurar o pertencimento comunitário".

O hospital geral, dentro do contexto mencionado no parágrafo anterior, não cumpriu a função de deslocar da sociedade certos indivíduos, mas, tomando emprestadas palavras de Castel (1999), os indivíduos eram "recolocados num espaço *ad hoc*". Nesse sentido, a função do hospital geral como instituição não era inovadora, fazendo parte simplesmente de um contínuo de certas formas de assistência. As técnicas desenvolvidas dentro da instituição -compreendidas nessa concepção- também foram uma estratégia de inclusão no sentido de reeducar o indivíduo para que o mesmo pudesse retomar seu lugar dentro dos cânones aceitos pela sociedade desse momento.

No final do século XVIII surgiu um movimento crítico, fundamentalmente na França e na Inglaterra, que teve como alvo realizar uma mudança ampla nos objetivos e nas funções de várias instituições, entre elas, o hospital geral. Produto da Revolução Francesa, essa mudança marca um ponto de inflexão na forma de conceber o mundo, e dentro da mesma, o homem em seus relacionamentos. Configura-se também outra forma de conceber os fatos: os anteriores a esse momento serão considerados antigos e os posteriores serão vistos como novos ou, em outras palavras, “modernos”.

Dentro dessa nova concepção, os hospitais deixaram de ser um espaço onde simplesmente se esperava a morte ou se tentava, autoritariamente, corrigir o desviado, passando a cumprir uma função médica. Em relação aos doentes mentais da época, essa filosofia, guiada pelos princípios de igualdade, fraternidade e progresso e que tinha a Pinel como maior expoente, levantou a bandeira de libertar os doentes mentais das cadeias, literais e figurativas, devolvendo-lhes seus direitos de seres potencialmente racionais que tinham perdido. Nascia, assim, a primeira revolução da psiquiatria (Porter, 1989). Com a fundação do alienismo e o desenvolvimento do método clínico, baseado na observação direta e sistemática do doente, procedeu-se à separação dos alienados do resto dos desadaptados. Assim, iniciou-se o que se poderia denominar a “era dos grandes asilos” na Europa, passando, os hospitais gerais, a um segundo plano.

Destarte, com o devir do tempo e o desenvolvimento de algumas descobertas nas ciências médicas, esses espaços se transformaram e passaram a ser chamados de hospícios, no sentido de serem lugares onde eram depositados os doentes, sem que isso significasse alguma modificação do quadro ou patologia dado ou a aplicação de um tratamento determinado com esse objetivo. A preocupação estava focalizada na explicação das doenças, mas não em sua cura.

#### **4.1 - Os hospícios no Brasil**

Alguns estudos realizados (Figueiredo, 2000) destacam que no Brasil, até o século XIX, a idéia de hospício que foi desenvolvida estava estreitamente ligada à concepção portuguesa, que, por sua vez, estava em sintonia com os conceitos mencionados

acima, muito atrelados às idéias de caridade e religiosidade. Dessa forma, vários conventos de Salvador e de São Paulo contavam com hospícios ou apresentavam autorizações para suas construções; tratava-se de casas cuja finalidade era a caridade e que, inicialmente, serviram para alojar os hansenianos antes do que para acolher os doentes mentais. Com efeito, estes últimos só vieram a ser segregados depois dos leprosos, tuberculosos, etc. Já no século XX, o cuidado aos doentes mentais se desenvolveu entre lutas de origem religiosa. No Estado de São Paulo, mais especificamente no município de Itapira, segundo relatos de Mendonça de Jesus (1996: 30) “a Igreja Católica precisou fazer concessões no plano doutrinal para melhor se implantar no município, tendo que incorporar contribuições dos cultos africanos e das crenças indígenas e tolerar a moral sexual de senhores e escravos”.

A partir desse momento, o catolicismo já não foi monopólico; ele sofria de movimentos cismáticos importantes, que, por sua vez, eram reflexo do que estava acontecendo em outras áreas da sociedade, e disputava os fiéis com outras crenças, dentre as quais se destaca o espiritismo. No trabalho desenvolvido por Mendonça de Jesus (1996) é salientado também o fato de que os espíritas, apesar de serem poucos numericamente, foram chamados a colaborar no disciplinamento do espaço urbano, o que, sob sua perspectiva, facilitaria seu objetivo fundamental -difundir a doutrina espírita-, outorgando-lhes uma porta de entrada e legitimação social importante.

Nesse sentido, consideramos relevante dedicar alguns parágrafos ao desenvolvimento da crença espírita no Estado de São Paulo, dado o lugar de destaque que o mesmo teve na história do país e na assistência psiquiátrica, junto a outros Estados.

Um dos elementos que diferenciou a religião espírita da Igreja Católica foi que a primeira não contava com o apoio das elites brasileiras, fundamentalmente paulistas; com efeito, elas se mantiveram do lado do catolicismo. Isto fez com que os espíritas procurassem apoio e legitimidade de outros grupos sociais, como os agnósticos, os maçons, e todo aquele que se chamasse de livre-pensador. Mas, antes de desenvolver atividades religiosas, os espíritas praticaram militância política nos sindicatos; vários deles saíram das fileiras do catolicismo e se vincularam a serviços assistenciais, dentre eles, hospitais psiquiátricos. Isto, segundo Mendonça (1996: 35), estabelece “uma significativa diferença entre o movimento espírita brasileiro e seus congêneres. Enquanto seus pares europeus

concebiam o espiritismo como uma filosofia de base científica com conseqüências morais de natureza religiosa (...) tratam de conferir embasamento científico a seus princípios doutrinários e a difundir seus preceitos, os espíritas brasileiros dedicaram-se à atividade assistencial através da construção de hospitais psiquiátricos, o que parece tratar-se, ainda, de um fenômeno localizado”. O autor salienta também que, no Brasil, o espiritismo sofreu algumas transformações em função de sua difusão, já que vários de seus agentes, por pertencer às camadas médias urbanas, contavam com uma instrução que não permitiria considerá-los cultos ou eruditos.

O espiritismo se baseou numa ciência guiada por leis de natureza espiritual; por isso, a doença mental poderia ser considerada como um estágio da evolução humana. Nesse sentido, ela deve ser sofrida, o que significa que não precisaria de cuidado médico algum. Porém, vários serviços e hospitais dedicados aos cuidados desses doentes foram fundados por espíritas, fundamentalmente no Estado de São Paulo<sup>7</sup>.

A passagem de uma primeira postura que implicava ignorar a loucura para o momento em que a mesma começa a ser percebida e até rejeitada, sendo, inclusive, alvo de repressão, tem um estágio intermédio -se é possível chamá-lo dessa forma- que passa pelos porões das Santas Casas de Misericórdia. Nesses lugares, os doentes não receberam um trato preferencial ou diferencial dos outros habitantes. Todas as pessoas que se encontravam ali eram tratadas como prisioneiros ou criminosos. Com a criação da Sociedade de Medicina e as reclamações da classe médica referidas aos maus tratos recebidos pelos doentes mentais e quanto à competência das referidas instituições para o tratamento dos mesmos, na segunda metade do século XIX, o hospício no Brasil adquiriu o perfil de consagração aos loucos. Dessa forma, em 1852 foi fundado o primeiro hospício brasileiro, o D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Seu objetivo lembra o do hospital espanhol de Sevilla, pois recebia doentes de todo o império, sem distinção nenhuma, fator que foi determinante para que sua lotação fosse completada rapidamente (Resende, 1997).

É importante lembrar que a classe médica ainda não tinha poder administrativo e que suas visitas não eram frequentes, apesar dos médicos integrarem os quadros regulares das instituições. Os estabelecimentos eram dirigidos pelas irmãs. Porém, devemos também

---

<sup>7</sup> Para obter uma informação pormenorizada a esse respeito, ver Mendonça de Jesus (1996).

lembrar que, em seu início, a filantropia e a medicina, através do hospital, ou os filantropos e os médicos, atuaram complementarmente, na medida em que, mediante suas práticas, pretenderam moldar os corpos, transformar as pessoas perigosas em dóceis para, dessa forma, restituir seu comportamento sadio e normal. Isso só podia ser realizado e reforçado duplamente num espaço comum, o hospital, lugar onde se pretendia curar os pobres e desvalidos e onde a classe médica era formada. Segundo Foucault (1987), era o espaço onde o que era benevolência em relação ao pobre se transformava em conhecimento aplicável ao rico.

Em linhas gerais, o desenvolvimento da assistência aos doentes mentais no Brasil seguiu igual percurso que na Europa, apresentando certo atraso, mas sem desviar-se do caminho geral, surgindo nomes como Juliano Moreira, Franco Da Rocha, Ulysses Pernambucano, entre vários outros, vinculando-se a psiquiatria, então, às políticas ou tendências públicas. Nesse sentido, é possível estabelecer uma relação e identificar o surgimento das colônias agrícolas, a preocupação pelo trabalho como método terapêutico ao desenvolvimento da sociedade e suas respectivas necessidades, tanto políticas e econômicas quanto sociais. Mas, a lentidão dos processos vividos pela sociedade brasileira, embora não exclusiva da mesma, não permitiu que fossem incorporadas as transformações iniciadas nos países que serviram como modelos a serem imitados.

## **5 - ATORES DENTRO E FORA DO BRASIL NA FORMAÇÃO CIENTÍFICA**

Como foi mencionado no início do presente capítulo, Portugal, desde finais do século XVI, encontrava-se isolado do movimento contra a filosofia escolástica. Um fator que determinou em boa medida essa separação foi influência de determinadas ordens religiosas, fundamentalmente os jesuítas, dominicanos e franciscanos. Os primeiros chegaram a ter quase o monopólio do ensino, através da Universidade de Coimbra<sup>8</sup>, predominando em todos os

---

<sup>8</sup> Esta universidade foi fundada em 1290, tendo sido transferida de Lisboa para Coimbra em duas oportunidades (1308 e 1537). Ela foi organizada de acordo com as orientações jurídicas francesas e italianas, sendo isso facilitado pela origem francesa da primeira dinastia portuguesa. A partir do último traslado para Coimbra, começou um período de dois séculos de domínio jesuíta, caracterizado pelo isolamento em relação à influência do pensamento intelectual e científico do resto da Europa. Essa situação mudou apenas em 1759, quando os jesuítas foram expulsos das colônias e de Portugal (Carvalho, 1981).

setores da vida nacional. Eles foram os responsáveis pela educação das classes dirigentes e abastadas, sendo também os confessores e diretores espirituais da família real e dos fidalgos, conseguindo, assim, moldar os espíritos dos governantes e exercer uma grande influência na mentalidade nacional desse momento. O objetivo primordial da educação foi sustentar o pensamento da Europa medieval (Paim, 1978).

Historicamente, os primeiros missionários que chegaram ao Brasil em 1549, criaram, um ano mais tarde, a diocese brasileira de Salvador, tentando, dessa forma, organizar um sistema de ensino superior baseado nos “colégios”. Com a primazia da ordem jesuítica na metrópole, as novas instituições se guiaram pelo modelo do Real Colégio das Artes de Coimbra. O monopólio dos colégios portugueses transformou os brasileiros em ‘sucursais’. Assim, os únicos estudos aprovados na colônia eram os prévios à educação universitária; a graduação acadêmica apenas podia ser obtida na metrópole<sup>9</sup> (Steger, 1974).

Com a mudança da corte para o Brasil (1808), chegaram as idéias reformistas da nova Universidade de Coimbra, que tinha sofrido uma transformação radical a partir do governo do Marquês de Pombal<sup>10</sup> (1755-1777). A expulsão dos jesuítas gerou um vazio nas estruturas educativas. A solução encontrada teve, entre suas primeiras medidas, a fundação de escolas dedicadas à formação das promoções que se desenvolveriam na administração, no

---

<sup>9</sup> Segundo Freyre (1998), na primeira época da monarquia liberal brasileira, o papel da educação universitária se caracterizou pelo surgimento de duas forças relacionadas entre si, os bacharéis e os mulatos. Os filhos e netos dos novos ricos se assimilavam à cultura dominante através dos estudos na Europa. Com efeito, foi através de sua formação universitária -preferentemente realizada em Coimbra, Montpellier ou Paris- que o mulato conseguiu ser considerado “socialmente branco”.

<sup>10</sup> Os primeiros antecedentes de aproximação de Portugal ao pensamento moderno europeu se localizaram na Academia dos Ericieira. Os Ericieira eram uma família nobre, rica e influente na Corte portuguesa; o Conde D. Francisco Xavier de Menezes (1673-1743) empreendeu várias mudanças no sentido de restabelecer o contato com a cultura européia contemporânea. A partir de sua iniciativa surgiu uma instituição equivalente às Academias de Ciências de outros países. Adjudica-se à influência exercida pela mesma parte da responsabilidade pelo fim do monopólio do ensino dos jesuítas, efetivado em 1745. Sebastião José de Carvalho e Melo, Marquês de Pombal e aluno da Academia dos Ericieira, criou, em 1761, o Colégio dos Nobres, cujo objetivo primordial, além do ensino das humanidades, era dar aos alunos uma estrita formação científica através da matemática, da física e das ciências aplicadas. Para isso, foram contratados professores e foram importados materiais da França e da Inglaterra. Essa instituição seria a base de uma futura Escola Politécnica, transformando-se, aliás, dez anos mais tarde, numa universidade. A obra mais importante do referido governante foi a reforma da Universidade de Coimbra. A partir dela, destacaram-se dois novos estabelecimentos na metrópole: de um lado, as Faculdades de Matemática e, de outro, as de Filosofia. Esta última disciplina era concebida como “filosofia natural” e equiparada à ciência aplicada. Seus cursos formaram pesquisadores de recursos naturais, botânicos, mineralogistas etc., isto é, pessoas capazes de identificar e explorar as riquezas das colônias, que enriqueciam o Reino, fundamentalmente no território brasileiro. O objetivo fundamental do governo do Marquês de Pombal foi difundir a idéia de que a ciência aplicada era o meio para a conquista da riqueza do Estado ou da Nação. Dentre os nove princípios pombalinos, o terceiro diz respeito à formação de uma elite profissional liberal que fosse capaz de desempenhar todas as tarefas requeridas pelo comércio e pela construção (Paim, 1978).

exército, na economia e nas instituições sanitárias. Antes que o Rei desembarcasse no Rio, foi assinado um documento aprovando a fundação da Academia de Cirurgia da Bahia; alguns tempos depois, foram fundadas a Academia de Marina, a Escola de Economia da Bahia, a Escola de Anatomia e a de Ginecologia. Paralelamente, foram organizados o Museu Nacional, o Jardim Botânico e a Academia de Belas Artes; todas essas instituições se transformaram em escolas profissionais superiores (Steger, 1974). A política do governo português foi a de não permitir a instalação de estabelecimentos universitários nas colônias. Em 1827, foram criados dois cursos de direito, em São Paulo e Olinda e foi organizada uma Escola de Farmácia em Ouro Preto (1839).

No Brasil imperial, a educação era um distintivo da elite política e a Universidade de Coimbra lhe outorgou a homogeneidade ideológica necessária para as tarefas de construção do poder. Ela foi eficaz quanto a evitar um contato mais intenso de seus estudantes com o Iluminismo francês, que se revelava politicamente perigoso<sup>11</sup>. A partir da Independência, em 1822, observa-se uma separação radical entre duas gerações diferentes de políticos, uma formada em Portugal (Coimbra) e a outra no Brasil (São Paulo e Olinda/Recife). Isso se refletiu em várias esferas, entre as quais, no nível parlamentar, destacou-se a discussão sobre a criação de escolas. De fato, os regionalismos estiveram presentes durante os debates parlamentares de 1823 e 1826. A pressão exercida pelas províncias de maior destaque nessa época não permitiu a organização de uma única escola ou universidade na capital. Como já estavam criadas as escolas de Medicina do Rio e da Bahia, como também a Escola Militar carioca, a discussão se centralizou na criação de escolas de Direito.

As universidades no Brasil só surgiram no século XX. A primeira foi a Universidade do Rio de Janeiro (1920) -posteriormente reconhecida como Pontificia- e a segunda foi a de Minas Gerais (1927); em 1945, existiam cinco universidades no país (Brunner, 1990: 27).

Neste novo período, e como resultado das mudanças experimentadas na Europa, a medicina deixou de ser uma prática extra hospitalar e extra universitária, sendo incorporada ao saber científico. Dessa forma, as ordens religiosas que dirigiam os hospitais

---

<sup>11</sup> O Brasil já tinha experimentado o efeito dessa influência através da atuação de alguns brasileiros, principalmente padres, médicos e maçons, que, formados na França e na Inglaterra entre 1777 e 1824, envolveram-se em movimentos políticos radicais (Carvalho, 1981).

começaram, aos poucos, a ser substituídas pelos médicos. Esse processo, vivido mais tardiamente pelos países em desenvolvimento, também se caracterizou por mudanças. Tratou-se, em síntese, da passagem de uma filantropia religiosa para uma científica. Isso não implicou que a primeira desaparecesse por completo; muito pelo contrário, o que aconteceu apenas foi que a mesma perdeu força, espaço e poder dentro das estruturas administrativas dos hospitais, abrindo-se espaço, gradualmente, o segundo tipo de filantropia, a científica. Ela ganhou força e peso, passando a influir diferentes âmbitos estaduais, como a saúde e o ensino universitário.

### **5.1 - A influência da Fundação Rockefeller no Brasil**

No Brasil, um claro exemplo do exposto no último parágrafo da seção anterior, pode ser identificado nas origens da atual Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), uma das instituições de peso na arena acadêmica do Brasil. Um dos atores que facilitou a transição já mencionada, de uma filantropia religiosa para uma filantropia científica, foi a Fundação Rockefeller<sup>12</sup> (FR), que teve um papel relevante no país durante várias décadas.

Mas, antes de aprofundarmos na influência, poderíamos dizer decisória, da FR na estruturação da FMUSP, salientaremos alguns aspectos gerais da mesma que consideramos importantes. Entre eles, o fato de a FR ser umas das instituições filantrópicas mais antigas e importantes dos Estados Unidos, tendo uma participação, ao longo da sua história, em setores chave, tanto dentro do país quanto fora dele. Seu destaque tem sido marcado na produção de conhecimento científico, fundamentalmente nas áreas de saúde pública, educação, ensino médico, psiquiatria e ciências naturais -genética, endocrinologia, fisiologia e estudos quantitativos em biologia, física e química aplicadas-, e na promoção de pesquisas nas áreas sociais como a antropologia, as artes, a cultura, os meios de comunicação, os acervos históricos, etc. (Marinho, 1993).

---

<sup>12</sup> A fundação se organizou como sociedade civil, sem fins lucrativos, sendo caudatária de uma das maiores fortunas pessoais de uma das famílias mais importantes dos Estados Unidos. Segundo a pesquisa realizada por Marinho (1993), sua origem filantrópica remonta à juventude de John Dawson Rockefeller, momento em que a referida instituição já realizava contribuições para causas de caridade, ações vinculadas com a Igreja Batista à qual pertencia. Em 1889, foram realizados importantes donativos para a fundação da Universidade de Chicago, que foi a primeira instituição de ensino universitário da Igreja Batista. Em 1892, Frederick Gates, ministro da igreja naquele momento, passou a ser o conselheiro de Rockefeller.

No decorrer da fase de relacionamento entre a FR e a atual USP, é possível distinguir, segundo Marinho (2001), dois períodos claramente delimitados por duas formas de atuação bem diferenciadas. A primeira fase se localiza nos inícios da organização da universidade e se caracteriza por ter dado início a uma reforma sanitária, claramente decorrente da influência dos ideais sanitaristas da Guerra Civil no nível mundial. No Brasil especificamente, essa fase se completou com a campanha contra a malária no Nordeste, no final da década de 1930.

As primeiras tentativas de penetração da referida instituição na América Latina, e no Brasil em particular, datam de inícios do século passado, aproximadamente por volta de 1904-1905, mas elas se concretizaram apenas dez anos depois, com a chegada da primeira comissão da FR, integrada pelo então presidente da *International Health Board* (Junta Internacional de Saúde). O objetivo da viagem, que estabeleceu contatos em diferentes países do continente, foi identificar áreas de atuação, especificamente nos setores de saúde pública<sup>13</sup> e de ensino médico. Em 1916, foram realizados os contatos entre a comissão e alguns membros da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Marinho, 1993). É importante salientar aqui que as doações realizadas pela fundação, tanto dentro dos Estados Unidos quanto fora desse país, sempre impuseram certas exigências, entre as quais se destacava o requerimento de independência financeira das instituições beneficiadas. Em outras palavras, as ações filantrópicas seguiam critérios racionais muito bem estabelecidos.

Durante a dramática situação sanitária sofrida pelos Estados Unidos depois da Guerra Civil e da Primeira Guerra Mundial, a intervenção da fundação nessa área se tornou notória. Foi a partir da organização das campanhas de saúde pública que começou a observar-se, no discurso, a incorporação de uma linguagem de tipo militar. Isso ficou de manifesto em alvos como lutar contra as doenças, iniciar uma guerra contra as moléstias, começando-se, também, a incorporar o que poderia se chamar de planejamento, apesar de que, na verdade, nesse momento essas fossem apenas estratégias. Nesse sentido, na FR se

---

<sup>13</sup> Gates se baseou em seis áreas consideradas por ele como prioritárias para definir um plano de atuação do programa da fundação. Essas áreas foram educação, ciência e saúde, moral e religião. No início do século passado, a partir de um conselho de Gates, foi criado o *Institute Rockefeller for Medical Research*, com sede em Nova York. Sua finalidade foi desenvolver pesquisas na área médica experimental na base da "excelência" assegurada por um número importante de pesquisadores bem remunerados com dedicação integral (Marinho, 1993).

devotou a uma sólida formação de quadros científicos, fundamentalmente na Universidade Johns Hopkins, instituindo um sistema de bolsas de estudo, realizando uma rigorosa seleção dos alunos e dando aos mesmos, assim, a oportunidade de voltar a seus lugares de origem com uma formação altamente qualificada. Essa premissa, que no início esteve baseada em ações de filantropia científica, com o passar do tempo e devido a interesses da fundação, foi se transformando em apoio financeiro a estudantes, pesquisadores ou instituições que funcionassem como sementes capazes de difundir um modelo de ciência.

Com esta concepção chegou a nosso continente a comissão da FR para estudar as condições sanitárias e do ensino médico no intuito de estabelecer as bases dos diversos contatos nos diferentes países, entre eles o Brasil. Destarte, inicia-se o embasamento do elevado padrão de ensino e pesquisa que faz da FMSP uma das melhores faculdades estaduais do país. Essa tradição fez dela uma escola-modelo na criação de outras instituições, como, por exemplo, a Escola Paulista de Medicina, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, a Faculdade de Medicina de Botucatu, a de Taubaté, etc.

Com a instalação do *International Health Board* (Junta Internacional de Saúde) no Rio de Janeiro, a FR se comprometia a organizar e manter o Departamento de Higiene da faculdade durante cinco anos e fornecer equipamento, além de outorgar anualmente uma quantia determinada de dinheiro. Inclusive, outorgaria duas bolsas nessas áreas nos Estados Unidos, com a cobertura de todas as despesas dos alunos. Em contrapartida, a Junta enviaria dois cientistas para esses departamentos por cinco anos para dirigir o trabalho de alguns assistentes (Marinho, 1993).

Segundo Marinho (2001: 4-5) "foi possível identificar a Ernesto de Souza Campos e Zeferino Vaz como os principais parceiros e interlocutores da FR na transferência para o Brasil de seus modelos institucionais de organização do ensino e da pesquisa científica. (...) ambos constituíram-se, em São Paulo, nas principais figuras difusoras do modelo modernizante de ciência -elitista e conservador- formulado pela filantropia norte-americana". Além disso, o autor acrescenta que "o tipo de relacionamento proposto a tais figuras -identificadas com o ideário da fundação- não se resumia à condição de meros repassadores de verbas da filantropia para a pesquisa local. A relação que se

estabeleceu foi muito mais complexa e sutil. Pressupunha uma adesão à causa da ciência, bem como aos valores da sociedade norte-americana, princípios que ambos, Souza Campos e Vaz, nunca se esquivaram de defender publicamente”.

## 6 - A AÇÃO DE OUTROS FATORES E ATORES

Além dos elementos mencionados até aqui, existiram outros fatores e atores que contribuíram para sentar as bases de futuras mudanças, tanto nas áreas econômica, política e social quanto na área da assistência pública e psiquiátrica no mundo todo e no Brasil em especial.

A revolução industrial do século XVIII foi um momento de inflexão no desenvolvimento das sociedades. Ela acarretou uma complexificação, fragmentação, especialização e organização dos processos de trabalho. Previamente a esse acontecimento, o valorado pela sociedade era a ocupação, o trabalho por si mesmo; o fruto do trabalho não dependia do homem, mas de Deus e, por isso, não era possível questionar esse destino.

Com o surgimento do capitalismo aparecem novos conceitos que caracterizam e se instauram nas sociedades modernas, destacando-se, entre eles, a previsão, no sentido de projetar e organizar cada vez mais os modos de produção. Mas isso adquire maior importância a partir da crise financeira mundial dos anos 1930, que teve como consequência um prolongado período de depressão. Surgiu, a partir daí, um modelo econômico, denominado “keynesiano” (criado por M. Keynes, economista de origem inglesa), que propõe um Estado de caráter mais intervencionista na arena econômica, visando, dessa forma, controlar a frequência de aparição dos períodos de crise e suas consequências. Ora bem, isso só podia ser atingido através do planejamento do Estado.

A finalização da Segunda Grande Guerra, em 1945, consolidou um cenário mundial dividido: de um lado estavam os chamados países desenvolvidos -a Europa, os Estados Unidos e a União Soviética- e, de outro, surgiram os chamados países terceiro-mundistas (Herrera e col., 1994). A primazia dos Estados Unidos, que já começava a ser observada na primeira Guerra, tornou-se notória nesse momento, de tal forma que a Europa perdeu o lugar de privilégio que detinha até então.

A concepção keynessiana foi levada à prática a partir do final da Segunda Guerra como forma de controlar a situação política e econômica de pós-guerra. Além disso, a mesma também foi utilizada como forma de frear o socialismo emergente nessa época, sendo introduzidas na América Latina através da Organização das Nações Unidas (ONU). O conceito reitor desse processo foi o de diminuição das brechas entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos que aparecem com a nova configuração do mapa político e econômico de pós-guerra. O planejamento se transformou num conceito chave com vistas a produzir o desenvolvimento dos diferentes países da região através de duas vias: a industrialização e a modernização. O organismo encarregado da difusão do planejamento no continente foi a Comissão Econômica para a América Latina - CEPAL (Giovannella, 1998).

Inicialmente, a área da economia foi o campo onde começou a ser desenvolvida essa teoria do planejamento para, mais tarde, ser aplicada nas áreas sociais, entre elas a saúde. Um acontecimento marcante nesse sentido foi o encontro que teve como resultado o Programa “Aliança para o Progresso” (AP), realizado em 1961 em Punta del Este, Uruguai, e fortemente apoiado pelo governo Kennedy. Conforme a política norte-americana dessa época, algumas das explicações do desenvolvimento se encontravam nos problemas sociais e políticos; portanto, a AP funcionou como forma de controlar, através dos empréstimos para programas sociais, a expansão das idéias socialistas no continente. Pode-se dizer então que, através do planejamento e do incentivo de novos projetos sociais, foi fomentado o controle social. Isso se concretizou através da incorporação de diferentes setores sociais às diferentes planificações e dos acordos dos países com metas sociais comuns. Vários foram os organismos internacionais encarregados de financiar esses projetos; entre eles, destacam-se o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BM), supervisionados pelo Fundo Monetário Internacional<sup>14</sup> (FMI).

---

<sup>14</sup> É importante mencionar que o FMI surgiu da Conferência de Bretton Woods, em New Hampshire, nos Estados Unidos, após o final da Segunda Guerra; seu objetivo foi concretizar um sistema financeiro mundial que oferecesse empréstimos em curto prazo aos países que afrontavam dificuldades em sua balança de pagamentos, possibilitando, dessa forma, um equilíbrio econômico entre importações/exportações que desse lugar a um processo de comercialização aberto. Junto com a criação do FMI surgiram também outras instituições bancárias que configuraram uma espécie de disputa entre dois projetos: de um lado, o projeto norte-americano (Plano White) do Departamento do Tesouro e, de outro, o Plano Keynes da Inglaterra (Stiglitz, 2002).

No campo da saúde, o objetivo da AP foi melhorar a organização dos serviços, com o respectivo aumento no seu desempenho; em outras palavras, aumentar o número de pacientes assistidos, introduzindo atividades de prevenção e cura. Além disso, os países membros se comprometeram a melhorar a formação dos profissionais da área e a criar unidades de planejamento nos diferentes Ministérios da Saúde, vinculadas, obviamente, às unidades respectivas dos organismos que trabalhavam na área da economia (OPS/OMS, 1971). Mais duas organizações internacionais são também atores dessas mudanças, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) -encarregada de avaliar os projetos elaborados e prestar assessoria aos países na elaboração dos planos de saúde- e o FMI, através do BID.

Nesse contexto, e sob estas novas concepções, foram fundadas as bases para as futuras mudanças, em diferentes níveis, nos países da América Latina e do Brasil especificamente. A partir disso surgiu uma série de acontecimentos que modificariam substancialmente o campo da saúde e da saúde mental em particular, na região. Essas mudanças são abordadas, de forma geral, no próximo capítulo.



***CAPÍTULO 2 - CENÁRIOS E  
CONTEXTOS QUE INFLUENCIAM O  
SURGIMENTO DAS UNIDADES  
PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS  
GERAIS***

## INTRODUÇÃO

Neste capítulo são tratadas algumas mudanças no cenário mundial que contribuem para uma maior compreensão de certos acontecimentos que ocorreram na assistência médica geral e psiquiátrica em particular, tanto no nível internacional quanto no Brasil. Essas mudanças determinaram várias transformações importantes nesses setores que influenciam o fenômeno abordado no presente trabalho. Entre elas, destacou-se a descentralização do hospital psiquiátrico (HP) do foco da assistência, criando-se, simultaneamente, novos serviços assistenciais. Dessa forma, outras estruturas passaram a ocupar lugar de destaque dentro da rede: os hospitais gerais (HG); e, dentro deles, diferentes modalidades de atendimento a pacientes psiquiátricos: Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs), isto é, enfermarias de psiquiatria ou reserva de leitos nas clínicas médicas, as quais constituem objeto de estudo do presente trabalho como novas tendências que começaram a ser praticadas nos últimos anos nalguns Estados do Brasil.

### 1 - ANTECEDENTES DO SURGIMENTO DE NOVOS PARADIGMAS

Como já foi referido no capítulo 1, as conseqüências da Segunda Guerra se fizeram notar em diferentes campos (político, econômico, social e cultural) no nível internacional: na esfera política através da instauração de um novo mapa mundial e na esfera econômica mediante o surgimento do capitalismo. Propiciou-se, assim, o surgimento de novos conceitos que se instauram e caracterizam as sociedades modernas. Entre eles, destaca-se a previsão, no sentido de poder projetar e organizar cada vez mais os modos de produção. Com o surgimento do modelo econômico denominado "keynesiano" surge a idéia do planejamento<sup>1</sup> do Estado.

A partir da década de 1950 surgem os chamados *Welfare States* (Estados de Bem-Estar), que contribuíram para a preparação do terreno no qual se desenvolveria um novo campo de intervenção da psiquiatria. O Estado começou a ter,

---

<sup>1</sup> Em outras palavras, começou-se a pensar na maximização do rendimento dos fundos. É o que Bourdieu (1979) denomina o *ethos* das sociedades modernas, isto é, uma nova racionalidade que se instaura a partir da sociedade industrial.

gradativamente, um papel fundamental no âmbito da política e da regulação social, desencadeando-se um processo de centralização das funções administrativas e da distribuição dos recursos.

### 1.1 - Novas concepções para o campo da saúde

Com o surgimento da idéia de universalidade da saúde teve lugar uma reorganização total da estrutura assistencial, tanto geral quanto psiquiátrica, visando uma distribuição mais equitativa. O conceito de reestruturação teve como alvo atingir amplas mudanças nos objetivos fundamentais, disposições institucionais e práticas de trabalho. Segundo Flynn (1993), estas tendências, nos países desenvolvidos, conceberam a reestruturação no setor público como a criação de novos papéis e funções, o que implicava mudanças na ideologia sobre a natureza das relações sociedade-Estado, estando em jogo o alcance da intervenção do último. Em outras palavras, visava-se uma redistribuição radical do poder e uma realocação dos interesses; portanto, tratar-se-ia de uma mudança de paradigma na medida em que a forma de fazer política e a forma de implementar a mesma são alteradas.

Essa situação começou a mudar gradativamente, sentindo-se as conseqüências dos modelos adotados fundamentalmente a partir do final da década de 70 e durante a década de 80. O setor da saúde começou a ser organizado como empreendimento econômico, tornando-se uma área de investimento produtivo. Porém, já a partir da década de 1960, o método aplicado era fortemente criticado na medida em que se apresentavam várias dificuldades na sua implementação; em linhas gerais, os políticos e os administradores nem sempre seguiam seus lineamentos<sup>2</sup>. Giovanella (1998:121-122) descreve essa situação da seguinte forma: “Desconsideram-se conflitos e diferentes interesses, (...) O planejador é entendido como um técnico a serviço do político. A situação é de conflito e disputa pelo poder, e não de consenso (...) Ao não considerarem a variabilidade e complexidade da realidade, os conflitos e os diferentes interesses não dão conta dessa realidade, tornando-se pouco úteis para a intervenção.”

---

<sup>2</sup> Sobre as diferenças entre os programas de saúde mental e seu desenvolvimento, ver Larrobla (1999).

No momento de grande crise econômica, na década de 1980, os países em desenvolvimento adotaram como solução o chamado modelo neoliberal, baseado na direta restrição estatal dos serviços sociais básicos, principalmente na saúde e na educação, a fim de atingir um equilíbrio orçamentário, utilizando, como um dos métodos, a privatização dos serviços públicos (Herrera e col., 1994). Em outras palavras, através de um “Estado mínimo”, organizado de acordo com o cancelamento de funções, a eliminação de pessoas dentro da cadeia produtiva e econômica dos países, etc., obter-se-ia o equilíbrio necessário para sair da situação de crise. Isso fez com que a maioria dos princípios<sup>3</sup> que regiam o modelo proposto pelo Centro de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES-UCV) e apoiado pela OPAS<sup>4</sup> -chamado, posteriormente, CENDES/OPAS- não fossem cumpridos.

## 1.2 - Reformulação do Estado: impactos em outras áreas

Hoje em dia, além das áreas da saúde e da educação, também se vê afetada a área da Seguridade Social. Esta área também está marcada, historicamente, pelo fato de institucionalizar certas práticas, certa racionalidade. Ela não apenas delimita um campo de ação, como também implica um certo número de ações desenvolvidas, tanto na área pública quanto na privada, cujo objetivo é substituir, alocar e realocar e até prevenir, através de métodos e técnicas específicas, carências dos sujeitos ou grupos no que diz respeito à convivência, autonomia social e sobrevivência. Mestriner (2001) salienta que a assistência social na esfera pública nem sempre conseguiu chegar a ter estatuto de política social, pois o simples fato de existirem programas públicos ou ações determinadas não lhe outorga o estatuto de política social, apesar da mesma incidir nessa esfera.

---

<sup>3</sup> Entre os princípios, destacam-se a regionalização -servia para a aproximação das ações de saúde à comunidade- e a hierarquização -facilitava a prestação de uma assistência de complexidade crescente-. A primeira se transformou na ampliação da rede e sua conseqüente detecção de doentes -neste caso doentes mentais- sem que isso significasse dar uma resposta técnica; a segunda incentivou um incremento da demanda em todos os níveis, tendo iguais resultados que a primeira (Giovanella, 1998).

<sup>4</sup> Antes da aplicação deste método, a OPAS, junto com o Instituto Latino-Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES), realizou a capacitação dos funcionários para seu correto desenvolvimento. Posteriormente, em 1968, foi criado o Centro Pan-americano de Planificação de Saúde, que complementou a capacitação até 1975. Nesse ano, foi publicado o documento *Formulación de Políticas de Salud* (Formulação de Políticas de Saúde), tendo uma distribuição restrita devido a que a incorporação ao planejamento da análise das decisões políticas não era compartilhada pela OPAS (Giovanella, 1998).

Segundo Laurell (1996), uma mudança na esfera da Seguridade Social supõe mais do que uma adequação técnico-pragmática dos problemas atuais. A autora chama a atenção nesse sentido, salientando que é "muy notable esta ola de reformas que están ocurriendo en América Latina en este momento, de las cuales la primera fue la que se instrumentó en Chile en 1981 y que está siendo utilizada como el paradigma de las reformas. Luego hubo como un intermedio, en el cual no ocurrió gran cosa, pero a partir de los '90, se da en prácticamente todos los países una gran actividad de reforma que (...) parece más una contrarreforma que una reforma de la Seguridad Social y de los Sistemas de Salud" (Laurell, 1996:11).

Todas essas reformas foram levadas à prática dentro da mencionada reforma neoliberal do Estado. Existe um conjunto de propostas conceituais que dá sustento a essa reforma, estando, seus objetivos, direcionados a transformar os serviços e benefícios sociais num novo âmbito dos negócios privados. Em relação a esse aspecto, Laurell (1996) sugere falar em processo de mercantilização dos benefícios e serviços sociais, antes do que num processo de privatização, que envolve a renda e a mudança na propriedade de quem oferece esses benefícios e serviços. Isso nos leva a pensar como, historicamente, esta área se estruturou dentro das relações entre o Estado e a sociedade civil, constituindo-se em práticas passíveis de transformar-se em apenas "restos" de outros recursos, que podem ser voltados ou utilizados sem dar lugar a responsabilidades ou compromissos, não impelindo também a geração de um orçamento próprio. Destarte, os Estados passaram a ajudar às instituições sem fins lucrativos ou a vontades individuais e não à população diretamente. No Brasil, o Estado vai resistir a transformar esta situação -em outras palavras, a adotar uma política clara ao respeito- até a Constituição Federal de 1988. Nesse ano, pela primeira vez, é atingido um novo estatuto no que se refere à assistência social, conceituando-se depois como política de seguridade social junto com a saúde e a previdência social (Mestriner, 2001).

Entre os fundamentos que se encontram na base da reforma das políticas sociais na perspectiva neoliberal, identificamos duas concepções importantes a serem destacadas: de um lado, o âmbito do bem-estar social está concebido como o âmbito do privado e, de outro, mas intimamente relacionado ao primeiro, a responsabilidade de gerar os benefícios

sociais fica, essencialmente, em mãos dos próprios indivíduos, levando-se isso à prática, basicamente, no âmbito familiar e no mercado. Assim, é estabelecida uma redefinição profunda do que seria a responsabilidade do Estado e, conseqüentemente, a sua legitimidade na intervenção estatal.

Sob essa perspectiva, autores como Laurell (1996:15) salientam que podem ser analisados dois campos de legitimidade; o primeiro diz respeito a que “lo legítimo para el Estado sería solamente aquello que los privados no pueden resolver por falta de recursos o no quieren resolver por falta de rentabilidad”. Portanto, “De esta definición básica se desprenden dos áreas de intervención o responsabilidad estatal que serían, por una parte, todo lo que se refiera a lo que el neoliberalismo define como los bienes públicos”.

Também é redefinido outro conceito, o de bem público<sup>5</sup>, que, por sua vez, sofre um recorte no que diz respeito à responsabilidade estatal, na medida em que se entende que o mesmo se caracteriza pela não-exclusividade e a não-rivalidade. Em outras palavras, os bens públicos são os bens que se caracterizam porque não podem excluir ninguém de seu uso. Todas essas reformas chegam num momento particular da sociedade em que os canais de interlocução se encontram fragilizados na maioria dos países, incluído o Brasil, fato que levou, em muitos casos, a que os indivíduos continuassem se apostando diante do Estado no mero papel de solicitantes, sem que pudessem sentir-se pertencentes a um coletivo atuante. A exclusão social adquire tal magnitude que a questão seria demonstrar -como há alguns séculos- a condição de excluído para poder ser “incluído” no sistema. É o que Castel (1999) salienta em relação às desvinculações ou não integrações dos indivíduos, por exemplo, no mundo do trabalho ou das relações sociais. Esta situação levaria a processos de “desafiliação”, de perda do sentimento de pertença, isto é, os sujeitos não se sentiriam inscritos em estruturas dotadas de um sentido. Assim, entrar-se-ia numa trajetória feita de várias rupturas vinculadas a estados de equilíbrio anteriores, relativamente estáveis ou instáveis.

---

<sup>5</sup> Previamente à aplicação do modelo neoliberal entendia-se por bem público tudo aquilo que é suficientemente valorado pela sociedade como para ser transformado em bem produzido a partir de recursos de que dispõe a própria sociedade, com o objetivo de garantir o mesmo a todos seus cidadãos.

Outro campo de intervenção estatal se refere à criação de um pacote mínimo de bens sociais destinado àquelas pessoas comprovadamente pobres; ou seja, o Estado deve gerar um mínimo de bens sociais para aqueles que não têm acesso a certos bens através do mercado. Esse pacote de serviços é formulado em função de um cálculo do desempenho no que diz respeito ao custo-efetividade das ações, o que dá origem ao planejamento das políticas flexíveis e focalizadas de combate à pobreza.

Se lembrarmos um dos critérios e concepções do cristianismo da época medieval, teremos a sensação de que certas políticas e situações se perpetuaram de uma forma muito forte ao longo dos séculos. Nessa época, a condição de pobreza era o melhor passaporte para ser levado em conta. Castel (1999, p: 66-67) traz isso à tona através das seguintes palavras: “Os pobres fazem parte do corpo da Igreja, porque seu *corpo sofre* (...) A pobreza não é, apenas um valor de troca numa economia da salvação. (...) A prova da eminente dignidade da pobreza é dada por meio de suas manifestações extremas, insustentáveis e, particularmente, dos mais espetaculares atentados contra a integridade corporal (...). O pobre mais digno de mobilizar a caridade é o que exhibe em seu corpo a impotência e o sofrimento humanos. (...) uma caracterização antropológica fundamental necessária para que a indigência seja admitida, sem problema, no quadro da assistência: deve ser exonerada da obrigação do trabalho. Dessa maneira, uma versão fascinante, e única, da exaltação da pobreza baseada na consciência exacerbada da miséria do mundo (...) [foi aplicada como] critério da derrelição dos corpos para o acesso ao auxílio. Esta teoria da desvantagem constitui uma coordenada básica de qualquer política da assistência”.

Os diferentes Programas de Ajuste acarretaram grandes problemáticas sociais que geraram uma importante conflitividade política, afetando a grande maioria dos países latino-americanos. No interior das sociedades o incremento das desigualdades sociais e a perda do emprego vão criando setores sociais que perdem todo acesso aos bens, tanto materiais quanto simbólicos, junto com a possibilidade de inserção social. Esse aprofundamento da exclusão gera novos estados nos indivíduos que minam o psiquismo na medida em que incrementam permanentemente a ansiedade em relação ao presente e ao futuro. Origina-se assim um fenômeno social em que se articulam várias dimensões, surgindo um processo paralelo e simultaneamente histórico, econômico, cultural, étnico e

político, ao provocar a ruptura dos vínculos societários, comunitários e, às vezes, parentais; isto, por sua vez, tem conseqüências como a ruptura de algumas pessoas com respeito a suas raízes, sua cultura, seus valores etc. O organismo internacional responsável pela concretização dessas políticas de ajuste foi o BM, o que demonstrou particular preocupação por esta situação na década de 1990, dando origem a uma série de relatórios a esse respeito<sup>6</sup>.

A descrição realizada até aqui coloca de manifesto uma reorganização global de toda a sociedade com claros objetivos econômicos que apontam para a reconquista do mercado dos bens e serviços sociais, já que constituem um âmbito de atividade econômica muito importante que esteve durante muito tempo fora da atividade privada. Em definitivo, está-se apontando para uma invasão e geração de lucros nessa arena, implicando, isso, graves conseqüências em amplos setores da população.

Para poder conseguir isto, conforme Laurell (1996), é necessário substituir uma série de valores muito arraigados nas sociedades latino-americanas por outros novos, os quais estariam vinculados aos direitos sociais, entendendo por direito social um direito que tem todo cidadão pelo simples fato de ser cidadão<sup>7</sup>.

-As áreas de saúde e seguridade social são particularmente favoráveis para este tipo de reforma na medida em que uma proporção muito importante dos fundos sociais de um país está constituída pelos sistemas de aposentadoria e de financiamento dos serviços de saúde.

A efeitos da temática abordada pelo presente trabalho, foram considerados alguns aspectos da reforma do sistema de saúde.

---

<sup>6</sup> Entre os relatórios, destacam-se: o Relatório sobre Pobreza (1990), o Relatório sobre Desenvolvimento Mundial intitulado "Investir em Saúde" (1993) e uma publicação sobre os Sistemas de Aposentadorias (1995). Estes relatórios consideram um diagnóstico e uma interpretação da situação que se vivia nos países, incluindo também uma proposta de implementação de políticas concretas, tanto no âmbito dos programas focalizados de combate à pobreza quanto no âmbito da saúde ou dos sistemas de aposentadoria. Dessa forma, o BM traçava propostas bem concretas sobre como devia ser realizada a reforma neoliberal das políticas sociais (Banco Mundial apud Laurell, 1996).

<sup>7</sup> Para maior informação sobre a troca de valores, ver Laurel (1996).

## 2 - TRANSFORMAÇÕES NO SETOR DA SAÚDE E SURGIMENTO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO INTERNACIONAL

### 2.1 - Uma das áreas chave: a saúde.

No início da década de 80 a Assembléia Mundial de Saúde estabeleceu que a Organização Mundial de Saúde (OMS), junto com os governos, devia conseguir para o ano 2000 que todas as pessoas alcançassem um grau de saúde que lhes possibilitasse aceder a uma vida social e economicamente produtiva. Junto com essa iniciativa, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde salientou a importância de uma nova orientação, um novo enfoque da saúde orientado a diminuir a brecha entre os privilegiados e os despossuídos (OPAS, 1988).

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), num de seus relatórios (OPAS, 1988), salienta a complexidade dos vínculos existentes entre a saúde e o desenvolvimento sócio-econômico dos países, colocando ênfase em que a saúde “no es solo el resultado de un desarrollo socioeconómico genuino (...) representa también una inversión fundamental en ese desarrollo”. Avaliações posteriores à Conferência Internacional sobre Atenção Primária, destacaram que os benefícios obtidos, nalguns dos países, foram inferiores aos esperados por causa de vários fatores. Entre eles destacou-se a instabilidade política e econômica, que dificultou o desenvolvimento social, basicamente nos países em desenvolvimento. Esta situação acarretou uma recessão muito grande cujas repercussões tiveram como resultado uma redução drástica nos orçamentos da saúde e da educação a fim de poder manter certo equilíbrio entre o crescimento econômico e o desenvolvimento social.

É importante salientar que o relatório da OPAS mencionado anteriormente também destaca que “No se puede atribuir por completo a factores económicos externos el subrendimiento en el sector salud. Muchos gobiernos en general no han tomado en forma estricta las medidas estratégicas necesarias para generar y movilizar todos los recursos posibles para la salud. Son muy pocos los países que han intentado estimar la cantidad de recursos que requieren sus estrategias nacionales para alcanzar la meta de salud para todos. El sector salud sigue siendo un 'socio minoritario' en cuanto a influencia sobre las políticas de desarrollo socioeconómico o capacidad de movilizar el apoyo efectivo de otros sectores afines para las actividades de salud” (OPAS, 1988:22).

Apesar de que cada processo adota diferentes formas e características segundo a estruturação das diferentes organizações estatais dos países, em linhas gerais, podemos identificar alguns comportamentos gerais de funcionamento. Na saúde é provável que o arrecadado ou destinado a este setor apresente um comportamento de maior investimento ou gasto por causa do consumo ou da demanda de assistência. Esse fenômeno já foi levado em consideração como um dos fatores que favorece a terceirização de determinados serviços assistenciais na medida em que os mesmos são avaliados como não rentáveis. Todavia, o interesse não está orientado no sentido de transferir ao setor privado o financiamento e a produção dos serviços de toda a população, procurando-se, pelo contrário, fazer uma privatização seletiva ou, em outras palavras, apenas de aquilo que pode ser rentável. Isso acontece porque a finalidade de uma empresa privada não é prestar serviços àqueles que o precisam, mas desenvolver atividades econômicas no mercado, o que implica uma lógica diferente.

Nesse sentido, a proposta do BM assinala que a função pública deve ser exclusivamente reguladora, ou seja, deve encarregar-se de regulamentar o sistema de saúde por meio de normas ditadas através do Ministério. Aliás, o BM recomenda também que quem financie os serviços seja somente gestor do financiamento. Assim, essa recomendação aponta a estimular fortemente, de um lado, novas estruturas como, por exemplo, as dos financiadores privados e as seguradoras e, de outro, as relativas às empresas médicas, que poderiam ser empresas privadas ou públicas, mas regidas por uma gestão guiada por critérios empresariais.

Este novo tipo de relacionamento dentro do setor favorece quem tiver maior poder; neste caso, trata-se das seguradoras, que fazem convênios com as empresas hospitalares, que, por sua vez, realizam outros convênios com os médicos. Isto numa instituição onde o número de médicos é muito alto. De fato, geralmente, os acordos que podem ser atingidos sob as condições mencionadas acima são, para estes profissionais, equivalentes ou inclusive melhores do que os acordos pactuados com o setor público. A política subjacente do BM é a de incrementar, fortalecer e estimular o investimento e a concorrência entre os serviços sociais. Porém, reconhece-se que existe a possibilidade de uma seleção adversa, o que significa correr o risco de que a qualidade dos serviços piore na

medida em que esses serviços passariam a operar em função de critérios lucrativos (Laurell, 1996). Isso deixa em evidência que a promoção do setor privado advertindo seus possíveis riscos, não necessariamente significa que o que se está promovendo -maior eficiência, maior qualidade, maior acesso aos serviços- seja possível e faça parte da realidade do setor da saúde.

Um último aspecto a levar em consideração em relação às propostas do BM é o referido ao chamado pacote de serviços de saúde essenciais oferecido à população pobre. Pode-se identificar uma mudança na linguagem do relatório do banco no que diz respeito ao conceito de equidade; até agora, isso significava igual acesso, mas, atualmente, a virada que adota o referido termo significa igual pagamento para igual serviço. Em outras palavras, equidade se vincula diretamente com o pagamento dos serviços recebidos. Uma coisa parecida acontece com o conceito de universalidade, que, não mais se refere a todo mundo, mas sim à universalização desse pacote de serviços essenciais<sup>8</sup>.

## 2.2 - O sub-setor da saúde mental

A partir da primazia dos Estados Unidos no nível mundial, várias de suas políticas desenvolvidas em diferentes esferas passaram a ser modelos passíveis de imitação. Isso também se refletiu na assistência psiquiátrica. Com o surgimento do conceito de saúde mental, dentro da chamada era “Kennedy”, e como menciona Birman (1998:57), essa área passa a fazer parte de “um todo com os programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana. Trata-se de esquadrihar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar”. Nesse sentido, o discurso muda de doença mental para saúde mental, significando, de um lado, que a psiquiatria, desde o século XVIII em diante, conta com as estruturas, as técnicas e as terapias necessárias para estudar as doenças mentais e recuperar o paciente e, de outro lado, que, com ajuda dos avanços científicos, emerge uma nova assistência psiquiátrica que pode promover e até planejar propostas de saúde mental.

---

<sup>8</sup> É importante salientar que o pacote de serviços essenciais proposto pelo BM para países de desenvolvimento médio (Argentina, México, Brasil, Colômbia, Venezuela, etc.) é de U\$ 22 anuais, sendo calculado em função do rendimento do custo-efetividade médio e do chamado Anos de Vida Ajustada por Deficiência (AVAD). Este conceito apresenta dificuldades conceituais e problemas sérios no cálculo, sendo o único critério proposto pelo banco para determinar a inclusão ou exclusão do que seja do pacote desses serviços; em outras palavras, apenas é medido o custo-efetividade (Laurell, 1996).

Começaram assim a ganhar espaço propostas de mudanças em decorrência de um movimento mais abrangente que incluía também a Europa. O objetivo desse movimento foi mudar a assistência psiquiátrica para a comunidade, com uma forte política de expansão de modelos intermédios e alternativos aos macro-hospitais; em virtude desse mesmo objetivo o hospital psiquiátrico tradicional passou a ser alvo das críticas, sendo considerado inadequado, inoperante, desumano e responsável pela deterioração do doente.

O campo de intervenção da psiquiatria ampliou seu território de ação, passando do grupo dos doentes mentais para toda a sociedade, surgindo a psiquiatria comunitária. Essa mudança acarretou um redimensionamento do objeto de estudo da disciplina, o que deixou de ser apenas a doença mental para passar a ser o conjunto de condições capazes de produzi-la nalgum momento (Birman, 1982). Assim, a psiquiatria como prática social passou a estar no centro das discussões.

Além da identificação com os fins e técnicas da Saúde Pública, a característica essencial dessa corrente de pensamento foi a retomada do humanismo do século XVIII. Em outras palavras, tomaram-se como referência idéias e concepções esparsas no tempo que criticavam e se opunham às condições de vida dos doentes mentais nos macro-hospitais. Propõe-se então a volta dos pacientes à comunidade.

Os organismos internacionais<sup>9</sup> recomendaram as novas práticas e vários países desenvolvidos começaram a implementá-las<sup>10</sup>. Contudo, o chamado processo desinstitucionalizador e reestruturador não se desenvolveu uniformemente, tanto nos diferentes países quanto no interior dos mesmos, nem foi impulsionado pelas mesmas iniciativas em todos os casos. Segundo alguns autores (Loren, 1983; Goldman, 1983; Bandeira, 1991; Morgado & Lima, 1994), às vezes ele foi gradual e, outras vezes, rápido; algumas iniciativas se basearam nos movimentos sociais e civis e outras foram de caráter claramente político-ideológico.

---

<sup>9</sup> O Primeiro Comitê de Especialistas da OMS recomendou, em 1949, a integração das atividades de saúde mental às instituições de saúde pública (OMS, 1953).

<sup>10</sup> As diretrizes lançadas pela OMS estavam orientadas a uma reintegração do paciente à sociedade. Ora, dadas as exigências e condições que isso implicava, apenas os países desenvolvidos, onde os pacientes podiam ser reintegrados às atividades produtivas sem maiores dificuldades, conseguiram alcançar esses objetivos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, foi a denúncia do “*Community Mental Health Center Act*”, em 1963, durante o governo Kennedy, que deu origem ao atendimento comunitário centrado nos “*Community Mental Health Centers*” (Dalgarrondo, 1990). O movimento reformador se baseou nos avanços da psicofarmacologia e de outras tecnologias médicas que foram desenvolvidas na época, para promover o deslocamento da assistência. Isso marcou um novo ponto de inflexão na história da psiquiatria, marcado pela retomada do hospital geral como um dos espaços para os cuidados dos pacientes psiquiátricos. Em outras palavras, os hospitais gerais voltaram à cena do campo assistencial, passando a ter um lugar importante dentro da rede junto com outros recursos como, por exemplo, a criação das UPHGs.

### **3 - AS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS HOSPITAIS GERAIS (UPHGS)**

#### **3.1 - Mudanças internacionais**

As UPHGs foram aparecendo, nos diferentes países, de forma heterogênea de acordo com os contextos sócio-políticos particulares. As mesmas se desenvolveram com maior amplidão, por exemplo, nos Estados Unidos. A partir de 1933, a Fundação Rockefeller patrocinou a abertura de várias UPHGs em diferentes hospitais universitários: no *Massachusetts General Hospital*, em 1934; na *University of Chicago*, em 1935; no *Barnes Hospital*, em 1938; no *Duke Hospital*, em 1940. Dessa forma, as unidades permitiram que a psiquiatria se estabelecesse dentro do hospital geral, provocando um impacto nas outras áreas da medicina (Greenhill, 1979). O funcionamento das unidades passou a levar em consideração o planejamento terapêutico, as internações breves com rápido retorno do paciente à comunidade de origem e a maior integração com as outras disciplinas médicas.

Na Inglaterra, as mudanças começaram a partir da década de 50, mas a fase decisiva da desinstitucionalização adquiriu maior relevância em 1961. A política desse momento, segundo Jones (1987), foi registrada em três documentos oficiais. A autora destaca dois pontos importantes na estruturação da política para a saúde mental: sua forte

base no modelo médico e sua marcada regionalização. Naquele momento, procurava-se uma maior assistência nos hospitais gerais e uma maior permanência dos pacientes psiquiátricos na comunidade; os mesmos seriam atendidos nos ambulatórios e nos hospitais-dia. As UPHGs inglesas se caracterizaram por serem, em sua grande maioria, públicas e regionalizadas, aceitando todos os pacientes da região sem fazer distinção em função do quadro psiquiátrico apresentado; o planejamento assistencial tinha um lugar de destaque dentro do sistema. Hoje, em linhas gerais, as UPHGs podem ser subdivididas em públicas e privadas, apresentando perfis assistenciais e clientela bem diferentes. Nos últimos anos, foi verificado um predomínio numérico das UPHGs privadas (Greenhill, 1979). Atualmente, com a política neoliberal de cortes de gastos sociais, na Inglaterra, o *National Health Service* corre o risco de desestruturar-se. A perspectiva de privatizar e o perfil da assistência psiquiátrica são hoje questões abertas nesse país (Botega & Dalgalarondo, 1997).

Raftery (1992) destaca que, em anos recentes, o padrão de desenvolvimento das UPHGs nos Estados Unidos e na Inglaterra é bastante semelhante. Apesar das mesmas terem experimentado um incremento em ambos os países, ele foi seguido de uma contração ou diminuição, que foi claramente mais rápida no primeiro país referido. Nele, o hospital geral se transformou no lugar com maior número de admissões psiquiátricas de curta estada, compensando, relativamente, uma pequena parte do total de leitos do hospital.

A Itália constitui outro exemplo de mudanças estruturais importantes, desenvolvendo-se de forma bem diferente à dos países mencionados anteriormente. Neste caso, o movimento em prol de transformações na área da saúde mental teve o apoio do partido radical italiano, adquirindo, dessa forma, um claro perfil político-ideológico. Junto com o surgimento do movimento *Psichiatria Democratica*, levantou-se uma crítica rigorosa contra o hospital psiquiátrico como instituição, considerando-se, sua função, totalmente antiterapêutica (Basaglia, 1985), passando-se então a trabalhar em vários campos: dentro da instituição com todos os trabalhadores e fora dela, com a sociedade toda (Amarante, 1998).

A experiência italiana é uma das poucas em que se conseguiu a aprovação no Congresso da reforma do sistema de saúde mental que determinava a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes nos

manicômios existentes. Porém, apesar dos esforços e dos objetivos primordiais, nas experiências mencionadas, os macro-hospitais não foram completamente desativados. Estudos realizados por vários autores (Dunningham & de Aguiar, 1995; Sonenreich & Silva Filho, 1995) salientam a existência de um número importante de pacientes psiquiátricos que continuam internados.

O processo de mudanças no tipo e na qualidade de assistência aos doentes mentais experimentado pelos países desenvolvidos pode ser caracterizado, num primeiro momento, como guiado por uma forte vontade de reestruturar o sistema de saúde em todos os seus níveis, com base nas concepções sobre os deveres e obrigações do Estado em relação à sociedade civil, incluindo a universalidade da assistência. Avaliações realizadas na década de 1980 (Goldman, 1983) salientam que, nesse primeiro período, observou-se um incremento importante no número de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, seguido por um comportamento oposto. Autores como Bachrach (1985) caracterizaram o fenômeno desinstitucionalizador como uma filosofia que refletia uma ideologia liberal humanista e como um processo que implicava mudanças atuais, reajustes e redefinições das funções dos componentes dos serviços de saúde mental. O mesmo é considerado uma redução drástica na função do macro-hospital e um marco na emergência de programas e facilidades para transformar a natureza e o *locus* da assistência psiquiátrica. Suas conseqüências se manifestaram, basicamente, nos hospitais gerais, já que eles foram os catalisadores dos assuntos e responsabilidades dos pacientes crônicos deshospitalizados.

Bachrach (1981b) acrescenta que a direção da psiquiatria dentro do hospital geral tem sido determinada, de forma crescente, pelas políticas e práticas desse processo, o que significa, em outras palavras, que a mesma foi diretamente influenciada pela tomada de decisões políticas externas, ficando, com isso, numa posição reativa, antes do que pró-ativa, na formulação de políticas.

### 3.2 - Panorama regional latino-americano

Na América Latina, os primeiros antecedentes de UPHG datam de 1941, no *Hospital Obreros de Lima* (León, 1972). Em 1954, no Brasil, foi estabelecida a primeira UPHG no Hospital Universitário de Salvador (Sampaio, 1956). As UPHGs, no sentido moderno da sigla, surgiram dentro da proposta de reforma assistencial para a saúde mental; nessa reforma, além de uma alternativa à internação psiquiátrica clássica, era incluído um trabalho de “aproximação” dos departamentos de psiquiatria em relação ao hospital geral por meio da interconsulta a pacientes internados nas outras clínicas médicas (Botega, 1992). As UPHGs surgiram no marco das recomendações das organizações internacionais em anos mais recentes.

A implementação das UPHGs na América Latina se concretizou realmente a partir da década de 1980, logo após a queda dos regimes militares nos diferentes países da região (Larrobla, 1999). As diferentes alternativas à clássica internação fizeram parte de um movimento mais amplo, de caráter social, que abrangeu também outros aspectos da sociedade já mencionados. O debate teórico-ideológico na área da saúde foi à procura de outras explicações que contemplassem aspectos históricos mais adequados para a situação de morbimortalidade das populações dos diversos países (Minayo, 1992)

Os organismos internacionais, como a OMS e a OPAS, desempenharam um papel importante no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica nos países latino-americanos através de três encontros realizados na região -1975, 1984 e 1990- (OMS, 1975 e 1984; OPS, 1990). O terceiro desses encontros teve como objetivo a melhora da qualidade da assistência psiquiátrica, visando sua reestruturação. Isso ficou estabelecido através de uma série de medidas: a) orientação à comunidade; b) descentralização dos serviços; c) maior participação, integração e continuidade dos tratamentos; d) ênfase na prevenção. O resultado desse encontro foi a conhecida Declaração de Caracas (1990). Os objetivos referidos seriam atingidos mediante a organização de centros comunitários de saúde mental, ambulatórios, hospitais abertos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) (Marconi, 1976; León, 1972)

Num censo de caráter continental realizado em 1998 (Larrobla, 1999), destaca-se que três países sul-americanos realizaram modificações nos programas de saúde mental antes da Declaração, dois países um ano depois e quatro, mais de um ano mais tarde. Assim, esses dados mostram que o fenômeno da reestruturação no continente sul-americano é recente, datando da última década. No trabalho referido, também é salientado o fato de que, a partir das mudanças nos programas, o número de leitos psiquiátricos nos hospitais psiquiátricos diminuiu entre 30% e 40% em dois terços dos países censados, fenômeno que foi acompanhado por um aumento nos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais.

As UPHGs foram adotadas como modelo alternativo ao clássico hospital psiquiátrico em sete países sul-americanos, entre eles, o Brasil. Essas unidades se caracterizam por estarem localizadas majoritariamente dentro dos hospitais gerais. Porém, nalguns países, incluindo o Brasil, existem algumas unidades fora dos prédios hospitalares, com conexão direta aos mesmos. As principais modalidades assistenciais adotadas nas unidades dos países sul-americanos são os ambulatórios e as enfermarias psiquiátricas (Larrobla, 2000).

Constatou-se que, na última década, o número de leitos tinha aumentado nas enfermarias psiquiátricas; no caso do Brasil, esse incremento é de 75%. Um elemento que merece ser mencionado é o fato de que a distribuição desses leitos é desigual no interior dos países; com efeito, os hospitais gerais das capitais ou das grandes cidades concentram a grande maioria dos mesmos. Os recursos humanos disponíveis nas UPHGs, na maioria dos países censados, conformam equipes multidisciplinares, mas foram caracterizados pelas fontes de informação como parcialmente adequados ou não adequados à demanda da população. As patologias psiquiátricas mais frequentes que apresentam os pacientes internados nas enfermarias das UPHGs são a esquizofrenia e os transtornos delirantes não orgânicos, os quais são tratados em quatro países -entre eles, o Brasil-, envolvendo um período de 11 a 21 dias de internação (Larrobla, 2001).

### 3.3 - O Brasil: da democracia à transformação da saúde mental

A extensa bibliografia, no nível nacional, a respeito da atuação da sociedade toda na transição para a democracia dá conta da importância do papel que tiveram certos movimentos na arena política do país. No setor da saúde, o início da luta por uma reforma sanitária se remonta à década de 1970, sendo, seu máximo expoente, o Movimento Sanitário, composto principalmente por intelectuais, médicos e líderes políticos do setor da saúde, pertencentes, na sua maioria, ao Partido Comunista Brasileiro.

Esse grupo teve uma influência muito importante no âmbito acadêmico, criando-se, a partir do mesmo, os Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de medicina, baseados na experiência italiana, ganhando, aos poucos, espaços relevantes nos diferentes aparelhos institucionais da saúde, tanto no nível federal quanto no estadual e municipal.

Dessa forma, começaram a aparecer, ao mesmo tempo, propostas de políticas de saúde alternativas às existentes através de programas de extensão universitária e das Secretarias Municipais da Saúde em cidades do interior de alguns Estados. Na medida em que as conquistas se concretizavam, eram propiciadas as condições que iriam determinar a edificação da Reforma Sanitária Brasileira, fato consumado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A reforma fez parte de uma reivindicação mais ampla vinculada aos direitos mínimos de qualquer cidadão (moradia, trabalho, educação etc.), constituindo, os mesmos, um dever do Estado. A viabilização da mesma estava direcionada à criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contasse com um grande predomínio do setor público, hierarquização das unidades de atenção à saúde, participação e controle por parte da população na reorganização dos serviços e readequação financeira do setor. Porém, a situação política do país tomou outros rumos que fizeram com que as aspirações fossem atingidas parcialmente. Isso aconteceu, por exemplo, no concernente à proporção dos representantes que integrariam a Comissão Nacional da Reforma Sanitária: de um total de 22 membros, apenas 6 representavam organismos populares; os 16 restantes faziam parte de diferentes organismos, alguns governamentais, outros do setor privado da saúde, outros patronais, etc. Isso provocou um deslocamento do *locus* das discussões, que passou da

arena social para o interior dos organismos estatais de saúde, tendo isso como resultado a perda dos espaços conquistados em termos de lugares estratégicos nas estruturas do Estado. Destarte, foram demitidos profissionais e pessoas de lugares-chave na possibilidade de implementar políticas inovadoras para o setor.

Pode-se afirmar que o modelo assistencial que predominou tanto no continente sul-americano quanto no Brasil foi hospitalocêntrico ou, em outras palavras, o sistema de atendimento para os doentes mentais esteve centrado no leito hospitalar psiquiátrico, envolvendo isso altos custos sociais e econômicos. Essa situação hegemônica facilitou ainda mais o enraizamento da cultura manicomial.

É importante salientar que no Brasil a tendência para o incremento das internações psiquiátricas se dá não apenas devido à continuidade na mentalidade manicomial da era dos grandes asilos; de fato, ela vai se perpetuando como consequência de fatores mencionados nos parágrafos do início do presente capítulo. Na década de 1960, no Brasil, foi efetivada a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INAPS). Dessa forma, o Estado passou a comprar serviços de psiquiatria do setor privado. Isso esteve acompanhado por uma grande privatização do Estado que conseguiu conciliar no setor da saúde as pressões sociais com os interesses lucrativos de alguns empresários.

Para exemplificar o impacto desta situação, considere-se que o INAPS chegou a destinar 97% do total dos recursos da saúde mental às internações psiquiátricas. Isso, aliás, contribuiu, para a crise institucional e financeira do referido Instituto, que estoura duas décadas depois, em 1980 (Amarante, 1998). Com vistas a reverter essa situação, o Estado adotou algumas medidas de controle do setor privado, visando reorganizar a esfera pública, desenvolvendo-se, assim, um processo de co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, criando-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONAPS). Ao longo desse processo aparecem as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUS). No final dos anos 80, a tendência no setor era a descentralização, a municipalização das ações de saúde e a participação de setores da sociedade civil na formulação e gestão do sistema de saúde. Esse processo sofre até hoje com o vaivém do desenvolvimento e da consolidação democrática no país.

No começo da década de 1990, Brasil tinha um total de 313 hospitais psiquiátricos dos quais 259 eram privados e filantrópicos e apenas 54, públicos. O incremento paulatino do número desses hospitais teve seu início na década de 1960, estendendo-se por mais duas décadas consecutivas, com um claro predomínio do setor privado. Este acréscimo, segundo uma publicação da época (Sávio do Nascimento Alves e col., 1992) sofre, a partir de 1980, uma queda de aproximadamente 25%, em termos comparativos com respeito ao resto do setor da saúde.

A queda no número de leitos psiquiátricos que se observava na década de 1990, no país, era de quase 20%, concentrando-se basicamente nos sete anos prévios ao ano referido, acompanhando os dados do parágrafo anterior; a diminuição se localizou fundamentalmente no setor privado e filantrópico. No Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental estabeleceu um limite de 0,5 leitos psiquiátricos cada 1.000 habitantes, seguindo a pauta recomendada pela WHO para países desenvolvidos, atingindo-se, para 1998, uma queda no total de leitos psiquiátricos no setor público de 30 % (Larrobla, 2001).

Na mesma década (1990) já começavam a ser salientadas experiências de deshospitalização e reinserção de pacientes de longa internação e tratamento de pacientes portadores de quadros graves em unidades extra-hospitalares. Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais começaram a experimentar, no final da década, um incremento importante como resultado das reestruturações e da implementação dos Programas Nacionais de Saúde Mental na América do Sul, apresentando-se, no Brasil, um incremento de aproximadamente 75% (Larrobla, 2000).

Outro indicador levado em consideração para apreciar mudanças na área no início da década foi o crescimento da pressão exercida pela opinião pública e pelas entidades de trabalhadores da saúde, como também pelas mobilizações e debates desencadeados pela Lei 8/91 de Paulo Delgado no Parlamento (Sávio do Nascimento Alves e col., 1992).

Se o HP pode ser considerado -como assinalam alguns autores (Coelho Sampaio, 1994)- um indicador de modelos hegemônicos de controle social do Estado, hoje em dia, pode-se tomar também, dentro dessa mesma linha de pensamento, o

comportamento dos leitos psiquiátricos dentro de todo o sistema de saúde como indicador da valorização outorgada à assistência psiquiátrica por parte do Estado e das políticas sociais e de saúde desenvolvidas nessa área. Nesse sentido, não podemos dizer que o setor não tenha sofrido mudanças, só que elas aparecem dentro de um panorama bastante difícil do ponto de vista econômico, dentro de uma crise macroeconômica muito complexa, como já foi referido. Esse fenômeno é o que torna mais interessante o estudo do referido processo de mudança na medida em que o mesmo sobrevive majoritariamente graças às vontades individuais de uns poucos, nem sempre vinculados com a área da saúde.

Relacionado ao parágrafo anterior, consideramos importante lembrar o fato de que a distribuição dos leitos psiquiátricos na rede pública é desigual no interior dos países latino-americanos e, por conseguinte, também, no Brasil. Os hospitais gerais das grandes cidades ou capitais são os que concentram a grande maioria dos mesmos, contando com equipes multidisciplinares caracterizadas pelas fontes de informação como parcialmente adequadas ou não adequadas à demanda da população. As UPHGs utilizam uma média de internação de 11 a 21 dias para as patologias mais freqüentes: esquizofrenia e transtornos delirantes não orgânicos (Larrobla, 2000).

## **4 - NOVAS MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

### **4.1 - O fenômeno das UPHGs**

Levando em consideração os dados mencionados anteriormente e outros avaliados através de trabalhos dos organismos internacionais (OPAS, 1996), o Brasil foi um dos países que tem avançado bastante nas mudanças anunciadas para a área da assistência psiquiátrica nos últimos anos. Nesse sentido, foram desenvolvidos diferentes trabalhos que apontaram a realizar um levantamento sobre o número de UPHGs no país (Coelho Sampaio, 1994; Alves, 1996 apud Botega & Schechtman, 1997a)

Na década de 1980, as UPHGs estavam localizadas basicamente no setor público, geralmente vinculadas ao ensino universitário. Na seguinte década, foi realizado um censo de caráter nacional, visando obter maior informação sobre a infra-estrutura das

UPHGs brasileiras (Botega & Schechtman, 1997a; Botega, 1997b; Botega 1997c). No mesmo, destaca-se que, das 63 instituições que contam com enfermarias psiquiátricas, 75% localiza-se no Sudeste e no Sul do Brasil (43% e 32%, respectivamente), basicamente nos Estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. 59% delas é de caráter público, 33%, filantrópico e 8% é particular conveniada, localizando-se, 32% das mesmas, nas capitais dos Estados. É importante salientar que o surgimento de leitos psiquiátricos nessas enfermarias começou entre 1990 e 1994, sendo, portanto, um fenômeno recente (Botega, 1997b).

Sobre a população assistida, sabe-se que 91% das instituições internam pacientes de ambos os sexos, duas instituições, apenas mulheres, e uma, apenas homens. O tempo médio de estada dos pacientes é de 18,6 dias. As esquizofrenias, os transtornos do humor, as psicoses sintomáticas e os problemas decorrentes do álcool são os transtornos psiquiátricos mais freqüentemente registrados nos pacientes internados.

Entre as diferenças achadas no estudo realizado, destaca-se que 49% das enfermarias psiquiátricas públicas se localiza nas capitais dos Estados, enquanto que quase a totalidade (93%) das filantrópicas/privadas está localizada em cidades do interior, principalmente nos Estados de São Paulo (4 instituições), Minas Gerais (4 instituições) e Santa Catarina (4 instituições), estando menos vinculada ao ensino universitário do que nos Estados de Rio Grande do Sul e do Nordeste.

Botega (1997b) destaca que, dos hospitais que realizam internações psiquiátricas em enfermarias de clínica médica, 81% são filantrópicos, localizando-se em cidades de até 500.000 habitantes nos Estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Os hospitais que reservam leitos para pacientes de psiquiatria apresentam uma média de internação psiquiátrica de entre 5 e 7 dias, destacando-se também que os diagnósticos mais freqüentemente registrados nos hospitais são: alcoolismo, transtornos depressivos, psicose orgânica e esquizofrenia.

Da situação descrita acima inferimos que as Santas Casas em cidades pequenas ou médias ressurgem como espaços onde podem ser internados pacientes psiquiátricos, não estando, porém, hoje, vinculadas ao ensino universitário. Além disso, os hospitais

filantrópicos aparecem como novos espaços ou alternativas assistenciais para o referido tipo de pacientes.

Conforme a linha de pensamento do parágrafo anterior: ¿Que fatores, na última década, levaram às Santas Casas e os hospitais filantrópicos, a adotar as práticas de abertura de enfermarias de psiquiatria ou de reserva de leitos para pacientes psiquiátricos, nas clínicas médicas?; ¿Quais circunstâncias caracterizaram esse processo?; ¿Ele responde apenas a uma demanda local ou forma parte de uma mudança social mais abrangente?; ¿Qual é o grau de compromisso da sociedade neste processo?



## ***CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS***

Como vimos nos capítulos introdutórios, com base nas políticas e propostas sugeridas pela OMS e pela OPAS, os países latino-americanos iniciaram um processo de transformação na área da saúde mental, basicamente a partir de 1990, sendo o Brasil o país que mais tem avançado nesse sentido. Entre as conquistas obtidas se destacam as UPHGs enquanto alternativas assistenciais aos clássicos hospitais psiquiátricos, desenvolvidas de acordo com os contextos sócio-políticos particulares. No caso brasileiro, as mudanças têm lugar na década de 80, concentrando-se majoritariamente nas grandes cidades e em hospitais vinculados ao ensino universitário. Dez anos depois, inaugura-se na área a hospitalização de pacientes psiquiátricos em enfermarias psiquiátricas de algumas Santas Casas ou em hospitais filantrópicos; ou ainda, como outra alternativa de internação, é implementada a reserva de leitos para esse tipo de pacientes nas clínicas médicas das referidas instituições.

Levando em consideração os fatores mencionados acima, que caracterizam particularmente o processo de mudanças da assistência psiquiátrica brasileira, surgiram as seguintes perguntas: ¿Esse processo é uma forma de dar conta de uma demanda local?; ¿Ele se desenvolve como resposta a forças sociais mais organizadas em diferentes cidades ou Estados?; ¿Esse tipo de assistência está consolidado e incorporado à cultura médica local?

Na procura de respostas para essas interrogações foram estabelecidos os objetivos do presente trabalho que, no nível geral, são:

- Descrever o processo através do qual alguns hospitais gerais filantrópicos dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina decidiram instalar enfermarias ou reservar leitos para pacientes de psiquiatria, aprofundando o conhecimento da situação atual dessas instituições.
- Compreender e explicar o contexto desse processo levando em consideração os aspectos históricos, os atores, as causas etc.

No nível mais específico, os objetivos visados são:

- Descrever as características das enfermarias onde são reservados leitos para pacientes psiquiátricos. Para isso, atentar-se-á especialmente para o número de leitos, a disponibilidade de recursos materiais e humanos e as características dos prédios envolvidos (antiguidade, manutenção, espaço disponível, etc.).

- Traçar um perfil da estratégia terapêutica, levando em conta os profissionais que trabalham na enfermaria, os recursos terapêuticos disponíveis, as rotinas dos pacientes, o tempo médio de internação, as patologias mais freqüentemente assistidas.
- Determinar as motivações que levaram as instituições filantrópicas a instalar enfermarias ou leitos psiquiátricos, dando ênfase à análise do papel desempenhado pelos diferentes atores envolvidos nesse processo.



## *CAPÍTULO 4 - MÉTODO*

## **DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O presente estudo é de caráter descritivo e compreensivo. Nesse sentido, ele visa descrever e compreender as características gerais do processo de instalação de leitos psiquiátricos, a situação atual e os motivos que levaram à efetivação do referido processo em algumas instituições de três Estados brasileiros (São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina).

### **1 - UNIDADES DE ANÁLISE**

Através da obtenção de listas no DATASUS (2000) e nas Secretarias de Saúde Mental dos diferentes Estados, foram selecionados hospitais gerais que procederam a internações por causas psiquiátricas, localizados em cidades do interior dos Estados mencionados anteriormente. A seleção das instituições foi realizada de acordo com um critério numérico que estabelecia um mínimo de 5 internações psiquiátricas por mês. A esse respeito, tentou-se contemplar que fossem incluídas tanto enfermarias de psiquiatria quanto clínicas médicas que reservassem leitos para pacientes psiquiátricos em cada um dos Estados referidos. A Tabela 1 apresenta algumas das características das instituições pesquisadas.



A Tabela 2 apresenta as cidades e os cargos detidos pelas pessoas entrevistadas.

**Tabela 2 - Pessoas entrevistadas e cargos detidos**

<b>Cidade</b>	<b>Presidente Mantenedora</b>	<b>Administrador</b>	<b>Diretor clínico</b>	<b>Chefe de Psiquiatria</b>	<b>Enfermagem</b>	<b>Outros</b>
Pouso Alegre			X	X	X	Psiquiatra
Araguari			X			Psicóloga; Assistente Social
Formiga			X	X	X	Auxiliar de enfermagem
Carangola	X			X	X	Assistente Social
Lages				X		Psiquiatra; Auxiliar de enfermagem; Técnico de enfermagem; Diretor geral do hospital
Curitibanos				X	X	Diretor geral do hospital; Terapeuta Ocupacional
São Francisco do Sul					X	Secretário de Saúde; Psicóloga; Funcionário setor compras
Joinville			X	X	X	Gerente técnico; Assistente Social
Lençóis Paulista	X		X	X	X	3 Ex-coordenador de Saúde; Cardiologista.
Ibitinga			X	X		

## 2. Fontes documentais - DATASUS

Documentos históricos locais existentes

Estatísticas locais (quando disponíveis).

3. Formulário descritivo – Trata-se de um formulário preenchido pela pesquisadora após as entrevistas e que visou colher dados relacionados, em linhas gerais, às instalações hospitalares, aos recursos materiais e às estratégias terapêuticas (ANEXO 2). A elaboração desse formulário esteve baseada -sendo, aliás, aperfeiçoada-, numa análise minuciosa de outros estudos realizados de características semelhantes, destacando-se, entre eles, os questionários utilizados no Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais (Botega & Schechtman, 1997 a); no Censo de UPHGs dos países sul-americanos (Larrobla, 1999); e no trabalho Garantia de Qualidade em Saúde Mental (OMS, 1990).

Na primeira parte do formulário, foram solicitados dados gerais da pessoa que ia responder o mesmo e da instituição a que ela pertencia; posteriormente, era sugerida a possibilidade de acrescentar informação, no caso de que a mesma fosse considerada necessária; além disso, foi explicitado que os itens que não fossem preenchidos seriam avaliados como dados não disponíveis; por último, o formulário foi estruturado com base em perguntas fechadas, apresentando, majoritariamente, várias opções.

Na segunda parte, são distinguidos dois tipos de dados a serem colhidos; de um lado, dados concernentes a aspectos gerais das instituições e que informam acerca de:

- 1) a antiguidade do prédio (ano em que foi fundado o hospital);
- 2) o nível de complexidade do hospital (se o mesmo conta com, por exemplo, laboratório de análise clínica, raios X, UTI; Pronto Socorro, cobertura psiquiátrica no PS, etc.);
- 3) a antiguidade do prédio da clínica médica onde são internados os pacientes psiquiátricos.

De outro lado, foram colhidos dados que atendiam a aspectos mais específicos, relacionados às internações psiquiátricas, destacando-se, entre eles:

- 1) número total de leitos da clínica médica (quantos eram destinados a homens e quantos a mulheres);
- 2) número de leitos destinados a pacientes psiquiátricos;
- 3) diagnósticos mais freqüentes de internação psiquiátrica;
- 4) média de permanência (em dias);
- 5) percentagem de reincidência na internação no último ano;
- 6) existência de normas para procedimentos em caso de episódios de violência;
- 7) modalidades terapêuticas, etc.

É importante destacar que as ferramentas escolhidas foram aperfeiçoadas, após revisão bibliográfica, e que os roteiros das entrevistas foram testados em estudo-piloto envolvendo indivíduos com postos semelhantes aos definidos para o estudo principal, na cidade de Lençóis Paulista.

### **3 - PROCEDIMENTO**

Numa primeira etapa foram realizadas duas ações paralelas. Em primeiro lugar, foi enviada uma carta (ANEXO 3) às instituições que descrevia a pesquisa e explicava o interesse de marcar entrevistas com diferentes pessoas dos estabelecimentos. O segundo passo consistiu em entrar em contato direto, via telefônica, fax etc., com os diferentes Diretores e administradores das instituições a fim de concretizar os encontros. Uma vez conseguida a autorização do estabelecimento, a pesquisadora se trasladou para a cidade correspondente com a finalidade de colher a informação requerida para seu trabalho. Para essa primeira parte do trabalho -desenvolvida entre abril e dezembro de 2000-, foi estimada uma estada de aproximadamente 3 dias em cada instituição.

Neste momento, é importante realizar um esclarecimento em relação ao Estado de São Paulo. Os contatos travados diretamente pela pesquisadora, via telefônica, permitiram obter informação de 7 Direções Regionais de Saúde (Assis; Presidente Prudente; Dracena; Marília; Araçatuba; Araraquara e Guará). De todos os Articuladores de Saúde Mental das respectivas cidades, apenas a Articuladora de Araraquara indicou o nome de uma pessoa que trabalhava numa Santa Casa na cidade de Ibitinga, onde só recentemente conseguiu-se iniciar o processo de internação psiquiátrica na Santa Casa. Os restantes Articuladores informaram que não existiam nem Santa Casa nem hospital filantrópico que estivessem realizando internações psiquiátricas até o momento da pesquisa de campo. A informação outorgada nesse momento atestava a existência de vários pedidos de credenciamento do Ministério da Saúde por parte de algumas Santas Casas. Após ter sido estabelecido o contato e combinada a possibilidade de entrevistar diferentes pessoas na Santa Casa de Ibitinga, procedeu-se a desenvolver o trabalho correspondente nessa cidade.

É importante salientar que a referida cidade apresenta uma disponibilidade de leitos na clínica médica diferente às outras instituições visitadas, conta apenas com 2 leitos destinados a pacientes psiquiátricos. Apesar de apresentar esta característica, a cidade de Ibitinga foi selecionada por estar-se iniciando o processo estudado no mesmo período da pesquisa de campo.

Uma vez finalizada essa etapa, avaliou-se que, dada a situação verificada no Estado de São Paulo, não seria possível cumprir com a pesquisa originalmente proposta. Considerou-se que, perante as dificuldades encontradas, apenas poderia ser realizado o trabalho de campo em dois Municípios: Lençóis Paulista e Ibitinga. Portanto, a análise foi feita com base em 4 cidades do Estado de Minas Gerais, 4 cidades do Estado de Santa Catarina e 2 cidades do Estado de São Paulo, abrangendo um total de 10 instituições.

#### 4 - ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com um dos objetivos específicos que é descrever as características das enfermarias psiquiátricas e das clínicas médicas onde são reservados leitos para pacientes psiquiátricos, estruturando dessa forma um conjunto de dados até agora desarticulado e fragmentado, uma das principais finalidades da presente pesquisa é transformar a informação colhida em instrumento de apoio para futuros trabalhos. Para isso, foram confeccionadas uma matriz de dados e sua respectiva codificação (ANEXO 4). Destarte, a apresentação da informação em tabelas e gráficos, conforme os diferentes Estados e cidades pesquisadas, foi realizada com vistas a facilitar ao máximo a descrição das tendências.

Numa segunda etapa do trabalho, foram realizadas a codificação e a análise da informação colhida através das entrevistas, dos documentos disponíveis e dos formulários preenchidos. Em relação às entrevistas, foi utilizada como ferramenta de trabalho a análise de conteúdo. Entende-se por esse tipo de análise “o recorte de uma totalidade nas partes que o formam, que são então apreendidas na seqüência apresentada em sua naturalidade para, num segundo momento, serem restabelecidas numa nova coordenação” (Pereira, 1983:88). Isso significa que, tanto na decomposição quanto na recomposição do material, tenta-se manter as relações existentes, passos que permitem uma compreensão mais profunda de seu sentido e uma avaliação posterior mais clara de suas qualidades. Dessa forma, procura-se chegar aos significados que as pessoas conferem aos fenômenos vividos por elas, fundamentalmente no *setting* natural em que eles ocorrem.

Assim, a função do pesquisador se focalizou em três ações fundamentais: descrever as vivências, entender o processo das mesmas nas pessoas e refletir sobre esses pontos partindo dos acontecimentos descritos e concretos (Morse & Field, 1995). É através desses passos que podem ser atingidos os objetivos propostos no trabalho.

Na leitura do material foram seguidos três passos, todos estreitamente vinculados entre si: a) leitura cuidadosa da totalidade das entrevistas como forma de avaliar o seu conteúdo -com base nessa leitura, seriam realizados os recortes pertinentes-; b) também de acordo com os objetivos visados, tanto gerais quanto específicos, foram

procuradas as questões que guiaram a pesquisa -em outras palavras, procurou-se, mediante o conteúdo das entrevistas, as informações necessárias; c) uma vez localizado o material do ponto anterior, foram levantados informação ou temas que não foram contemplados na pesquisa, mas que se consideravam importantes e pertinentes.

Após terem sido finalizados os passos mencionados acima, foi realizado, segundo bibliografia consultada (Pereira, 1983; Valles, 1997; Bardin, 1977; Denzin & Lincon, 1994), um corte que delimita dois planos a serem analisados, o formal e o de significado. O primeiro diz respeito ao estilo que cada um dos entrevistados utiliza em sua narrativa; o segundo está ligado ao significado outorgado pelo entrevistado a sua comunicação, que deve ser compreendido pelo pesquisador. A leitura do material se centrou na forma em que o entrevistado definiu o acontecimento a ser pesquisado e na forma em que ele se colocou diante do fenômeno, sendo transmitidas, ambas as disposições, através de suas opiniões e julgamentos. Nesse sentido, não é apenas o documento o que está em jogo na abordagem, mas também as formas de percepção e de julgamento do entrevistado, na medida em que as mesmas sejam encontradas também em vários dos outros depoimentos.



## ***CAPÍTULO 5 - RESULTADOS***

Os capítulos 1 e 2 serviram para contextualizar e possibilitar uma maior compreensão do fenômeno estudado no presente trabalho enquanto processo<sup>1</sup> que vai se constituindo ao longo da história e que apresenta um componente social significativo. Nesse sentido, é importante delimitar o mesmo, adotando uma perspectiva histórica que permita descrever os diferentes contextos doadores de significado.

O estudo, a despeito do surgimento de algumas dificuldades nas instâncias de desenvolvimento efetivo da pesquisa, abrange 3 Estados que apresentam a tendência analisada. Apesar de existirem algumas características próprias de cada cidade e região, é importante levar em consideração que é possível identificar elementos comuns aos processos desenvolvidos em cada um desses Estados que se encontrariam na base do fenômeno global.

A partir disso, o presente capítulo está composto por duas partes fundamentais. Na primeira fase, apresenta-se uma descrição geral das diferentes regiões, Estados, cidades e instituições para, numa segunda etapa, realizar uma análise mais aprofundada dos dados colhidos através das entrevistas.

## **PRIMEIRA PARTE**

### **1 - Regiões: Onde, quem e como**

#### **1.1 - Região sudeste**

##### **1.1.2 - Minas Gerais**

O Estado de Minas Gerais se caracteriza por ser um dos protagonistas da história do Brasil, localizando-se nele várias cidades históricas cenário das conhecidas expedições denominadas Entradas e Bandeiras, que tiveram lugar durante o século XVII. Dessa forma, o referido Estado foi protagonista de uma história, pontuada por diversos embates, ocorridos basicamente a partir da descoberta de minas de ouro e de metais

---

<sup>1</sup> Entende-se por processo: curso, marcha, sucessão de estados e mudanças (Aurélio, 2000).

preciosos. A Guerra dos Emboabas -isto é, os portugueses- desencadeou uma série de batalhas que culminou com a independência do Estado, então Capitania. O mesmo Estado também foi palco da Inconfidência Mineira, encabeçada por Tiradentes; Minas Gerais e, particularmente a cidade de Ouro Preto -antigamente chamada Vila Rica- foi cenário de uma série de rebeliões de repercussão nacional. Mas seu papel de destaque na vida política do país se estende ao longo do tempo, caracterizando-se também, o referido Estado, por ser o primeiro, em todo o país, a instituir a democracia por meio de voto secreto, nunca exercido até então na história brasileira (Mendonça, 2002).

Trata-se do maior Estado da região sudeste, ocupando uma área de aproximadamente 586.000 km<sup>2</sup>. Sua capital, Belo Horizonte, é hoje um grande centro urbano que abrange uma superfície de 335 km<sup>2</sup>. A população mineira ultrapassa os 17,8 00.000 habitantes distribuídos num total de 853 municípios, constituindo uma sociedade essencialmente rural (Minas Gerais, 2001). Em linhas gerais, a economia do Estado se baseia na produção pecuária e agrícola, destacando-se também a criação de bovinos. A produção desses setores não inibe o desenvolvimento da indústria têxtil e de confecções, que vem adquirindo cada vez maior relevância dentro do Estado. Outros setores de importância são o metalúrgico, a mineração, a siderurgia e a agroindústria. Nesse sentido, o Estado é o maior produtor de pedras preciosas e semipreciosas do país (Mendonça, 2002).

### **1.1.3 - São Paulo**

São Paulo é o Estado mais populoso do Brasil e sua capital, chamada de megalópole brasileira, destaca-se pelos dados numéricos que quantificam os maiores índices em todos os setores. Este Estado, constituído por um total de 645 municípios, também está localizado na região sudeste, confinando com os Estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso do Sul e com o Oceano Atlântico.

O Estado ocupa uma área territorial de quase 250.000 km<sup>2</sup> e é habitado por 37.563.398 pessoas (Seade, 2001) vindas dos mais diversos lugares do Brasil e do mundo, podendo ser identificadas, por exemplo, colônias de japoneses, italianos, judeus, alemães, poloneses, nordestinos e pessoas provindas de todos os cantos do país, dando-se, assim, uma convivência de raças, religiões, línguas e culturas muito ampla.

Depois da chegada de Américo Vespúcio, na primeira década do século XVI, a expedição de Martim Afonso de Saouza aportaria para colonizar a terra desconhecida, fundando a primeira vila brasileira, a vila de São Vicente. Com o decorrer do tempo, os povoados foram se constituindo, no início da segunda metade do século XVI, no chamado Colégio de São Paulo -atual cidade de São Paulo-, criado por um grupo de jesuítas (Campos, 2001).

Com vistas a atingir um maior desenvolvimento, os paulistas começaram a organizar expedições para o interior da região, procurando riquezas, que seriam mais tarde encontradas em Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. Porém, após terem sido encerrados os grandes ciclos do ouro e ao ver-se obrigados a voltar a sua terra de origem, os paulistas, incentivados pela ajuda governamental, começaram a dedicar-se ao plantio de cana-de-açúcar e à tecelagem. O Estado começava então a prosperar e seus frutos começaram a observar-se a partir do século XIX. Nesse momento, a economia se desenvolveu basicamente voltada para a plantação de café, que se tornou o principal produto de exportação do Estado, recebendo a contribuição direta das técnicas trazidas pelos imigrantes, sobretudo italianos. Outro setor que prosperou foi a da indústria (Mendonça, 2002).

Atualmente, o Estado abriga o maior parque industrial de toda a América Latina, tendo como base de sua economia o setor de siderurgia, refinarias de petróleo e afins, como também a metalurgia e as indústrias automobilística, aeronáutica e de eletrodomésticos. Outros setores importantes na economia são o setor agropecuário, a agricultura, sendo, aliás, os setores comercial e de serviços, destacados nos centros urbanos de São Paulo.

## **1.2 - Região sul**

### **1.2.1 - Santa Catarina**

Santa Catarina compreende uma ampla variedade de paisagens em suas inúmeras ilhas, praias, cidades históricas -muitas delas semelhantes às européias em sua aparência e tradição-. Sua área (95.400 km<sup>2</sup>) faz fronteira com os Estados de Paraná, Rio

Grande do Sul, além de confinar com a Argentina e com o Oceano Atlântico e compreende um total de 260 municípios, com os mais diversos tipos de pessoas, tradições, vegetação e relevo. Do total de catarinenses (cerca de 4.700.000 habitantes) (Santa Catarina, 2001), 70% mora nos centros urbanos.

Historicamente, Santa Catarina -antigamente chamada Ilha dos Patos- foi disputada entre portugueses e espanhóis, que forma os primeiros a chegar na região, na primeira metade do século XVI. O primeiro povoado surgiu na segunda metade do século XVII e recebeu o nome de Nossa Senhora da Graça do Rio de São Francisco. Dezoito anos mais tarde, em 1675, seria fundado o povoado de Nossa Senhora do Desterro, que daria lugar à atual capital do Estado, Florianópolis. A capitania de Santa Catarina, criada em 1738, seria inicialmente ligada a São Paulo, depois ao Rio de Janeiro, transformando-se só após a proclamação da Independência do Brasil (Campos, 2001).

Como outros Estados brasileiros, Santa Catarina recebeu imigrantes europeus, atingindo, essa corrente imigratória, sua maior expressão apenas na segunda metade do século XIX. Na mesma, destacaram-se fundamentalmente os alemães e, com menor incidência, os italianos. Em decorrência desse fenômeno, a cultura do Estado é basicamente européia e mantém traços da forte influencia exercida pela ocupação alemã, sobretudo em algumas cidades como, por exemplo, Joinville, localizada no litoral norte do Estado, e Blumenau. A economia de Santa Catarina se desenvolve basicamente através do setor agropecuário, do extrativismo de minérios e da indústria (Mendonça, 2002).

As seguintes tabelas apresentam alguns dados representativos, tanto das regiões quanto dos Estados e cidades pesquisadas.

**Tabela 3 - Dados gerais das três regiões onde se localizam as cidades pesquisadas**

<b>Região Sudeste (1999)</b>		
Taxa de atividade		59,0
Taxa de desemprego		11,2
Taxa de crescimento anual		1,4
Taxa de urbanização		89,3
Expectativa de vida ao nascer	Ambos os sexos	69,4
	Homens	65,0
	Mulheres	74,1
Taxa de analfabetismo (pessoas de 15 anos ou mais)	Total	7,8
	Homens	6,8
	Mulheres	8,7

IBGE (2001)

**Tabela 4 - Superfície e população das cidades do Estado de Minas Gerais**

<b>Cidades pesquisadas</b>	<b>Área da unidade territorial (km<sup>2</sup>)</b>	<b>População residente (2000)</b>		
		Total	Urbana	Rural
Araguari	2732	101.519	92.389	9130
Pouso Alegre	1500	106.587	97.597	4828
Carangola	356	31.914	24.732	7182
Formiga	1500	62.837	55.537	7300

IBGE (2001)

**Tabela 5 - Superfície e população das cidades do Estado de São Paulo**

Cidades pesquisadas	Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> )	População residente (2000)		
		Total	Urbana	Rural
Lençóis Paulista	804	55.026	52.332	2694
Ibitinga	689	46.598	43.837	2761

IBGE (2001)

**Tabela 6 - Características da população da Região Sul**

Região Sul (1999)		
Taxa de atividade		66,0
Taxa de desemprego		8,0
Taxa de crescimento anual		1,2
Taxa de urbanização		77,2
Expectativa de vida ao nascer	Ambos os sexos	70,8
	Homens	67,1
	Mulheres	74,8
Taxa de analfabetismo	Total	7,8
(pessoas de 15 anos ou mais)	Homens	7,1
	Mulheres	8,4

IBGE (2001)

**Tabela 7 - Superfície e população das cidades do Estado de Santa Catarina**

Cidades pesquisadas	Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> )	População residente (2000)		
		Total	Urbana	Rural
Lages	2647	156.406	152.320	4086
Curitibanos	952	35.657	32.090	3567
Joinville	1080	428.974	414.350	14.624
São Francisco do Sul	541	32.261	29.892	2369

IBGE (2001)

Ao analisar as diferentes tabelas, é possível observar a heterogeneidade das regiões e das diferentes cidades pesquisadas, tanto no que diz respeito a suas histórias e áreas territoriais quanto no que se refere à origem, desenvolvimento e características de suas populações, ora urbanas ou rurais.

No total, foram visitadas 10 cidades nos três Estados, tendo-se pesquisado um hospital geral em cada uma delas. É importante salientar que no Estado de São Paulo, na cidade de Ibitinga, a obtenção de dados foi parcial, na medida em que, no momento da visita, estava sendo instrumentada a hospitalização de pacientes psiquiátricos na Santa Casa. Nas visitas foram realizadas 43 entrevistas a pessoas vinculadas direta ou indiretamente à área da saúde mental em cada localidade.

A seguir é realizada uma descrição dos hospitais pesquisados.

### **1.3 - Instituições hospitalares**

#### **➤ Características gerais**

Os hospitais pesquisados se caracterizam por ter sido construídos, na sua maioria, ao longo do século XX (entre 1907 e 1984); de fato, apenas dois foram construídos no século anterior. A antigüidade dos prédios hospitalares é de entre 58 e 84 anos em 4 das

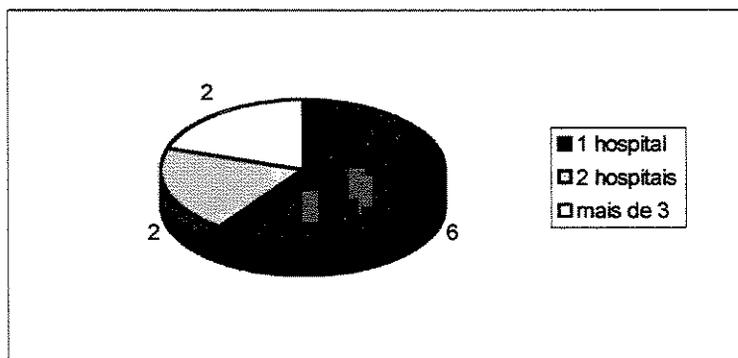
instituições (Lençóis Paulista; Carangola; Pouso Alegre e Araguari). Já a construção das outras duas é muito mais recente, datando de entre 15 e 18 anos (Joinville e Curitibanos); apenas 2 prédios hospitalares foram construídos há 109 e 150 anos (Formiga e São Francisco do Sul). Apesar da antiguidade dos prédios, eles experimentaram transformações e adaptações de acordo com as mudanças da medicina e das épocas, mas isso não significa que a conservação dos mesmos seja permanente; com efeito, alguns se encontram num avançado estado de deterioração.

Segundo depoimentos dos entrevistados, as referidas instituições hospitalares nem sempre conseguem satisfazer a demanda da população e várias delas estão passando por processos de reestruturação interna por causa de problemas econômicos.

#### ➤ Recursos da rede de saúde/saúde mental

Os hospitais objeto da pesquisa podem ser divididos em três grupos conforme o acesso da população à assistência médica:

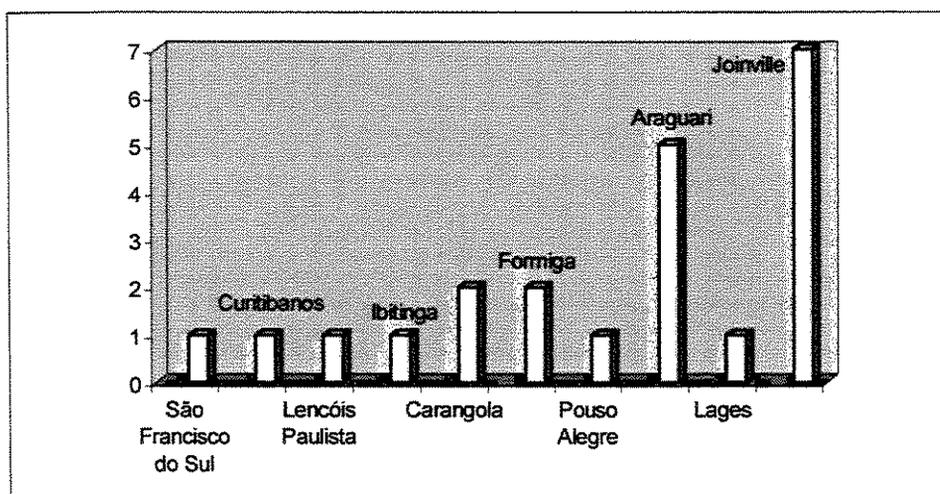
- 1) o primeiro grupo está conformado por cidades que contam com apenas um hospital na rede de saúde (São Francisco do Sul, SC; Curitibanos, SC; Lençóis Paulista, SP; Ibitinga, SP; Pouso Alegre, MG e Lages, SC);
- 2) o segundo grupo está integrado por cidades que têm dois hospitais (Carangola, MG; Formiga, MG);
- 3) e, por último, temos o grupo formado pelas cidades que possuem entre cinco e sete hospitais (Araguari, MG; Joinville, SC).



**Gráfico I - Número de HG na rede assistencial da cidade**

É importante salientar que, dentro dos recursos da rede assistencial, nenhuma das cidades visitadas tinha HP na própria cidade. Os HP mais próximos se localizam a distâncias que oscilam entre 35 km e 200 km (Pouso Alegre: 100 km.; Araguari: 35 km.; Carangola: 140 km.; Formiga: 76 km.; Lages: 200 km.; Curitiba: 90 km.; São Francisco do Sul: 150 km.; Joinville: Florianópolis.; Lençóis Paulista: 50 km. Ibitinga).

O gráfico II apresenta a conformação da rede assistencial de cada cidade visitada.



**Gráfico II - Número de HG por cidade visitada**

Do total dos hospitais, 5 contam com enfermarias de psiquiatria (Pouso Alegre; Araguari; Carangola; Lages; Curitiba) e 5 (Formiga; São Francisco do Sul; Lençóis Paulista; Ibitinga) com clínicas médicas que reservam leitos para pacientes psiquiátricos.

No nível mais específico, outros dados permitem descrever e caracterizar cada um dos hospitais e o tipo de assistência psiquiátrica que oferecem, da forma exposta a seguir.

### **1.3.1 - Estado de Minas Gerais**

#### **Pouso Alegre**

A instituição assiste atualmente a pacientes de 54 cidades e conta com um total de 260 leitos, dos quais 90% é pago pelo SUS e o 10 % restante é particular ou conveniado. A partir de 1978-79 foi organizada a enfermaria de psiquiatria, localizando-se na parte mais antiga do hospital. Devido a isso, para o funcionamento da mesma, foram realizadas algumas remodelações. É importante salientar que, no aspecto geral, falta manutenção; quanto a outros aspectos observados como, por exemplo, a limpeza, a iluminação e os banheiros da enfermaria, os mesmos são bons.

No início, a enfermaria contava com 38 leitos, mas, a partir de 1995, o número diminuiu para 26, conseguindo-se, dessa forma, maior espaço para um melhor funcionamento; tanto o chefe da enfermaria quanto o enfermeiro declararam nas respectivas entrevistas que o espaço resulta insuficiente para desenvolver atividades terapêuticas com os pacientes e receber visitas. Além disso, salientou-se a falta de uma área de lazer ou para outras atividades.

Em relação aos medicamentos, tanto básicos quanto psiquiátricos, os primeiros foram considerados adequados enquanto os segundos foram caracterizados como parcialmente adequados. Nesse sentido, o chefe de psiquiatria salientou a carência de atualização dos medicamentos utilizados, pois não se conta com os mais modernos.

Entre outros dados colhidos através do formulário descritivo, cabe destacar que a enfermaria realiza internações involuntárias. O número de reincidências na internação é alto, fundamentalmente na ala dos homens, reinternando-se, basicamente, alcoólatras.

O hospital mais próximo se encontra a 100 km. da cidade.

### **Araguari**

A Santa Casa organizou e inaugurou a assistência a pacientes psiquiátricos através da enfermaria a partir de 1990. Para isso foram realizadas algumas remodelações que culminaram na construção de um setor novo para a área com entrada independente do hospital, mas localizada dentro dele. A manutenção do setor é boa, contando, o mesmo, com ambulatório para o seguimento dos pacientes.

Segundo informações extraídas das entrevistas, a enfermaria trabalha com internações involuntárias, sendo, o suprimento de medicação, tanto básica quanto psiquiátrica, parcialmente adequado.

A cidade conta com um total de 5 hospitais, dos quais a Santa Casa é o único que realiza internações psiquiátricas; o hospital psiquiátrico mais próximo se localiza a 35 km.

### **Carangola**

Apesar de ter sido fundada no início do século XX, a instituição foi trasladada, em 1924, para outro prédio no qual funciona até hoje. A enfermaria de psiquiatria começou a funcionar a partir de 1974 e a equipe que trabalha na mesma não foi modificada. Esta enfermaria, como as dos hospitais mencionados anteriormente, também trabalha com internações involuntárias. Segundo depoimentos do chefe de psiquiatria, o suprimento de medicamentos, tanto básicos quanto psiquiátricos, é adequado.

A cidade conta com um total de 2 hospitais, sendo a Casa de Caridade a única que realiza o tipo de internações referido. O hospital psiquiátrico mais próximo se encontra a 140 km.

### **Formiga**

A Santa Casa, segundo declarações do diretor clínico, realizou várias tentativas de assistência psiquiátrica, resultando, a maioria delas, infrutuosas. Por esse motivo, a instituição resolveu exigir que o psiquiatra responsável pelas internações passasse a fazer parte do corpo clínico. Já há 3 anos aproximadamente que um psiquiatra aceitou essa proposta, começando, com isso, de forma estável, a organização e o funcionamento da área.

Apesar das internações serem realizadas em clínicas médicas, trabalha-se com admissões involuntárias; a esse respeito o psiquiatra declarou que, no início, esse tipo de procedimento foi muito resistido, mas que, com o decorrer do tempo, a situação foi sendo mais aceita em geral, embora ainda apresente algumas dificuldades. Declarou-se também que o suprimento de medicamentos é adequado às necessidades.

A cidade conta com 2 hospitais, dos quais a Santa Casa é o único que trabalha com este modelo assistencial psiquiátrico. O hospital psiquiátrico mais próximo se encontra a 76 km.

## **1.3.2 - Estado de Santa Catarina**

### **Lages**

A enfermaria de psiquiatria foi fundada em 1979-1980, localizando-se dentro do prédio do hospital, numa construção aos fundos da instituição. Conforme depoimentos do chefe de psiquiatria, foram colocadas grades dentro e fora desse prédio, depois de alguns distúrbios causados por pacientes agitados. Acrescentou-se também que a percentagem de reinternações é alta, fundamentalmente no setor dos homens.

Destaca-se que o suprimento de medicamentos, tanto básicos quanto psiquiátricos, é adequado. No que diz respeito à área física, ressaltou-se que a mesma não é suficiente para a demanda e nem para desenvolver diferentes atividades. O hospital psiquiátrico mais próximo se encontra a 200 km.

### **Curitibanos**

Salienta-se que esta é a instituição mais nova entre todas as pesquisadas. De fato, a enfermaria de psiquiatria foi fundada em 1998. Ela funciona dentro do prédio do hospital e caracteriza-se por ser uma ala remodelada nos últimos anos para uma outra especialidade que se instalou, posteriormente, em outra área. Portanto, isso favoreceu a organização do serviço, como também a disponibilidade de uma área física muito adequada, tanto para a assistência quanto para diferentes atividades.

Soma-se à situação descrita acima o fato de que o suprimento de medicamentos, tanto básicos quanto psiquiátricos, é adequado às necessidades assistenciais.

Destaca-se que o hospital é a única instituição de assistência na cidade, localizando-se, o hospital psiquiátrico mais próximo, a 90 km.

### **São Francisco do Sul**

A instituição começou a internar pacientes psiquiátricos na clínica médica já há 3 anos. Isso foi favorecido pelo fato do Rotary Club ter ajudado na remodelação de uma ala no ano 1968. Essa ala é a mais antiga do hospital e estava dedicada a pacientes tuberculosos.

O hospital não trabalha com internação involuntária, dado que a cidade não conta com nenhum psiquiatra residente nela; recebe, isto sim, a visita de um profissional proveniente da cidade de Joinville duas vezes por semana.

A psicóloga que toma conta dos pacientes psiquiátricos especificou que o número de reinternações tem diminuído bastante a partir da implantação do programa ambulatorial. Salientou, também, que o suprimento de medicamentos é parcialmente adequado, tanto no caso dos básicos quanto dos psiquiátricos. O hospital psiquiátrico mais próximo se localiza a 150 km.

### **Joinville**

Duas décadas após a fundação da instituição foi organizada a enfermaria de psiquiatria, mais precisamente em 1997. As instalações se encontram em boas condições de manutenção, tendo suficiente espaço físico para algumas atividades com os pacientes.

A enfermaria trabalha com internações involuntárias, tendo um acesso adequado a medicamentos. Em outras palavras, o suprimento de medicamentos é adequado às necessidades, tendo aumentado sua demanda nos últimos tempos.

A cidade conta com 7 hospitais dos quais 4 são públicos e 3 privados; o hospital psiquiátrico mais próximo está localizado na cidade de Florianópolis.

### **1.3.3 - Estado de São Paulo**

É importante relembrar que estas cidades foram as únicas localizadas no Estado de São Paulo que contam com Santas Casas ou hospitais filantrópicos que realizam internações psiquiátricas.

### **Lençóis Paulista**

A cidade de Lençóis Paulista, desde suas origens, contava com médicos, mas não tinha um hospital próprio, o que significava depender dos hospitais regionais, principalmente dos das cidades de Agudos e São Manuel. Em 1938 teve início uma

mobilização de diversos setores sociais direcionada a conseguir um hospital para a cidade. Foi em 1940 que se fundou uma casa de saúde -Casa de Saúde Madre Teodora-, que chegou a funcionar apenas esse ano, mas que não dava conta das necessidades assistenciais da população. A população insistiu até que em 1944 foi inaugurado um novo hospital, que receberia o nome de Hospital Nossa Senhora da Piedade em homenagem à Padroeira da cidade.

Em 1994, o hospital contava com 45 médicos de diferentes especialidades, sendo o único na cidade. No que diz respeito ao número de leitos, a instituição conta com um total de 98 leitos dos quais 68 são pagos pelo SUS e 30 são particulares/conveniados. A distribuição percentual de ocupação dos leitos por fonte pagadora apresenta uma média de 37,14% para convênios, 2,87% para particulares e 59,98% para o SUS, situação desfavorável em relação à receita financeira. Esses leitos são utilizados por pacientes provenientes de diversas cidades. Com efeito, no último ano os dados mostram que, de um total de 6.702 pacientes assistidos na instituição, 6.258 (93%) foram pacientes de Lençóis Paulista, distribuindo-se, o 7 % restante, entre as seguintes cidades: Macatuba; Aeiópolis, Borebi, Agudos, São Manuel, Bauru, Avaré e outras (Relatório da Diretoria, 1999).

As origens da assistência psiquiátrica em Lençóis Paulista, enquadrada dentro da nova concepção de saúde mental, coincidiram com o impulso dado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e com a chegada de uma psiquiatra à cidade. Paralelamente, foi aprovado pelo Poder Público um projeto para montar um serviço de saúde mental, conformado por uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo e assistente social). Esse serviço funcionou, durante oito anos, no Centro de Saúde I, constatando-se, com o decorrer do tempo, a existência de um grande número de pacientes psiquiátricos, basicamente psicóticos, neuróticos e alcoólatras.

A conjunção de vontades e realidades levou a que fosse viabilizada a construção de um hospital-dia “Vereador Nicanor Pereira de Godoy”, inaugurado em 1994, levando esse nome em homenagem a um antigo funcionário, encarregado de levar os pacientes psiquiátricos para tratamento fora da cidade. O hospital-dia funciona junto com o Ambulatório de Saúde Mental, sendo os únicos serviços públicos do Município que oferecem tratamento para os pacientes psiquiátricos. Ambos os serviços têm registrado em

torno de 15.000 pacientes/ano. Segundo depoimentos da psiquiatra, desde a instalação desses serviços, foi registrado um incremento de 55 % de consultas, reduzindo-se, aliás, em 50 % as internações nessa área.

Desde o momento em que começaram a internar-se pacientes com distúrbios mentais no hospital geral, há 14 anos, apenas aconteceram 3 episódios que levaram a que a diretoria tentasse impedir a assistência a esses pacientes.

### **Ibitinga**

Na cidade de Ibitinga o processo de internação foi aprovado no mês de março de 2000 e foram solicitados dois leitos na Santa Casa com esse propósito. Por esse motivo não puderam ser colhidos dados como os das outras cidades pesquisadas, mas sim foi colhida informação sobre o processo em si, na medida em que sua aprovação era bem recente. Assim, a ênfase na colheita de dados esteve focalizada nos fatores que possibilitaram a aprovação por parte da diretoria da Santa Casa para as internações e nos diferentes atores envolvidos nesse processo, como também nas expectativas em relação ao tipo de patologias que se espera assistir e nos recursos com que se conta para satisfazer a demanda assistencial.

## **2 - Dados do formulário**

### **➤ Características gerais das enfermarias psiquiátricas e clínicas médicas com leitos psiquiátricos**

Uma análise geral dos dados colhidos através do formulário descritivo nos permite realizar a seguinte descrição da situação achada: das 10 instituições visitadas, a metade (Pouso Alegre; Araguari; Curitibaanos; Lages e Joinville) funciona com enfermarias de psiquiatria e a outra metade (Carangola; Formiga; São Francisco do Sul; Lençóis Paulista e Ibitinga) interna os pacientes psiquiátricos em clínicas médicas onde se reservam leitos para pacientes psiquiátricos. A distribuição de acordo com os diferentes Estados é a seguinte: no primeiro grupo, 2 instituições se localizam em MG e as 3 restantes em SC; no segundo grupo, 2 das mesmas se localizam em MG, 1 em SC e 2 em SP.

Das enfermarias dos hospitais, no que diz respeito a sua capacidade, uma conta com 75 leitos (Araguari) e as outras quatro, 203 (Curitibanos), 258 (Lages), 260 (Pouso Alegre) e 300 leitos (Joinville). Segundo a fonte pagadora, em três hospitais, 90% desses leitos tem cobertura do SUS (Pouso Alegre, Curitibanos e Joinville); num hospital (Araguari) a percentagem é de 98% e apenas em Lages é de 66%.

Os seguintes gráficos mostram as características da rede assistencial conforme região, fonte pagadora e capacidade assistencial.

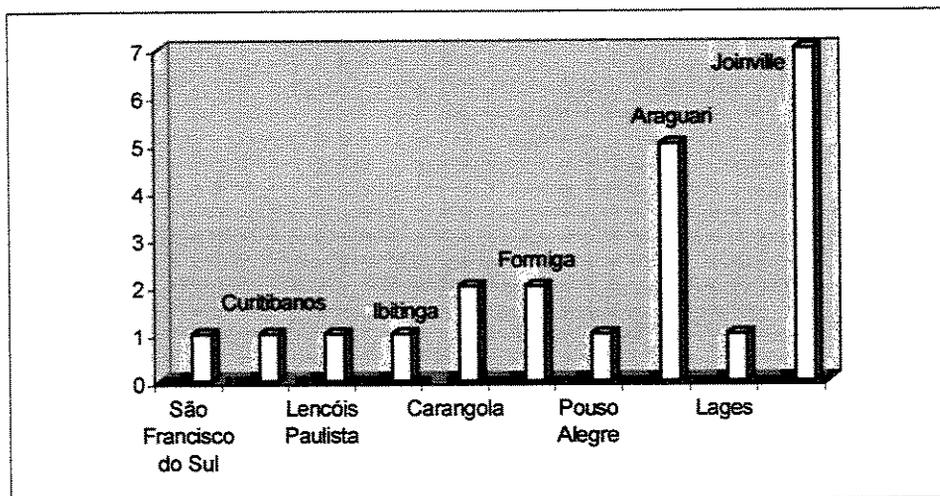


Gráfico III - Número de HG por cidade visitada

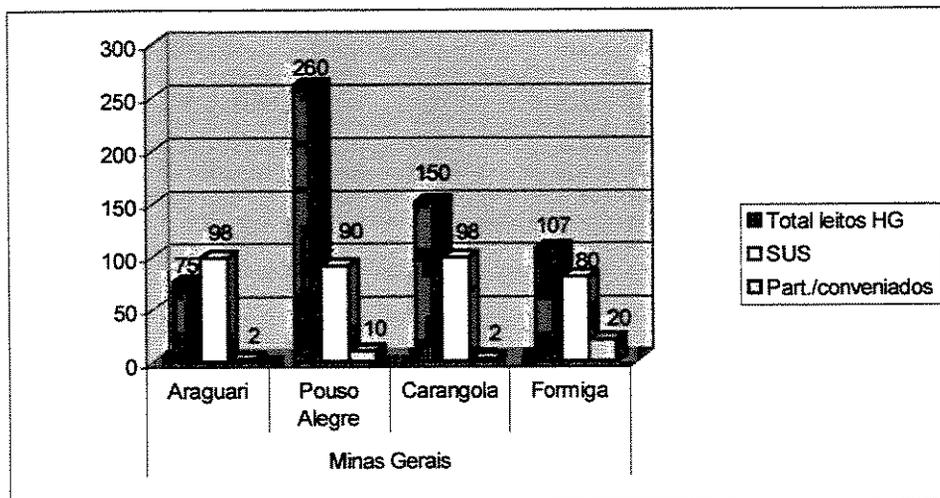
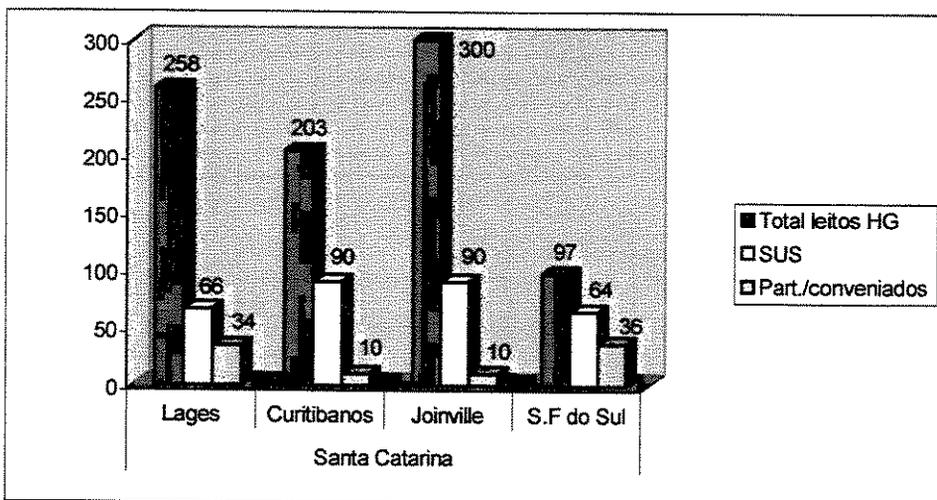
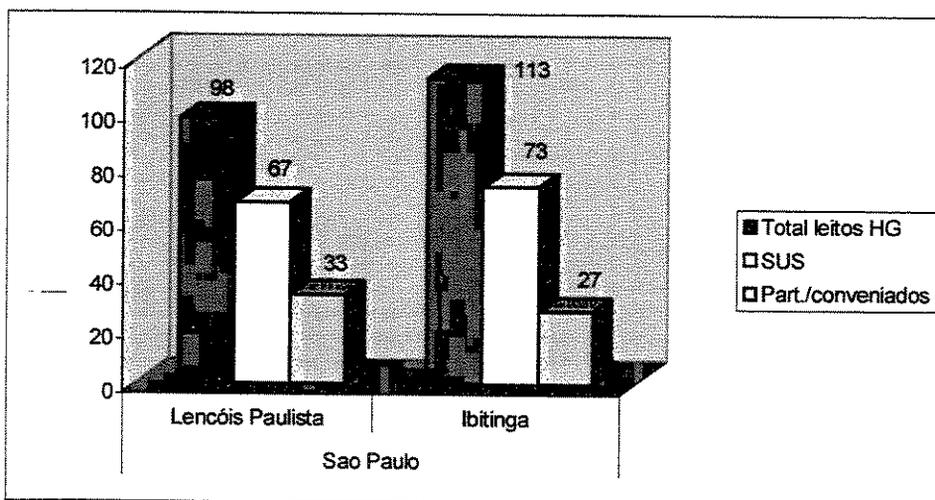


Gráfico IV - Características dos leitos hospitalares segundo região - MG



**Gráfico V - Características dos leitos hospitalares segundo fonte pagadora - SC**



**Gráfico VI - Características dos leitos hospitalares segundo fonte pagadora - SP**

➤ **Características específicas das enfermarias psiquiátricas e das clínicas médicas com leitos psiquiátricos**

Especificamente das enfermarias, sabe-se que quatro delas foram construídas há mais de 10 anos e que apenas uma, há entre 1 e 5 anos, tendo passado, também, 4 delas, por remodelações a fim de trabalhar com pacientes psiquiátricos; só uma enfermaria não

experimentou modificações nesse sentido. Sobre o número total de leitos dessas enfermarias, é importante salientar que 2 delas (Araguari e Curitiba) contam com 13 e 20 leitos respectivamente, tendo, as 3 restantes (Pouso Alegre; Joinville e Lages), 26, 28 e 32 leitos respectivamente.

No que diz respeito ao número de pacientes atendidos no último ano (1999), sabe-se que 1 dessas enfermarias (Araguari) assistiu a 192 pacientes, sendo que outra (Lages) informou ter atendido a 80 pacientes/mês. As 3 restantes (Pouso Alegre; Curitiba e Joinville) não deram dados por não terem informação ao respeito. Em relação ao número de pacientes internados no momento da visita à instituição, foi constatado que 2 (Araguari e Curitiba) tinham 9 e 10 pacientes respectivamente, enquanto nas outras 3 (Pouso Alegre; Joinville e Lages) havia 21, 26 e 32 pacientes respectivamente. Em outras palavras, entre estas últimas, uma se encontrava lotada e as outras duas estavam trabalhando quase no limite da sua capacidade.

Seguindo iguais critérios classificatórios aos utilizados para as enfermarias, a informação colhida sobre as clínicas médicas que reservam leitos para pacientes psiquiátricos revela que as mesmas são 4, localizando-se, duas, no Estado de Minas Gerais (Carangola e Formiga) e, duas, nos Estados de Santa Catarina e de São Paulo (São Francisco do Sul e Lençóis Paulista).

As clínicas têm entre 24 e 38 leitos no total, reservando, todas elas, um máximo de 5 leitos para pacientes psiquiátricos, encontrando-se majoritariamente intercalados com os outros pacientes; apenas numa clínica eles são separados ou discriminados. Em relação ao número de pacientes assistidos no último ano, apenas um dos entrevistados deu dados a esse respeito. Conforme ele, foram atendidos entre 20 e 25 pacientes/mês (São Francisco do Sul). As outras clínicas não contavam com esse dado e argumentaram que era difícil a obtenção dessa informação.

A tabela 8 apresenta a capacidade hospitalar, o número de leitos das enfermarias de psiquiatria, a capacidade das clínicas médicas e a percentagem de leitos psiquiátricos em relação ao total de leitos por hospital.

**Tabela 8 - Número de leitos dos hospitais e número de leitos psiquiátricos reservados por cidade**

Cidades	Total leitos hospital	Total leitos enfermagem psiquiátrica	% leitos psiquiátricos / total leitos hospital
Pouso Alegre	260	26	10,0
Araguari	75	13	17,3
Curitibanos	203	20	9,9
Lages	258	32	12,4
Joinville	300	28	9,3

	Total leitos clínica médica	Leitos reservados psiquiatria	
Carangola	150	38	5
Formiga	107	34	5
São Francisco do Sul	97	24	5
Lençóis Paulista	98	24	5

No momento de nossa visita, uma das clínicas tinha 4 pacientes internados (Formiga), outra apresentava 7 (Pouso Alegre) e, outra, 1 paciente (São Francisco do Sul); a quarta clínica (Lençóis Paulista) não apresentava paciente psiquiátrico hospitalizado. A esse respeito, a psiquiatra declarou que a existência do hospital-dia facilitou a diminuição das internações na Santa Casa.

### ➤ Recursos terapêuticos e materiais

Em relação ao suprimento de medicamentos, tanto básicos quanto psiquiátricos, 90% das instituições declararam ser o mesmo adequado; apenas Araguari afirma que não é adequado. De fato, neste último caso, é parcialmente adequado; além disso, acrescentou-se que, às vezes, a medicação psiquiátrica está desatualizada.

No que diz respeito a contar, tanto as enfermarias quanto as clínicas médicas, com elementos de orientação temporal para pacientes psiquiátricos, todas as instituições responderam afirmativamente, exceto a clínica de Formiga, que não tem.

A tabela 9 e o gráfico VII mostram os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes, a modalidade terapêutica utilizada para seu tratamento e a média de internação correspondente a cada cidade.

**Tabela 9 - Diagnósticos psiquiátricos e modalidades terapêuticas**

<b>Cidades</b>	<b>Diagnósticos mais freqüentes</b>	<b>Modalidades terapêuticas</b>
Pouso Alegre	Alcoolismo; Esquizofrenia	Apenas Farmacológica
Araguari	Esquizofrenia; Abuso substâncias psicoativas	Farmacológica e outras
Carangola	Esquizofrenia; Alcoolismo; Depressão	Apenas Farmacológica
Formiga	Depressão; Alcoolismo; Esquizofrenia	Apenas Farmacológica
Lages	Alcoolismo; Esquizofrenia	Apenas Farmacológica
Curitibanos	Esquizofrenia; Alcoolismo	Terapia de Apoio; comportamental; psicoterapia de grupo
São Francisco do Sul	Alcoolismo; Abuso substâncias psicoativas; Depressão	Terapia breve, individual, de grupo. Fisioterapia; TO
Joinville	Transtorno bipolar; Esquizofrenia; Depressão	Suporte psicológico; TO
Lencóis Paulista	Psicose orgânica; Alcoolismo; Esquizofrenia	Apenas Farmacológica

Os dados da tabela permitem observar que, dos hospitais visitados, mais da metade conta apenas com o recurso farmacológico para o tratamento dos pacientes psiquiátricos (Pouso Alegre; Carangola; Formiga; Lages e Lencóis Paulista). O 40% restante (Araguari; Curitibanos; São Francisco do Sul e Joinville) utiliza, além desse

recurso, outras abordagens psicoterapêuticas. Dos nove hospitais estudados, 2 (São Francisco do Sul e Joinville) contam com TO e apenas um conta com Fisioterapeuta (São Francisco do Sul). Como informação complementar, destaca-se a falta de recursos humanos e a carência de atualização dos já existentes. Sobre o tratamento medicamentoso, declarou-se que o suprimento da medicação básica é adequado em 4 enfermarias, apresentando-se parcialmente adequado em apenas uma enfermaria; igual situação se constata em relação ao suprimento da medicação psiquiátrica; alguns depoimentos salientam que essa medicação é desatualizada.

Quanto ao tempo médio de internação utilizado é possível identificar três grupos: o primeiro é o que utiliza entre 7 e 8 dias (Formiga e São Francisco do Sul); o segundo grupo está composto pelos hospitais que utilizam entre 15 e 17 dias (Carangola; Lençóis Paulista e Curitiba); por último, o terceiro grupo está formado pelos hospitais que utilizam entre 20 e 30 dias (Pouso Alegre; Lages e Joinville). Este último grupo apresenta como características comuns, de um lado, o fato de seus hospitais estarem localizados em cidades mais populosas (com, aproximadamente, 106.000, 156.400 e 429.000 habitantes respectivamente) e, de outro lado, o fato de que o hospital psiquiátrico mais próximo se encontra a entre 100 e 200 km.

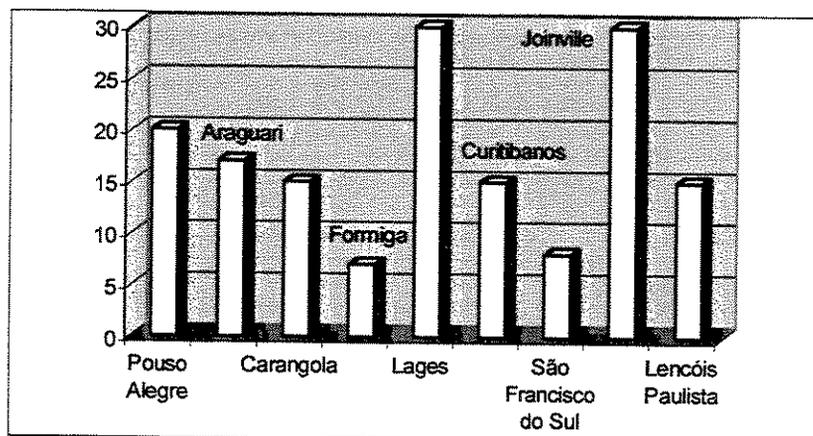


Gráfico VII - Média de internações em dias

Todas as enfermarias (Pouso Alegre; Araguari; Curitiba; Lages e Joinville) declararam trabalhar com internações involuntárias. Em 4 delas (Pouso Alegre; Araguari; Curitiba e Joinville) existe uma norma acerca de como atuar em caso de episódios de violência; apenas Lages não conta com uma norma desse tipo. Das três enfermarias referidas acima, duas (Curitiba e Joinville) têm a norma impressa. É importante salientar também que em 4 enfermarias existem dispositivos de segurança. Apesar disso, a maioria dos entrevistados destacou que as fugas são uma das causas que provocou maiores dificuldades junto às direções dos hospitais.

Em relação às admissões involuntárias nas clínicas médicas, elas são realizadas em 3 clínicas (Carangola; Formiga e Lençóis Paulista); apenas uma (São Francisco do Sul) não realiza esse tipo de procedimento, já que não conta com infra-estrutura, nem material nem de recursos humanos. A percentagem de reinternações foi informada apenas por uma das clínicas (São Francisco do Sul): 2 a 3 pacientes/mês. As outras clínicas não sabiam com exatidão esse dado. Nenhuma das 4 clínicas teve óbitos no último ano e nenhuma teve suicídios desde que as mesmas começaram a funcionar.

Sobre a percentagem de reinternações, duas enfermarias (Pouso Alegre e Joinville) não contavam com esse dado e, das 3 restantes (Curitiba; Araguari e Lages), uma apresenta 10%, outra, quase 20% e a última apresenta entre 30% e 40% respectivamente. Em relação à existência de óbitos no último ano, as respostas destacam que em duas (Pouso Alegre e Curitiba) houve um óbito, numa (Joinville), 3 óbitos, em apenas uma não houve óbitos e uma não respondeu esse item. As causas das mortes foram doenças de longa data ou contraídas algum tempo antes da internação. Em nenhuma enfermaria foram registrados suicídios desde seu início. No concernente aos episódios de fugas, o panorama é similar ao das enfermarias: duas das clínicas não apresentam dispositivos de segurança.

### ➤ **Condições materiais dos prédios das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos**

No que diz respeito às condições materiais, na maioria das enfermarias ou clínicas médicas o espaço disponível para pacientes psiquiátricos não é suficiente. Também não há espaço suficiente ou disponível para os objetos pessoais dos pacientes psiquiátricos. Quanto ao espaço destinado a receber visitas, nem todas as enfermarias ou clínicas contam com ele e, nas que foi providenciado um espaço para essa atividade, o mesmo nem sempre é adequado.

Em relação ao número de banheiros por paciente e a sua limpeza, é importante salientar que são adequados, constatando-se igual situação no referido à iluminação das salas e a sua manutenção.

### ➤ **Aspectos administrativos do funcionamento das enfermarias e clínicas médicas**

Outro dos itens avaliados no formulário descritivo foi o relativo à existência ou não de alguma norma concernente a episódios de violência. A partir dos depoimentos dos 9 entrevistados, é possível afirmar que em 6 instituições (Pouso Alegre; Araguari; Curitiba; Joinville; São Francisco do Sul; Lençóis Paulista) existe alguma norma a esse respeito. Nas 3 restantes não existe nenhuma (Lages; Carangola e Formiga). Um desses entrevistados declarou que o procedimento aplicado é intuitivo (Carangola).

Nas instituições que responderam afirmativamente, interrogou-se se a norma estava impressa. O resultado desse item foi que em 3 instituições (Curitiba; Joinville e São Francisco do Sul) existe um impresso da norma que explicita o tipo de procedimento a ser utilizado em caso de ocorrerem distúrbios com pacientes agitados. Nas restantes instituições não existe nenhum impresso.

## SEGUNDA PARTE

### **Análise das entrevistas: quando, por que e como se desenvolveu o processo.**

#### **Introdução**

Em relação ao processo pesquisado, através da transcrição das entrevistas realizadas, conseguiu-se identificar possíveis fatores que explicam ou começam a esclarecer as perguntas que deram origem ao trabalho, isto é: ¿Em que condições emerge, no cenário da assistência psiquiátrica brasileira, esse novo lugar destinado às internações psiquiátricas nos hospitais filantrópicos ou Santas Casas?; ¿O fenômeno da instalação de enfermarias psiquiátricas ou reserva de leitos psiquiátricos nas clínicas médicas, nos hospitais filantrópicos, significa simplesmente a incorporação de uma nova modalidade de atendimento?; ¿A tomada dessa decisão provocou lutas ou resistências nas diferentes instituições?; ¿Em que condições e de que forma estão funcionando essas incorporações?

É importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas em dois momentos diversos do país -algumas foram desenvolvidas antes das eleições de prefeitos e vereadores nas cidades e Estados e outras foram efetivadas depois das mesmas-, o que determina certas diferenças que merecem ser destacadas. De fato, essa circunstância levou a que, nas primeiras, alguns chefes dos serviços e presidentes das mantenedoras não pudessem ser entrevistados, pois se encontravam afastados de seus cargos por serem candidatos a prefeitos.

Isso, que no início foi considerado uma dificuldade para nossa tarefa, posteriormente, possibilitou que a pesquisadora procurasse outras pessoas em substituição desses entrevistados. Assim, foi possível ter acesso, por exemplo, a: diretores gerais dos hospitais, coordenadores de saúde dos municípios etc. Logicamente, algumas das perguntas tiveram de ser reformuladas a fim de adaptar-se aos novos entrevistados. Essa situação nos faz refletir acerca da participação que alguns integrantes da corporação médica procuram ter na arena política e de como esse fato se encontra na base do desenvolvimento da área, estabelecendo-se, dessa forma, uma relação entre política e saúde, indissociável a efeitos analíticos.

Ao longo das diferentes etapas de trabalho de análise das entrevistas, foram identificados o que se pode chamar de grandes eixos temáticos, alguns vinculados diretamente aos objetivos visados e outros ligados de forma indireta à temática específica, mas acrescentando, de qualquer forma, detalhes relevantes.

## **1 - O conteúdo**

### **Um ou vários “discursos”**

A análise das entrevistas no nível formal permitiu, num primeiro momento, diferenciar basicamente quatro tipos de “discurso” que dizem respeito à posição adotada pelo entrevistado: *Crítico* - Quando a postura do entrevistado se caracterizou por ser opinativa em relação aos conteúdos indagados através das perguntas, sendo acompanhada, aliás, por uma crítica aguçada; *Conservador* - Quando, neste mesmo tipo de discurso, as narrações se caracterizaram pela defesa de conceitos e/ou preconceitos em relação aos temas pesquisados (por exemplo: os doentes mentais, seu tratamento e cuidados, vantagens e desvantagens do modelo assistencial utilizado pela psiquiatria dentro do HG, etc.); *Professoral* - Quando, na postura adotada pelo entrevistado, outorgava-se ênfase em sua idade e seus anos de experiência, contrapondo os mesmos aos relativos à pesquisadora, desenvolvendo seu conhecimento geral apesar de não estar informado sobre o assunto em questão ou sobre os avanços na área; e, por último, *Pessoal* - Neste caso o narrador se ocupou principalmente em colorir a narrativa, orientando-se a detalhar sua trajetória de vida pessoal e suas impressões e motivações de sua prática na área.

## **2 - Momentos no desenvolvimento do processo**

Num nível mais específico e já vinculado ao plano do significado dos depoimentos colhidos, em linhas gerais, podem-se identificar claramente três momentos na incorporação de uma nova modalidade assistencial para os pacientes psiquiátricos nas cidades pesquisadas, desde seu início até o presente. Os mesmos se relacionam a: os fatores

que desencadearam o desenvolvimento do processo; a situação que estava atravessando a área da saúde mental no momento da visita; e, por último, as perspectivas expressadas por alguns dos entrevistados em relação ao que poderia acontecer se fosse mantida a situação do setor da saúde e da assistência psiquiátrica.

## 2.1 - Fatores-chave no passado recente

Podemos dizer que vários foram os fatores condicionantes do início do processo de internação psiquiátrica nas Santas Casas e hospitais filantrópicos. Com efeito, em sua base, é possível identificar diversas forças impulsionadoras, muitas delas produto de uma conjunção que funcionou como desencadeante local. Na maioria dos casos existiu uma pessoa que poderíamos chamar chave, seja ela um profissional, um político, uma pessoa influente na sociedade ou na instituição; isso coincidiu, muitas vezes, com a demanda de pacientes e familiares. É preciso salientar que a perseverança foi um fator importante na conquista desse acontecimento. Os seguintes trechos exemplificam o mencionado anteriormente:

“(…) o fator determinante nessa virada foi o fato de que um colega meu, cirurgião, suicidou-se. Quando eu vim para [a cidade] fui fazer plantão eu me assustei, e eu fui para o posto de psiquiatria e aí eu comecei a pensar que não precisava de uma ala não, eu pensei 'vou internar casos de alcoolismo, de depressão, casos graves', era uma coisa nova para mim também.” (8)

“(…) na época em que eu entrei ao hospital o filho do provedor da Santa Casa era um paciente que sofria de esquizofrenia e estava internado em [cidade próxima]. Aí eu conversei muito com ele a respeito do caso, ele me perguntava sobre o tratamento do filho dele, e ele me acolheu com muito carinho e aí ele me perguntou se poderia trazer seu filho para cá. (...) a psiquiatria, aqui, passou a fazer parte da proposta terapêutica do hospital, já está incorporada. Uma coisa que era vista como uma coisa meio anômala, hoje é visto como integrante do trabalho dos cuidados da Santa Casa, isso mudou muito e há muito respeito. Acho que mudou um aspecto cultural.” (8)

“(...) foi ele (o psiquiatra) que sustentou, nós somos quase contemporâneos de formatura, mas foi ele que pegou a unha mesmo nesse serviço.” (3)

“(...) eu me formei em 84, 85-86 eu fiz a residência em Porto Alegre, em 87 estive nos Estados Unidos, em 88 fiz um estágio em Portugal, (...) então eu copieei muito esse modelo de unidade psiquiátrica daquela de Lisboa. (...) comecei internando meus pacientes na clínica médica, depois eu selecionei alguns funcionários que eu achei que gostavam mais da psiquiatria e aí a gente decidiu fundar a unidade de psiquiatria.” (7)

“(...) acho que surgiu dessa demanda muito grande, sempre internando fora, então em 90 foi inaugurada [a ala de psiquiatria]. Na época foi, acho que a comissão do município, [a psiquiatra] já estava na secretaria de saúde. Ela era a primeira psiquiatra, aliás era a única psiquiatra da cidade naquela época.” (7)

“(...) eu conversei com o administrador e o provedor para saber se eu poderia trabalhar para evitar as reinternações, fui falar com a prefeitura ... começamos a lutar e começamos a fazer o trabalho junto com a secretaria de atendimento às pessoas carentes e àquelas que bebiam álcool e tomavam drogas.” (9)

“Nesse momento, a cidade não contava com a psiquiatria como especialidade, especialidade que a gente entende de muita grande importância, como todas, mas que tinha aí uma demanda reprimida no nível local, não tinha quem atendesse os pacientes psiquiátricos. (...) Antes da psiquiatra chegar, não existia paciente psiquiátrico na cidade, a gente achava que não existia. Na medida que você traz o profissional, você vai vendo como tem drogadicto, alcoolista etc. Ele era sublimado, você não tem, não é. Então quando entrava em surto psicótico pegava correndo e mandava para longe, para um hospital de referência ou para a faculdade.” (15)

“(...) ficou uma determinação de cima para abaixo, ninguém questionava isso porque era uma ordem do prefeito na época, então como ele disse: 'eu quero isso funcionando em 3 meses, eu quero isso inaugurado', assim foi (...)” (7)

A partir da idéia da confluência de diferentes elementos que agiram como alavanca do fenômeno, podemos pensar na existência de fatores que funcionaram como catalisadores. Em outras palavras, e tomando emprestado o significado que o termo “catalisador” têm na física e na química<sup>2</sup>, o início do processo foi produto de vontades individuais que, em determinados momentos, atuaram como aceleradores, estimuladores e dinamizadores; sem essa confluência de componentes necessários para provocar determinada reação ou fenômeno, ele não teria acontecido.

## **2.2 - O embasamento do que acontece hoje**

Dentro do segundo momento identificando na análise das entrevistas, observa-se o que se poderia denominar grandes eixos temáticos que descrevem a situação atual do setor da saúde geral e da saúde mental; por sua vez, esses grandes temas podem ser divididos em subtemas. Dessa forma se destacam a política, a economia, o corporativismo, as relações entre cidades e Estados, dificuldades com os recursos humanos, preconceitos etc. e, dentro deles, sobressaem, de um lado, fatores que funcionaram -e até hoje funcionam- como obstáculos para o desenvolvimento do processo e, de outro, fatores que contribuíram para a consolidação do mesmo.

### **2.2.1 - Políticas instáveis, esperanças e receios em relação ao governo**

As situações que decorrem da política geral do país têm seu reflexo nesta área; assim, percebe-se, na maioria dos entrevistados, uma preocupação em relação às respostas dos diferentes governos estaduais e municipais. Mas, como a pesquisa foi desenvolvida, numa segunda etapa, após as eleições para prefeitos, foi possível, além do mencionado acima, observar, nalguns atores, esperanças em relação a possíveis mudanças na área, mas também receios com respeito a possíveis medidas a serem tomadas que afetariam ainda mais o setor como, por exemplo, situações nas que se sente ameaçada a fonte de trabalho.

---

<sup>2</sup> “Diz-se de substância que produz catálise, estimulante, dinamizador, incentivador, substância catalisadora; acelerador.” (Aurélio, 2002).

Um aspecto que se reitera ao longo de toda a pesquisa e por parte de quase a maioria dos entrevistados está vinculado aos compromissos contraídos nas diferentes campanhas dos que foram eleitos ora prefeitos ora vereadores. Nesse sentido, as testemunhas deixam claro que o que aconteceria, caso não fossem cumpridas as promessas, acarretaria conseqüências graves em todos os níveis do setor (médicos, usuários, empresários etc.). Algumas dessas conseqüências foram detectadas quando se entrou em contato com vários dos hospitais gerais que realizavam internações psiquiátricas registrados na lista do DATASUS; de fato, nesse momento, os mesmos já tinham suspenso esse tipo de hospitalização. Outros dois temas que suscitam uma preocupação notória em grande parte dos entrevistados foi o relativo ao pagamento do SUS e ao número fixo de AIHs, fatores estes que se apresentam como limitantes nas instituições.

Os seguintes depoimentos deixam em evidência as complexas relações que se estabelecem entre o setor da saúde em geral e o psiquiátrico em particular e a/s política/s adotada/s e, também, a forma como isso colide no processo abordado:

“(...) em termos de política, a gente fica muito na mão; se entrasse outro prefeito, uma outra pessoa comprometida com essa área, ela precisaria prever necessidades, dificuldades, e não propiciar descontinuidades, ameaças ao trabalho, eu acho que isso também pesa muito. Culturalmente, as pessoas votam, não sabem a quem estão votando, algumas pessoas são eleitas e não tem noção da importância da psiquiatria.” (8)

“(...) [o prefeito] optou e se comprometeu com a comunidade em fazer ala psiquiátrica e fez, fez uma reforma, o ex-secretário da saúde (...) que é daqui, médico, informou ao hospital, equipou e etc., inauguraram e nada aconteceu. Evidentemente não foi a resposta que a comunidade queria, foi 10% da resposta, mas foi uma resposta, alguém fez alguma coisa pela saúde mental na maior cidade do Estado.” (4)

“(...) hoje tem umas questões políticas de interesse e conflito entre município e Estado, estão ameaçando que o Estado não tem interesse em manter uma unidade psiquiátrica aqui, mas eu acho que é mais para pressionar. (...) O problema é o seguinte, não é prioridade

do município, do prefeito, a saúde, ele é um político e ele tem interesse cada vez maior em outras áreas. Tu sabes Cristina que a saúde custa cara, quem investe 20 milhões em saúde, isso não aparece, o que aparece é fazer asfalto, construir uma coisa ou outra, então as coisas na saúde [na cidade] vão muito lentas hoje em dia e vão continuar assim, mas nós estamos aí, estamos reivindicando.” (7)

“A saúde de nosso município está muito fragmentada ainda, carece de um plano diretor, a psiquiatria sofre com isso, às vezes sofre de continuidade, muda-se de prefeito, muda-se de secretário, mudam-se as cabeças. Devia existir um plano diretor não só para a psiquiatria, para toda a saúde, que fosse qual fosse o administrador, esse plano teria que ser cumprido. O cidadão munícipe, ele procura solução para seu problema, ninguém pode se dividir 'eu sou 30% municipal, mais 30% estadual, mais 40% federal', eu acho que isso é um sistema falido, (...) falta alguém que realmente pegue e passe, está na hora desse país acordar.” (15)

“(...) outras cidades aqui já tem uma relação plena com o SUS, aqui ainda não tem, não evoluiu, não adiantou e não conseguiu. Agora talvez consiga ¿por que? Na última eleição, o vice-prefeito é uma pessoa ligadíssima à saúde pública, então é possível que tenha um salto de qualidade. (...) você tem problemas [mas] a gente não tem como resolver, então fica essa coisa de 'vai resolver com o secretário', e o secretário fala 'olha, eu não tenho como resolver esse problema', então nessa condição a gente tenta resolver.” (8)

“(...) o colega que veio com uma formação bastante voltada para a psiquiatria no hospital geral nos colocou claramente qual era a proposta dele. (...) O grande problema que nós temos aqui é o faturamento, nós tentamos de todas as maneiras que o SUS nos liberasse uma específica para psiquiatria e, infelizmente, isso não foi possível até agora, existe uma promessa da liberação de duas vias psiquiátricas para [a cidade]. (...) eu me lembro muito de ouvir falar nisso a partir do projeto de Paulo Delgado que começou a ter uma maior divulgação na mídia, a gente começou a ver que a coisa tinha um fundamento, (...) me parece que de uns 10 anos para cá a gente vê esse crescimento desse movimento em favor do paciente no hospital geral.” (6)

“(...) houve um compromisso político do prefeito, do primeiro mandato dele, de que ele abriria uma ala psiquiátrica. (...) nós não podemos ultrapassar 520 AIH e não podemos ultrapassar determinado valor financeiro imposto pelo gestor municipal do SUS. (...) a unidade psiquiátrica, ela foi montada com limite no credenciamento no nível federal -10 % dos leitos do hospital geral-, mas com a garantia de que o paciente em surto, se a internação fosse superior a 15 dias, ele seria transferido para Curitiba.” (7)

“(...) até agora a gente não achou uma maneira de falar com o Estado para eles darem umas AIH de suplementação para psiquiatria. A nossa dificuldade maior é o número reduzido de AIH que eu tenho direito para internar numa clínica, então a gente não estimula muito a clínica de psiquiatria em função disso. (...) eu tenho que prescrever todos os dias evoluções clínicas como se fosse um internamento clínico, eu tenho que preencher as AIH, tenho que preencher os laudos e tenho que prescrever todos os dias, tenho que fazer as evoluções por que são normas do SUS, não posso fugir disso.” (8)

“O ano passado o hospital começou a passar muitas dificuldades porque o censo deu tudo errado; por exemplo, iam censar, batiam nas cassas, não tinha ninguém então iam embora, então deu um número muito baixo de AIH; ela dava de acordo aos habitantes, então foram reduzidas, e o hospital ficou desesperado. Infelizmente, os convênios no hospital são muito reduzidos, praticamente todos os leitos são do SUS, às vezes tem pacientes que se atendem pelo SUS para não usar o convênio deles que depois é descontado em parcelas no pagamento deles, então ficam em quarto coletivo em lugar de particular.” (9)

“Este hospital, 90% é pago pelo SUS, o resto são particulares e conveniados; mas na psiquiatria o comum é SUS, é uma região pobre e é um hospital do governo. Isso traz muitas dificuldades para o hospital, quem conhece a tabela do SUS sabe que é uma tabela irreal, ela, desde 94, não tem aumento e a mão-de-obra, produtos e medicamentos tiveram violentamente uma proporção muito elevada; então há 6 anos que estamos recebendo a mesma coisa, o governo faz jogadas, aumenta alguns códigos, outros não, mas um aumento substancial não tem.” (3)

“Quem sabe a realidade das Santas Casas e os hospitais conveniados ao SUS ..., então qualquer novidade que implique uma possibilidade de dar um prejuízo ou pelo menos não ter nenhum retorno positivo financeiramente, não vai ser bem vista, nem vai provocar euforia nenhuma, acho que talvez tenha sido isso.” (8)

“Em Minas Gerais tem pouco investimento na saúde, o governo não investe na saúde, você começa pelo governo, e depois vem o hospital. Coitado do hospital, é a baixaria do governo, o governo faz propaganda, mas não investe, agora está esse projeto de hospital-dia, aqui depende muito do Prefeito, do secretário.” (12)

“A assessoria não existe, não existe uma regional, eles só vem fazer vigilância, mas não tem uma discussão sobre políticas de saúde, não temos nenhum contato com a regional nem com nada do Estado, não existe uma política nesse sentido e, sabendo que Minas é um Estado fortíssimo em saúde mental, em antipsiquiatria, tem uma lei, a lei do Carlão, que é praticamente a lei do Paulo Delgado, mas não funciona. Aqui já foi muito forte o movimento manicomial, mas a nível de participação efetiva do Estado em assessoria, em discussões, em políticas, não existe isso.” (8)

“Geralmente, as boas coisas acontecem de baixo para cima, acontece que ainda não chegou lá eles reconhecerem a necessidade da psiquiatria no hospital geral, é um fato que já acontece, é natural, espontâneo, está acontecendo em várias comunidades e a nível oficial eles não chegaram aqui todavia, ao ato do que acontece no real e o que acontece no oficial, há um espaço que não está se comunicando.” (8)

“O prefeito teve uma reunião e conseguimos que ele desse alguma verba, só que ele perdeu nessas eleições e vai entrar outro e o hospital está com muitas dificuldades e a nova gestão falou que ia nos ajudar. O pessoal está esperando um tempo para ver se a situação se regulariza porque o hospital está atrasado novamente dois meses, para ver se podemos voltar a internar novamente. Curitiba e Florianópolis estavam lotados, eles proibiram as internações catarinenses, então a gente ficou desesperada porque Florianópolis já não resistia o sufoco e toda a região também, e como nós não temos condições financeiras para montar uma ala para esse tipo de pacientes só, então se destinaram alguns leitos e começamos a fazer uma triagem.” (9)

### 2.2.2 - Relações entre cidades e Estados

O fato de esse fenômeno ter sido detectado em diferentes Estados permitiu observar, através dos depoimentos, outro tema muito importante que diz respeito ao tipo de relacionamento ou vivências que existem entre os diferentes Estados e, dentro deles, entre as diferentes cidades pesquisadas. Nesse sentido, destacam-se relações caracterizadas por competitividade e rivalidade, apresentando-se, como elementos comuns, as comparações entre as culturas das cidades grandes e as cidades pequenas; também são salientadas as dificuldades com os recursos humanos, sua formação, etc.

A despeito do mencionado no parágrafo anterior, através das testemunhas, observa-se a existência do que poderia ser chamado de importação/exportação de doentes entre cidades ou de cidades que “não querem” os doentes mentais e cidades que “atraem” esses pacientes. Em outras palavras, a idéia seria a inexistência de fronteiras entre cidades que gera um fluxo importante de pacientes. Isto poderia decorrer do fato de que, na atualidade, as cidades grandes parecem funcionar de portas fechadas, por não poderem dar conta de toda a demanda de assistência psiquiátrica. Destarte, o fluxo de pacientes fica restrito a procurar atenção nas cidades médias ou pequenas. Os seguintes trechos são exemplificadores do descrito nos parágrafos anteriores:

“A política sempre está envolta nas cidades, políticas de uma maneira geral, eu acho que as coisas nas cidades pequenas são mais intensas que em cidades maiores, onde tudo é resolvido de forma mais rápida; nas pequenas não. (...) os profissionais não querem ir para cidade de interior, as prioridades de uma cidade pequena são diferentes das de um pólo regional, então a saúde mental é vista ainda, ou como uma coisa sem importância ou até como um luxo, uma coisa supérflua, então as prefeituras não buscam, não oferecem isso, sei lá, não deve dar muito voto como se diz, então é por isso. Os grandes centros não, eles acabam recebendo esses pacientes, oriundos de cidades pequenas e forçosamente eles tem que criar serviços para dar conta disso e ainda mais considerando que nas cidades grandes é onde estão as universidades.” (8)

“(…) A cidade é vista como um município de 33 mil habitantes, recebe uma verba de acordo ao último censo, mas os municípios pequenos mandam para cá as pessoas para se atenderem. Aqui se absorve tudo e o dinheiro não dá, é uma coisa terrível, gerenciar a secretaria de saúde aqui é terrível, tem um déficit de 40% permanentemente, não há como sair dessa. O sistema é defeituoso, como é que eu vou explicar para os computadores de Brasília que aqui é mais bonito, por isso mandam para cá, eles não vão entender isso, eles só entendem de números. Eles mandam para 33 mil e aqui a demanda não é essa é de 150 mil e não há como comprovar isso.” (8)

“(…) o sistema de saúde mental está precaríssimo, esteve excelente em 1993, (...) inclusive na época diziam que o doente mental pobre dessa cidade era bem mais servido que o rico, o rico ou de classe média não tinha como pagar tanto recurso. Com a mudança do governo parou, aí depois com a outra mudança do governo piorou mais ainda, o secretário de saúde praticamente extinguiu o serviço de psiquiatria (...). Existe a idéia de que existe corrupção aqui em baixo e cada vez tem mais, eles aumentam mais a burocracia e só piora o serviço, eles cobram burocracia, mas não cobram serviço. Não existe sistema que obrigue continuidade, por isso foi que eu te disse que não existe uma política.” (8)

“(…) todas as prefeituras querem se livrar do doente mental e são várias as prefeituras nos arredores que não tem uma estrutura para atender a doença mental, querem se ver livre do doente. Só que eles querem se ver livre do doente, mas eles não querem pagar a consulta, eles querem que o SUS pague tudo, e você sabe que o SUS é uma coisa complicada”. (7)

“[Duas cidades] estavam lotadas, eles proibiram as internações catarinenses, então a gente ficou desesperada porque [cidade] já não resistia o sufoco e toda a região também e, como nós não temos condições financeiras para montar uma ala para esse tipo de pacientes só, então se destinaram alguns leitos e começamos a fazer uma triagem.” (9)

“(…) lucro e todo o investimento feito lá é feito com dinheiro público. Com [cidade perto] é uma coisa absurda, criaram um hospital regional que nunca funcionou como tal, e sobrou uma ala que seria de clínica e

fizeram uma unidade de psiquiatria por que sobrava espaço e, aqui nós sempre fomos uma cidade maior com déficit de leitos e eles priorizaram lá por ser, na época, central com poucos médicos, e aqui só agora há vinte e poucos anos houve um investimento, primeiro como maternidade, logo como hospital geral, mas sempre com poucos leitos.” (7)

“A população não teve participação direta, eu acho, ela não brigou diretamente, pelo menos nos meios adequados, ou com as pessoas adequadas, por que essa pressão existe, a chegada da família com um drogadicto, alguém que tentou suicídio, vira tumulto, então aquela pressão fica ..., nas cidades pequenas funciona assim, as pessoas chegam até o prefeito, até os vereadores, só não de forma oficializada, aquela coisa esquematizada e organizada.” (8)

“Os profissionais médicos que atuam no pronto-socorro, eles têm pouca vivência, principalmente nas cidades pequenas como a nossa, eu acho que todo pronto-socorrista que está numa cidade maior, ele se vê envolvido com esses problemas com muita maior frequência. Então isso aqui é bem menos comum e, às vezes, o pronto-socorrista fica angustiado, então ele não sabe fazer medicação de emergência, fica inseguro e isso torna um pouco dificultoso esse manejo do paciente.” (15)

“À medida que você vai indo para o interior tudo diminui, também em outras áreas da medicina; isso torna tudo mais difícil. A gente vê pessoas que não se tratam aqui, vão se tratar a outras cidades; apesar de ter assistência aqui, eles preferem internar em outras cidades. Cidade pequena, se você vai ao psiquiatra todo mundo fica sabendo, isso não acontece em cidade grande; agora, quanto menor a cidade, se fulano está indo ao psiquiatra então ..., o estigma é mais forte. A maioria das pessoas primeiro procura um outro médico antes que o psiquiatra, e muitas vezes são encaminhados para o psiquiatra mas eles vão para o neurologista, por ex., com a idéia de que o neurologista é mais dos nervos, então é mais leve do que o psiquiatra. Há muita confusão para o leigo.” (8)

“(...) sempre Goiânia e Uberaba eram as referências, (...) até um psiquiatra de Goiânia falou para um velhinho que [a cidade] precisava fechar ou devia fazer um muro, fechar e escrever "manicômio",

porque a cidade tinha muitos doentes mentais. Aí acho que surgiu isso dessa demanda muito grande sempre internando fora, então em 90 foi inaugurada.” (8)

“Os pacientes de fora vem para cá se tratar, é uma coisa que eu noto muito, e os daqui, podendo, preferem ir para as cidades maiores, por exemplo, Curitiba, mas isso é assim mesmo, esse preconceito existe na saúde mental e acho que ainda mal usamos. Também isso está mudando, agora eu estou atendendo mais pessoas daqui.” (7)

### **2.3 - Situação atual: instalação e consolidação do processo**

Na identificação desta segunda etapa do processo abordado, distinguem-se dois tipos de fatores que permitem uma maior compreensão da situação vivida na atualidade no setor. Assim, determinam-se, de um lado, fatores que facilitam o processo e, de outro, fatores que dificultam o processo. Dentro do primeiro tipo, destacam-se diversos aspectos que contribuem para a consolidação das internações psiquiátricas nas Santas Casas e hospitais filantrópicos.

#### **2.3.1 - Fatores facilitadores**

No nível geral, salienta-se que, a despeito das dificuldades que existem para internar pacientes psiquiátricos, o papel corporativo facilita isso na medida em que alguns colegas de outras especialidades contribuem para que os doentes mentais tenham iguais oportunidades na assistência. Em relação a esse tipo de procedimento, é importante ressaltar que a maioria dos entrevistados comentou o mesmo fora da entrevista “formal”; em outras palavras, foi reconhecido que essa prática é realizada faz muito tempo, mas pareceria que esse fato não pode ser mencionado ou explicitado. Por isso, o relato foi feito depois de finalizada a entrevista e apareceu como comentário uma vez que o gravador estava desligado. Apesar disso, o seguinte depoimento, realizado por um funcionário administrativo, é gráfico nesse sentido:

“As internações têm que ser autorizadas pela secretaria e agora, com as dificuldades, a secretaria só está autorizando mesmo casos extremos; então, geralmente, eu acredito que os médicos estão tentando colaborar com o procedimento de psiquiatria em hospital geral, só que eles, para poderem fazer isso, realmente internar, eles colocam outro procedimento para poder ser autorizado. Eu acho que os de fora também fazem a mesma coisa. (...) nesse procedimento de psiquiatria não pode ser cobrados exames e, às vezes, o paciente precisa, o médico quer exames, raios X, de laboratório etc., então eles colocam outro procedimento para poder ter acesso a isso, (...) mas isso sempre foi mudado, a única coisa que mudou é que o procedimento psiquiátrico é cada vez mais freqüente.” (5)

Em outro plano, observa-se que existe um reconhecimento e uma maior abertura em relação à assistência psiquiátrica no hospital geral em esferas vinculadas indiretamente à área. Isso facilitou -e ainda hoje facilita- a consolidação do novo modelo assistencial. Em outras palavras, na atualidade, começam a ver-se alguns dos resultados das tentativas desenvolvidas:

“(…) nós não tivemos nenhuma grande invenção, nenhum grande ato, nada diferente, foi uma vontade de dar condições a um profissional para trabalhar, escutar o anseio de uma população que clamava por isso. Paramos de fazer de conta que não existiam esses casos, existem em todas as famílias, independente da classe social, não é coisa que só dá em pobre nem preto, dá em todas as famílias, e a gente abriu isso sem nenhum preconceito.” (15)

“O hospital geral só pode dar conta de 70%, 80% dos casos de psiquiatria, o resto eu acho que tem que ter uma hospitalização mais prolongada e um hospital mais especializado. O nível de exigência deles para credenciar um hospital é muito alto, está fora da realidade, tem que ser uma coisa mais simples, desburocratizada.” (13)

Outros fatores que se encontram na base da consolidação se relacionam com a conjunção de vários elementos. De um lado temos as aspirações profissionais dos responsáveis pela assistência psiquiátrica direta, a vontade das pessoas que trabalham a maior parte do tempo com os pacientes psiquiátricos -enfermeiros, auxiliares, técnicos, etc.

e, por último, o modo como, em face das adversidades, procura-se uma solução alternativa para não ter que suspender uma assistência que se sabe importante para todo tipo de paciente.

“(…) são tentativas isoladas, que, para dar certo, tem que se dar uma série de circunstâncias, da personalidade do profissional às características culturais da comunidade; o nível de integração do corpo clínico do hospital depende de muitas variáveis que não podem ser manejadas hoje oficialmente, têm que vir espontaneamente.” (8)

“(…) [o paciente] ele precisa confiar em você, muitas coisas que ele não fala para a família, ele vai falar para você. (...) a enfermagem tem que acompanhar o paciente, não ficar só no posto da enfermagem, deu o remedinho e acabou, a enfermagem tem que conviver na ala para saber os problemas que os pacientes estão tendo.” (12)

“No ano passado a gente entrou em greve, quase dois meses; por causa disso, eles pediram para mim suspender as internações de alcoolismo ou qualquer caso psiquiátrico e nós começamos a trabalhar com os pacientes que estão internados, com depressão, cirúrgicos, gestantes e nós estamos ainda nessa situação.” (9)

### **2.3.2 - Fatores que dificultam ou problematizam o processo**

Entre os fatores que se apresentam como dificuldades para a instalação e consolidação da nova modalidade assistencial, é importante destacar, de um lado, a crise do setor e, de outro, as posturas pessoais nos diferentes níveis da estrutura institucional (setor médico, paramédico, administração, etc.). Este último fator se reflete no incômodo expressado pelo pessoal das enfermarias, nos PS, causado pelos preconceitos -às vezes implícitos, outras, explícitos-, tanto por parte dos profissionais da saúde quanto dos familiares e da comunidade, pelas ameaças de fechamento das enfermarias, pelas dificuldades na formação dos recursos humanos, etc.

### 2.3.2.1 - Situação dos setores da saúde e da saúde mental

Em relação à situação da saúde e da saúde mental, os seguintes trechos são representativos quanto à descrição do estado pelo que atravessa esse setor:

“(...) grande parte dos procedimentos pelo SUS dão prejuízo e, conseqüentemente, a gente tem uma certa resistência, fazemos a maioria das urgências e alguns casos selecionados, (...) mas, por outro lado, você tem o problema legal, porque, pela lei, você não pode fazer esse tipo de seleção especial porque é um direito universal, (...) na próxima gestão do prefeito nós esperamos que ele disponibilize..., a própria funcionária da secretaria de ação social ... no sentido de nos ajudar. (...) nossa perspectiva de futuro é continuar dando assistência pelo SUS e melhorar nossa assistência em nível particular e convênios e, com isso, aumentarmos nossa receita no sentido de poder investir na área de tecnologia; sem recursos, isso é impossível.” (6)

“(...) hoje, nós estamos sofrendo uma pressão do governo, seja ele municipal, estadual, federal, com as verbas. (...) nós temos direito entre aspas, porque isso já vem com o número de internações, de 930 internações/mês, hoje diminuiu para 630, para um hospital que dá um suporte para 54 cidades, com uma população aproximada de 900.000 hab. (...) onde o sistema começa a estipular o número de consultas no ambulatório, para mim isso está estipulando que você só pode ficar doente de aqui a 6 meses porque é aonde o governo tem o dinheiro para pagar a sua doença (...) Porque aí nós vamos ter que bater nessa linha de frente que é a relação médico-paciente, nós querendo ajudar e o sistema querendo boicotar.” (6)

“A partir do momento em que você começa a mexer, você começa a criar novos problemas, você elimina um gargalo, um estreitamento, você cria outros estreitamentos, a gente passou a incomodar a certas pessoas que não se incomodavam, então a partir de que você resolve o problema ambulatorial, você cria um problema hospitalar. Eu acho que o hospital devia ter ganhado tempo e se adequado, e o hospital não se adequou, tal vez por falta de visão política, administrativa dos provedores.” (15)

“(...) [os pacientes psiquiátricos] chegam ao pronto-socorro, eles procuram o hospital da cidade que é o único. Aí esses pacientes ficavam perdidos, os clínicos diziam "não é para mim, não é para mim" (...) o convênio com o SUS que o hospital tem parece que tem que ser regulamentado para que a gente possa receber. (...) só tem uma Santa Casa aqui e esses casos psiquiátricos já chegam e são tratados de forma inadequada, não é uma coisa oficial esse atendimento, é um quebra-galho. (...) [a] enfermagem, não é nem má vontade deles..., há um preconceito mesmo, não estão acostumados a lidar, falta de prática mesmo. (...) é claro que quando são pacientes particulares ou de convênio que eu atendo fica oficial é mais fácil, mas quando é pelo SUS novamente se complica, por que o que inviabiliza é esse bloqueio ..., Agora não pode ficar mais no hospital, então aparece aquele entrave, o médico diz que já não é mais paciente dele então o paciente é jogado fora”. (8)

A situação descrita anteriormente se agrava com os fluxos migratórios que se originam, não apenas em direção às capitais ou cidades grandes; de fato, as conseqüências desse fenômeno se constata também na circulação entre cidades do interior dos Estados:

“(...) aqui a metade da população (...) já é de imigrantes de Paraná e essa gente vem para cá com todas as dificuldades não atendidas; então, estão se criando grandes dificuldades e isso começou nos últimos oito ou dez anos.” (6)

“(...) a gente percebe que por ser uma cidade pequena..., nós temos um centro que trabalha principalmente com o porto, é uma cidade portuária, onde leva muito ao consumo de drogas. (...) as pessoas que trabalham no porto são as pessoas que fazem o trabalho forçado, fora disso não tem muitas possibilidades de emprego. Muitas pessoas que trabalham com pintura, alguns são pedreiros, mas são trabalhos de safra, depois disso ficam um tempo prolongado sem fazer nada. Isso provoca que a maioria das pessoas vá para fora.” (9)

### 2.3.2.2 - Desconforto geral

A sensação de desconforto e perturbação em relação à presença de doentes mentais nos hospitais foi um elemento que apareceu em quase todos os entrevistados nas diferentes esferas institucionais. Ele se associou ao relacionamento com os trabalhadores da área, sendo visto, também, como um elemento de risco em virtude do qual a enfermagem poderia ser fechada, basicamente devido às dificuldades causadas pelos pacientes agressivos, à prolongada permanência dos mesmos, às responsabilidades que o hospital tem com respeito às pessoas internadas etc.

Levando em consideração as visões das diferentes direções visitadas, observa-se que as posturas dos entrevistados não se apresentam de forma uniforme. Inclusive, pode-se observar que a postura não se vincula à idade das pessoas, parecendo associar-se, antes, a uma abertura geral perante as mudanças que hoje -para alguns- estão sendo vividas como grandes desafios de tipo até mesmo cultural. Nesse sentido, alguns discursos se localizariam nos extremos; de um lado, encontramos uma clara expressão segregadora e preconceituosa enquanto outros exprimem uma vontade de mudança e crítica a esse respeito. Os seguintes depoimentos deixam em evidência o expressado anteriormente:

#### - Visão das direções

“[O doente mental]-vou falar como um clínico, um plantonista de pronto-socorro- é um paciente que, vamos dizer, é um transtorno no pronto-socorro. Então a gente, como clínico, tem essa dificuldade. Os plantonistas aí é unânime, a gente vai conversando que não gosta de atender esse tipo de paciente, então para nós seria até cômodo tirar a psiquiatria, um hospital que está precisando crescer, e uma ala da psiquiatria com um setor até nobre para aumentar..., nos escolheríamos, se fosse para fechar algum serviço, com certeza seria unânime fechar a psiquiatria, tirar.” (6)

“O que eles [a equipe de trabalho] não podem é abrir o anseio da comunidade e/ou a pressão da porta do pronto-socorro. Se você abrir a pressão do pronto-socorro, você teria que internar 8 pessoas por dia, são 270 por mês e não tem como, então teria que ocupar o hospital inteiro só com psiquiatria.” (4)

“(…) às vezes tem mais de 10 pacientes psiquiátricos no pronto-socorro, porque está lotada a ala psiquiátrica. Nessa ala, não tem um tratamento que dê resposta de uma hora para outra, nem em dias, nem semanas, todo esse tratamento leva entre 20 dias a um mês, em que começa a equilibrar o paciente, depende de cada quadro. Por esse motivo, tem-se tido esse incômodo de lidar com o paciente psiquiátrico.” (6)

“(…) a nossa internação, que era para ser de 15 dias, passou para 30-35. Isso descaracterizou a finalidade da ala que era para surto, e aí veio outro tipo de problema como drogadição, alcoolismo, e hoje é uma coisa séria.(…) dirigi alguns hospitais da cidade, já fui secretário de saúde, então tenho uma visão boa da saúde pública, mas tenho uma visão muito pequena da saúde mental. Não sei como resolver isso num hospital geral, até porque a demanda no hospital geral é muito grande, então você tem falta de leitos em todos os hospitais públicos, então você não pode ter uma ala exclusiva para pacientes psiquiátricos porque você está perdendo doentes oncológicos, neurológicos e, às vezes, não tem onde internar.” (6)

“(…) é uma coisa muito séria, você tem que isolar mesmo, de verdade. Você vê que lá não tem vidro, não tem espelho, não tem nada. Assim mesmo, eles pulam aquele muro altão lá e fogem e a responsabilidade é do hospital, é uma coisa bem séria. (...) e sou absolutamente e rigorosamente contra o atendimento do paciente psiquiátrico no pronto-socorro geral. Isso é uma coisa totalmente impossível, o médico perde tranquilidade durante seu trabalho. (...) eles têm que ser contidos, ter na mão uma seringa para injetar um aldol na hora, para anestesiá-los os bichos, às vezes eles vêm que nem bichos, eles batem, agridem as pessoas.” (6)

“[A psiquiatria é] muito mais barata, mas, historicamente, o paciente psiquiátrico é isolado da sociedade sempre, (...) e essa história está mudando, o paciente psiquiátrico, assim como o leproso, tuberculoso, está convivendo na sociedade, e as grandes doenças infecto-contagiosas estão voltando (...) você tem que conviver com isso e tem que ter resposta para isso. A psiquiatria está entrando atrás dessa fila com uma pressão monumental, você pode internar um

indivíduo com tuberculose no hospital geral porque não vai queimar o hospital, o doente psiquiátrico ..., tu não está preparado para receber no hospital geral esse paciente, então isso assusta porque é uma coisa nova.” (6)

“¿O que acontece? Para saber se uma pessoa tem tuberculose, você faz um bk, olha no olho e, pronto, já sabe; não dá lucro para a indústria farmacêutica; por que é que malária não serve para eles? Eles não têm interesse em saúde pública básica, eles têm interesse em que você faça coisas de alto custo, é isso que está na moda. [A psiquiatria] não dá lucro, é uma internação que ocupa leito, um leito que deveria girar 5 vezes por mês, gira meia vez por mês. A resposta é lucro, então ninguém está preocupado com a saúde mental. Falta prioridade e faltará nos próximos 10 anos enquanto eles não decifrarem o cérebro; o dia que isso for decifrado, talvez tenham algum tipo de interesse.” (4)

“O doente psiquiátrico tem que vir a um pronto-socorro geral e cria um tumulto porque você tem que deixar um surto psicótico do lado de um infarto, um baleado, é uma coisa muito ruim. (...) no pronto-socorro, o pessoal tem muita resistência, as pessoas tiram a roupa, fogem, batem ..., então o hospital geral não pode ter uma ala de psiquiatria. Na minha visão, teria que ter uma ala que fosse anexa ao hospital geral, para usar a infra-estrutura do hospital. Porque o que o paciente psiquiátrico faz num hospital geral é um estrago muito feio, todo mundo fica muito estressado e todo dia tem 4-5 atendimentos de pacientes graves de psiquiatria no pronto-socorro.” (4)

## **Pessoal médico e paramédico**

“(...) A gente percebia que o funcionário tinha uma certa birra do paciente psiquiátrico, eles comentavam "Ah, já vem aquele paciente de novo!" ou "Ah, o que está precisando é de serviço, por que é que ele não vai trabalhar!". Mas eu observei que isso melhorou, os funcionários passaram a ter mais carinho pelos pacientes com as palestras que o psiquiatra organizou, não escuto mais aquelas queixas.” (11)

“Os médicos também têm. Não é uma coisa assim que chega a ser gritante, de uma certa forma todos aceitam o paciente. Eu acredito que o preconceito ainda existe, não vou falar que aceitam de braços abertos como receberiam um outro paciente, não, mas não acontece nenhum tipo de constrangimento ou desconforto.” (11)

“Às vezes, de chegar [a família] a um posto de saúde e falar 'nossa, pelo amor de deus, me ajuda a arrumar um lugar para me mandar ele, eu não agüento mais ele!'. (...) isso é discriminação, e começa dentro de casa, dos próprios pais.” (11)

“(...) você vê até o medo, e tem fases em que nós não temos muito atendimento de psiquiatria, nem surtos e tudo mais, mas, tem dia que nossa!, estas são palavras comuns: 'nossa, eu não agüento mais esse paciente ...'; e não sabem mesmo manipular esse paciente, aquele medo de não chegar perto. Então, nós realmente temos -aí eu falo como plantonista- aquele conceito de 'chegou sedou' 'não estou nem azul para que talvez uma abordagem ..., eu não iria escolher um medicamento tão .... (...) principalmente nos pacientes alcoolistas, claro que já sabemos que eles são rotulados, ne?, 'ah, é pau d'água' 'é bebum', e outras terminologias do dia-a-dia.” (6)

“(...) tem funcionários que não vêm aqui de jeito nenhum, mas os médicos nem tanto; tem alguns que não gostam de vir, mas nada que atrapalhe as rotinas daqui. Eu diria que funciona até bem nesse sentido, não é muito problemático. (...) desde o começo foi construído e deixado esse intervalo no meio, acho que deve ter havido alguma intenção de separar mesmo, de certa forma, de ilhar um pouco. Realmente entre aqui e as outras unidades clínicas existe uma faixa de uns 50 metros.” (7)

“Durante esses anos todos, nós tivemos algumas 'crises', alguns episódios críticos de questionamento dessa atuação. Por parte de alguns profissionais da saúde sim, mas mais por parte da direção do hospital. Eu não sou psiquiatra, mas a minha idéia é assim: ninguém pode prever, nós internamos um indivíduo que tem um trauma de crânio, por exemplo, e ele é um alcoolista, e na internação ele chega a uma crise de abstinência e fica agressivo. Como é que você vai prever esse tipo de complicação?. Isso trouxe como consequência algumas restrições no aspecto administrativo”. (16)

“No corpo médico deve de existir na mesma incidência que na população normal, por ignorância mesma do médico em relação à doença psiquiátrica, eles esquecem que também podem ficar loucos. Entre a equipe médica se precisa de um trabalho maior que na população de um modo geral porque acaba sendo alvo de um monte de problemas.” (15)

“As pessoas que recebem e dão aquele primeiro atendimento até chegar o psiquiatra não necessariamente estão treinados para isso. Então, o que acontece? Já desde a hora em que o paciente chega no pronto-socorro, ele já começa a receber uma certa ..., um certo preconceito dentro da própria classe médica ou da enfermagem ou das auxiliares de enfermagem. Já existe aquele preconceito que dá dificuldades para quem esta abordando, ajudando, (...) e depois quando fica internado um período, uns dias, sempre tem uma certa resistência da diretoria, dos funcionários, do staff médico e enfermagem. A enfermagem acha que aquilo é um problema, foge da rotina deles.” (15)

“(...) eu fiquei sabendo que eles nem são obrigados a passar todos os dias, um dos psiquiatras falou isso para mim, que por lei ele não era obrigado, que isso estava nas regras do SUS, eu não sei por que não tenho acesso. Mas acho que esses pacientes deveriam ter um acompanhamento maior. Se realmente essa regra existe, acho que deveria ser revista porque como é que você vai acompanhar um paciente psiquiátrico de 5 em 5 dias, de 4 em 4, de 3 em 3.” (Fala mais baixo para que ninguém escute o que ela está dizendo) (12)

“A princípio tudo tem as suas dificuldades, eu já notei isso, todo o mundo tinha receio, os enfermeiros, os paramédicos, a faxina, cozinha, todo o pessoal que circula nesse meio, o receio ao paciente psiquiátrico, não é bicho-de-sete-cabeças, na minha opinião. Tudo isso está sendo discutido aqui no nível regional e já se tem interessados na secretaria nacional de saúde, na secretaria estadual de saúde. Esta é uma proposta para toda Santa Catarina, nós estamos pensando nisso.” (6)

“(...) as pessoas, queiram ou não, existe preconceito com o doente mental. Quando a gente precisa de uma avaliação, algum clínico vem, normalmente a gente pega o paciente e leva à emergência, já aconteceram casos em que o médico se recusa a fazer a avaliação.” (12)

“Muitos funcionários sentem medo de lidar com pacientes psiquiátricos, houve certos transtornos com pacientes internados. Isso é complicado, você precisa ter muita paciência mesmo, tentar, eu procuro sempre não mostrar medo, fica difícil com esses pacientes você mostrar que está com medo deles. Eu tento usar o meu bom senso, tento resolver o problema da melhor forma possível. Houve problemas até com outros pacientes internados, deles ficarem com medo, apreensivos também, deles estar saindo da enfermaria ou do quarto falando que assim não dava, que estavam com medo, que não conseguia descansar, ficar tranqüilo.” (12)

## **Famíliares e comunidade**

Em relação às diferentes reações dos familiares e à participação ou não da comunidade na vida e no tratamento dos pacientes psiquiátricos, as opiniões estão divididas. Como é lógico, isso se deve a diferentes fatores de índole cultural, local e mais geral, produto também de séculos de influências de um único tipo de pensamento segregador. As mudanças parecem localizar-se no nível de um trabalho de maior informação, divulgação e participação, tarefas essas que, na maioria das entrevistas, foram atribuídas ao próprio psiquiatra. A seguir, são apresentados testemunhos que expressam esses pensamentos e sentimentos.

“Geralmente, a própria família procura o hospital psiquiátrico. Você escuta coisas como 'como é que eu faço para arrumar um hospital para meu filho nunca mais sair de lá?'” (8)

“(...) continua aquela prática que era feita nos asilos, aquele depósito, poucas famílias ficam acompanhando o paciente. Esse paciente que fugiu (...), nós entramos em contato com a mãe dele e ela falou assim:

'é problema de vocês, eu não quero nem saber onde ele está'. Aliás, ela falou para mim: 'eu quero que aconteça alguma coisa com ele para poder responsabilizar o hospital, porque a responsabilidade é de vocês.'" (12)

"(...) acho que a comunidade esta começando a ter um olhar mais ..., eu diria menos contaminado em relação a isso, eu não diria ao nível de compromisso, ainda não, ainda está muito distante, o compromisso ocorre com a cidadania, mas no nosso país isso é muito complicado. Está começando a ver que isso é um trabalho necessário, que serve para a doença, que precisa de se ter um profissional que trabalhe nesse sentido, eu estou percebendo pistas nesse sentido." (8)

"(...) eu perguntei: 'quantas vezes o bairro fez bingo -não tenho nada contra religião, não- para paróquia X, para paróquia Y, para casa de caridade fulano de tal?', enfim. Fizeram tudo, mas quando se trata de ter uma participação, principalmente na saúde, a gente só quer que venha lá de cima, e não vai vir. (...) eu acho que é o mal do país. (...) nós temos que sair, como se está fazendo, procurar soluções aqui mesmo, interagir com o representante da comunidade, procurar dentro da comunidade recursos. Porque eu tenho que internar esse paciente em surto. ¿Por que ele chegou nesse surto? ¿Foi falta de medicamento?, ¿foi falta de terapia?; mas, com certeza, para a família e o paciente, falta essa referência." (6)

"Acredito que é uma questão de você criar um hábito. Quando nós fizemos o hospital-dia, uma das exigências minhas para com a psiquiatra foi que todo ano se fizesse um encontro de saúde mental onde se abordassem temas de interesse para a população ligados à saúde mental, mas focados com a linguagem para a comunidade entender. (...) nós vamos montar um hospital-dia, mas eu quero que a comunidade saiba o que é isso, para que é que serve, por que veio aqui e por que é importante e, paralelo a isso, eu quero que a comunidade comece a enxergar o que é um doente mental, o que é uma neurose, o que é um dependente." (15)

"Eles [o pessoal paramédico] perguntam para mim, a gente conversa, o preconceito diminuiu demais, mas é preconceito simpático o que eles têm, é carinhoso. Com o tempo eles se relacionam, o paciente quando sai da crise ele colabora na ala, participa, isso facilita." (8)

“(...) seria estar com medo e coisa e tal... Isso eu acho que é comum na população de modo geral, a gente sente isso na própria família do paciente. O paciente psiquiátrico, psicótico, a própria família já fica assim com medo, rejeitando o paciente. Eu vejo isso no sentido de um não conhecimento da doença, parece que tem aquela aura, aquela fantasia, como era a convulsão antigamente, é um mito. A pessoa tem medo daquilo talvez porque não tem entendimento suficiente para tratar com esses pacientes, que, com certeza, exigem um cuidado maior da equipe de enfermagem, assim como os meus pacientes cardiopatas, eles exigem um acompanhamento muito mais assíduo.”

(14)

### **Carências na formação dos recursos humanos.**

No que diz respeito à formação dos recursos humanos, principalmente do pessoal de enfermagem, as opiniões apresentam quase um consenso geral. Em geral, destacam-se, como os fatores mais importantes, a falta de formação específica para trabalhar com pacientes psiquiátricos e a falta de treinamento. Mas, apesar disso, às vezes, as carências são substituídas pelo “bom senso”, que dá resultados positivos. Isso permite que a tarefa a ser cumprida não se torne uma prática mecânica no dia-a-dia, mostrando a importância que tem o fator “sensibilidade”, além da formação acadêmica.

“(...) os únicos que têm realmente especialização são os psiquiatras; os outros ..., em função da deficiência do pessoal aqui na região, os auxiliares, a enfermeira, não tem especialização, a psicóloga já tem uma experiência grande, a [assistente social] é uma pessoa que não tinha experiência nenhuma com saúde mental, se adequou. O maior problema que a gente encontra é no nível dos auxiliares, mas isso em todos os níveis da saúde. São as pessoas de menor formação, de menor poder aquisitivo, de menor cultura e são as pessoas que ficam o maior tempo com o paciente em todos os setores, mas nós tivemos um treinamento com enfermeira para eles, e continuamos a seguir informando eles, mas não é fácil pelas dificuldades econômicas.” (7)

“(…) nem tudo o que eles fazem [pessoal da enfermagem] é o correto, tipo, contenção de paciente tem todo um objetivo, não é para fazer contenção como forma de castigo, (…) você pode pegar o livro de ocorrências e ler, (…) as contenções começam a ocorrer a partir das 16 hs. ou pela noite. No livro de ocorrências você pode observar que os pacientes estão com insônia, estão sendo medicados com indutores do sono; o que dá a entender é que, à noite, os funcionários se aglomeram no posto de enfermagem, eles não querem ter trato nenhum com os pacientes.” (11)

“(…) [treinamento] nenhum, geralmente [o pessoal da enfermagem] chega aqui bem perdida, não tem coragem de passar a grade. Para mim, trabalhar aqui é como qualquer outro setor do hospital, isso passa com as pessoas que não estão acostumadas. Claro, elas chegam, vêm grades e se imaginam que tem perigo aqui. Não vou dizer que nunca levei um tapinha ou empurrão, a gente leva mesmo, mas é comum.” (12)

“O pessoal de enfermagem (…), é mais um profissional pela vontade que pelo conhecimento técnico. Tem capacidade, infelizmente não é treinado. Assistência psicológica não tem, a assistência social é a do hospital, que é difícil.” (8)

“(…) eu fui aprendendo com as orientações do doutor, e eu fui aprendendo com o dia-a-dia. Hoje não tenho dificuldades para trabalhar com pacientes psiquiátricos, com o tempo você pega jeito. Quando chega um paciente agitado, você já sabe como tratar ele, um paciente delirante também e assim você vai pegando um jeito que fica fácil. (…) se o funcionário realmente gosta da profissão, se adapta ao ambiente.” (12)

“(…) quando o doente chega no local, (…) ao invés de se empenharem de uma maneira mais eficiente em atender o doente, de resolver aquele problema, eles ficam mais preocupados em buscar o telefone para chamar ao especialista para que ele possa dar uma solução, assumir o doente” (6)

### 2.3.3 - Temas vinculados indiretamente à temática abordada

Além dos temas identificados e descritos até aqui, é importante apresentar outros que, apesar de não terem sido mencionados por todos os entrevistados, apareceram com bastante frequência e acrescentam elementos importantes para a compreensão do processo. Entre eles, destacam-se depoimentos que se referem aos modelos assistências, tanto no que diz respeito ao hospital quanto aos utilizados na área da assistência psiquiátrica, como também ao tipo de estrutura com a qual se conta para trabalhar. Em relação ao primeiro tipo se selecionaram os seguintes trechos:

#### 2.3.3.1 - Modelo hospitalar

“Essa Santa Casa -há 22 anos que eu estou aqui- mantém um modelo assistencial estável, sem muitas modificações. É um hospital pobre, como todas as Santas Casas, a gente está com um problema financeiro muito grande, nós temos uma dívida grande a ser saldada.” (6)

“O hospital hoje consegue dar conta de toda a demanda que ele tem, dentro dos limites do hospital, (...) vai para fora muitas doenças que aqui não dá para fazer. (...) não se encontram vagas, por isso a tendência é de crescer aqui para limitar ao máximo esse tipo de encaminhamento. (...) Se está investindo em equipamentos, tomografia, ultra-sonografia, videolaparoscopia, os profissionais estão crescendo dentro do hospital. O nosso hospital é muito antigo, ele tem 60 anos, as instalações são semi-precárias, nós estamos, aos poucos, melhorando, modificando. (...) o tipo de medicina que está dando certo, ninguém mais quer ficar no hospital, eles querem só ir lá , se tratar e sair. Então o hospital, ele não lota, ele tem uma capacidade de 100 e nós estamos usando uma capacidade de 50-55%, ele é mais do que suficiente para nossa cidade, embora a cidade tenha crescido, o hospital não está sendo utilizado 100%.” (1)

“(...) nós temos um sistema de rodízio dos funcionários dentro do hospital, teus funcionários têm que ser aptos a trabalhar no hospital. (...) você tem vários pontos com teus funcionários treinados para

trabalhar em qualquer lugar. (...) o número de funcionários mulheres é alto, então você pode ter perfeitamente alguma grávida, então você tem, em outro setor, um funcionário que te permite remanejar e somos todos seres humanos e podemos ficar doentes. Normalmente, os hospitais são especializados e, no interior, você não tem isso, você faz de todo um pouco.” (3)

“Nós estamos sempre buscando inovações, não é porque estamos no interior que vamos parar no tempo, não. Há grandes dificuldades no interior porque as coisas não vêm para cá. Então é o interior que tem que buscar, nós trabalhamos em educação, reciclagem, todo mês tem pessoal buscando alguma coisa.” (3)

“As prioridades hoje para o hospital são investir em equipamento, tomógrafo, que nós não temos. A idéia é melhorar o serviço que presta, aumentar o que você oferece. Hoje as coisas evoluem muito rápido na área; o que antes levava 10 anos para mudar, hoje é 5. O hospital tem que acompanhar isso. (...) você, administrativamente, tem que ser uma empresa, só que com a diferenciação do produto que é gente. Agora, administrativamente, tem que se encaminhar para esse modelo, tem que pensar, planejar para você conseguir. (...) Você não pode fazer uma transformação geral, tem que pegar pequenas fatias e ir montando um grande bolo”. (3)

“Pensamos em investir em aparelhagem e melhorar o que já temos, não adianta você querer outra coisa. Automaticamente, como você investe em melhorias de equipamento, vem junto o que nós chamamos de especialidades médicas. Para você ter neurologista, você tem que ter tomógrafo; para você ter tomógrafo, você tem que ter neuro e aí é como desmancha, mas a maior dificuldade está em conseguir profissional para o interior.” (3)

### **2.3.3.2 - Saúde Mental**

Em relação ao modelo utilizado na área da saúde mental, consideramos necessário realizar uma apreciação com respeito à distinção entre o uso das palavras “terapêutico” e “assistencial”. Se, de um lado, entendemos o primeiro termo como

“Relativo à terapêutica; Parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes; terapia”<sup>3</sup> e, de outro, entendemos pelo segundo termo “Ato ou efeito de assistir; Socorro médico, Auxiliar, ajudar; socorrer”, observaremos, a partir dos depoimentos, que o significado de “terapêutico” apenas seria aplicável a seu uso nas enfermarias e clínicas médicas, vinculando-se, o modelo utilizado no PS dos hospitais, mais diretamente à definição do termo “assistencial”, já que o que se pretende, na maioria dos casos, é que o psiquiatra ajude a sedar o paciente agitado ou em surto que está no posto, criando distúrbios e incomodando todo o mundo; em outras palavras, o profissional tem que “auxiliar” aqueles que têm preconceito com a loucura.

Em relação ao modelo terapêutico das enfermarias e das clínicas médicas, sobressaem os seguintes trechos:

“(…) fiz um curso em saúde mental numa outra cidade, eu trabalho lá também. (...) lá, os pacientes são tratados com menos medicamentos; aqui, se você observar, na minha opinião, é mais medicamentoso e lá temos terapeuta, psicólogo, o paciente é dividido em grupos segundo a patologia, eu acho que uma ala psiquiátrica devia ter isso, separações. Se você colocar um paciente deprimido com um esquizofrênico, nunca vai dar certo. Aqui a ala é pequena, não tem como, nós fazemos o possível para colocar um deprimido com um deprimido, tentamos trocar os leitos nós mesmos para tentar mudar alguma coisa.” (12)

“(…) Nós tínhamos um hospital grande aqui com 150 leitos, então isso ficava muito mais fácil. Eles [os pacientes e os familiares] se acostumaram muito com isso, têm uma dificuldade danada de optar por outros serviços.” (8)

“É interessante que nós temos muitos pacientes que têm convênio, mas que o convênio não cobre. (...) o nosso objetivo, desde o começo, foi uma ala psiquiátrica para psicóticos adultos. Basicamente, nós tentamos seguir essa regra, mas não temos internado paciente dependente químico nem drogadicto e também se evita quadros demenciais e neurológicos. Dá-se enfoque aos psicóticos em surto agudo e se tenta manter um tempo de permanência curta; tem pacientes que ficam mais, outros menos.” (7)

---

<sup>3</sup> Definição do Dicionário Aurélio, Século XXI.

“(...) a gente reconhece que tem falhas, [se conseguiu] fazer uma reunião uma vez por mês, toda a clínica de psiquiatria, desde a limpeza até o auxiliar, todo o mundo, e assim a gente discute as coisas que acontecem aqui dentro, seja o que for, então a gente chega a um consenso de como deve ser.” (10)

“[se atendia a] todos aqueles que nos procuravam e claro que mesma incidência, prevalência de doenças psiquiátricas que em qualquer outro local, aqui não fugia à regra; existiam os casos de necessidade e eles eram atendidos no pronto-socorro local, nos ambulatórios e sofriam, os pacientes e suas famílias, as mesmas dificuldades que em qualquer outra região, talvez maior pela falta de uma estrutura adequada para o atendimento de um paciente psiquiátrico. A gente nunca se resistiu a esse tipo de paciente.” (15)

“A psiquiatria diverge de outras especialidades que precisam de grandes investimentos, de grandes estruturas? Se a gente fosse pensar em medicina nuclear, numa bomba de cobalto, o que a psiquiatria precisa em termos de medicina nuclear, comparando ou mal comparando? Muito pouco. Precisa, na verdade, de uma coisa mais importante do que dinheiro; precisa de uma política, uma política de atendimento. A situação da psiquiatria hoje na cidade é igual à de toda a medicina como um todo, então, pelo menos nós nivelamos do nada, equiparamos a psiquiatria a qualquer outra especialidade hoje desenvolvida na cidade, no mesmo pé de igualdade. Toda a evolução que as outras especialidades tiveram, a psiquiatria teve também. Então, da ausência, hoje está igual; se ela é sofrível hoje, é sofrível como todas as outras especialidades; se ela está bem, está bem tanto quanto as outras.” (15)

“A minha experiência aqui me levou a radicalizar isso [a internação no hospital geral] muito mais. O hospital psiquiátrico cria um processo ideológico perverso que contamina ao doente de uma maneira irreversível, é uma lavagem cerebral. Isso que eu faço aqui é correto, não ter uma enfermaria para separar; aliás, isso gera muita ansiedade. Nesse esquema do paciente entrar e sair, ele se aclimata ou ele vai para um hospício de verdade e geralmente ele se adapta. O índice de resolução é quase de 100%, não da doença, mas sim da crise.” (8)

“Geralmente, o paciente psiquiátrico fica numa enfermaria com outros pacientes. Graças a Deus, nós não temos tido problemas tão graves em relação a isso. Se você pensar na teoria, você vai pensar que vai ter problemas todos os dias, mas na prática não é tão assim. Deveria ter um espaço, pelo menos, para a terapia, que a gente pensa continuamente nisso; nós até começamos a fazer algumas atividades à tarde, mas encontramos alguns obstáculos e demos uma paralisada.” (12)

“Tenho quatro anos que eu trabalho nessa Santa Casa e os nossos pacientes psiquiátricos ficam, de certa forma, espalhados pelo hospital todo junto com os pacientes das clínicas médicas.” (11)

“(…) teve uma época, mais ou menos uns 3 meses, que não teve psiquiatra a cidade, ele é um clínico muito disposto, uma pessoa muito boa, então ele ajuda também, final de semana, quando eu não estou aqui, ele sempre está na parte clínica, no hospital, em termos de medicação. (...) tem um rapaz, que é até enfermeiro, que ele faz -nós poderíamos colocar a palavra entre aspas- uma terapia ocupacional. Ele não tem formação para isso, mas acaba funcionando como um recreador. Ele vem no período da tarde e a gente aproveita uma área que foi construída um ano atrás, a gente chama de área de lazer, aí nós temos hortaliça, uma área mais social.” (7)

“(…) não tenho enfermeiras de alto padrão, mas o pessoal já foi treinado; tem a assistente social, tem a praxiterapeuta; faltaria, no caso, um psicólogo para poder formar uma equipe multidisciplinar. (...) a gente não pode fazer uma separação entre o alcoolismo e as doenças mentais, então eles são colocados juntos.” (7)

“(…) já está difícil arrumar, imagine, dois quartos separados; não podemos fazer tanta exigência no início, é importante começar a fazer as coisas aos poucos. Quando fizer parte do serviço, vai ficar mais fácil aprimorar.” (8)

### **2.3.4 - Responsabilidades**

Segundo alguns dos entrevistados, a responsabilidade pelos cuidados e tratamentos dos pacientes psiquiátricos fica nas mãos dos próprios psiquiatras. Além disso, eles foram indicados como as pessoas mais adequadas para dar informação e como os atores fundamentais na promoção das possíveis mudanças de mentalidade dos familiares e da comunidade. Nos próximos depoimentos, aparecem exprimidas as opiniões de alguns desses profissionais nesse sentido:

“Algumas pessoas não compreendem o que é a psiquiatria no hospital geral, não sabem o que é isso, a culpa não é delas. De fato, nem a gente sabia o que era isso, eu não posso querer que a comunidade saiba o que é uma proposta quando não existe informação para isso e eu não tenho que exigir, eu tenho que ir didaticamente, passo a passo, ensinando o que é psiquiatria no hospital geral; mas, de passo, eu estou aprendendo o que é, é um processo dialético, você vai ensinar uma coisa que você está aprendendo.” (8)

“Nós temos que fazer valer nosso conhecimento, nosso estudo, nossa inteligência. Se nós não fizermos esse tipo de procedimento, esperar que aquele paciente ou aquela família chegue ..., não vai acontecer nunca! Eles desconhecem os direitos, desconhecem tudo e nós conhecemos os direitos e não fazemos nada para exercer, então acho que a culpa é de todos, está compartilhada.” (6)

“A questão é que se precisa um envolvimento maior de nós também, só que nesse corre-corre a gente acaba ficando envolvido com as rotinas e perde um pouco essa questão maior das políticas.” (7)

### **2.3.5 - Vantagens e desvantagens da porta de entrada ao hospital geral**

No momento do preenchimento do formulário, o alcoolismo foi destacado como um fator determinante do processo de internação psiquiátrica, como a porta de entrada dos pacientes portadores de problemas psíquicos no âmbito do hospital geral. Nesse

sentido, identificou-se um consenso geral. Apesar de, de um lado, ser apresentado como um tema que facilitou a internação, de outro, também foi gerador de problemas e transtornos na medida em que levou a que o paciente psiquiátrico seja mais estigmatizado por ser identificado como um paciente agressivo, que reinterna muito, que a família abandona e pelo qual nem sempre os grupos AA se preocupam. Os seguintes trechos exemplificam claramente essa situação:

“(...) a gente tem 27 leitos, mas grande parte desses leitos fica ocupada com pacientes com risco de varias internações, principalmente pacientes com alcoolismo, uma coisa que a gente vai ter que estudar uma política. (...) esse tipo de paciente vem e volta, vem e volta, consegui uma pressão danada na secretaria, para todos os lados. (...) vamos deixar nossa enfermaria para agudos mesmo, para casos agudos. Mas, para onde vamos mandar os alcoolistas? Ninguém quer um paciente alcoolista.” (8)

“(...) Alcoolismo é uma coisa alucinante, é demais. O clínico daqui dá muita retaguarda com esses pacientes, ele sempre está disponível, interna muito aqueles pacientes que estão fisicamente muito debilitados. A cidade carece de um acompanhamento para depois, é fraca nisso. (...) faltaria um programa preventivo.” (9)

— “Aqui na região [o alcoolismo] acho que é o problema de saúde pública número um.” (7)

### **2.3.6 - Expectativas futuras**

Por último, achamos importante apresentar as diferentes testemunhas que se vinculam àquilo que poderia ser classificado como “desejo” do que deveria ser mudado e às expectativas que se têm em relação ao futuro do trabalho:

“A idéia era fazer um processo todo calcado na medicina preventiva em todas as áreas e dar ênfase maior ao atendimento primário. Como já funcionava o ambulatório de saúde mental na coordenadoria de saúde, a nossa idéia então era no sentido de a gente criar o hospital-dia, até para desvincular a assistência da coordenadoria por uma questão de espaço de atendimento ao paciente adequado.” (15)

“Geralmente, a gente entra quando a bomba já estourou, falta mais um atendimento preventivo. A gente é muito intervencionista, não existe um trabalho preventivo, profilático, só existe a intervenção ..., costurar o que já foi rasgado, não existe uma orientação para não rasgar, para cuidar.” (8)

“(...) acho que falta muita coisa, atividade, terapia ocupacional, falta uma integração entre a psicologia e a psiquiatria, enfim, eu acho que ainda estão faltando esses elos com as diversas especialidades. (...) nós [enfermeiros] integramos mais por um apoio do colega. Diante do sistema, não são remunerados com as interconsultas. Então, muitas vezes, temos que dar a alta, entre aspas, da psiquiatria para cuidar de uma pneumonia no paciente psiquiátrico. O SUS não paga esses procedimentos e isso vale na integração. (...) a gente só vê na crise, acho que o mal das internações são as crises.” (6)

“(...) Primeiro, mudar consciência. Eu não estou culpando só o governo, porque eu acho que eu tenho hospitais aí que abusam até, mas deve ter um estudo bem amplo, democrático, ouvindo desde os representantes até ..., não os representantes políticos ou politiquinhos do médico, onde ele vai fazer a sua campanha, seu *lobby*, enfim, a minha preocupação, como diz um colega, os engratados que ficam atrás das suas escrivadinhas, dos livros -que deu certo nos Estados Unidos tal estudo tal programa-, querendo implantar, e sequer saiu detrás da escrivadinha a ver a realidade. ¿Como devemos agir? (...) nós fazemos estudos, remédios e vamos aplicar em cima deles, nós não escutamos o que eles querem, 'eu quero comida, eu quero remédios, doutor'. (...) precisamos procurar dentro da natureza, da comunidade.” (6)

“(...) a gente nota nisso de 'ah, ganhou prêmio Nobel no sei o quê fulano, ciclano' e tem aquele outro que merece muito mais do que isso porque resolveu na sua comunidade, melhorou a mortalidade infantil com cascata de verduras, alimentações que eram jogadas fora e procurou e mudou. Nós temos que procurar na comunidade -e agora falando justamente da psiquiatria- é ouvir essas angústias, o que os nossos pacientes precisam, eu acho que eles não precisam muita coisa não.” (6)

“(...) a referência anteriormente era a capital e outras cidades como Divinópolis, por exemplo. Tinha um caso psiquiátrico na comunidade e nem se pensava que poderia ter solução na comunidade; a solução estava fora. E isso anos e anos na cabeça das pessoas. Você mudar toda essa cultura, idéia, é muito difícil. Não havia essa confiança de que pudesse ser resolvida na comunidade, porque anos e anos e décadas foi resolvido fora. O psiquiatra vinha para a cidade, mas não morava aqui. Então ele tinha consultas só uma vez por semana. Se alguém tinha um problema sexta ou sábado, não tinha ninguém para assisti-lo. Era uma situação difícil, as próprias condições na época forçavam às pessoas irem fora. Na medida em que você chega, estabelece um trabalho, e, didaticamente, você vai passando isso para a população, (...) que a gente está aqui, (...), aí vai mudando um dado cultural, um dado de referência das pessoas. Eu acho que era um dado de realidade que as pessoas tinham como referência real e objetiva. Agora, a gente vai mudando isso passo a passo e vai consolidando isso.” (8)

“Toda tendência vira moda, então eu acho que toda cidade vai se sentir pressionada pela opinião pública. Eu acho que a maioria das transformações ocorre por isso, alguém começa e desencadeia um processo, isso vai fazer uma certa propaganda até para os vizinhos e funciona mais ou menos como uma certa competitividade política, e a própria sociedade que, no caso, faz a cobrança. Então, até com relação ao psiquiatra [da cidade em que trabalhava antes], funciona dessa maneira. Agora, imagina, surgindo um serviço novo aqui e sendo útil para a população, a população aprovando claro, vai haver cobrança nas cidades vizinhas. Acho que vira uma reação em cadeia até. As cidades não têm recursos, mas eles vão buscar. Nesse último encontro que nós tivemos aqui... Foi uma conferência municipal de saúde, de saúde mental. Então eu percebi a preocupação de profissionais de cidades menores. Puxa, nós não temos um psiquiatra lá, um terapeuta ocupacional, vamos falar com o secretário de saúde, com o prefeito, para poder começar esse processo lá.” (8)



## ***CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO***

Os dados obtidos neste trabalho permitem, pela primeira vez, dar a conhecer uma visão panorâmica e aprofundada de um processo que saiu à luz em 1997 mediante um censo realizado no Brasil. O material colhido, tanto nos HG quanto nas diferentes estratégias alternativas ao HG -as UPHGs- das cidades pesquisadas, é muito amplo e rico em conteúdos; por isso, esperamos que ele abra a possibilidade de futuras pesquisas que continuem explorando novos aspectos e contribuam para o conhecimento do fenômeno.

Justamente por ser um processo muito recente no tempo e desconhecido até hoje, em sua abordagem surgiram dificuldades de diferente índole, optando-se, em cada caso, pela solução que achamos mais apropriada e que, por sua vez, contribuiria para o melhor aproveitamento da informação coletada, enriquecendo-a.

O instrumento escolhido para a coleta de dados -o formulário descritivo-apresenta vantagens e desvantagens. Dentre as primeiras, o traslado nas diversas cidades permitiu contrastar a informação obtida nas diferentes instituições com os locais visitados, facilitando também a obtenção de impressos locais.

Entre as desvantagens, encontra-se a limitada confiabilidade dos dados obtidos; de fato, na medida em que vários dos hospitais não contavam com a informação exata, várias das respostas foram classificadas como dado aproximado, apresentando-se, a falta de registro, como uma constante em várias das instituições, tanto no que diz respeito a dados do HG quanto a informação relativa aos setores que atendem pacientes psiquiátricos. O preenchimento dos questionários não foi anônimo, solicitando-se dados das pessoas responsáveis pela informação para, dessa forma, também facilitar futuros contatos para esclarecimentos.

É importante salientar as divergências que surgiram a partir do cotejo da informação oferecida pelas fontes oficiais (DATASUS, Coordenadorias de Saúde Mental etc.) e dos dados obtidos através dos diferentes contatos realizados. Esse fator, junto com a falta de exatidão nos dados existentes nas diferentes fontes, leva-nos a refletir sobre o quanto pode resultar dificultosa a obtenção de informação confiável que ajude ao desenvolvimento de pesquisas mais aproximadas da realidade existente. Na busca de informação complementar, constatamos uma falta importante de publicações sobre o tema,

detectada através da revisão bibliográfica realizada. Nela, foram localizados 5 artigos sobre a assistência psiquiátrica com um escopo semelhante (Sampaio, 1994; Botega & Schechtman, 1997a; Botega, 1997b; Botega, 1997c). O primeiro apresenta informação em relação a algumas das variáveis pesquisadas no presente trabalho; os outros mostram um panorama da situação da saúde mental em geral e da situação e tendências das UPHGs em particular, em 1995, no país.

Do total de dados colhidos, tanto do formulário descritivo e das entrevistas realizadas, alguns deles chamam especialmente a nossa atenção. Para a análise desse material, seguiu-se a ordem em que foram apresentados no capítulo 5. A primeira informação que se destaca é que, apesar de existir no Brasil uma ampla experiência no processo desinstitucionalizador -o Brasil implementou seu Programa Nacional de Saúde Mental em 1991-; de contar-se com uma extensa bibliografia sobre casos concretos em diferentes Estados; de existir grupos de pesquisadores em diferentes espaços dedicados a estudar este assunto; de ser a internação psiquiátrica em HG em cidades do interior um fenômeno recente; e de encontrar-se este processo ainda em desenvolvimento, verifica-se a ausência de um sistema de avaliação ou de seguimento por parte das autoridades que permita evitar erros em experiências futuras e que, por sua vez, facilite o desenvolvimento deste processo, tanto em termos de tempo, custo ou orçamento quanto de recursos humanos e materiais.

Em relação a isso, Arana (1992) e León (1981) salientam a prioridade que se deve dar à eficácia de um programa, no sentido de avaliar previamente se o impacto que o mesmo terá será benéfico para os usuários; a sua eficiência também no sentido de os programas serem capazes de obter resultados economizando tempo e recursos; à avaliação permanente, já que sem ela é impossível determinar as vantagens e desvantagens do trabalho desenvolvido; ao controle de qualidade para manter mínimas e ótimas condições de trabalho e assistência; e às mudanças e reajustes durante o desenvolvimento do programa. No caso de os programas terem uma orientação comunitária, León (1981) coloca especial ênfase na participação daquelas pessoas que recebem o serviço, pois, sem a colaboração das mesmas, o funcionamento do programa é limitado, restrito.

Em relação aos recursos humanos e materiais, mas muito relacionado com o orçamento e a avaliação de uma proposta assistencial, Einstein e Stason (1992) salientam que “Los límites de los recursos para la atención de salud obligan a que las decisiones relativas a su asignación estén guiadas por consideraciones de costo en función de los beneficios esperados, la relación entre gastos netos que demanda la atención y los beneficios netos para la salud proporcionan un indicador que permite establecer prioridades”. Levando em consideração alguns depoimentos, nem sempre se consegue satisfazer a demanda de assistência, na medida em que o hospital abrange muitos municípios e, às vezes, não conta com outros recursos da rede assistencial, tanto geral quanto psiquiátrica. Além disso, várias das instituições pesquisadas passam por processos de reestruturação por causa de sérios problemas econômicos.

A situação descrita evidencia a necessidade de instrumentar um sistema de avaliação contínuo que, necessariamente, passe por uma comunicação e intercâmbio de informação fluida entre as autoridades e os trabalhadores da saúde mental das diferentes regiões e cidades. Os resultados obtidos neste trabalho dão testemunho da vontade e preocupação de iniciar ou dar continuidade a uma assistência psiquiátrica dentro de uma nova concepção, apesar das inúmeras dificuldades. Também se constata preocupação e interesse por parte das autoridades neste sentido, mas o que aparece é um trabalho em paralelo com dificuldades de intercomunicação. Isso deixa manifesto um duplo esforço ou uma sobreposição de tarefas desnecessárias ou evitáveis.

Uma explicação que serve para pensar uma das causas do fenômeno descrito no parágrafo acima é a oferecida por Bachrach (1981b). Com efeito, a autora descreve o processo vivido pela psiquiatria na mudança de modelos assistenciais como um fenômeno determinado pelas políticas e práticas dos processos gerais da tomada de decisões, basicamente externas, que deixaram a disciplina num lugar reativo mais do que pró-ativo na formulação das políticas de saúde em geral. A não-existência de uma política clara e bem definida sobre a saúde mental leva a que as experiências sejam desenvolvidas sem que elas possam ser bem planejadas, acompanhando, todo o processo, o vai-e-vem da consolidação da democracia no país e as conseqüências econômicas dos modelos adotados nos últimos tempos.

Outro elemento importante a ser levado em consideração diz respeito aos diferentes atores que trabalharam em prol da elaboração e consolidação dos modelos assistenciais. Nesse sentido, chama a atenção a quase nula participação dos políticos, se comparada com a transcendência que o movimento reformista teve nas experiências de alguns países desenvolvidos. Dentre a bibliografia que descreve a importância que foi outorgada às discussões sobre a reestruturação nesses países, tanto em favor quanto contra, destacam-se os seguintes trabalhos: Caplan (1985), que faz uma minuciosa descrição do caso dos Estados Unidos, Greenhill (1979) e Raftery (1992), que abordam o caso da Inglaterra e Crepet (1988) e Reali (1990), que estudam o caso italiano. Mas no caso da América do Sul, as discussões ficaram restritas, em sua maioria, aos setores da saúde e outros setores, destacando-se também o fato de que os objetivos e funções dos usuários não apareciam claramente especificados em 33% dos países, apesar de os usuários terem participado em 44% dos programas (Larrobla, 1999). No caso do Brasil, a década de 1970 foi importante no desenvolvimento da luta por uma reforma sanitária, que chegou a ser representada pelo Movimento Sanitário. Dessa forma, abriram-se espaços de discussão, tanto no âmbito acadêmico -foram criados os Deptos. de Medicina Preventiva- quanto no âmbito federal, estadual e municipal -através das Secretarias Municipais de Saúde-, começando a surgir propostas de novas políticas de saúde. Algum tempo depois, o cenário político do país mudou e, com ele, o trabalho e as aspirações na área passaram do campo social para o interior dos organismos estatais de saúde. Assim, as políticas que foram sustentadas e promovidas apontaram para a privatização e terceirização de alguns serviços, dentre eles a assistência dos pacientes psiquiátricos.

Em relação ao mencionado acima é importante destacar que sempre existiu uma coincidência/sobreposição entre a arena política e a profissional médica. Em outras palavras, a medicina se preocupou com participar, em primeiro lugar, das políticas sanitárias e, segundo, de diferentes espaços políticos a partir do momento em que a assistência aos doentes mentais passou da Igreja para o Estado. Hoje em dia, isso fica em evidência através das entrevistas que não puderam ser realizadas por causa das candidaturas a prefeitos e/ou vereadores.

A passagem referida de domínio do tratamento dos doentes mentais não seria a única ao longo da história. De fato, é possível distinguir dois momentos: no primeiro citado no parágrafo anterior, pode-se observar -utilizando os termos de Castel (1999) de “valores de troca”- uma troca de economias do âmbito cristão para o âmbito laico. O segundo momento vincula-se ao relacionamento e troca do âmbito público para o âmbito privado. Estes momentos trazem à luz, não uma queda do modelo assistencial, mas, pelo contrário, uma continuidade/passagem no tipo de assistência oferecido, ligada ao auxílio e à ajuda -adquirindo uma maior dimensão que vai além do social- e que se institucionaliza como prática e racionalidade, tendo como objetivo incentivar a prevenção e sarar, através de diferentes métodos e técnicas, as populações e suas necessidades em relação, tanto à sobrevivência e à convivência quanto à autonomia social.

Mas, apesar disso, ambos os modelos, que, em definitivo, não apresentariam diferenças, contribuem para manter a vigilância e o controle social imposto durante séculos. O primeiro, através da compaixão e da caridade, oferecia àqueles que ajudavam a oportunidade de atingir seu engrandecimento moral. O segundo, através de uma atitude paternalista e de conceitos de não-exclusão. De qualquer forma, nenhuma das posturas permitiu -nem permite até hoje- o estabelecimento de relações de paridade, estando, os lugares, claramente diferenciados. Assim, o beneficiário tem que demonstrar dependência e submissão na medida em que se encontra na condição de incapacitado, não tendo, aliás, condição de mudar isso. Esta situação é reforçada, na atualidade, por causa da fragilidade dos canais de interlocução que não permite trocar o lugar de mero solicitante por outro que implique pertencer a um coletivo atuante. Em outras palavras, para poder ser assistido, isto é, incluído no sistema assistencial, o indivíduo tem que demonstrar que é um excluído e que não tem condição nenhuma para mudar isso.

A rigidez da relação que se estabelece a partir dessas condicionantes também é sustentada e reforçada através dos preconceitos enraizados social e culturalmente ao longo dos séculos, constituindo, talvez, eles, um dos motivos mais fortes a oferecer, hoje em dia, maior resistência às mudanças. Se construíssemos uma pirâmide, a resistência aparece em todos os níveis: no topo, estariam localizados os diretores dos hospitais, presidentes das mantenedoras e diretores gerais, seguidos pelos diretores clínicos; em um terceiro nível se

localizariam os chefes de psiquiatria e os enfermeiros; e, por último, na base, os pacientes e familiares. Os depoimentos colhidos dão conta disso, apresentando a variedade de visões que coexistem nas localidades.

Existe outro fator que incide nesse sentido: é o relacionado com a crise econômica generalizada. Ele fez com que as prioridades dos países em geral e as dos Ministérios da Saúde em particular priorizassem outras políticas não vinculadas à doença mental. Apesar disso, as vontades individuais permitem que a assistência seja mantida e que ela tente ser o mais equitativa possível na maioria dos casos. De fato, os diferentes profissionais de cada Estado e cidade procuram a forma de poder gerenciar as tarefas e situações vividas de tal forma que se possa trabalhar de uma maneira diferente, procurar recursos, apelar para uma nova gestão e tentar sair, dessa forma, da situação de instabilidade que se vive a cada internação, sem ter que chegar a suspender a hospitalização dos pacientes psiquiátricos. Como o papel do Estado é de mero regulador, algumas seguradoras ainda não aceitam a cobertura da internação psiquiátrica; assim, no caso de ela ocorrer, o paciente não terá direito aos exames de rotina. Essa situação contribui, de um lado, para o fortalecimento do corporativismo e da solidariedade de alguns médicos, profissionais que não apresentam nem resistências, nem preconceitos; trata-se de especialistas engajados com a psiquiatria, como, por exemplo, neurologistas e cardiologistas. Já em outros casos, como o do cirurgião geral e do gastroenterologista, o relacionamento veio através de uma formação na área da psicossomática e da saúde ocupacional, áreas em que o componente preventivo e a parte emocional, psiquiátrica é fundamental. De outro lado, isso leva a que seja preciso tomar as providências necessárias no momento de utilizar dados das fontes oficiais, na medida em que vários dos ingressos dos pacientes psiquiátricos são feitos através de outro diagnóstico para poder ter acesso à assistência hospitalar.

As mudanças na qualidade da assistência aos pacientes psiquiátricos, na América do Sul, apresentariam padrões similares aos dos países desenvolvidos. Num primeiro momento, a reestruturação provocou um incremento importante no número de leitos psiquiátricos nos HG, acompanhado por uma diminuição nos HP; no Brasil o incremento foi de 75% e a diminuição foi de 30% respectivamente (Larrobla, 2001). No

mesmo sentido, o desenvolvimento da psiquiatria dentro do HG nos países latino-americanos -inclusive o Brasil- segue iguais padrões. O modelo predominante em quase todos os países latino-americanos foi o hospitalocêntrico: a primazia do HP dentro da rede assistencial era -e continua sendo até hoje-, em vários lugares, muito importante. Esse elemento foi tomado como parâmetro ou indicador de um tipo de assistência que se apresentou como hegemônico. Seguindo uma perspectiva similar, podemos levar em consideração o comportamento ou presença de leitos psiquiátricos em HG para avaliar o desenvolvimento de um dos modelos emergentes a partir da década de 1990, momento no qual começaram a consolidar-se e surgir os Programas Nacionais de Saúde mental na América do Sul (Larrobla, 2001).

Como foi mencionado no capítulo 2, no Brasil, as UPHGs apresentavam uma série de características que as mantinham dentro dos padrões gerais do resto dos países sul-americanos. O que surge na década de 1990 é um novo fenômeno que merece uma leitura cuidadosa pela complexidade dos fatores que atravessam a situação na qual ele se desenvolve.

Levando em consideração o material colhido e as idéias expostas até aqui, podemos afirmar que a internação de pacientes psiquiátricos no HG nas dez cidades do interior visitadas, respondem, em sua maioria, a uma demanda local, seja ela de caráter individual ou coletivo, e produto de diferentes necessidades. Em alguns casos, isso foi definido como uma ‘demanda reprimida’; também, com a chegada de um profissional da área da psiquiatria, começou a surgir uma “procura espontânea de tratamento psiquiátrico e/ou psicológico” falta referência. Essa conjunção de fatores e atores, porém, não permite afirmar que as forças sociais estejam hoje mais organizadas, nem que esse tipo de assistência esteja consolidada e incorporada à cultura médica local, pois ainda existem várias dificuldades que obstaculizam o processo desenvolvido.

As expectativas em relação às mudanças na área da saúde mental, no sentido de trabalhar diferentes aspectos, parecem estar direcionadas para elementos que não envolvem grandes investimentos. Ou, utilizando palavras dos depoimentos, “os problemas não tem dia para terminar, esse é um problema constante, e nós vamos precisar de umas poucas coisas. Quem pretende fazer algum trabalho na área hoje sem ter uma visão sistêmica, está

falido no sucesso. A questão hoje é que quem vier agora vai ter que estar bem profissionalizado (...) não pode mais chutar. Agora não tem mais o que melhorar no sistema, temos que fazer uma reengenharia (...) saber o que nossa população precisa e vai precisar, fazer um plano realmente, planejar, organizar e por fim executar. (...) sempre se começou ao contrário, sempre executando, sem nenhum planejamento, sem nenhuma organização”.

Com o objetivo de oferecer dados que contribuam para essa reorganização, caracterizaremos a assistência psiquiátrica abordada neste trabalho da seguinte forma. Em linhas gerais, o modelo assistencial adotado é desenvolvido em regiões e cidades que apresentam uma ampla heterogeneidade populacional; iguais características se observam em relação ao acesso da população à rede assistencial médica. É importante salientar que nenhuma das cidades visitadas conta com HP. A abordagem psiquiátrica é realizada de duas formas: em enfermarias de psiquiatria e mediante a reserva de leitos em clínicas médicas. Em 9 das 10 instituições é cumprida a regulamentação que prescreve destinar pelo menos 10% dos leitos hospitalares para pacientes psiquiátricos, apresentando-se igual percentagem no que diz respeito à fonte pagadora (SUS); apenas em uma cidade a percentagem é menor, aumentando o ingresso por convênios e particulares.

Em relação às patologias mais frequentes, destacam-se a esquizofrenia, o alcoolismo, a depressão e o abuso de substâncias psicoativas. Para estes quadros, é utilizada uma média de hospitalização de 17 dias e a proposta terapêutica utilizada é, na metade das cidades, apenas farmacológica. Já na outra metade das cidades, a equipe de trabalho está conformada, além de pelo psiquiatra e pelo enfermeiro, por, em alguns casos, TO, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo, o que significa que a assistência oferecida está centrada quase exclusivamente em uma abordagem com base farmacológica.

No que diz respeito ao tempo de internação, ele se encontra dentro dos parâmetros aceitos internacionalmente, isto é, entre 15 e 28 dias. Períodos mais breves já foram apontados como possíveis causas de reinternações ou de recarga em outros serviços comunitários em países desenvolvidos (De Francisco e col., 1980). No cone sul, até hoje não existem estudos que pesquisem esta variável; por conseguinte, não existiriam parâmetros para comparar ou estabelecer relações (Larrobla, 1999).

Quanto às reinternações, em linhas gerais, todos os entrevistados salientaram que a percentagem é alta, chegando, em alguns casos, a ser de entre 30 e 40%; o alcoolismo é uma das patologias mais freqüentes. Este fator foi salientado como uma dificuldade importante na assistência na medida em que, às vezes, os leitos não são suficientes para a demanda em determinados períodos do ano. A isto vem somar-se a dificuldade decorrente da falta de recursos humanos com formação específica na área; além disso, os recursos materiais -especialmente a medicação- nem sempre são atualizados.

Dos dados colhidos, destaca-se que no total das enfermarias de psiquiatria e em 3 das clínicas médicas se trabalha com internações involuntárias. Se pensarmos que isso significa internar pacientes em estado de agitação, acarretando também riscos de possíveis fugas, as condições mencionadas anteriormente não resultam as mais apropriadas. Aliás, nem todas as instituições realizaram remodelações que contemplassem dispositivos de segurança nem todas contam com normas impressas de como atuar em face dessas situações. De fato, grande parte dos problemas suscitados com as direções dos hospitais esteve relacionada com queixas a respeito disso.

Em suma, o modelo adotado nos hospitais filantrópicos e Santas Casas de 10 cidades do interior de 3 Estados brasileiros, surge de uma complexa relação entre demanda local, vontades individuais e fatores econômicos, sendo variados os atores propulsores do processo. O fator que o caracteriza como original, no sentido de se afastar dos padrões gerais e internacionais de implementação de UPHGs, é o fato de surgir em cidades médias e pequenas e em hospitais não vinculados ao ensino universitário.

O fenômeno é recente e continua um processo de desenvolvimento que poderia ser classificado como lento, em algumas das cidades, e mais adiantado, em outras, dadas as dificuldades apresentadas nos diferentes passos e etapas. Nesse sentido, ainda não se pode falar de consolidação, mas sim de conquistas importantes, reflexo das vontades de vários trabalhadores vinculados direta e indiretamente ao cuidado dos doentes mentais, que procuram oferecer uma assistência psiquiátrica o mais próxima possível daquela desenvolvida nas cidades grandes, que contam com mais recursos, tanto humanos quanto materiais.

Vários são os fatores que deveriam ser levados em consideração para uma melhora na assistência psiquiátrica nessas localidades. Talvez, um dos fundamentais consista numa maior aproximação entre as autoridades e as pessoas envolvidas diretamente com o fenômeno a fim de unir esforços e economizar recursos em prol de uma maior qualidade, eficiência e eficácia através de um correto planejamento das ações. Para conseguir isso, torna-se necessária a elaboração de um sistema de monitoração ou avaliação, um diálogo permanente entre as autoridades, os trabalhadores envolvidos e os pesquisadores que levam adiante estudos até agora isolados, para, dessa forma, diminuir as brechas existentes entre o que foi definido, através de diferentes depoimentos, como cidades grandes e pequenas, interior e capitais etc., mas que também foi observado entre cidades de um mesmo Estado.



## *CONCLUSÕES*

Da análise realizada a partir do formulário descritivo podem ser destacados alguns fatores que imprimem um selo particular à hospitalização de pacientes psiquiátricos em Santas Casas ou hospitais filantrópicos das cidades pesquisadas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. De acordo com a referida análise, este processo estaria especialmente caracterizado pela desigualdade de desenvolvimento, tanto nos Estados quanto nas cidades do interior dos mesmos, respondendo, isso, basicamente, a diversos fatores, fundamentalmente econômicos e culturais locais.

Num nível geral e conforme o acesso da população à assistência médica, as instituições visitadas podem ser divididas em três grupos: a) cidades que contam com apenas um hospital na rede de saúde (São Francisco do Sul, SC; Curitiba, SC; Lençóis Paulista, SP; Ibitinga, SP; Pouso Alegre, MG e Lages, SC); b) cidades que têm dois hospitais (Carangola, MG; Formiga, MG) e, c) cidades que possuem entre cinco e sete hospitais (Araguari, MG; Joinville, SC). Em 90% dos hospitais a fonte pagadora é o Sistema Único de Saúde (SUS), dividindo-se, o 10% restante, entre particulares e convênios. No que diz respeito à área da assistência psiquiátrica, nenhuma das cidades tinha HP, localizando-se, os HP mais próximos, a distâncias que oscilam entre 35 km e 200 km.

Num nível mais específico, pode-se dizer que as enfermarias psiquiátricas apresentam uma média de 23,8 leitos, sendo importante salientar que, normalmente, as mesmas se encontram lotadas a maior parte do tempo, o que torna muito difícil satisfazer a demanda local em sua totalidade e em forma adequada, segundo depoimentos nas entrevistas realizadas.

Em 90% das instituições que contam com enfermaria de psiquiatria é cumprida a regulamentação que prescreve destinar 10% dos leitos hospitalares para pacientes psiquiátricos. A totalidade das clínicas médicas não atende essa disposição.

Os recursos materiais e humanos existentes foram caracterizados pelos entrevistados como parcialmente adequados à demanda assistencial. Em relação ao suprimento de medicamentos, tanto básicos quanto psiquiátricos, em 90% das instituições o mesmo é adequado; apenas numa cidade é parcialmente adequado; além disso, acrescentou-se que, às vezes, a medicação psiquiátrica está desatualizada.

Dos hospitais visitados, mais da metade conta apenas com o recurso farmacológico para o tratamento dos pacientes psiquiátricos (Pouso Alegre; Carangola; Formiga; Lages e Lençóis Paulista). O 40% restante (Araguari; Curitiba; São Francisco do Sul e Joinville) utiliza, além desse recurso, outras abordagens psicoterapêuticas. Dos nove hospitais estudados, dois (São Francisco do Sul e Joinville) contam com TO e apenas um conta com Fisioterapeuta (São Francisco do Sul).

As patologias mais freqüentemente hospitalizadas são as esquizofrenias, o alcoolismo, a depressão e o abuso de substâncias psicoativas. Conforme o tempo médio de internação utilizado para esses quadros é possível identificar três grupos: o primeiro é o que utiliza entre 7 e 8 dias (Formiga e São Francisco do Sul); o segundo grupo está composto pelos hospitais que utilizam entre 15 e 17 dias (Carangola; Lençóis Paulista e Curitiba); por último, o terceiro grupo está formado pelos hospitais que utilizam entre 20 e 30 dias (Pouso Alegre; Lages e Joinville). Este último grupo apresenta como características comuns, de um lado, o fato de seus hospitais estarem localizados em cidades mais populosas (com, aproximadamente, 106.000, 156.400 e 429.000 habitantes respectivamente) e, de outro lado, o fato de que o hospital psiquiátrico mais próximo se encontra a entre 100 e 200 km. A abordagem utilizada em mais da metade dos hospitais é apenas farmacológica, sendo a presença de outros profissionais, além do psiquiatra e dos enfermeiros, quase nula.

De outro lado – e mantendo ligação com a informação do parágrafo acima –, todas as enfermarias (Pouso Alegre; Araguari; Curitiba; Lages e Joinville) declararam trabalhar com internações involuntárias. Em 4 delas (Pouso Alegre; Araguari; Curitiba e Joinville) existe uma norma acerca de como atuar em caso de episódios de violência; apenas uma instituição (Lages) informou não contar com uma norma desse tipo. Das três enfermarias referidas acima, duas (Curitiba e Joinville) têm a norma impressa. É importante salientar também que em 4 enfermarias existem dispositivos de segurança. Apesar disso, a maioria dos entrevistados destacou que as fugas são uma das causas que provocaram maiores dificuldades junto às direções dos hospitais.

Em relação às admissões involuntárias nas clínicas médicas, elas são realizadas em 3 clínicas (Carangola; Formiga e Lençóis Paulista); apenas uma (São Francisco do Sul) não realiza esse tipo de procedimento, já que não conta com infra-estrutura, nem material nem de recursos humanos. A percentagem de reinternações de pacientes foi informada apenas por uma das clínicas (São Francisco do Sul): 2 a 3 pacientes/mês. As outras clínicas não sabiam com exatidão esse dado, informando que a referida percentagem é de entre 30 e 40% aproximadamente.

Outro dos itens avaliados no formulário descritivo foi o relativo à existência ou não de alguma norma concernente a episódios de violência. A partir dos depoimentos dos 9 entrevistados, é possível afirmar que em 6 instituições (Pouso Alegre; Araguari; Curitiba; Joinville; São Francisco do Sul; Lençóis Paulista) existe alguma norma a respeito disso. Nas 3 restantes não existe nenhuma (Lages; Carangola e Formiga). Um desses entrevistados declarou que o procedimento aplicado é intuitivo (Carangola).

Nas instituições que responderam afirmativamente, perguntou-se se a norma estava impressa. O resultado desse item foi que em 3 instituições (Curitiba; Joinville e São Francisco do Sul) existe um impresso da norma que explicita o tipo de procedimento a ser utilizado em caso de ocorrerem distúrbios com pacientes agitados. Nas restantes instituições não existe nenhum impresso. Com respeito a este item, é importante salientar que nenhuma das 4 clínicas teve óbitos no último ano e nenhuma teve suicídios desde que as mesmas começaram a funcionar.

É importante salientar que não existe um sistema de acompanhamento e avaliação do processo nem na esfera governamental nem em nenhuma das instituições que permita realizar ajustes aos procedimentos desenvolvidos que signifiquem maior eficácia e eficiência da assistência.

Os depoimentos realizados nas entrevistas permitem distinguir três momentos bem delimitados: a origem do processo de hospitalização, a situação em que ela se encontrava no momento da visita e as expectativas dos entrevistados em relação ao futuro. Do primeiro momento, destaca-se a confluência de diferentes elementos que agiram como alavanca do fenômeno, fatores que funcionaram como catalisadores em decorrência de uma

conjunção que funcionou como desencadeante local. Na maioria dos casos existiu uma pessoa que poderíamos chamar chave, seja ela um profissional, um político, uma pessoa influente na sociedade ou na instituição; isso coincidiu, muitas vezes, com a demanda de pacientes e familiares.

Dentro do segundo momento, destacam-se vários elementos determinantes da situação pela que estava atravessando o setor, sendo apontados, como os mais importantes, a política e a economia. Outros fatores que desempenharam um papel decisório foram o corporativismo -na medida em que alguns colegas de outras especialidades contribuem para que os doentes mentais tenham iguais oportunidades na assistência-, as relações entre cidades e Estados -relações caracterizadas por competitividade e rivalidade, apresentando-se, como elementos comuns, as comparações entre as culturas das cidades grandes e as das cidades pequenas-, as dificuldades com os recursos humanos, os preconceitos, etc. Dentro desta segunda fase também se identificam, de um lado, fatores que funcionaram -e até hoje funcionam- como obstáculos para o desenvolvimento do processo e, de outro, fatores que contribuíram para a consolidação do mesmo. Outros dois temas que suscitavam uma preocupação notória em grande parte dos entrevistados foi o relativo ao pagamento do SUS e ao número fixo de AIHs, fatores esses que se apresentam como limitantes nas instituições.

Na atualidade, existe um reconhecimento e uma maior abertura em relação à assistência psiquiátrica no hospital geral, começando a ver-se alguns dos resultados das inquietações e iniciativas desenvolvidas com base num grande esforço.

Outros fatores que se encontram na base da consolidação se relacionam com a conjunção de vários elementos. De um lado, temos as aspirações profissionais dos responsáveis pela assistência psiquiátrica direta, a vontade das pessoas que trabalham a maior parte do tempo com os pacientes psiquiátricos -enfermeiros, auxiliares, técnicos, etc. -e, por último, o modo como, em face das adversidades, procura-se uma solução alternativa para não ter que suspender uma assistência que se sabe importante para todo tipo de paciente.

Dentre os fatores problematizadores, localizam-se a crise do setor da saúde em geral e, de outro lado, as posturas pessoais nos diferentes níveis da estrutura institucional (setor médico, paramédico, administração etc.). Este último fator se reflete no incômodo exprimido pelo pessoal das enfermarias, nos PS, causado pelos preconceitos -ora implícitos ou explícitos-, tanto por parte dos profissionais da saúde quanto dos familiares e da comunidade, pelas ameaças de fechamento das enfermarias, pelas dificuldades na formação dos recursos humanos, etc. Ainda existe desconforto e perturbação em relação à presença de doentes mentais nos hospitais, às dificuldades causadas pelos pacientes agressivos, à prolongada permanência dos mesmos, às responsabilidades que o hospital tem com respeito às pessoas internadas, etc. Isto ficou em evidência através das visões vazadas nos depoimentos de alguns dos diretores dos hospitais. Outros demonstraram certa abertura geral perante as mudanças que hoje estão sendo vivenciadas como grandes desafios de tipo até mesmo cultural.



## *REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

Advanced Learner's Dictionary of Current English, Second Edition, London, Oxford University Press, Second Edition, 1973.

ALBARRACIN, M. - **Perspectivas Psiquiátricas**. Madrid: Editora VVAA, CSIC, 1988.

ALVES, D.S.N; SEIDL, E.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. - Saúde mental no Brasil: elementos para uma análise da assistência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 8: 423-426, 1992.

AMARANTE, P. - Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil, In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

ARANA, J. D. - Algunos obstáculos teóricos en la praxis de la psiquiatría comunitaria: consideraciones transculturales. **Rev. Neuro-Psiquiatría**, 55: 34-42, 1992.

BACHRACH, L.L. - The effects of deinstitutionalization on General Hospital Psychiatry. **Hosp. and Comm. Psychiatry**, 32 (11): 786-790, 1981b.

BACHRACH, L.L. - General Hospital Psychiatry and Deinstitutionalization: A Systems View. **Gen. Hosp. Psych.**, 7: 239-248, 1985.

BANDEIRA, M. - Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **J. Bras. Psiq.**, 40 (7): 355-360, 1991.

BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Persona, 1977.

BASAGLIA, F. - **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

BIRMAN, J. - Psiquiatria e Sociedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 31 (4): 237-246, 1982.

BIRMAN, J.; FREIRE COSTA, J. - Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária, In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

- BOTEGA, N.J. - Consultation-Liaison Psychiatry in Brazil: psychiatric residency training. **Gen. Hosp. Psychiat.**, 14: 186-191, 1992.
- BOTEGA, N.J. & SCHECHTMAN, A. - Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: I. situação atual e tendências. **Revista ABP-APAL**, 19(3): 79-86, 1997a.
- BOTEGA, N.J. - Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: II. Internações psiquiátricas em enfermarias de clínica médica. **Revista ABP-APAL**, 19(3): 87-90, 1997b.
- BOTEGA, N.J. - Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: III. Perfil das internações. **Revista ABP-APAL**, 19(3): 91-96, 1997c.
- BOTEGA, N.J. & DALGALARRONDO, P. - **Saúde Mental no Hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1997.
- BOURDIEU, P. - **O Desencantamento do Mundo**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1979.
- BRUNNER, J.J. - **Educación superior, investigación científica y transformaciones culturales en América Latina**. Santiago de Chile: BID-CECAB-CINDA, 1990. (Vinculación Universidad - Sector Productivo, Colección Ciencia y Tecnología, 24).
- CAPLAN, G. - **Principios de Psiquiatria preventiva**. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1985.
- CAMPOS, F. de.; DOLHNIKOFF, M. - **História do Brasil**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão -FUNAG-, 2001.
- CARVALHO, J.M. - **A construção da Ordem: a elite política imperial**. Brasília D.F.: Universidade de Brasília, 1981.
- CASTEL, R. - **As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.
- CAPONI, S. - **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

COELHO SAMPAIO, J. J. - **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis.** Fortaleza. 1994. (Dissertação -Mestrado- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

COLLIÈRE, M.F. - **Promover a vida.** Lisboa: Editora SEP, 1989.

CREPET, P. - The Italian mental health reform nine years on. *Acta Psychiatr. Scand.*, 77: 515-523, 1988.

DALGALARRONDO, P. - **Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das Unidades de Internação de Hospitais Gerais.** Campinas. 1990. (Dissertação - Mestrado- Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

De FRANCISCO, D.; ANDERSON, D.; PANTANO, R.; KLINE, F. - The relation between length of hospital stay and rapid-readmission rates. *Hosp. Comm. Psychiatry*, 31 (3): 134-139, 1980.

DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S., ed. - **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage, 1994.

DIECKHÖFER, K. - El Desarrollo de la psiquiatria en España. Aspectos históricos y culturales, II. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 11 (5): 407-422, 1983a.

Dicionário Aurélio Eletrónico - Século XXI - Corresponde à versão integral do Novo Dicionário Aurélio -Século XXI de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, Versão 3.0, Novembro, 1999.

DUNNINGHAM, W. & DE AGUIAR, W.M. - O custo social dos transtornos mentais. *J. Bras. Psiq.*, 44 (8): 419-422, 1995.

EINSTEIN, M.C & STASON, W.B - Fundamentos del análisis de eficacia en función de los costos en relación con la salud y el ejercicio de la medicina. In: WHITE, K.L.; FRENK, J.; ORDOÑEZ, C.; PAGANINI, J.M.; STARFIELD, B. eds. -**Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1992. (OPS Publicación Científica, 534).

FIGUEIREDO, G. – As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. **Rev Bras Psiq**, 22 (3):133, 2000.

FLYNN, R. - Restructuring health system: a comparative analysis of England and the Netherlands. In: HILL, M. - **New Agendas in the study of the Policy Process**. London, Harvester Wheatsheaf, 1993. p.57-87.

FREYRE, G. - **Casa Grande & Senzala**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1998.

FOUCAULT, M. - **Historia de la locura en la Época Clásica**. México: Fondo de Cultura Económica, 1987. v.1.

GIBSON, C. - **España en América**. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1976.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. - O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. Bases conceituais e históricas do planejamento econômico e social. In: Amarante, P. (org.) - **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998.

GOLDMAN, H.H. - Deinstitutionalization in international perspective: variations on a theme. **Int. J. Ment. Health**, 11 (4): 153-165, 1983.

GREENHILL, M. - Psychiatric Units in General Hospitals: 1979. **Hosp. & Comm. Psych.**, 30 (3): 169-182, 1979.

HERRERA, A.; CORONA, L.; DAGNINO, R.; FURTADO, A.; GALLOPÍN, G.; GUTMAN, P.; VESSURI, H. - **Las nuevas tecnologías y el futuro de América Latina: riesgos y oportunidades**. México, Siglo XXI Editores, 1994.

IBGE: banco de dados. Disponível em: <<http://www.ibge.org.gov.br>>. Acesso em: 26 abr.2001.

JONES, K. - Trends in the organization of mental health services in Great Britain in the past 25 years. **Int. J. Ment. Health**, 16 (1-2): 94-107, 1987.

LARROBLA, C. - **Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do Sul: o papel das Unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais** - Campinas. 1999. (Dissertação - Mestrado - Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

LARROBLA, C.; BOTEAGA, N.J. - Las políticas de asistencia psiquiátrica y desintitucionalización en América del Sur, *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2000; 28(1): 22-30.

LARROBLA, C.; BOTEAGA, N.J. - Restructuring mental health: a South American Survey, *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, (no prelo), 2001.

LAROUSSE, G. - **Dictionnaire Moderne Français-Espagnol-Français**, France: Collection Jupiter, Édition 1975.

LAURELL, C. - Evento preparatorio el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Buenos Aires, 1996. (mimeo)

LEÓN, C.A. - Psychiatry in Latin America. *Brit. J. Psychat.*, 121: 121-136, 1972.

LEÓN, C.A. - Reflexiones en torno a la Salud Mental comunitaria en nuestro medio. *Rev. Colom. Psiquiatría*, 10 (1): 91-105, 1981.

LOREN, R.M. - Radical desinstitutionalization: the Italian experience. *Int. J. Ment. Health*, 11 (4): 129-136, 1983.

MARINHO, M.G. - **O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da esquisa na Faculdade de Medicina de Sao Paulo (1916-1931)** - Campinas. 1993. (Dissertação -Mestrado- Departamento de Política Científica e Tecnológica, Universidade Estadual de Campinas).

MARINHO, M.G. - **Norte-americanos no Brasil. Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)**. São Paulo: Editora Autores Associados & FAPESP & Universidade São Francisco, dezembro 2001.

MENDONÇA de JESUS, A.E. - **Um olhar sobre Itapira: a presença dos hospitais psiquiátricos e suas relações com a comunidade.** Campinas. 1996. (Dissertação -Mestrado- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

MENDONÇA, M. G. de.; CORDEIRO, P. M. - **Formação econômica do Brasil.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

Minas Gerais: banco de dados. Disponível em: <http://www.mg.gov.br/historia/index.htm>. Acesso em 26 abr.2001.

MESTRINER, M.L. - **O Estado entre a filantropia e a assistência social.** São Paulo: Editora CORTEZ, 2001.

MINAYO, C. - **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

MORGADO, A. & LIMA, L.A. - Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J. Bras. Psiq.**, 43 (1): 19-28, 1994.

MORSE, J.M. & FIELD, P.A. - **Qualitative research methods for health professionals.** Thousand Oaks, 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Primer Comité de Expertos en Salud Mental.** Ginebra: OMS, 1953. (OMS Serie de Informes Técnicos, 9).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo.** Ginebra: OMS, 1975. (OMS Serie de Informes Técnicos, 564).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health care in developing contries: a critical appraisal of research findings.** Geneva: WHO, 1984. (WHO Technical Report Series, 698).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality assurance in mental health.** Geneve: WHO, 1990. (Division of Mental Health).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Hechos que revelan progreso en salud.** Washington DC: OPS, 1971. (OPS Reporte, 227)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Los servicios de salud en las Américas: análisis de indicadores básicos.** Washington, D.C.: OPS, 1988. (OPS Cuaderno Técnico, 14).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Declaración de Caracas: Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.** Caracas: OPS, 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Recomendaciones del 1er. grupo de trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina y de la Reunión de evaluación de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.** Panamá: OPS, 1996. (División de Promoción y Protección de la Salud).

PAIM, A. - **A querela do Estatismo.** Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1978.

PEREIRA DE QUEIROZ, M. I. - **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo: Editora TEXTOS, 1983. Centro de Estudos Rurais e Urbanos da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

PORTER, R. - **Historia social de la locura.** Barcelona: Ed. Grijalbo, 1989.

RAFTERY, J. - **Mental Health Services in Transition. The United States and the United Kingdom.** *Brit. J. Psychiat.*, 161: 589-593, 1992.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Diccionario de la lengua española.** Madrid: 1984. Vigésima edición.

REALI, M. - **A psiquiatria democrática italiana - Repercussões sociais: a mudança na abordagem da saúde mental.** *J. Bras. Psiq.*, 39 (2): 8S-9S, 1990.

- RESENDE, H. - Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica, In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R., org. **Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Ed.Vozes, 1997. p.15-74.
- Santa Catarina: banco de dados. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/numeros/index.htm>. Acesso em 27 abr.2001.
- SAMPAIO, A.P. - Serviço do hospital geral de ensino. **Neurobiologia**, 29: 72-82, 1956.
- Seade: banco de dados. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/numeros/index.htm>. Acesso em 14 fev.2004.
- SIQUEIRA, S.A. - **A inquisição portuguesa e a sociedade colonial**. São Paulo: Editora Ática, 1978.
- SONENREICH, C. & SILVA FILHO, L.M.A. - Desospitalização. **J. Bras. Psiqui**, 44 (4): 159-167, 1995.
- SPOSATI, A. - **Cidadania ou filantropia: um dilema para o CNAS**, Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP. Relatório de Pesquisa, agosto 1994.
- STEGER, H.A. - **Las universidades en el desarrollo social de la América Latina**. México: Fondo de Cultura Económica, 1974.
- STIGLITZ, J. E. - **El malestar en la globalización**, Buenos Aires: Ed. Taurus, 2002.
- VAINFAS, R. - **Trópico dos pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1997.
- VALLES, M.S. - **Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión, metodología y práctica profesional**. Madrid: Editorial Síntesis, 1997.
- VIQUEIRA, C. - Los hospitales para locos e “inocentes” en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles. **Rev. Esp. de Antrop. Americana**, 5: 341-383, 1970.
- WAHRIG, G. - **Deutsches Wörterbuch**, Reinhard Mohn, Bertelsmann Lexikon-Verlag, 1968.



*ANEXOS*

(Lista de pessoas entrevistadas)

Presidente da mantenedora - 1

Provedor - 2

Diretor Geral do HG - 3

Gerente Técnico - 4

Funcionário administrativo- 5

Diretor clínico - 6

Chefe de psiquiatria - 7

Psiquiatra - 8

Psicólogo - 9

Terapeuta Ocupacional - 10

Coordenador de enfermagem - 11

Enfermeiro - 12

Auxiliar de enfermagem - 13

Cardiologista - 14

Ex Coordenador de saúde - 15

Coordenador de saúde - 16

*Formulário instalações das clínicas médicas/enfermarias de psiquiatria*

**Município/Estado:** \_\_\_\_\_

**Nome e cargo do responsável pelas informações:** \_\_\_\_\_

---

**Data de preenchimento:** \_\_\_\_\_

**Nome da Instituição:** \_\_\_\_\_

**Endereço e CEP:** \_\_\_\_\_

---

**Telefone:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

1) Antigüidade do prédio da instituição (ou ano em que foi fundado):

\_\_\_\_\_

2) Número total de leitos da instituição: \_\_\_\_\_  
 (SUS \_\_\_\_\_; particulares/conveniados \_\_\_\_\_)

3) A instituição conta com (responda sim "S" ou não "N"):

- Laboratório de Análise Clínica  Raios X  UTI   
 Tomografia computadorizada   
 Pronto Socorro Geral  Cobertura psiquiátrica no PS  Ambulatório   
 Ambulatório de psiquiatria  Interconsulta Psiquiátrica   
 Estudantes de: medicina  enfermagem  psicologia   
 terapeutas ocupacionais  fisioterapia  serviço social   
 Residência médica

4) Ano em que foi fundada a clínica médica/enfermagem: \_\_\_\_\_

5) Antigüidade do prédio da clínica/enfermagem onde são hospitalizados os pacientes psiquiátricos:

a) Nova (de 1 a 5 anos)	Dado exato <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> não disponível <input type="checkbox"/>
b) Recente (de 6 a 10 anos)	Dado exato <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> não disponível <input type="checkbox"/>
c) Antiga (mais de 10 anos)	Dado exato <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> não disponível <input type="checkbox"/>

No caso das opções b ou c, ¿a clínica/enfermaria teve remodelações ou adaptações para acolher pacientes psiquiátricos?: \_\_\_\_\_

6) Número total de leitos na clínica/enfermaria médica: Total: \_\_\_\_\_

(para homens \_\_\_\_\_ para mulheres \_\_\_\_\_ )

7) Número de leitos destinados a pacientes psiquiátricos na clínica médica:

Total: \_\_\_\_\_ (para mulheres: \_\_\_\_\_ para homens: \_\_\_\_\_ )

8) Disposição dos leitos:

intercalados com os outros pacientes  discriminados dos outros pacientes

9) População atendida na clínica no último ano:

Total: \_\_\_\_\_ dado exato  dado aproximado  dado não disponível

10) Número de pacientes psiquiátricos internados atualmente:

a) homens: \_\_\_\_\_ b) mulheres: \_\_\_\_\_ c) Total: \_\_\_\_\_

11) Três diagnósticos psiquiátricos mais frequentes:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

12) Média de permanência (em dias) \_\_\_\_\_

dado exato  dado aproximado  dado não disponível

13) Realizam-se admissões involuntárias: sim  não

14) Porcentagem de reinternações no último ano: \_\_\_\_\_

dado exato  dado aproximado  dado não disponível

15) Número de óbitos de pacientes psiquiátricos durante a internação no último ano:

\_\_\_\_\_

16) Número de suicídios de pacientes psiquiátricos durante a internação no último ano:

\_\_\_\_\_

17) ¿Existe alguma norma quanto a procedimentos frente a episódios de violência?

sim  não

Em caso afirmativo como procede/norma: \_\_\_\_\_

18) ¿A norma está escrita em algum impresso ou formato? sim  não

19) ¿Existem na clínica/enfermaria disposições de segurança frente a possíveis fugas?

existem  ¿quais seriam?: \_\_\_\_\_

não existem

20) ¿Existem modalidades terapêuticas, além da medicação, que sejam desenvolvidas com os pacientes de psiquiatria?

21) O suprimento de medicamentos é:

a) Med. básicos: adequado  parcialmente adequado  não adequado

b) Med. psiquiátricos: adequado  parcialmente adequado  não adequado

22) ¿O espaço disponível é adequada para o número de pacientes psiquiátricos atendidos?

sim  parcialmente  não adequado

23) Espaço para que os pacientes guardem seus objetos pessoais: sim  não

24) Número de banheiros: \_\_\_\_\_

pia  \_\_\_\_\_ chuveiro  \_\_\_\_\_ vaso sanitário  \_\_\_\_\_

25) Condições de higiene dos banheiros:

boa  regular  inadequada

26) Espaço, fora do quarto, para receber visitas: sim  parcialmente  não

27) Iluminação adequada: sim  parcialmente  não

28) Limpeza adequada: sim  parcialmente  não

29) Elementos que orientem temporalmente aos pacientes (responda sim "S" ou não "N"):

relógio  calendário  jornal/revistas  radio  TV

outros  : \_\_\_\_\_

30) ¿A quantos quilômetros encontra-se o hospital psiquiátrico mais próximo?

31) ¿Qual é o N° de hospitais gerais na cidade? \_\_\_\_\_

¿Qual é o N° de hospitais psiquiátricos na cidade? \_\_\_\_\_

¿Há alguma outra informação ou comentário que o Sr./Sra. ache importante ser acrescentada em relação à instituição e à enfermaria?

¿Há algum texto, relatando alguma experiência referente à informação de pacientes psiquiátricos em sua instituição?



Campinas, / /2000

Prezado senhor,

tem esta o objetivo de apresentar a psicóloga Cristina Larrobla, inscrita no Programa de Doutorado do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Seu projeto de pesquisa está sob minha supervisão e conta com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo 99/01635-0).

O trabalho se desenvolve no âmbito de uma linha de pesquisa, mais abrangente, a respeito das relações entre psiquiatria e hospital geral, já existente na UNICAMP, e estudará a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais em cidades do interior de três Estados: São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. Ao contrário do que se observava há dez anos atrás, quando se instalavam enfermarias de psiquiatria em grandes hospitais públicos ou universitários das capitais, esses três Estados, na última década, passaram a internar, em várias cidades de médio porte, em hospitais gerais, pessoas acometidas de transtornos mentais.

O trabalho da Sra. Cristina Larrobla constituirá em visitar alguns desses hospitais gerais e entrevistar profissionais ligados à sua direção.

Solicito-lhe a gentileza de nos auxiliar nesse projeto. Comprometemo-nos, ao final do trabalho, enviar-lhe cópia do relatório final.

Cordialmente,

Prof. Dr. Neury J. Botega  
Chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria  
Faculdade de Ciências Médicas  
UNICAMP

## Matriz de dados do formulário descritivo

### A - Características gerais das instituições/hospitais gerais

A1 - (Pergunta 1) - Antigüidade do prédio

A2 - (Pergunta 2) - N° total de leitos

A2.1 - SUS

A2.2 - Particulares/conveniados

A3 - (Pergunta 3) - Nível de complexidade

### B - Características gerais das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos

B1 - (Pergunta 4) - Antigüidade enfermaria/clínica

B2 - (Pergunta 5) - Antigüidade do prédio enfermaria/clínica

B3 - (Pergunta 5) - Remodelações ou adaptações

### C - Características específicas das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos

C1 - (Pergunta 6) - Total de leitos da enfermaria/clínica

C2a - (Pergunta 7) - Total de leitos destinados a psiquiatria

C2b - (Pergunta 8) - Disposição dos leitos psiquiátricos na clínica

C3 - (Pergunta 9) - População atendida na enfermaria/clínica último ano

C4 - (Pergunta 10) - Total pacientes internados<sup>1</sup>

C5 - (Pergunta 11) - Diagnósticos mais freqüentes

C6 - (Pergunta 12) - Média de permanência

C7 - (Pergunta 13) - Admissões involuntárias

C8 - (Pergunta 14) - Reinternações último ano

C9 - (Pergunta 15) - Óbitos pacientes psiquiátricos último ano

C10 - (Pergunta 16) - Suicídio de pacientes psiquiátricos último ano

---

<sup>1</sup> Este dado refere-se aos pacientes internados no momento em que foi preenchido o formulário descritivo.

**D - Condições materiais dos prédios das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos**

- D1 - (Pergunta 22) - Espaço disponível para pacientes psiquiátricos atendidos
- D2 - (Pergunta 23) - Espaço disponível para objetos pessoais dos pacientes psiquiátricos
- D3a - (Pergunta 24) - N° de banheiros
- D3b - (Pergunta 25) - Higiene banheiros
- D4 - (Pergunta 26) - Espaço para visitas
- D5 - (Pergunta 27) - Iluminação
- D6 - (Pergunta 28) - Limpeza

**E - Aspectos administrativos do funcionamento**

- E1 - (Pergunta 17) - Existência de norma frente episódios de violência
- E2 - (Pergunta 18) - Concretização através de impresso
- E3 - (Pergunta 19) - Disposições de segurança frente episódios fuga

**F - Recursos terapêuticos e materiais**

- F1 - (Pergunta 20) - Modalidades terapêuticas
- F2a - (Pergunta 21a) - Suprimento de medicamentos básicos
- F2b - (Pergunta 21b) - Suprimento de medicamentos psiquiátricos
- F3 - (Pergunta 29) - Elementos de orientação temporal para pacientes psiquiátricos

**G - Recursos da rede de saúde/saúde mental**

- G1 - (Pergunta 30) - Distância do hospital psiquiátrico mais próximo
- G2 - (Pergunta 31) - N° de hospitais gerais na cidade
- G3 - (Pergunta 31) - N° de hospitais psiquiátricos na cidade

## Codificação

### A - Características gerais das instituições/hospitais gerais

A1- Valor absoluto em anos

A2 - N° absoluto de leitos

A2.1 - Percentagem do total de leitos

A2.2 - Percentagem

A3 - (Pergunta 3) - Nível de complexidade

### B - Características gerais das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos

B1 - 0 - Não sabe/não responde

1 - de 1 a 10 anos

2 - de 11 a 20 anos

3 - mais de 20 anos

B2 - 0 - Não sabe/não responde

1 - de 1 a 5 anos

2 - de 6 a 10 anos

3 - mais de 10 anos

B3 - 1 - sim

2 - não

### C - Características específicas das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos

C1- N° absoluto de leitos

C2a - N° absoluto de leitos

C2b - 1 - intercalados

2 - discriminados

C3 - N° absoluto de pacientes

C4 - N° absoluto de pacientes

C5 - Diagnósticos mais frequentes

C6 - 0 - Não sabe/não responde

1 - < 10 dias

2 - de 11 a 20 dias

3 - de 21 a 30 dias

C7 - 1 - sim

2 - não

C8 - Percentagem

C9 - N° absoluto de óbitos

99 - Não sabe/não responde

C10 - N° absoluto de pacientes

99 - Não sabe/não responde

**D - Condições materiais dos prédios das enfermarias psiquiátricas ou clínicas médicas com leitos psiquiátricos**

D1 - 1 - sim

2 - parcialmente

3 - não adequado

D2 - 1 - sim

2 - não

D3a - N° de banheiros/ 10 pacientes (C1)

D3b - 1 - boa

2 - regular

3 - inadequada

D4 - 1 - adequada

2 - parcialmente adequado

3 - não adequado

D5 - 1 - adequada

2 - parcialmente adequada

3 - não adequada

D6 - 1 - adequada

2 - parcialmente adequada

3 - não adequada

**E - Aspectos administrativos do funcionamento**

E1 - 1 - sim

2 - não

E2 - 1 - sim

2 - não

E3 - 1 - sim

2 - não

**F - Recursos terapêuticos e materiais**

F1 - 1 - Apenas medicação

2 - Medicação e outros recursos terapêuticos

F2a - 1 - adequado  
2 - parcialmente adequado  
3 - não adequado

F2b - 1 - adequado  
2 - parcialmente adequado  
3 - não adequado

F3 - 1 - sim  
2 - não

**G - Recursos da rede de saúde/saúde mental**

G1 - Valor absoluto em km<sup>2</sup>

G2 - N° absoluto

G3 - N° absoluto

**Matriz de dados do Formulário Descritivo**

Cidades	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2a	C2b	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Pouso Alegre	82	260		3	3	1	26	26		0	21		2	1	0	1	0
Araguari	84	75		2	3	1	13	13		192	9		2	1	19,3	0	0
curitibanos	18	203			3	1	20	20		0	10		2	1	10	1	0
Lages	87	258		3	3	1	32	32		80	32		3	1	30-40	99	0
Joinville	15	300		1	1	1	28	28		0	26		3	1	0	3	0
Carangola	78	150		3	3	2	38	5	2	265	4		2	1	0	1	0
Formiga	109	107		0	3	2	34	5	1	0	7		1	1	0	99	0
São Francisco do Sul	150	97		0	3	2	24	5	2		1		1	2		0	0
Lençóis Paulista	58	98				0								1			0

Cidades	D1	D2	D3a	D3b	D4	D5	D6	E1	E2	E3	F1	F2a	F2b	F3	G1	G2	G3
Pouso Alegre	1	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	100	1	0
Araguari	1	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	35	5	0
curitibanos	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	90	1	0
Lages	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	200	1	0
Joinville	1	1	13	1,00	1,00	1	1	1	1	1	2	1	1	1	140	2	0
Carangola	1	1	4	1	3,00	1	1	2	2	2	1	1	1	2	76	2	0
Formiga	3	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	20	1	0
São Francisco do Sul	2	1	11	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	150	7	0
Lençóis Paulista	2				1		1										

## C 5 - Diagnósticos mais freqüentes nas internações por unidade de análise

Pouso Alegre	1. Alcoolismo 2. Esquizofrenia 3. Depressão
Araguari	1. Esquizofrenia 2. Consumo de substâncias psicoativas 3. Transtornos de personalidade
Curitibanos	1. Psicose orgânicas 2. Esquizofrenia 3. Alcoolismo
Lages	1. Alcoolismo 2. Esquizofrenia 3. Depressão
Joinville	1. Transtorno afetivo bipolar 2. Esquizofrenia 3. Depressão
Carangola	1. Psicose aguda 2. Esquizofrenia 3. Alcoolismo
	<b>Formiga</b> 2. Alcoolismo 3. Esquizofrenia
São Francisco do Sul	1. Alcoolismo 2. Consumo de substâncias psicoativas 3. Depressão
Lençóis Paulista	1. Psicose orgânicas 2. Alcoolismo 3. Esquizofrenia