

INÊS DE FATIMA CUNHA ATAIDE

**AS INTERNAÇÕES NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA EM MATO GROSSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFMT, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

CUIABÁ/MT
2008

DEDICATÓRIA

Ao meu querido esposo e filhos que souberam tão bem compreender os meus momentos de ausência em função deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Alice, minha orientadora, pela extrema generosidade e sabedoria com que me apresentou caminhos para este estudo. Pelo conhecimento compartilhado, pela experiência dividida. E principalmente pela paciência, carinho, confiança e amizade.

Aos companheiros do Núcleo de Estudos em Saúde Mental - NESM/MT, pelo apoio constante.

A Secretaria de Estado de Saúde e à direção do CIAPS Adauto Botelho.

Ao CNPQ, pelo financiamento que possibilitou a realização deste trabalho.

Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceites o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.

(B. Brecht)

ATAÍDE, I. F. C. **As internações no contexto da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso**, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 105 p.

Orientador: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

RESUMO

Mato Grosso apresenta um avanço significativo no processo da Reforma Psiquiátrica, destacando-se como um dos cinco primeiros estados em implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços configuram-se como a principal estratégia para a atenção psicossocial e um dos seus objetivos é a redução das internações psiquiátricas. Esta dissertação teve como objetivo analisar a demanda de internações no hospital psiquiátrico público de Mato Grosso e sua implicação no processo de trabalho da enfermagem. O compromisso social com a mudança de modelo assistencial é parte das competências requeridas atualmente para os enfermeiros no campo da saúde mental. O pressuposto foi que, apesar da criação dos dispositivos de atenção psicossocial, a internação psiquiátrica continua presente e vêm aumentando num quantitativo impreciso e não visível nos sistemas de informação. Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, fundamentado no materialismo histórico e dialético, que possibilita perceber as contradições presentes no contexto local de Reforma Psiquiátrica. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento padronizado em três setores do hospital e refere-se às internações efetuadas num período de 12 meses. Foram também obtidos dados nos sistemas de informação em saúde, documentos e observação. Os dados foram analisados utilizando-se a análise temática, a partir das categorias analíticas: A Reforma Psiquiátrica; Sistemas de Informação no SUS e o Processo de trabalho de enfermagem psiquiátrica. As categorias empíricas destacadas foram: a sistematização das informações na instituição; a caracterização dos pacientes internados; o sistema de informação e regulação das internações; o número de leitos psiquiátricos e o trabalho de enfermagem. Os resultados apontam que não existe uma sistematização das informações na instituição. Foram identificadas 1806 internações sendo 1278 (70,8%) de pacientes do sexo masculino. O grupo diagnóstico das Psicoses responde a 934 (52,8%) das internações, com uma prevalência maior para o sexo feminino (78,7%). O grupo diagnóstico da Dependência Química representou 717 (40,6%) das internações, com maior prevalência para o sexo masculino (53,1%). 1551 (84,4%) pacientes encontravam-se na faixa etária entre 19 a 48 anos. 1165 (64,5%) internações foram involuntárias e 368 (28,4%) compulsórias. Apenas 162 (9,0%) dos pacientes tinham encaminhamento para os CAPS após a alta. 1417 pacientes eram procedentes do Escritório Regional de Cuiabá, que apresentou um índice de internação (0,156%) bem maior que o do Estado (0,061). Há uma diferença de 400% entre o menor e o maior número de leitos informados nos bancos de dados e documentos oficiais pesquisados. Não há um sistema de regulação de leitos para Psiquiatria em MT. Esses resultados incidem diretamente no processo de trabalho do enfermeiro: a dificuldade de oferecer um cuidado de qualidade quando não se sabe sequer o número de pacientes ou de leitos e qual o número de profissionais necessários para realizar esse cuidado. Consideramos que os dados de internação e os sistemas de informação e regulação são essenciais para a avaliação dos serviços substitutivos e imprescindíveis para a continuidade do movimento de Reforma Psiquiátrica. Contudo, na realidade estudada esses instrumentos não subsidiam a implementação das políticas públicas em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica; Avaliação de serviços de saúde; Sistemas de Informação; Trabalho.

ATAÍDE, I. F. C. **Las Internaciones en el Contexto de la Reforma Psiquiátrica en Mato Grosso**. 2008. Disertación. (Máster en la Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá. 105 p.
Orientador: Dr^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

RESUMÉN

Mato Grosso presenta un avance significativo en el proceso de la Reforma Psiquiátrica, destacándose como un de los cinco primeros Estados en implantación de Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Eses servicios configuranse como la principal estrategia para la atención psicosocial y un de los objetivos es la reducción de las internaciones psiquiátricas. Esta disertación tuvo como objetivo analizar la demanda de internaciones en el hospital psiquiátrico público de Mato Grosso y su implicación en el proceso de trabajo de la enfermería. El compromiso social con la mudanza de modelo asistencial es parte de las competencias requeridas atualmente para los enfermeros en el campo de la salud mental. El presupuesto fue que a pesar de la creación de los dispositivos de atención psicosocial, la internación psiquiátrica continua presente y viene aumentando en un cuantitativo impreciso y no visible en los sistemas de información. Tratase de estudio descriptivo de abordaje cualitativa, fundamentado en el materialismo historico y dialéctico, que posibilita percibir las contradicciones presentes en el contexto local de la Reforma Psiquiátrica. La colecta de datos fue realizada por medio de instrumento estandarizado en tres sectores del hospital y referese a las internaciones efectuadas en un período de 12 meses. Fueron también obtenidos datos en los sistemas de información en salud, documentos y observaciones. Los datos fueron analizados utilizandose la análisis temática a partir de las categorías analíticas: Reforma Psiquiátrica; Sistemas e Informaciones en el SUS y el Proceso de Trabajo de enfermería psiquiátrica. Las categorías empíricas destacadas fueron: la sistematización de las informaciones en la institución; la caracterización de los pacientes internados; el sistema de información y regulación de las internaciones; el número de lechos psiquiátricos y el trabajo de enfermería. Los resultados apuntan que no existe una sistematización de las informaciones en la institución. Fueron identificados 1806 internaciones siendo 1278(70,8%) de pacientes del sexo masculino. El grupo diagnóstico de la Dependencia Química representó 717(40,6%) de las internaciones, con mayor prevalencia para el sexo masculino (53,1%). 1151 (84,4%) pacientes encontravense en la facha etaria entre 19 la 48 años. 1165 (64,5%) internaciones fueron involuntarias y 368 (28,4%) compulsorias. Apenas 162 (9,0%) de los pacientes tenían encaminamiento para los CAPS después la alta. 1417 pacientes eran provenientes de la Oficina Regional de Cuiabá, que presentó un índice de internación (0,156%) bien mayor que el del Estado (0,061). Hay una diferencia de 400% entre lo mayor y lo menor número de lechos informados en los bancos de datos y documentos oficiales pesquisados. No hay un sistema de regulación de lechos para Psiquiatria en MT. Eses resultados inciden directamente en el proceso de trabajo del enfermero: la dificultad de ofrecer un cuidado de calidad cuando no se sabe siquiera el número de pacientes o de lechos y cual el número de profesionales necesarios para realizar esse cuidado. Consideramos que los datos de internación y los sistemas de información y regulación són esenciales para la evaluación de los servicios substitutivos y imprescindible para la continuidad del movimiento de Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, en la realidad estudiada esos instrumentos no subsidián la implementación de las políticas públicas en salud mental.

Palabras Claves: Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica; Evaluación de Servicios de Salud; Sistemas de Información; Trabajo.

ATAÍDE, I.F.C. **The internments within the context of the Psychiatric Reform in Mato Grosso**, 2008. Dissertação (Master in Nursing) – Post-Graduation Course of Nursing, UFMT, Cuiabá, 105. p.

Guidance: Dr. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

ABSTRACT

Mato Grosso presents a significant advance in the process of Psychiatric Reform, standing out as one of the five first States in the implantation of Centers of Psychosocial Attention (CAPS). These services configure as the main strategy for psychosocial attention, and the reduction of internments in psychiatric hospitals is one of the objectives of these services. This dissertation had the objective of analyzing the demand for internments at the sole public psychiatric hospital of Mato Grosso and its implications in the working process of nursing. The social compromise with the changing of the assistance model is a part of the competencies currently required from the nurses working in the field of mental health. The presupposition was that, in spite of the creation of arrangements for psychosocial attention, the psychiatric internment remains present and is increasing in an imprecise quantitative, not visible in the information systems. It is a study descriptive of the qualitative approach, based on the historical and dialectic materialism, which allows for the perception of the contradictions present within the local context of Psychiatric Reform. The data sampling has been carried out by means of a standardized instrument in three sectors of the hospital and refers to the internments of a 12 months period. Further data was obtained from the health information systems, documents and observation. The data was analyzed by utilizing the thematic analysis, starting from the analytic categories: the Psychiatric Reform, the Information Systems at SUS and the working processes of psychiatric nursing. The empiric categories detached were: the systematization of the institution's information, the characterization of the interned patients, the information and regulation system of the internments, the number of psychiatric beds and the nursing work. The results indicate that a systematization of the information at the institution does not exist. 1806 internments were identified, 1278 (70,8%) of them being patients of the male gender. The diagnose group of Psychosis answers for 934 (52,8%) internments, with a greater prevalence of the female gender (78,7%). The diagnose group Chemical Dependency represented 717 (40,6%) of the internments, with a greater prevalence of the male gender (53,1%). 1551 patients ranged between 19 to 48 years of age. 1165 (64,5%) internments were involuntary and 368 (28,4%) compulsory. Only 162 (9,0%) of the patients had been forwarded to the CAPS after their discharge from the hospital. 1417 patients came from the Cuiabá Regional Office, which presented an internment index (0,156%) quite higher than the statewide index (0,061%). There is a difference of 400% between the lesser and the greatest number of beds informed in the databases and the official documents researched. There isn't a system to regulate the beds for the Psychiatry in Mato Grosso. These results directly befall the nurse's working process: the difficulty in offering a quality care when one does not know even the number of patients or beds, nor the number of professionals necessary to perform such care. We consider that the internment data and the information and regulation system are essential to evaluate the substitutive and indispensable services for the continuity of the movement for Psychiatric Reform. Notwithstanding, within the reality studied, these instruments do not subsidy the implementation of the public policies of mental health.

Key-words: Mental health; Psychiatric nursing; Evaluation of the health services; Information systems; Work.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 Distribuição do número de internações de acordo com o setor de internação.....	55
Tabela 2 Distribuição do número de internações de acordo com o sexo.....	56
Tabela 3 Distribuição do número de internações segundo a faixa etária.....	57
Tabela 4 Distribuição do número de internações segundo o grupo de diagnóstico e o sexo.....	59
Tabela 5 Distribuição do número de internações de acordo com o tipo de internação.....	65
Tabela 6 Distribuição do número de internações segundo encaminhamento de alta.....	69
Tabela 7 Distribuição do número de internações de acordo com a procedência.....	75
Quadro 1 Número de leitos segundo fontes de informação, de Janeiro de 2002 a Agosto de 2007.....	82
Quadro 2 Número de internações de acordo com dados do DATASUS e dados locais.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CERSUS	Central de Regulação de Cuiabá
CIAPS	Centro Integrado de Atenção Psicossocial
CVP	Central de Vagas Psiquiátricas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FUSC	Fundação de Saúde de Cuiabá
GAOD	Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas
HUJM	Hospital Universitário Júlio Müller
IPV	Internação voluntária
IPi	Internação involuntária
IPC	Internação compulsória
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso.
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NESM-MT	Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Mato Grosso
PA	Pronto Atendimento Psiquiátrico
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PRATICAPS-MT	Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS de Mato Grosso
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
SISMAL	Sistema de Informações sobre Malária
SISVAN	Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	18
3 METODOLOGIA	19
3.1 Tipo de Pesquisa.....	19
3.2 Referencial Teórico- Metodológico.....	19
3.3 Procedimentos.....	22
3.3.1 Coleta dos Dados.....	22
3.3.2 Análise dos Dados.....	28
4 REVISÃO TEÓRICA	30
4.1 A Assistência Psiquiátrica e a Reforma Psiquiátrica.....	30
4.2 O processo de trabalho de enfermagem psiquiátrica.....	38
4.3 A Rede de Serviços em Saúde Mental no Município de Cuiabá e em Mato Grosso.....	43
4.4 Sistema de Informação e Regulação em Saúde.....	45
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	50
5.1 A Sistematização das Informações na Instituição.....	50
5.2 Caracterização da população.....	55
5.3 O Sistema de Informação e Regulação das Internações, o número de leitos psiquiátricos e o processo de trabalho de enfermagem.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS E APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

Para realizar este estudo partimos de uma inquietação pessoal, por vivenciarmos a realidade concreta do setor de internação de um hospital psiquiátrico público do Estado de Mato Grosso, no qual atuamos como enfermeira há mais de quatro anos.

Nessa vivência profissional constatamos o que vários estudos já demonstraram, ou seja, que o hospital psiquiátrico não atende às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico no que concerne à emancipação e autonomia, nem tampouco promove a cura da doença, objetivo da psiquiatria ao criar os hospícios. Constatamos, porém, que a principal função dos antigos asilos se mantém fortemente, ainda hoje, no hospital psiquiátrico: a função de ser um espaço de exclusão social, de “coletor dos rejeitos” como afirmam Dell’Acqua e Mezzina (2005).

A assistência oferecida à pessoa com sofrimento psíquico passou por muitas transformações ao longo da história. Amarante (1995a) aponta que mudanças significativas ocorreram a partir do final do século XVIII, quando o médico francês Philippe Pinel inicia uma assistência diferente aos “loucos” criando o asilo, um espaço para o tratamento da loucura. Transforma-se, assim, a instituição asilar em um espaço de cura (o hospício moderno) e surge a primeira especialidade médica, a Psiquiatria, que assume o domínio científico/social sobre o sujeito “louco”.

Durante quase dois séculos o modelo manicomial configurou-se como a principal e praticamente única forma de tratamento da loucura. As principais transformações ocorridas nessa área, segundo estudos realizados por Amarante (1995a); Vasconcelos (2002) e Basaglia (2005) ocorreram no contexto pós II Guerra Mundial, quando surgiram vários movimentos de contestação e crítica às práticas e ao saber psiquiátrico, principalmente na França, Inglaterra e EUA. Porém, foi a partir das propostas de desinstitucionalização surgidas na Itália, na década de 60, que o movimento da Reforma Psiquiátrica tornou-se visível no Brasil.

A influência desses movimentos mundiais de crítica à psiquiatria foi percebida no Brasil a partir do final dos anos 70 do século XX, provocando

intenso momento de discussão e mobilização social que se configurou como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995a p.87).

A Reforma Psiquiátrica, para o autor acima citado, implica desmontar toda uma rede de psiquiatrização que tem o hospício como única forma de tratamento para a loucura e estimular e direcionar ações voltadas para o modelo psicossocial, visando à inclusão social e à promoção da vida para a pessoa que sofre e que historicamente sempre foi excluída, o “louco”.

Nessa perspectiva, o foco da assistência passa a ser o sujeito em sofrimento psíquico e as ações de saúde passam a ser redirecionadas para os serviços territoriais e de base comunitária, através da criação de dispositivos de atenção psicossocial, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2004a).

A partir de 1990, inicia-se no Brasil a implantação progressiva do Sistema Único de Saúde – SUS e, paralelamente, inicia-se também o processo de reestruturação da assistência à saúde mental, a partir de uma política nacional que apontava as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, onde se prevêm, entre outras medidas, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a implantação de rede de atenção psicossocial substitutiva do modelo hospitalocêntrico, a inclusão social das pessoas portadoras de transtorno mental e o resgate de sua cidadania (BRASIL, 2004a).

Desde o início do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, observam-se algumas importantes transformações ocorridas nesta área: a definição, pelo Ministério da Saúde (MS), das normas administrativas, que criam e regulamentam oficialmente os CAPS (Portaria GM Nº336/02); instituem o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Portaria GM Nº 52/04); instituem os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria GM Nº 106/00), entre outras, que viabilizam essa política nacional para a assistência em saúde mental. A aprovação da Lei nº.10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também foi um marco desse processo (BRASIL, 2004b).

Destas diretrizes políticas, legais e normativas decorreram, no que se refere à reorganização das práticas: a redução do número de leitos e até mesmo o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos; a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a implantação de CAPS e Serviço Residencial Terapêutico (SRT), ampliação do atendimento ambulatorial psiquiátrico e a criação de serviços de pronto atendimento para urgência e emergência psiquiátrica. Nesse processo também surgiram e se fortaleceram movimentos e organizações civis em favor da luta antimanicomial e foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em junho de 1987 como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. Teve como temas básicos: economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência em saúde mental; cidadania e doença mental, direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988). A 2ª Conferência Nacional foi realizada em dezembro de 1992, e contou com a participação de 500 delegados (usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços) e foram discutidos três grandes temas: crise, democracia e Reforma Psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania. Nessa conferência houve, pela primeira vez, a participação ativa dos usuários (BRASIL, 1994). A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 2001. O tema central foi “Cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade e Controle social” (BRASIL, 2002a).

Em Mato Grosso, as diretrizes propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica também se fizeram notar na reorganização das práticas, uma vez que foram implantados vários serviços de saúde mental extra-hospitalares, distribuídos nos diferentes municípios do Estado.

Até 2002 existiam em Cuiabá dois CAPS (um para atendimento a dependentes químicos, CAPSad e outro para atendimento a crianças, CAPSi), sendo estes situados na estrutura administrativa do Centro Integrado de Atenção Psicossocial - CIAPS Adauto Botelho, de gestão estadual.

A partir de 2002, inicia-se a implantação de diversos serviços para atendimento às pessoas com transtornos mentais e dependência química na rede municipal de atenção à saúde de Cuiabá. Atualmente a rede é composta por: 3 CAPS, sendo 2 para atendimento a portadores com transtorno mental e 1 para dependentes químicos, que atende adolescentes com até 16 anos; 10 residências terapêuticas; 1 ambulatório de psiquiatria na policlínica do bairro CPA e 1 ambulatório central.

Vale ressaltar que a implantação da maior parte desses serviços coincide com o período de fechamento do único hospital psiquiátrico privado de Cuiabá – Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá – em junho de 2004. Atualmente existem dois hospitais psiquiátricos no Estado de Mato Grosso, sendo um de caráter filantrópico com 82 leitos credenciados ao SUS (Hospital Paulo de Tarso), situado no município de Rondonópolis, e outro de caráter público (CIAPS Adauto Botelho) situado no município de Cuiabá.

A implantação destes serviços extra-hospitalares está em conformidade com a política nacional de saúde mental e com os princípios da Reforma Psiquiátrica, porém, tal movimento não ocorre de maneira harmônica. Dentre as contradições próprias desse movimento observamos, pela nossa vivência no setor de internação, uma superlotação de pacientes no hospital psiquiátrico público de Cuiabá.

Buscando esclarecimento sobre esse aumento do número de pacientes internados no hospital psiquiátrico, encontramos inicialmente no Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)¹, que tal hospital possuía apenas 35 leitos credenciados ao SUS. Este dado divergia, e muito, do número real de leitos, de acordo com a nossa vivência de trabalho. Observamos ainda o fato de que, em Mato Grosso, não há um sistema de regulação para esses leitos, como existe para os demais atendimentos de especialidades médicas em nível terciário.

¹ Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=5103402604396 (acesso em 29/11/2005)

Em vista disso, apontamos algumas reflexões e questionamentos que nos mobilizaram para a realização deste estudo: Qual é o número e quais são as características da população que vem sendo internada no hospital psiquiátrico nesse contexto local e regional de criação de serviços extra-hospitalares? Se não temos registros locais da população internada, bem como um sistema de regulação para o hospital psiquiátrico, como é possível o planejamento, a organização e a avaliação da rede de atenção nessa área? Quais são as implicações dessa realidade para o trabalho do enfermeiro nessa área?

Esses questionamentos foram fundamentais na busca pela compreensão da maneira como o movimento de Reforma Psiquiátrica se conforma em Cuiabá. Portanto, partimos do pressuposto de que, apesar da criação dos dispositivos de atenção psicossocial, a internação psiquiátrica continua presente nesse contexto e vem aumentando num quantitativo impreciso e não visível nos sistemas de informação disponíveis.

Buscamos responder de modo sistematizado a esses questionamentos, integrando-os ao projeto de pesquisa PRATICAPS – CNPq², do Grupo de Pesquisa NESM-MT – Núcleo de Estudos em Saúde Mental, da linha de pesquisa *Trabalho e cuidado em saúde mental: integrando saberes e desenvolvendo competências*. Essa linha compõe o Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

O PRATICAPS busca analisar a efetividade das práticas terapêuticas nos CAPS de Mato Grosso. Uma das suas questões norteadoras é: À implantação dos CAPS num determinado território corresponde uma redução do número de internações de portadores de transtorno mental nos hospitais psiquiátricos? Pretende-se, assim, comparar o número de internações hospitalares de pacientes provenientes das cidades mato-grossenses com CAPS instalado e sem CAPS instalado. Acreditamos que o nosso estudo, ao analisar os dados de internação, objeto proposto, se integra ao projeto PRATICAPS incorporando dados sobre a demanda de internações psiquiátricas no hospital psiquiátrico público de

² Projeto de Pesquisa “Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso”, aprovado pelo Edital MCT - CNPq/MS – SCTIE – DECIT/CT – Saúde 07/2005 com Registro nº 554534/2005-3. Coordenado pela Dr^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

Mato Grosso e articulando a análise das internações com a análise da efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS, objetivo geral do PRATICAPS.

A relevância do nosso objeto deve-se ao fato de que a divergência dos dados existentes nos sistemas de informação em saúde, referentes ao número de internações e leitos psiquiátricos no município de Cuiabá e a ausência de dados locais acerca das internações psiquiátricas no CIAPS Adauto Botelho, interfere no processo de trabalho da enfermagem, haja vista que a centralidade da internação psiquiátrica no contexto estudado repercute diretamente na condução ética e técnica do trabalho dos enfermeiros nessa área.

Historicamente o papel do enfermeiro psiquiátrico foi bem definido: era sempre o “dono das chaves”. Isso já foi criticado em vários estudos que apontam o enfermeiro psiquiátrico, ao longo da história, como agente alienado e da alienação. Contudo, hoje, esse trabalho assume um novo significado, “da prática vigilante e repressora para agente terapêutico” (KIRSCHBAUM, 2000, p.16). Ao visar não mais o controle, mas a promoção da vida e ampliação das habilidades para efetuar trocas nos cenários da vida pessoal e social, a enfermagem busca novos referenciais e encontra também dificuldades.

Ao nos inserirmos de maneira ativa nesse contexto, colocamos algumas inquietações: como desenvolver práticas de superação do modelo numa instituição que sequer informa os dados dos pacientes internados para o sistema oficial do SUS? De que modo e com qual responsabilidade participamos desse processo que, ao mesmo tempo, produz indicadores tão destacados no que diz respeito à implantação de serviços novos rumo à Reforma Psiquiátrica e, simultaneamente, não tem um controle do número de leitos? Como garantir qualidade no trabalho técnico-assistencial desenvolvido junto aos pacientes, nessa instituição hospitalar, sem termos, às vezes, um leito disponível para esses pacientes? Como dissociar os processos de gestão centralizada das políticas regionais e institucionais locais, dos processos de trabalho/assistência realizados nesse hospital e dos quais participamos diretamente?

A Enfermagem necessita reconhecer-se como processo de trabalho. Este, sendo o modo como o homem produz e reproduz sua existência, possibilita a vida em sociedade e, sendo intencional, ao executar sua ação através

dos instrumentos criados, produz a transformação do seu objeto de trabalho. A alienação do trabalho é visível quando essa intenção (vontade humana) não está contida em suas atividades e ele não se reconhece no trabalho realizado (MENDES GONÇALVES, 1992). Dessa forma, age como trabalhador alienado que não terá condições de executar práticas no sentido de resgatar ou ampliar direitos de cidadania para as pessoas das quais cuida – portadores de sofrimento mental. Portanto, reconhecer-se como sujeito social, em transformação e cidadão, é condição indispensável para ser um profissional que trabalha no processo de Reforma Psiquiátrica, dentro ou fora dos hospitais psiquiátricos.

Adotando um referencial teórico-metodológico que pressupõe a historicidade, a totalidade e a dinamicidade dos fenômenos, compreendemos que para efetivar o movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto local é necessário um contínuo caminhar, reconhecendo que este movimento não é harmônico e traz em si conflitos e contradições que precisam ser percebidos e vivenciados cotidianamente, a partir de uma realidade concreta. Consideramos que, através do estudo, refletiremos sobre estes questionamentos e perceberemos que, apesar das contradições e limites presentes nesse processo local, há possibilidades de sermos agentes de transformação e contribuir para a concretização deste movimento em Mato Grosso.

2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar a demanda de internações psiquiátricas no CIAPS Aduino Botelho entre o período de setembro de 2005 a agosto de 2006 no contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica em Cuiabá e Mato Grosso e sua implicação no processo de trabalho da enfermagem.

Específicos

- Identificar o número de pacientes internados nos setores masculino e feminino do hospital psiquiátrico e no setor de internação para dependentes químicos da unidade III do CIAPS Aduino Botelho.

- Descrever as características dos pacientes internados (procedência, idade, sexo, diagnóstico, encaminhamentos de alta e tipo de internação).

- Discutir o sistema de informação e controle interno de internações no CIAPS Aduino Botelho e externo (regulação do SUS) para tratamento psiquiátrico em Cuiabá e Mato Grosso e suas repercussões no processo de trabalho de enfermagem.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Optamos por um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado a partir de análise de documentos e da observação, devido às características do estudo. A opção por pesquisa qualitativa deve-se ao fato de concordarmos com Minayo (1994) ao afirmar que, pela característica histórica do objeto, ele expressa significados e intencionalidades das estruturas sociais que são nada mais do que ações humanas coletivas objetivadas.

A pesquisa qualitativa possibilita, como afirma Triviños (1987), ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, o que nos remete a uma posição de não neutralidade e propicia uma aproximação direta com o objeto do estudo.

3.2 Referencial Teórico-Metodológico

Considerando que o conhecimento não é linear e que não há neutralidade do pesquisador, pois este, como afirma Minayo (2006), é um sujeito atuante e possui previamente determinada visão social da realidade, e que os fenômenos são partes de uma totalidade, buscamos a compreensão dos mesmos a partir do referencial teórico do materialismo histórico.

Nesse sentido, apresentamos a seguir as balizas a partir das quais, numa perspectiva dialética, compreendemos que se processa o conhecimento. Portanto, os pressupostos teórico-metodológicos que utilizamos

neste estudo são os afirmados por Minayo (2006) e Andery *et al* (1999), pois estes nos possibilitam apreender a complexidade do objeto estudado e desenvolver uma análise o mais próximo possível da realidade. Assim, o conhecimento:

- É *histórico* – O conhecimento se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. “Possui caráter aproximado” em constante dinamismo e transformação, portanto, é sempre inacabado, incompleto, imperfeito (MINAYO, 2006).

- Possui *consciência histórica* – ‘consciência possível’ – Tanto os indivíduos, como os grupos e também “os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico” (MINAYO, 2006, p.41).

- É *ideológico* – É comprometido, “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho” (MINAYO, 2006 p.42). Portanto, o conhecimento possui uma autonomia relativa, pois o olhar sobre o objeto está condicionado historicamente pela posição social do cientista e pelas correntes de pensamento em conflito na sociedade.

- *Vinculação entre pensamento e ação* – Minayo (2006) afirma que nada pode ser pensado como um problema, se não tiver sido antes um problema concreto, de vida prática. Significa que a escolha de um tema não é espontânea, surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, inseridos numa realidade concreta e nela encontrando suas razões e seus objetivos.

- É *essencialmente qualitativo* – Implica considerar que o objeto é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 2006).

- *Identidade entre o sujeito e o objeto de investigação* – Tanto o sujeito quanto o objeto são elementos indissociáveis de uma realidade historicamente construída, que embora sejam muito diferentes “tem um

substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos” (MINAYO, 2006, p.41).

- *Inacessibilidade do objeto* – É uma “representação” que visa reproduzir o real.

O processo de pesquisa consiste na definição e redefinição do objeto. De um lado, porque seu conhecimento é fruto de um exercício de cooperação onde trabalhamos sobre as descobertas uns dos outros e de outro lado, porque cada teoria formula o objeto segundo os seus pressupostos (MINAYO, 2006, p. 172).

É a partir desses pressupostos acima descritos que realizamos essa pesquisa. Concordando que “o estudo de qualquer fenômeno da realidade implica compreendê-lo a partir de e na realidade concreta de que é parte, e não compreendê-lo abstraindo-se essa realidade, retirando-o dela como se o fenômeno dela independesse” (ANDERY, 1999, p. 418), é que nos propomos analisar as interações psiquiátricas em Mato Grosso, buscando, a partir da sua historicidade e totalidade a reconstrução do fenômeno abstrato e a sua “reprodução” a partir da realidade concreta.

O estudo nos possibilita, “desvendar, no fenômeno, aquilo que lhe é em princípio obscuro” (ANDERY, 1999, p. 413), para que, como afirma esta autora, possamos descobrir por trás da aparência como esse fenômeno realmente é e o que determina que ele tenha essa aparência. Porém, a complexidade dessa teoria nos leva a reconhecer que “a aplicação do método dialético não depende apenas de conhecimento técnico, mas de uma postura intelectual e de uma visão social da realidade” (MINAYO, 2006, p.123).

Considerando os limites do pesquisador e do processo da pesquisa, afirmamos ser essa abordagem analítica mais um “ideal que perseguimos do que uma realidade que conquistamos” (MINAYO, 1994, p.25) neste estudo.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Coleta dos Dados

A obtenção dos dados deste estudo foi pautada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Comitê de Ética em Pesquisa. Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa PRATICAPS – CNPq, configurando-se como subprojeto do mesmo e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) conforme Anexo I.

Para o procedimento de coleta de dados nos setores de internação do CIAPS Adauto Botelho, foram seguidos os preceitos éticos relacionados: comunicação prévia e formal, esclarecimentos sobre o estudo e consentimento formal da referida instituição. Encaminhamos um ofício (Apêndice I) e o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II) à direção do referido hospital, assim como uma cópia do resumo do projeto PRATICAPS (Apêndice III) e comprovante de aprovação da comissão ética, para obtermos a autorização para entrada no campo.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no CIAPS Adauto Botelho, no município de Cuiabá/MT. Esta instituição é o único hospital psiquiátrico público do Estado de Mato Grosso. Compõe a rede de serviços de saúde do município de Cuiabá e é vinculado ao nível estadual de gestão.

O hospital psiquiátrico Adauto Botelho, segundo Oliveira (1998), foi inaugurado em 1957 através de acordo firmado entre o Governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais. Anteriormente era denominado “chácara dos loucos do coxipó da ponte”. Permaneceu em reforma de 1991 a 1993, sendo reinaugurado com uma nova proposta de atendimento à saúde

mental, com a denominação de Centro Integrado de Assistência Psicossocial – CIAPS/Adauto Botelho.

O CIAPS Adauto Botelho engloba os seguintes setores:

- Hospital psiquiátrico – Espaço físico que comporta toda a estrutura administrativa do CIAPS, um Pronto Atendimento para urgências e emergências e dois setores de internação: masculino e feminino. O setor masculino subdivide-se em duas alas, denominadas de posto I, onde são internados os pacientes em fase aguda, e o posto II, onde se encontram internados os pacientes crônicos e os moradores. A ala feminina também era subdividida em posto I e posto II, até o mês de agosto de 2006, quando um dos postos foi desativado.

- Unidade III – Setor de internação para dependentes de álcool/drogas, localizado fora do espaço físico do hospital psiquiátrico. Enquanto o hospital se localiza na Região Sul do município, esta unidade criada recentemente (2005) através de parceria entre as Secretarias de Saúde e de Justiça, está situada na Região Norte.

- Lar doce lar – Setor de internação para pessoas com transtorno mental e subnormalidade associados. Localiza-se fora do espaço físico do hospital psiquiátrico, na Região Leste do município. Neste setor as internações são determinadas através de medida judicial. As Secretarias de Saúde e Justiça assumiram esse serviço em 2005, até quando o mesmo era vinculado à PROSOL.

- Unidade II – Setor destinado a internações determinadas por medidas judicial, localizado no presídio Pascoal Ramos. Foi criado em 2004, através de parceria entre as Secretarias de Saúde e de Justiça.

- 01 Pronto Atendimento psiquiátrico (PA). Setor destinado ao atendimento de urgências e emergências psiquiátricas. Configura-se como um setor de observação de pacientes, por um período de até 72 horas, após esse período os pacientes recebem alta ou são encaminhados para internação, ou outros serviços extra-hospitalares. Localiza-se no mesmo espaço físico do hospital psiquiátrico e foi criado em 2004.

- 01 CAPSad – Para atendimento a dependentes químicos. Foi o primeiro CAPS criado em Mato Grosso (1998). Localiza-se próximo ao hospital psiquiátrico. Atende demanda espontânea e judicial.

- 01 CAPSi – Para atendimento a crianças e adolescentes com até 18 anos, portadores de transtorno mental. Inaugurado em 2002 e localizado próximo ao hospital psiquiátrico.

- 01 Hospital Dia – Atende pacientes portadores de transtorno mental, no período diurno, exceto finais de semana e feriados. Inaugurado em 1993, logo depois da reabertura do CIAPS Aduauto Botelho. Localiza-se no mesmo espaço físico do hospital psiquiátrico, separado deste apenas por uma parede.

- 01 Ambulatório de psiquiatria. Destina-se ao atendimento ambulatorial de pacientes com transtornos mentais. É referência estadual. No final do ano de 2006 esse serviço foi municipalizado.

O acesso aos setores de internação se dá a partir do PA (anexo ao hospital psiquiátrico), que funciona em sistema de plantão, durante 24 horas inclusive nos finais de semana e feriados. Absorve a demanda de todo o estado de Mato Grosso.

A coleta de dados foi realizada, após a autorização da direção, em três dos cinco setores de internação: setores de internação masculino/feminino, e setor de internação para dependentes químicos - Unidade III.

Os outros dois setores de internação, Lar doce Lar e Unidade II foram excluídos do estudo devido à sua especificidade e ao fato de que as internações nesses setores estão condicionadas **exclusivamente** a uma demanda judicial, portanto, não atenderiam aos objetivos propostos neste estudo.

Período do Estudo

A coleta de dados em prontuários foi realizada no período de 05 de outubro a 22 de dezembro de 2006. Foram coletados os dados referentes às internações efetuadas a partir do dia 1 setembro de 2005 a 30 de agosto de 2006.

Ressaltamos que a delimitação desse período de 12 meses deve-se, primeiro, ao fato de acreditarmos que o período de um ano nos possibilitaria evidenciar a regularidade do funcionamento das internações e, segundo, por constatarmos a precariedade de registros da instituição, o que impossibilitaria obter dados referentes a um período mais longo. A opção por delimitar o período entre os meses de setembro a agosto foi em função da existência de um único estudo sobre internação psiquiátrica em Cuiabá, realizado no período de setembro de 1998 a agosto de 1999 por Oliveira, Santos e Marcon em 2004.

Como o estudo acima citado, que serviu de base para esta pesquisa no tocante à análise da situação atual, não é de fácil acesso, pois não se encontra disponível nos meios eletrônicos (ele foi publicado na Coletânea de Enfermagem, revista da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso em 2004), consideramos relevante apresentar o resumo do mesmo.

Trata-se de um estudo descritivo caracterizando a população atendida na Central de Vagas Psiquiátricas do Município de Cuiabá, encaminhada para internação no CIAPS Adauto Botelho e Instituto Neuropsiquiátrico, no período de 1/9/1998 a 30/8/1999. Dos 2389 pacientes encaminhados para internação, 1129 foram para o CIAPS Adauto Botelho, que possui 36 leitos/SUS e 1248 para o Instituto Neuropsiquiátrico, que mantém 300 leitos/SUS. Em 12 prontuários não havia essa informação. Os resultados evidenciaram que: há um predomínio de pacientes do sexo masculino (65%) na população internada; a maioria dos pacientes (65,42%) tem no máximo 38 anos de idade; a classificação diagnóstica dos pacientes internados revela que 32,94% destes são portadores de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas e, 55% são portadores de Esquizofrenia e/ou transtornos esquizotípicos e delirantes; do total de pacientes internados, 44% permaneceram até 10 dias internados, 36% permaneceram de 11 a 40 dias internados e 20% permaneceram por mais de 40

dias internados; foram registrados, no período deste estudo, quatro óbitos (0,17%); 14% dos pacientes foram internados mais de uma vez. Predominaram pacientes procedentes de Cuiabá (65%).

Fonte de dados

Este estudo foi realizado a partir da coleta de dados da internação, de fontes documentais e dados de observação.

De acordo com Mazzotti e Gewandsznajder (2001), podemos considerar como documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação. Ludke e André (1986) afirmam que os documentos constituem uma fonte “natural” de informações que podem ser utilizadas várias vezes e servir de base para outros estudos.

As fontes de dados foram: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Portarias e Relatórios do Ministério da Saúde (MS), Relatórios e informes oficiais da Secretaria de Estado da Saúde de MT (SES/MT) e da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS/Cuiabá), além de documentos e registros da instituição estudada.

Os dados documentais da instituição foram coletados a partir de registros do setor de estatística e faturamento e dos arquivos de entrada e saída de pacientes nos setores de internação. Foram consultados livros de registro de internação e alta de pacientes, de relatório diário de enfermagem, de atendimentos realizados no PA, relatórios digitalizados e impressos disponibilizados pela instituição e prontuários, visando obter informações sobre os pacientes internados: procedência, idade, sexo, diagnóstico, data de admissão e alta, encaminhamentos de alta e tipo de internação.

A observação, além de possibilitar um contato direto do pesquisador com o fenômeno pesquisado, possibilita desvendar aspectos novos de um problema (LUDKE e ANDRÉ, 1986). A observação realizada teve por foco a produção, o armazenamento e a utilização desses documentos pesquisados: local,

forma e conservação do arquivo, suficiências e insuficiências das anotações, utilização das informações nele contidas pela instituição, as possibilidades de utilização como banco de dados de pesquisa, entre outros aspectos.

Considerando que, em se tratando de pesquisa qualitativa não existe a neutralidade do pesquisador, enfatizamos que a utilização de documentos pressupõe sua contextualização e a observação possibilitou contextualizar o objeto na instituição. Essas observações registradas em diário de campo, somadas aos dados objetivos sobre os pacientes internados, constantes dos documentos, constituem os dados gerais que subsidiaram a análise da regulação interna do hospital. Isso, somado às informações sobre a existência e o funcionamento ou não de regulação externa das internações psiquiátricas em Cuiabá e Mato Grosso, constituíram a possibilidade de análise dessas no processo de Reforma Psiquiátrica em Cuiabá e Mato Grosso – objeto deste estudo.

A importância da observação neste estudo deve-se ao fato de que a apreensão do fenômeno observado pelo pesquisador é sempre parcial e, quanto maior o número e a diversificação das formas de apreendê-lo, mais adequada será a compreensão de sua realidade (TRIVIÑOS, 1987 e MINAYO, 2006). A obtenção de dados, a partir de várias fontes, reflete também uma forma de enfrentar a precariedade de registros documentais existente na instituição. Assim, justifica-se, conforme descrito nos objetivos deste estudo, a necessidade de inicialmente **identificar** o número de pacientes internados para, a seguir, a partir de outras fontes, **descrever** as características dos pacientes internados.

Para a identificação das características da população internada, no período estudado (procedência, idade, sexo, diagnóstico, encaminhamentos de alta e tipo de internação) foi utilizado um instrumento padronizado (Apêndice IV) definido de modo articulado ao projeto de pesquisa PRATICAPS. Este instrumento foi testado durante o período de um mês e aprovado após avaliação dos pesquisadores do Grupo NESM, sendo realizada apenas uma alteração, a que se referia à variável *diagnóstico clínico associado*, pois constatamos que essa informação não constava nos prontuários.

Para o procedimento da coleta dos dados empíricos, tivemos a participação de 05 alunos da UFMT, sendo 04 graduandos do curso de medicina e

01 do curso de enfermagem, que participam do projeto PRATICAPS como bolsistas.

Os dados quantitativos coletados a partir desse instrumento foram armazenados em programa específico - *statistical package for the social sciences* – SPSS versão 13 e são apresentados em tabelas de proporção e contingência. Não foram utilizados testes estatísticos de significância devido à característica do estudo.

Reafirmamos ser este um estudo qualitativo, pois a partir da dialética pensamos a relação de quantidade como uma das qualidades dos fatos, ou seja, buscamos encontrar, na parte, a compreensão e relação com o todo. Nesse sentido, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, eles se complementam, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente (MINAYO, 1994 e 2006). Portanto, apesar de os dados quantitativos neste estudo configurarem-se como instrumento indispensável para subsidiar a análise a partir do materialismo dialético, este não pode ser considerado um estudo quantitativo qualitativo por não ter sido utilizada uma triangulação de métodos na análise.

3.3.2 Análise dos Dados

A análise dos dados fundamentou-se nos pressupostos do materialismo histórico e dialético, referencial teórico-metodológico deste estudo.

Os dados foram organizados e classificados; os dados quantitativos são apresentados em tabelas e quadro e analisados, qualitativamente, à luz das categorias analíticas. As balizas teóricas apresentadas no item 3.2, orientaram o processo de análise e discussão dos resultados.

Na pré-análise identificamos a necessidade de buscar outras fontes de documentos além das levantadas inicialmente, que nos permitissem contemplar o objeto estudado em sua totalidade e fornecessem informações que subsidiassem as respostas aos objetivos propostos neste estudo. Desse modo, como

dito anteriormente, além dos documentos relativos às internações encontrados na instituição estudada, buscamos documentos referentes a essas internações nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde – SMS/SES e no Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS).

Para trabalharmos esses dados utilizamos como técnica a Análise Temática, uma das modalidades de Análise de Conteúdo, por considerarmos ser essa “apropriada para as investigações qualitativas em saúde” (MINAYO, 2006, p. 309), que possibilita uma interpretação mais objetiva e crítica do material e um aprofundamento na análise dos dados. Os documentos analisados foram selecionados de forma objetiva e sistemática, a fim de atender aos objetivos propostos no estudo, buscando identificar as *unidades de registro* e de *contexto* e os *recortes* que orientaram a análise. Após a seleção, classificamos e ordenamos os dados com objetivo de estabelecer as categorias analíticas e empíricas que foram utilizadas na análise final.

Após uma leitura exaustiva e flutuante dos documentos selecionados e classificados em documentos internos e externos à internação, buscamos a identificação dos temas relacionados às categorias analíticas previamente estabelecidas: A Reforma Psiquiátrica; Sistemas de Informação no SUS e o Processo de trabalho de enfermagem psiquiátrica.

A partir daí os temas (categorias empíricas) foram identificados: a sistematização das informações na instituição; a caracterização dos pacientes internados; o sistema de informação e regulação das internações; o número de leitos psiquiátricos e o trabalho de enfermagem.

4 REVISÃO TEÓRICA

4.1 A Assistência Psiquiátrica e a Reforma Psiquiátrica

Historicamente, de acordo com Amarante (1995a), a assistência médica aos loucos, teve início no final do século XVIII, quando o médico francês Philippe Pinel, criou o asilo, um espaço para o tratamento da loucura. A loucura passa a ser considerada uma doença e o “louco” passa a ser o doente, o “alienado”. Surge o hospital psiquiátrico/hospício como um espaço de cura, e com ele a primeira especialidade médica, a Psiquiatria, que passará a ter o domínio sobre o sujeito “louco”. O autor citado ressalta que com a supremacia do pensamento iluminista, a loucura constitui um desafio, uma contradição à racionalidade desse novo modelo de sociedade. Observa-se, portanto, neste contexto histórico, a grande contradição em relação ao tratamento da loucura/doença mental, pois Pinel ao retirar os grilhões do louco e “libertá-los” cria e legitima, na realidade, um “cativeiro humano” que se perpetuará como espaço de cura até os dias de hoje.

A repercussão que teve a Revolução Francesa para a nova ordem mundial fez com que estes princípios alienistas fossem adotados na maior parte do mundo ocidental. O asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da Razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995b, p. 491).

O modelo asilar configurava-se como praticamente a única forma de tratamento da loucura. As principais transformações ocorridas nessa área, segundo estudos realizados por Basaglia (2005), Amarante (1995a) e Vasconcelos (2002), ocorreram no contexto pós II Guerra Mundial, quando surgiram vários movimentos de contestação e críticas às práticas e ao saber psiquiátrico, principalmente na França, Inglaterra e EUA. Porém, foi a partir das propostas de desinstitucionalização surgidas na Itália, na década de 60, que o movimento Italiano configurou-se como modelo para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica, principalmente a partir das últimas duas décadas, constitui tema obrigatório e imprescindível para estudos relacionados à saúde mental, no que se refere à compreensão dos determinantes acerca da assistência dispensada aos portadores de sofrimento psíquico ao longo da história e como esse movimento se contextualiza no cenário nacional. Neste estudo faremos um breve retrospecto da Reforma Psiquiátrica, destacando alguns aspectos que consideramos relevantes para a compreensão deste movimento. O primeiro aspecto refere-se à complexidade do processo, ou seja, a Reforma Psiquiátrica constitui-se como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995a, p.87). Não significa somente transformar a instituição psiquiátrica, e/ou humanizar a assistência dispensada ao “louco”, e sim desmontar toda uma rede de psiquiatrização que tem o hospício como única forma de tratamento para a loucura e sempre com caráter excludente e violento e que nega ao sujeito/louco o direito de liberdade, de exercer sua cidadania.

Amarante (2007), ao afirmar que a Reforma Psiquiátrica é um movimento complexo, destaca quatro dimensões: epistemológica (teórico-conceitual), técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Na **dimensão epistemológica**, o autor refere-se à necessidade de desconstruir os conceitos que deram sustentação à psiquiatria e reconstruí-los de acordo com a nova proposta psicossocial. A **dimensão técnico-assistencial** refere-se à construção de uma rede de serviços que não sejam apenas alternativos aos manicômios, mas que proporcione espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade. A **dimensão jurídico-político** refere-se à revisão das leis em relação aos conceitos *doença mental, psicopatia e loucos de todo o gênero*, para que se construam novas possibilidades de cidadania, trabalho e inclusão social. A **dimensão sociocultural** refere-se à transformação do *lugar social* da loucura, de novas formas de se lidar com a doença mental, da inserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

Para o autor, essas quatro dimensões não podem ser dissociadas, elas se cruzam e se complementam.

Consideramos como segundo aspecto o processo de Reforma Psiquiátrica, como um contínuo caminhar, que deve ser construído e reinventado no

cotidiano, principalmente pelos profissionais que atuam na saúde mental, no sentido de refletir as práticas, perceber as contradições existentes, atuar criticamente, entender o processo de trabalho em saúde mental como espaço de reprodução da vida material, portanto, com possibilidades de transformação concreta.

A significação da ação do sujeito histórico em Marx leva em conta o fato de que os seres humanos não são árbitros totalmente livres de seus atos. Pelo contrário, a leitura de seu pensamento deixa claro que o produto da atividade prévia (os contextos sociais, mesmo de valores, crenças e atitudes) representa limitações sobre o leque de opções do presente. No entanto, ainda quando a realidade é determinada por condições e estruturas anteriores, os seres humanos são capazes de deixar nelas a sua marca transformadora (MINAYO, 2006, p. 130).

Rotelli (2001) afirma que a *desinstitucionalização* acontece, inicialmente, no interior da instituição, tendo como principais atores os técnicos que ali atuam. Torna-se necessário derrubar a barreira do preconceito, do descaso, para que a verdadeira reforma aconteça, ou seja, a mudança inicia-se no interior da instituição e completa-se com as ações externas.

Na tentativa de apreender a totalidade do processo da Reforma Psiquiátrica, buscamos no estudo de Vasconcelos (2002), contextualizar esse movimento. O autor mencionado relaciona a trajetória da Reforma Psiquiátrica com processos históricos, no cenário mundial, e destaca os que estimularam ou que intervíram nas características dos processos de desinstitucionalização:

- Contextos históricos de guerra - surgimento das comunidades terapêuticas nos EUA e Inglaterra, criadas com o objetivo de assistir aos soldados e civis com problemas associados à guerra;
- Escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano - estímulo ao investimento na reabilitação de grupos populacionais considerados como produtivos. O processo inverso também foi constatado;
- Processos de transição demográfica - aumento da população idosa, mudanças das estruturas familiares convencionais, a ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher, entre outras;

- Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral, processos políticos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos e organização e avanço de movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares, atuando diretamente no campo da saúde mental;
- O desenvolvimento de sistemas maciços de bem estar social e/ou contextos de afirmação dos direitos sociais;
- Políticas neoliberais – o não investimento em políticas sociais públicas em geral induz a processos de desospitalização, já que estes geram ônus ao Estado, porém tais processos não dão garantia de assistência à comunidade, ocasionando negligência social;
- Mudanças nas formulações epistemológicas filosóficas, teóricas e práticas em Ciências Humanas e, particularmente, no campo da Psicologia, a exemplo dos trabalhos do filósofo francês Michel Foucault, a antipsiquiatria que teve em David Cooper e Ronald Laing seus principais teóricos, assim como a psiquiatria democrática de Franco Basaglia, entre outros;
- O desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas a partir do final dos anos 50, com os neurolépticos, que permitiam um relativo controle dos sintomas mais disruptivos e o tratamento em ambientes menos coercitivos e isolados;
- Estratégias de *aggiornamento*, modernização, e/ou humanização por parte dos setores da corporação médica para responder às críticas dirigidas à psiquiatria convencional.

Os contextos históricos acima citados influenciaram e estimularam o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Amarante (1995a) apresenta uma proposta de periodização da Reforma Psiquiátrica brasileira, subdividindo esse processo, para fins metodológicos, em três momentos: **O primeiro momento** refere-se à Redemocratização do país, no final da década de 70 e ao surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. “É neste

momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (AMARANTE, 1995a, p. 90). **No segundo momento** o autor destaca a Trajetória Sanitarista iniciada na década de 80; a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde; a Reforma Sanitária (sendo esta um instrumento de mobilização social com o objetivo de reestruturar o setor saúde e o modelo assistencial vigente no país) e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde). **O terceiro momento** tem como marco histórico a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que dá início à trajetória da desinstitucionalização. É nesta conferência que se decide realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, quando é criado o lema *por uma sociedade sem manicômios*. Ainda nesta trajetória é criado o CAPS Luis Cerqueira, e posteriormente, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e apresentado o Projeto de Lei 3657/89, que estimulou o início dos debates sobre a loucura e passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o País.

Cabe ressaltar que os cenários constituintes da Reforma Psiquiátrica brasileira inicialmente foram reduzidos aos Estados do Sudeste, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro, além do Distrito Federal e Rio Grande do Sul (AMARANTE, 1995a).

Em Mato Grosso, mais especificamente em Cuiabá, o movimento de Reforma Psiquiátrica, não aconteceu paralelamente ao dos demais Estados brasileiros, muito pelo contrário, “foi justamente no período em que o modelo de assistência psiquiátrica passou a ser questionado e criticado em nível nacional que se instalou em Cuiabá a *indústria da loucura*” (OLIVEIRA, 1998).

Não pretendemos neste estudo fazer uma análise do processo de Reforma Psiquiátrica em Cuiabá, apenas abordaremos alguns aspectos que possibilitarão a compreensão de como esse movimento vem sendo construído regionalmente. A partir do estudo de Oliveira (2003)³, destacamos alguns aspectos relacionados às **políticas de saúde**, à **organização das práticas assistenciais** e à **organização técnico-profissional**.

³ O estudo de Oliveira faz uma análise da Reforma Psiquiátrica em Cuiabá no contexto do SUS, enfocando os aspectos relacionados à saúde mental e ao controle social. A análise compreende o período de 1989 até fevereiro de 2002, sendo este o único estudo local sobre o tema.

No **campo de políticas de saúde**, somente em 1995 foi aprovada, no Conselho Municipal de Saúde, a Política Municipal de Saúde Mental para o Município de Cuiabá. Analisando este momento, a autora refere que esta política, embora em consonância com a Reforma Psiquiátrica em curso no País e aprovada no órgão responsável pela política de saúde do município:

[...] não compôs um projeto político institucional de re-orientação do modelo assistencial de saúde mental no Município de Cuiabá e [...] não foi resultado de governo/gestão que demonstrasse maior sensibilidade às necessidades de saúde (mental) da população ou, que fosse mais democrático e socialmente mais comprometido do que os anteriores. Ao contrário e, paradoxalmente, foi determinada por um processo de gestão centralizadora e que investia, prioritariamente, na atenção curativa e individual; entretanto, por não priorizar a necessidade de investimento em saúde mental e por deter o poder de decisão sobre os recursos, optou por aprovar uma política que priorizava a desospitalização na assistência psiquiátrica, sem o correspondente e necessário investimento na rede básica. Assim, aprovou-se a reversão do modelo hospitalocêntrico sem o necessário redirecionamento dos recursos financeiros para a sua implementação (OLIVEIRA, 2003, p. 102)

Observa-se aqui, portanto, um paralelo com uma afirmação de Vasconcelos (2002): políticas neoliberais induzem a processos de desospitalização, porém não dão a garantia de assistência, ocasionando negligência social. A desinstitucionalização deve ser um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, saberes, estratégias e as ações em direção a este tão novo e diferente objeto (ROTELLI, 2001), não pode ser um simples ato de desospitalizar, de desassistir, são necessários investimentos concretos que possibilitem a criação de novos espaços e de possibilidades de vida material e subjetiva para os pacientes.

Em relação à **organização de práticas assistenciais**, Oliveira (2003) demonstra que até 1989 toda assistência à saúde mental em Cuiabá e Mato Grosso era centrada em um só hospital público estadual psiquiátrico, o hospital Aduino Botelho, de estilo asilar e segregador, inaugurado em 1957, através de acordo firmado entre o governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais. No final do ano de 1989 foi inaugurado em Cuiabá o primeiro hospital psiquiátrico privado do Estado de Mato Grosso, o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá com capacidade para 150 leitos, cuja, segundo a análise da autora, mostra-se contrária ao processo da Reforma Psiquiátrica já iniciado no

Brasil no momento em que o modelo hospitalocêntrico já estava sendo criticado e questionado, resultando numa conseqüente redução no número de leitos privados conveniados em todo o País.

Em 1991, de acordo com Oliveira (2003), o Hospital Adauto Botelho foi fechado para reforma. Nesse período o atendimento à saúde mental foi realizado em centros de saúde de Cuiabá, porém de forma precária e sem a garantia de continuidade e regularidade da assistência, além de o município não contar na época com nenhuma outra modalidade de atendimento à saúde mental na rede pública, ficando, portanto, a população dependente do hospital privado. É nesta época que ocorre o aumento do número de leitos no hospital privado, passando de 150 para 500 leitos, destes, 483 eram credenciados pelo SUS.

Em 1993, o Hospital Adauto Botelho reinaugurou com a denominação de CIAPS Adauto Botelho, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, com uma nova proposta de atendimento à saúde mental que incluía atendimento de emergência, ambulatorial, internação de curta permanência e um hospital-dia, porém, ainda mantendo as características do modelo asilar.

No final de 1995 foi inaugurado o Ambulatório de Saúde Mental, no Centro de Especialidades Médicas de Cuiabá, sendo este, até o ano de 2000, o único serviço municipal de assistência à saúde mental.

Quanto à **organização técnico-profissional** o estudo de Oliveira (2003) destaca os eventos que contribuíram e influenciaram para o movimento da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso e Cuiabá, os quais apresentamos a seguir:

Em 1993, aconteceu em Cuiabá o 1º Encontro de Saúde Mental de Mato Grosso proposto por profissionais envolvidos com a saúde mental, com iniciativa de professores da Faculdade de Enfermagem da UFMT e contou com a participação de vários representantes do setor público e privado relacionados à saúde mental no Estado. Este encontro teve como tema *Política de Saúde Mental* cujo objetivo era propiciar discussões para o desenvolvimento de ações que possibilitassem a implantação de uma política de saúde mental em Mato Grosso.

Em 1993/94, a Faculdade de Enfermagem da UFMT realizou o 1º Curso de Especialização em Saúde Mental em Cuiabá, em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Para a autora, o objetivo desta Especialização era ofertar subsídios para uma reflexão crítica sobre a assistência psiquiátrica em Cuiabá.

Em 1994, a Faculdade de Enfermagem da UFMT, realiza o 2º Encontro de Saúde Mental, cujo objetivo era dar continuidade ao processo de reflexão crítica e elaboração de propostas para implementar uma política de saúde mental em MT, de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica. Foram realizados posteriormente, outros dois cursos de especialização e, a partir deles, a instalação do Fórum Permanente de Saúde Mental de MT, em 2005.

A Faculdade de Enfermagem da UFMT tem sido um agente formador de pensamento crítico, possibilitando aos profissionais que atuam na área, uma reflexão acerca do modelo de assistência psiquiátrica em Cuiabá e à mudança de paradigma referente à saúde mental, além de proporcionar e “inventar” concretamente práticas assistenciais pautadas no modelo psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica.

O estudo de Oliveira (2003), do qual nos apropriamos para esse breve retrospecto da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Cuiabá, situou sua análise até fevereiro de 2002 e conclui que nenhuma ação da política de saúde mental aprovada em 1995 foi suficientemente implantada pelo município até aquela época. Até o início do ano de 2002, houve, aparentemente:

Um amplo movimento de participação, controle social e de reforma psiquiátrica no município de Cuiabá, quando se detém nos aspectos formais. Entretanto, ao se analisar além da aparência, [...] observa-se uma realidade diferente, um sistema que aumenta o número de internações psiquiátricas em hospital psiquiátrico privado, que extingue serviços de atenção extra-hospitalar, que não efetiva propostas de reabilitação de pacientes crônicos em hospital psiquiátrico, enfim, uma trajetória contrária às reivindicações dos setores populares democráticos e ao disposto na Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA, 2003, p.119).

A partir de 2003, de acordo com Amorim (2005), a saúde mental em Cuiabá vivencia sua grande “crise” com o anúncio do possível

descredenciamento do SUS do único hospital psiquiátrico privado de Mato Grosso, o Instituto de Neuropsiquiatria, devido aos conflitos gerados entre a direção do hospital e a gestão municipal acerca do aumento do valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pleiteado pela instituição. A gestão municipal, diante dessa realidade, inicia discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e articula algumas ações e criação de serviços de saúde mental, para tentar atender a demanda após o fechamento do hospital.

Em junho de 2004, o Hospital psiquiátrico privado de Cuiabá foi descredenciado do SUS. Foram criadas 10 residências terapêuticas, com capacidade para 83 moradores egressos do hospital. Em novembro do mesmo ano, foi criado, conforme consta no art. 1º do Decreto nº 4232 de 17 de novembro de 2004, o Programa de Saúde Mental – PSM – no âmbito do Sistema Único de Saúde de Cuiabá, contendo as diretrizes, os projetos prioritários, as parcerias e os principais mecanismos de financiamento e de gestão para sua viabilização.

Observamos, portanto, que de julho de 2003 a setembro de 2004 houve um avanço considerável na área de saúde mental do município de Cuiabá no que se refere às discussões, ações e criação de serviços em saúde mental. Consideramos que este avanço só foi possível devido ao fechamento do hospital psiquiátrico privado do Estado. Entretanto, concordamos com Wetzel e Kantorski (2004) quando afirmam que é necessário avaliar os serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica pois, além de sua função técnica, a avaliação tem o sentido político de instrumento para a consolidação de um modelo de atenção substitutivo ao hospitalocêntrico.

4.2 O processo de trabalho da enfermagem psiquiátrica

O trabalho é uma atividade humana, na qual o homem intencionalmente utiliza meios ou instrumentos para atingir um objetivo, e ao fazê-lo objetiva a sua vontade sendo, portanto, o sujeito desta ação, para assim satisfazer suas necessidades. Esta ação transforma a natureza e o próprio homem e se constitui em um processo social e histórico, sendo entendido como condição

de produção da vida material e, simultaneamente, da vida de relações. (MARX, 1998; MENDES GONÇALVES, 1992).

Compreender a historicidade do trabalho e, em especial, o trabalho em Enfermagem Psiquiátrica pressupõe a compreensão e a análise do contexto histórico aos quais estes estiveram e estão inseridos, relacionando-os aos meios de produção que determinaram histórica e socialmente a sua organização. Nesta breve revisão abordamos a Enfermagem Psiquiátrica compreendida como trabalho no conjunto dos processos de trabalho da saúde e as transformações ocorridas com o surgimento da sociedade capitalista, com o objetivo de refletir sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas atualmente em saúde mental, no contexto de reforma psiquiátrica.

A Enfermagem Psiquiátrica conforma-se e constitui-se como trabalho a partir de e, no interior, das instituições asilares. No Brasil a Enfermagem Psiquiátrica surge como profissão no final do século XIX, e no século XX se tornou uma especialidade com papéis e funções únicos (STUART e LARAIA, 2001).

Belmont (1998) refere que a Enfermagem Psiquiátrica brasileira nasce no hospício, com as funções de vigiar, reprimir e controlar. “Os médicos decidem os meios de repressão, desde o uso do colete de força à diminuição de alimentos, mas cabe ao enfermeiro executá-los, sob a supervisão das irmãs de caridade, que administravam o hospício” (BELMONT, 1998, p. 85).

Rocha (1996) diz que a enfermagem psiquiátrica no Brasil tem início com a criação da primeira escola profissional de enfermeiros, em 1890, no Rio de Janeiro.

O estudo de Miranda (1994), também refere que no ano de 1890 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, pelo Governo provisório da recém proclamada República, representado pelo Marechal Deodoro da Fonseca, vinculada ao Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro e sob a direção do médico diretor deste hospício, responsável também pela formação dos profissionais de enfermagem. A autora destaca que a criação da escola de enfermagem em pauta traz elementos contraditórios, visto que se configura dentro de um contexto em que os interesses políticos e as relações de poder se

sobrepõem aos interesses da saúde, pois o objetivo não era a formação de profissionais para atuar no campo da psiquiatria, mas sim conquistar o espaço institucional da loucura, que estava nas mãos das irmãs de caridade e das santas casas de misericórdia, ou seja, uma disputa política entre o poder médico e o religioso na administração do hospício.

O estudo de Kirschbaum (2000) aponta que de 1890 até 1942 a formação de pessoal de enfermagem para trabalhar no campo da assistência psiquiátrica foi assumida pelos próprios psiquiatras, em diferentes cidades, através da criação de escolas de enfermagem nos próprios estabelecimentos psiquiátricos, e através da implementação de mecanismos informais de preparação no interior do processo de trabalho nas instituições.

Miranda (1994) e Kirschbaum (2000) referem que o trabalho desenvolvido pela enfermagem consistia em vigiar e controlar o louco e em organizar o espaço asilar para possibilitar a atuação do médico e que a formação do profissional enfermeiro não se estruturava a partir dos princípios da enfermagem moderna, pois os estabelecimentos de ensino estruturados segundo o modelo Nightingale, como a Escola de Enfermagem Anna Nery, só a partir de 1942 introduziram em seu currículo a disciplina enfermagem psiquiátrica bem como passaram a desenvolver estágio nesta disciplina, pois até então o louco não fazia parte da clientela a ser assistida pelos profissionais enfermeiros.

A Enfermagem Psiquiátrica é definida como um processo onde “a enfermeira auxilia as pessoas individualmente ou em grupos, a desenvolverem auto-conceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade” (TAYLOR, 1992, p. 55). A Associação Norte Americana de Enfermagem define a Enfermagem Psiquiátrica como “uma área especializada de prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso propositado de si próprio como arte” (STUART e LARAIA, 2001, p. 36).

A partir das definições acima apresentadas observamos que a Enfermagem Psiquiátrica ainda necessita que se defina claramente qual é o seu objeto de trabalho. O reconhecimento de si mesmo como agente de reprodução e/ou transformação das práticas é ainda, em grande medida, estranho ao trabalho

dos enfermeiros. Com isso, a Enfermagem continua a buscar “modelos” ou padrões a partir dos quais se reproduzir, sem problematizar a sociedade ou as relações de trabalho/gestão, nas quais se constitui como ciência e como trabalho.

A complexidade, diversidade e mobilidade dos objetos de trabalho/terapêuticos que se apresenta na atenção à saúde mental atualmente, pautadas não por uma racionalidade dicotômica - sadio/doente - mas por uma singularidade que marca a diferença sem desqualificação, ou seja, admite-se a diferença do portador de transtorno mental sem inscrevê-la necessariamente na desqualificação moral (erro/desrazão) ou anátomo-biológica (doença) é ainda objeto estranho à formação e prática de enfermeiros.

No modelo asilar o objetivo era controlar, excluir e segregar o doente mental do convívio com a sociedade, do convívio com os sãos (BASAGLIA, 2005) e o papel do enfermeiro neste contexto era bem definido, pois cabia a ele cumprir esse objetivo, ou seja, exercer o controle sobre o doente. O cuidado limitava-se à higiene, alimentação e administração de medicamentos. Cabia ainda à enfermagem manter a organização e a ordem no interior do asilo. Esse papel do enfermeiro é confirmado em um estudo sobre as instituições psiquiátricas, em que o autor transcreve uma frase retirada de um dos documentos analisados, referente à passagem de plantão da enfermagem, “Antes de sair, foram verificados fechaduras e doentes” (BASAGLIA, 2005, p. 80). Observa-se que o objeto de trabalho da enfermagem na instituição asilar não era o sujeito, que já não mais existe, já havia sido institucionalizado “a ponto de ser considerado como parte integrante das próprias estruturas físicas desta” (idem, p.80).

O trabalho da enfermagem, nessas instituições era exercido em conformidade com a configuração do objeto que lhe era naturalmente apresentado dentro desse modelo, e de forma natural e, talvez, não muito conflitante para os profissionais que ali atuavam.

A partir de 1990, quando se inicia no País a reestruturação da assistência psiquiátrica e surgem os novos dispositivos em saúde mental, o processo de trabalho da Enfermagem Psiquiátrica, centrado no modelo hospitalocêntrico, começa a ser criticado e repensado. Nesses, esse trabalho

assume um novo significado, “da prática de vigilante e repressora para agente terapêutico” (KIRSCHBAUM, 2000, p. 16).

No modelo psicossocial o ‘louco’, agora sujeito em sofrimento psíquico, passa a ser o objeto do trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde:

O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico [...] o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade (AMARANTE, 1995b, p. 494).

Nesse novo contexto, o desafio é a reorganização do processo de trabalho nessa área. O momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos "doentes mentais" e à incorporação de princípios novos e desconhecidos, que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações. Observa-se a necessidade de que o processo de trabalho de enfermagem seja radicalmente problematizado – ir às raízes do sentido desse trabalho e nos reconhecermos como protagonistas dele (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Implica a desconstrução de práticas de enfermagem construídas historicamente e socialmente e na criação e invenção de novas formas de cuidar e de desenvolver um trabalho em equipe, com ações voltadas para o modelo psicossocial.

A compreensão de que o trabalho de enfermagem psiquiátrica foi determinado por um contexto histórico, social, cultural, político e econômico, onde prevaleceu o poder da psiquiatria e a hegemonia do modelo hospitalocêntrico e que estes determinaram a forma de assistência dispensada às pessoas com sofrimento psíquico, possibilita perceber as contradições existentes atualmente no processo de trabalho da enfermagem em saúde mental e entender por que durante tanto tempo, e até hoje, o objeto desse trabalho não está ainda claramente definido.

4.3 A Rede de Serviços em Saúde Mental no Município de Cuiabá e em Mato Grosso

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (OMS/1948), está explicitado na Constituição Federal de 1988 que define a “saúde como direito de todos e dever do Estado” e cria o Sistema Único de Saúde, indicando seus princípios e diretrizes legais. O SUS é um sistema de saúde público descentralizado, integrado pelas três esferas de Governo (Federal/Estadual/Municipal), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8080/90 e Lei 8142/90. Sua organização é orientada pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Eqüidade, Descentralização e Controle Social, utilizando-se de instrumentos normativos como as NOBs de 91, 93, 96 e as NOAS 2001 e 2002 (BRASIL, 2003b).

Fundamentado na assistência universal, integral e igualitária, o SUS representou um grande avanço por permitir a inclusão social de milhares de brasileiros às ações de saúde. Em relação à saúde mental, muitos avanços também foram conquistados e incentivados pelas políticas públicas de saúde, como exemplo, uma das propostas para o ano de 2003 foi a implementação da Reforma Psiquiátrica: Incentivo à desospitalização; ampliação dos serviços ambulatoriais; incorporação de ações de saúde mental no Programa Saúde da Família - PSF; atendimento especializado ambulatorial – retaguarda para os PSFs, CAPS, residências terapêuticas e redução dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2003b).

A partir de 2001, após a aprovação da Lei 10216 observa-se no país uma crescente implantação de CAPS. Até o final do ano de 2006 foram implantados e credenciados pelo Ministério da Saúde, 1011 CAPS distribuídos em todo o País, sendo: 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPSi e 138 CAPSad (BRASIL, 2007).

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade e os CAPS

são os dispositivos estratégicos desse movimento (BRASIL, 2004a). Os CAPS foram criados oficialmente a partir da portaria GM 224/92 e regulamentados pela portaria 336/GM de 19/02/2003, integrando a rede do SUS.

No Brasil, o primeiro CAPS foi inaugurado em março de 1986 (CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira), na cidade de São Paulo, como consequência de um intenso movimento social iniciado pelos trabalhadores de saúde mental. De acordo com Pereira (2004), em 1989 iniciou-se em Santos/SP, a construção de um sistema psiquiátrico envolvendo diversos dispositivos de cuidados, trabalho, moradia e inserção social, sendo a primeira cidade brasileira, e a quarta no mundo, a construir uma rede psiquiátrica inteiramente substitutiva ao modelo hospitalar. Para a autora acima citada, os NAPS constituíam-se como os dispositivos substitutivos ao manicômio e, nesse período, a cidade de Santos tornou-se referência para formação de técnicos em saúde mental de todo país. A criação destes dispositivos deu-se a partir de legislação municipal e/ou estadual.

O CAPS é um serviço ambulatorial que funciona segundo a lógica do território e é definido como:

Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004a, p.4).

Um dos objetivos dos CAPS é regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área. Atendem a livre demanda de pacientes e encaminhamentos feitos pelos PSF ou por qualquer outro serviço de saúde e, quando a pessoa está impossibilitada de ir ao serviço de saúde, poderá ser atendida por um profissional em seu domicílio, caso a pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado à sua necessidade (BRASIL, 2004a).

Em Mato Grosso foram implantados até dezembro de 2006, 31 CAPS e havia mais 02 em fase de implantação. A rede pública de serviços de saúde mental do Estado de Mato Grosso é composta por: 33 CAPS; um hospital

psiquiátrico de caráter filantrópico (Hospital Paulo de Tarso), situado no município de Rondonópolis com 82 leitos credenciados ao SUS, um Hospital Dia no município de Barra do Garças e o complexo CIAPS – Aduino Botelho, descrito anteriormente nesse estudo.

A rede pública de serviços de saúde mental do Município de Cuiabá era composta, até 2006, por dois CAPS (atendimento aos portadores com transtorno mental); um CAPS (dependência de álcool/ drogas, para adolescentes); um Centro de Desenvolvimento Terapêutico Psicossocial –CDTPS (internação exclusiva para adolescentes com até 18 anos incompletos, dependente de álcool/drogas); um ambulatório de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas; ambulatórios de psiquiatria em duas policlínicas (CPA/Coxipó); 10 residências terapêuticas; além dos serviços do CIAPS Aduino Botelho, vinculados à gestão estadual.

Mato Grosso, principalmente o município de Cuiabá, tem hoje implantados diversos serviços de saúde mental: CAPS, residências terapêuticas, hospitais dia, ambulatórios de psiquiatria, etc. Cabe, porém, ressaltar que não encontramos registro de credenciamento ao SUS para leitos psiquiátricos em hospitais gerais da rede, no município de Cuiabá, e que o único pronto atendimento para emergência psiquiátrica disponível no Estado foi construído anexo ao setor de internação do hospital psiquiátrico Aduino Botelho, tornando-se assim, na maioria das vezes, “porta de entrada” para o setor de internação do referido hospital.

4.4 Sistema de Informação e Regulação em Saúde

O Sistema de Informação em Saúde – SIS configura-se como ferramenta indispensável na área da saúde. Auxilia na criação e avaliação das políticas de saúde, subsidia a tomada de decisões, além de ser um importante instrumento no processo de gestão (BRASIL, 2006).

Santos e Merhy (2006) referem que as bases de dados nacionais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação

e auditoria e que a alimentação permanente e regular dessas bases é fundamental para o seu aperfeiçoamento, bem como para o seu uso no processo de monitoramento e avaliação do Sistema.

A organização pelo Ministério da Saúde de um Sistema de Informação em Saúde, integrado em todo o território nacional, está prevista na Lei 8080/90. O objetivo dos SIS é facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, a fim de contribuir para melhorar a situação de saúde individual e coletiva, tendo como funções: planejamento; coordenação; supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações⁴.

Atualmente existem vários sistemas de informação em saúde que são utilizados para a operacionalização do SUS⁵: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – **SINAN**; Sistema de Informação de Mortalidade – **SIM**; o Sistema de Nascidos Vivos – **SINASC**; Sistema de Informações Hospitalares - **SIH/SUS**; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - **SIA/SUS**; Sistema de Informação da Atenção Básica – **SIAB**; Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) - **SI-PNI**; Sistema de Informação do Câncer da Mulher – **SISCAM**; Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional – **SISVAN**; Sistema de Informações sobre Malária – **SISMAL**; Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde – **SIOPS**, entre outros. Dentre eles destacaremos o **SIH**, por estar diretamente relacionado ao nosso objeto de estudo.

O **SIH** foi implantado, em 1976, no antigo INPS, para fins administrativos e de apuração de custos e pagamento de prestadores de serviços. Em 1983 foi implantada a Guia de Internação Hospitalar, progressivamente ampliada para os hospitais. Em 1990, o MS assumiu a gestão do Sistema, ampliando para todas as unidades hospitalares e, em 1994, foi descentralizado para as SES e municípios, podendo-se analisar e obter relatórios em qualquer nível do Sistema (SANTOS; MERHY, 2006, p. 36).

⁴ Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/sistemas_de_informacao.htm. Acessado em 10/04/2007

⁵ Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/sistemas_de_informacao.htm. Acessado em 10/04/2007

O SIH/SUS representa a principal fonte de informação acerca das internações hospitalares realizadas no Brasil que, entre outras funções (fornecer indicadores de morbi-mortalidade na população), viabiliza o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH; fornecem o número de leitos cadastrados no SUS em cada especialidade médica e o tempo médio de permanência do paciente no hospital. As informações contidas nesse sistema possibilitam aos gestores exercer as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica.

Com o advento do SUS, surgiu também a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, controle e avaliação das ações de saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º. 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social /INAMPS a implantação do Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS a partir de 1º de agosto de 1990. A implantação do SIH foi regularizada pelo INAMPS com base no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social/SAMHPS e o seu instrumento a Autorização de Internação Hospitalar/AIH, utilizada pela rede hospitalar própria federal, estadual, municipal e privada com ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2006, p 6).

Devido à descentralização dos serviços de saúde para os estados e municípios, surgiu a necessidade de adequar e regulamentar os instrumentos do SIH para que fossem utilizados pelos gestores locais, de forma sistemática e padronizada. Assim, o Ministério da Saúde criou o Manual do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, aprovado pela Portaria GM/MS n.º. 396/00 e sua edição anual e atualização é de competência da Secretaria de Assistência à Saúde– SAS e disponibilizado por meio da internet (BRASIL, 2006).

Até o início de 2006 o processamento das AIHs era centralizado pelo MS. Através da Portaria GM/MS n.º821, o MS determinou a descentralização do processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios em gestão plena do sistema.

A partir de abril de 2006, após capacitação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Distrito Federal realizada pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação Avaliação e Controle/SAS/MS e da Coordenação Geral de Informação Hospitalar/Departamento de Informática do SUS/DATASUS/SE/MS, foi implantado no país o processamento

descentralizado do SIH/SUS. A descentralização do processamento do SIH representa mais um avanço no processo de autonomia e ampliação da capacidade de gestão local prevista no SUS (BRASIL, 2006, p 6).

O SIH/SUS, enquanto “instrumento de gestão”, deve fornecer todas as informações referentes às internações hospitalares que possibilitem as ações em saúde nesse contexto.

Outro importante instrumento disponível no SUS para gestão em saúde é o sistema de regulação. A regulação institui ao poder público desenvolver sua capacidade sistemática para responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis de atenção, sendo um instrumento ordenador, orientador e definidor da assistência, proporcionando acesso aos serviços de saúde de forma mais rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo, (BRASIL, 2001b).

Para operacionalização deste sistema de regulação foram criadas as centrais de regulação, na NOAS-SUS 01/2001, cujo papel é apoiar o processo de descentralização e regionalização e servirem de instrumento para implementação da Programação Pactuada Integrada – PPI (BRASIL, 2001b).

A regulação tem como objetivo controlar a oferta de serviços de saúde no que se refere a internações e exames de alta e média complexidades, promovendo, assim, acesso mais rápido e democrático aos usuários do SUS, uma maior transparência na distribuição dos serviços de saúde e no fluxo de pacientes (BRASIL, 2001b). A Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006⁶ define o objeto da regulação

A regulação da atenção à saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

⁶ Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

O sistema de regulação no SUS é portanto, um instrumento “ordenador”, “orientador” e “definidor” da atenção à saúde. Santos e Merhy (2006) fazem uma análise aprofundada acerca da regulação pública da saúde no Brasil discutindo sua evolução histórica e seus determinantes possibilitando-nos compreender como esse processo se deu em nível nacional e subsidiando nossa análise dos dados.

O estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004) aponta que em Cuiabá havia uma Central de Vagas (CVP) que fazia o controle das internações psiquiátricas regulando os leitos do Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, o hospital psiquiátrico privado de Cuiabá, e os leitos do CIAPS Adauto Botelho, o hospital público estadual. Esta CVP foi criada a partir da proposta de ações em saúde mental para o município de Cuiabá, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, em julho de 1995. Esse serviço era administrado pela Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC), através da Coordenação de Saúde Mental. A partir de 1998 a Central de Vagas é reestruturada:

A partir da aprovação da Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) Nº 013/98 de 5/6/1998, que dispõe sobre a normatização das internações psiquiátricas em Cuiabá, criou-se uma nova estrutura de CVP. Esta é anexa ao CIAPS Adauto Botelho e funciona no período matutino, com dois técnicos, sendo um médico psiquiatra, responsável pela liberação de laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e uma assistente social, como responsável técnica (OLIVEIRA, SANTOS, MARCON, 2004, p.37).

Tal serviço foi desativado em 2004, época do fechamento do hospital privado de Cuiabá.

Embasados no estudo dos temas apresentados, que nos permitem compreender: que a Reforma Psiquiátrica é um movimento complexo que se realiza em contexto local, articulando vários determinantes de organização social nacional; que o trabalho de enfermagem é componente desse processo local e também está condicionado histórica e socialmente, mas deve também ser compreendido na sua condição de potência para sujeitos trabalhadores; e, que os SIS são imprescindíveis para a transparência da gestão, além de fornecerem importantes subsídios para a participação e o controle social no SUS, é que apresentamos a seguir os resultados do estudo em pauta.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 A Sistematização das Informações na Instituição

A coleta dos dados foi iniciada no setor de estatística e faturamento da instituição, local do estudo. Este setor possui um sistema informatizado que disponibiliza dados acerca da caracterização da clientela internada mensalmente. Nele foram identificados os registros de internações realizadas na instituição até o mês de dezembro de 2005. Não havia informações do ano de 2006. Foram coletados neste local dados referentes aos meses de agosto a dezembro de 2005, do número total de internações/mês e caracterização da clientela internada (faixa etária, estado civil, sexo, procedência e diagnóstico).

O período proposto no estudo para analisar a demanda de internações na instituição foi de 1 de setembro de 2005 a 31 de agosto de 2006, mas como só tínhamos dados até o mês de dezembro de 2005, precisamos buscar outras fontes de informação.

O setor de arquivo foi a segunda fonte de dados informatizados, porém o banco de dados deste não disponibilizava informações acerca das internações mensais e/ou anuais, apenas os cadastros dos pacientes (nome, filiação, endereço, data de nascimento) com o número dos prontuários. Para termos acesso a esses prontuários, que são arquivados em ordem numérica, necessitávamos saber os nomes dos pacientes que foram internados para que o cadastro dos mesmos pudesse ser acessado e, a partir dele, localizar o número do prontuário. Portanto, no sistema de informação deste setor também não seria possível obter o registro das internações ocorridas na instituição no período proposto.

Diante da insuficiência de dados informatizados acerca das internações na instituição, tanto no setor de estatística e faturamento como no de arquivo, buscamos dados nos sistemas locais de informação.

No SI da SES/MT não havia informações referentes ao número de internações realizadas no hospital. Na Central de Regulação do Estado, constatamos que ainda não há um sistema de regulação para essa especialidade (Psiquiatria) em Mato Grosso. No SI da SMS de Cuiabá também não havia dados sobre o número de internações psiquiátricas ocorridas em Cuiabá, no período do estudo.

Não encontrando registros das internações referentes ao período proposto neste estudo, no sistema de informação da instituição estudada nem nos sistemas de informação local, buscamos o sistema de informação do MS (DATASUS)⁷, contudo, os dados obtidos a partir deste, apresentavam divergência quanto ao número de internações efetuadas em Cuiabá quando comparados com os dados do sistema de informação da instituição que registrou **1553** internações entre janeiro e dezembro de 2005 e o DATASUS aponta nesse mesmo período **1352**. Comparamos também com dados do estudo anterior de Oliveira, Santos e Marcon (2004), que serviu de base para nossa análise. O estudo citado apontou um total de **1129** internações no período de setembro/1998 a agosto/1999 e o DATASUS mostra que nesse mesmo período foram efetuadas **1025** internações.

A ausência de dados acerca das internações psiquiátricas nos sistemas de informação locais e a divergência entre os dados de internações e do número de leitos encontrados no DATASUS quando comparados com o sistema de informação da instituição e a estudos locais, foram os primeiros dados levantados a partir dos documentos e da observação neste estudo. Estas questões serão analisadas no item 5.3, quando discutirmos o Sistema de Informação e Regulação em Cuiabá e Mato Grosso.

Para obtermos os dados referentes à demanda de internações psiquiátricas no CIAPS Adauto Botelho, no período de setembro/2005 a agosto/2006, direcionamos a coleta de dados para os registros escritos, feitos nos livros de anotações diárias dos profissionais nos setores de internação.

Não havia livro de registro geral de internações para os setores de internação masculina e feminina. Existiam livros de anotações de atendimento

⁷ Disponível em; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/rxmt.def>. Acessado em 17/12/2007.

profissional (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem) em cada setor. Nesses, porém, o registro de internações e altas dos pacientes não era sistematizado. Somente nos livros de anotações dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem foi possível identificar os nomes dos pacientes internados, data de admissão e alta, os procedimentos diários realizados e intercorrências de cada turno.

No setor de internação para dependentes químicos - Unidade III, havia um livro específico com o registro das internações e altas.

No PA havia um livro com registro de todos os atendimentos. O PA não foi inserido no contexto deste estudo, entretanto seu livro de registro foi utilizado porque tal setor se conforma como a porta de entrada dos setores de internação, registrando os atendimentos diários, seja para consulta, observação e/ou internação. Nele consta o nome do paciente, data de nascimento, endereço, data de saída e um espaço para observação (nesse espaço coloca-se a informação se o paciente saiu de alta ou se foi encaminhado para os setores de internação).

Assim, os dados que apresentaremos foram coletados a partir dos registros existentes nos livros de anotações dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem dos setores de internação masculina e feminina, no livro de registro da Unidade III, no livro de atendimento do PA e dados dos prontuários. Os dados referentes aos meses de setembro a dezembro de 2005 que constavam no sistema de informação da instituição não foram considerados neste estudo.

A coleta dos dados de internação na instituição compôs-se de três etapas: Na primeira realizamos a identificação dos nomes dos pacientes internados a cada mês, de setembro de 2005 a agosto de 2006 que constavam nos livros consultados. Na segunda foram localizados os números dos prontuários, a partir do sistema de informação do setor de arquivo. Na terceira houve a coleta dos dados nos prontuários.

Nesse processo identificamos que foram efetuadas **1806 internações** nos setores no período estudado.

A utilização de um instrumento para coleta de dados quantitativos e o processamento desses dados em um programa estatístico específico foi

fundamental para identificação e caracterização dos pacientes internados, contudo, ressaltamos que este estudo não se compromete em realizar uma análise estatística rigorosa dos mesmos, que serão trabalhados a partir da perspectiva qualitativa para subsidiar a análise de acordo com as balizas teóricas que sustentam este estudo.

Os dados que serão apresentados refletem uma aproximação quanto ao número de internações ocorridas nesse período, porém não é garantia de sua totalidade devido aos limites existentes para obtenção dos mesmos, pois não havia informações referentes aos dias 27, 28, 29 e 30 de setembro de 2005 no setor I da ala masculina em nenhuma das fontes consultadas, portanto não temos registros se houve ou não internação neste setor nesses 04 dias. As internações ocorridas no mês de outubro de 2005, no setor masculino, foram identificadas somente a partir do livro do PA devido ao fato de que neste período as anotações da equipe de enfermagem foram feitas em folhas avulsas que não foram localizadas. No livro do PA o espaço para as anotações referentes à alta e/ou internação, em muitos casos não estava preenchido. Tivemos que relacionar todos esses casos, ou seja, relacionar os nomes masculinos (um total de 248 não tinham a informação se tinham sido internados ou se receberam alta) que passaram por atendimento no PA no referido mês e fazer a busca nos prontuários para verificar se o paciente havia recebido alta ou se foi internado.

Descrever como a coleta de dados quantitativos foi realizada teve como objetivo caracterizar as dificuldades para obtenção destes dados na instituição e subsidiará a discussão acerca do sistema de informação e regulação das internações psiquiátricas que faremos mais adiante.

Essas dificuldades também permitem evidenciar como a enfermagem, no hospital, é a categoria que se responsabiliza pela organização do trabalho na unidade (haja vista que essa coleta só foi possível devido aos registros escritos e sistematizados destes profissionais na instituição) e refletir sobre o processo de trabalho da enfermagem em saúde mental.

Historicamente, a prática da enfermagem constitui-se numa determinada realidade política, social e econômica. Apesar das muitas transformações ocorridas ao longo de sua história, alguns aspectos se mantêm

desde os primeiros tempos, como a ênfase na disciplina dos agentes e na organização do espaço institucional (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

O trabalho de enfermagem focado neste estudo se realiza no âmbito do SUS e integra um trabalho coletivo institucional. É dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros, de acordo com a complexidade de concepção e execução (lei do exercício profissional). Apesar deste contexto atual, observamos situações onde a organização do ambiente ainda é muito presente como finalidade deste trabalho.

O trabalho da Enfermagem Psiquiátrica, também determinado por esse contexto sócio-histórico onde prevaleceu o poder da ciência médico-psiquiátrica e a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, se conformou como uma assistência subordinada e instrumental ao poder médico-clínico, legitimando-o, mas também, simultaneamente, instituindo e reproduzindo seu espaço profissional de poder na relação com os internados.

Nenhuma outra prática profissional, como a enfermagem, exerceu de forma mais orgânica esse poder. Desde o relatório de enfermagem, diário e por turnos no dia, ao relatório de ocorrências, nenhum profissional se encarregou de forma mais nítida e abnegada do controle do cotidiano institucional. Isso porque, via de regra, a função dos relatórios sempre esteve associada ao controle do ambiente, que fosse terapêutico, às informações sobre os pacientes oferecidas ao médico, como subsídios para avaliação e conduta, para indicar encaminhamento para o profissional da psicologia, terapia ocupacional, ou serviço social [...] (SILVA e FONSECA, 2005, p.445).

Compreendemos, a partir dessas autoras, que com esses mecanismos disciplinares, organizou-se uma enfermagem disciplinar, científica e comportamental (SILVA; FONSECA, 2005).

Quando abordamos essa situação característica do trabalho de enfermagem nos hospitais psiquiátricos, não estamos reduzindo-a a um sentido negativo. O que buscamos é problematizá-la e apontar a necessidade de sermos dela conscientes, pois a organização do espaço terapêutico é fundamental para a assistência, dentro ou fora dos hospitais, e, a enfermagem é a categoria profissional que tradicionalmente se ocupa desta tarefa. Neste estudo, essa característica,

inclusive, foi a garantia da única base de informações, a partir da qual foi possível a coleta de dados sobre as internações no hospital.

A seguir, apresentamos a caracterização da população internada, a partir dos dados coletados nos prontuários, ressaltando que “o perfil dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, embora fundamental para implementação de mudanças na política assistencial, nem sempre é conhecido” (SILVA, COUTINHO, AMARANTE, 1999, p. 505).

5.2 Caracterização da população

Na tabela 1 apresentamos a distribuição das internações ocorridas nos setores de internação masculino, feminino e Unidade III.

Tabela 1 - Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, de acordo com o setor de internação. Cuiabá, MT, 2007.

Setor de Internação	N	%
Setor Internação Masculino	879	48,7
Setor Internação Feminino	528	29,2
Setor Unidade III	399	22,1
TOTAL	1806	100,0

De acordo com a tabela 1, observamos que a maior proporção de internações ocorreu no setor masculino (48,7 %) seguido do setor feminino que apresentou uma proporção discretamente maior (29,2 %) do que a Unidade III (22,1%). Cabe lembrar que a Unidade III é o setor de internação para dependentes químicos apenas do sexo masculino, portanto a proporção de pacientes do sexo masculino aumenta em relação ao sexo feminino como poderemos constatar na tabela 2.

A tabela 2 apresenta a distribuição das internações efetuadas no CIAPS Adauto Botelho no período estudado, de acordo com a variável sexo.

Tabela 2 - Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, de acordo com o sexo. Cuiabá, MT, 2007.

Sexo	N	%
Masculino	1278	70,8
Feminino	528	29,2
TOTAL	1806	100,0

Ao analisarmos os dados apresentados na tabela 2, observamos a predominância de internações de pessoas do sexo masculino em relação ao sexo feminino. Das 1806 internações, 1278 (70,8%) são de homens e 528 (29,2%) são de mulheres. Essa predominância é semelhante à observada no estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004), realizado em 1998/1999, nessa mesma instituição, cujos dados identificam que das 1129 internações no CIAPS Adauto Botelho, 829 (73,0%) eram de homens e 300 (27,0%) de mulheres.

Outros estudos também apontam predominância de internação para o sexo masculino, embora a diferença entre a percentagem de internações masculina e feminina não seja tão expressiva como a aqui encontrada. Silva, Coutinho e Amarante (1999), no censo realizado em 20 hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, em 1995, apontaram predominância de 66% do sexo masculino. O estudo de Gomes *et.al* (2002), que fez um censo dos pacientes internados em uma instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro, aponta que dos 1494 pacientes internados, 798 (53,4%) eram do sexo masculino e 696 (46,6%) eram do sexo feminino. A predominância de pacientes do sexo masculino em relação aos do sexo feminino encontrada neste estudo pode estar diretamente relacionada à variável diagnóstica, visto que 668 (53,1%) dos pacientes do sexo masculino internados tiveram algum diagnóstico relacionado à dependência química, conforme será observado, na tabela 4 que apresenta a distribuição das internações de acordo com o diagnóstico e sexo.

A tabela 3 traz a caracterização dos pacientes internados de acordo com a variável faixa etária.

Tabela 3 – Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, segundo a faixa etária. Cuiabá, MT, 2007

Faixa etária	N	%
12 a 18 anos	26	1,4
19 a 28 anos	587	32,5
29 a 38 anos	589	32,6
39 a 48 anos	349	19,3
49 a 58 anos	154	8,5
59 a 68 anos	32	1,8
69 anos e mais	10	0,6
Sem registro	59	3,3
TOTAL	1806	100,0

Na tabela 3 observamos que dos 1806 pacientes que estiveram internados 1551 (84,4%) encontravam-se na faixa etária de 19 a 48 anos. Destes, 1202 (66,5%) eram adultos jovens, ou seja, com idade até 38 anos.

Esses resultados são muito próximos dos encontrados no estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004), que identificou um total de 81,59% pacientes com idade máxima de 48 anos, com predominância de 62,88% de pacientes adultos jovens com idade até 38 anos.

Outros estudos também apontam percentagem elevada de internação na faixa etária mais produtiva, adultos com menos de 50 anos.

O censo dos pacientes internados em uma instituição psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro, realizado por Gomes *et al.* (2002) revela que dos 1494 pacientes, 990 (66,4 %) encontravam-se na faixa etária produtiva, ou seja, cerca de dois terços dos pacientes tinham menos de 50 anos.

Silva, Coutinho e Amarante (1999) identificaram, no censo dos internos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, que dos 3.223 pacientes, 2398 (74,7%) tinham idade inferior a 50 anos.

Lancman (1997) estudando a demanda em saúde mental nas cidades de Franco da Rocha, Ferraz Vasconcelos, São Carlos e Araraquara (Estado de São Paulo) aponta maior concentração de pacientes na faixa etária de 20 a 40 anos.

O predomínio das internações na faixa etária de adulto jovem parece estar relacionado ao fato de que os primeiros sintomas das psicoses, principalmente a esquizofrenia, “começa tipicamente perto do fim da adolescência ou no início da idade adulta” (OPAS/OMS, 2002, p.61) e também devido ao aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas em nossa sociedade, identificado em estudo como o de Andreoli (2007) e confirmado neste estudo, conforme os dados que serão apresentados na tabela 4.

Estes dados apontam para um aspecto desfavorável por tratar-se de um período da vida em que a pessoa, em condições ideais de saúde, estaria desenvolvendo seu potencial produtivo. O impacto negativo gerado pela doença ocasiona transtornos familiares (maior necessidade de atenção com cuidados da pessoa doente, restrição de atividades sociais e de lazer), econômicos (dificuldades em adquirir trabalhos remunerados, seja por sua incapacidade, seja por discriminação do empregador) e sociais (custo gerado ao Estado para o tratamento).

Na tabela 4 apresentamos os diagnósticos identificados a partir das AIHs nos prontuários. São apresentados os diagnósticos referentes a 1768 das 1806 internações, pois em 38 prontuários não havia este registro. Devido aos diversos tipos de diagnósticos, estes foram agrupados segundo a CID – 10 de acordo com o Grupo Diagnóstico: Transtornos Mentais Orgânicos, incluindo sintomáticos (F00-F09), Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19), Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), Transtornos do Humor (afetivos) (F30-F39), Transtornos Neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48), Retardo Mental (F70-F79) e Outros (TM inespecífico, diagnóstico não psiquiátrico).

Tabela 4 - Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, segundo o grupo de diagnóstico e o sexo. Cuiabá, MT, 2007.

Grupo Diagnóstico	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
TM Orgânico (F00 - F09)	29	2,3	19	3,7	48	2,7
Dependência Química (F10 – F19)	668	53,1	49	9,6	717	40,6
Psicoses (F20 – F29)	532	42,3	402	78,7	934	52,8
Transtornos do Humor (F30 – F39)	16	1,3	26	5,0	42	2,4
Outros*	12	1,0	15	3,0	27	1,5
TOTAL	1257	100,0	511	100,0	1768	100,0

* Inclui 02 transtornos neuróticos (F40 – F48), 15 Retardo Mental (F70 – F79) e 10 Transtorno Mental não especificado (F99)

Na tabela 4 observamos a predominância de psicoses com 934 (52,8%) internações e dependência química, com 717 (40,6%), sendo que ambas perfazem um total de 1651 (93,4%) das internações. Para o sexo masculino o diagnóstico de dependência química e psicose aparecem em maiores proporções, 668 (53,1%) e 532 (42,3%), respectivamente. Para o sexo feminino o grupo diagnóstico que predomina é o das psicoses com 402 (78,7%) do total das internações.

Estudos como os de Oliveira, Santos e Marcon (2004) e Gomes *et al* (2002), também apontam a variável psicose como diagnóstico predominante nas internações.

Silva, Coutinho e Amarante (1999) identificaram que 50,5% dos pacientes internados em 20 hospitais do Rio de Janeiro tiveram diagnóstico de psicose, revelando também predominância do sexo feminino (58%) em relação ao sexo masculino (46,7%) que não é tão significativa como a encontrada em nosso estudo

A predominância das psicoses em pacientes do sexo feminino (78,7%) em relação ao sexo masculino (42,3%), observada na tabela 4, chama a atenção devido à grande diferença entre esses percentuais, pois a conclusão da maioria dos estudos sobre este tema, apresentada pelo Relatório sobre a saúde no mundo (2001), revela que a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma em ambos os sexos, com exceção da depressão que é

mais comum no sexo feminino e dos transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas que ocorrem mais no sexo masculino (OPAS/OMS, 2001).

Relacionando as variáveis, esquizofrenia e sexo, outro estudo refere que “os estudos epidemiológicos sobre esquizofrenia, mostram que esta psicose costuma apresentar um início mais precoce em homens enquanto nas mulheres costuma dar-se um pouco mais tarde [...]” (SILVA, COUTINHO e AMARANTE, 1999 p. 509-510).

A predominância e a prevalência das psicoses apontadas neste e nos estudos citados, juntamente com os dados apresentados no Relatório sobre a saúde no mundo (2001) indicando que a psicose ativa ocupa o terceiro lugar entre as condições mais incapacitantes, afetando cerca de 1% da população mundial, sendo que aproximadamente 10% das pessoas com esquizofrenia morrem em virtude de suicídio (OPAS/OMS, 2001), demonstra a importância deste transtorno como um problema de saúde pública mundial.

Terzian (2006) analisa o impacto desse transtorno na condição de maternidade e paternidade, considerando os prejuízos para os filhos, o que aponta para a demanda de cuidados que portadores de esquizofrenia apresentam.

A necessidade de garantia de cuidados a essas pessoas, que em momentos de crise necessitam de um cuidado mais intensivo, nos remete à análise dos objetivos do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que ao propor a **extinção dos hospitais** psiquiátricos e a substituição do modelo assistencial biomédico para uma assistência psicossocial, **não nega a necessidade de tratamento**, mas sim que este aconteça em espaços de cuidado que possibilitem a inserção social e melhoria da qualidade de vida para essas pessoas. Contudo, propostas com profundo sentido ideológico como estas geram movimentos contrários no contexto neoliberal atual, onde as relações de poder estão sempre presentes, visando manter o modelo hospitalocêntrico e, muitas vezes, associam a nova forma de cuidar como sinônimo de negligência. Para explicar essa necessidade, que é de cuidado, mas não necessariamente de internação, citamos um depoimento relativamente longo e elucidativo sobre essa questão:

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro). Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 493, 494).

Quanto ao diagnóstico de dependência química apresentado na tabela 4, observamos que há uma grande diferença na proporção entre o sexo masculino (53,1%) em relação ao sexo feminino (9,6%). Esse predomínio acentuado também é apontado no estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004). Outros estudos nacionais, como os de Costa *et al* (2004) e Oliveira e Luis (1996) também revelam predominância do sexo masculino em relação ao alcoolismo. O estudo de base populacional de Costa *et al* (2004) sobre o consumo abusivo de álcool e fatores associados feito em Pelotas/RS, revela que a prevalência foi de 14,3%, sendo 29,2% para os homens e 3,7% para as mulheres.

Ao compararmos os dados referentes às internações por diagnóstico de Dependência Química obtidos neste estudo, que foi de 40,6%, com os dados do estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004), cujo percentual foi de

32,9%, observamos que houve um aumento de 7,7% de internações devido a esse diagnóstico.

Andreoli (2007) refere que a partir de 1998 houve um aumento na frequência de internação de pacientes com diagnósticos de uso de álcool. Souza *et al* (2005) estudando o consumo de álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, mostra uma prevalência de 13,4% para alcoolismo na amostra total.

O aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas nas últimas décadas coloca essa problemática no campo da saúde pública havendo, conseqüentemente, a necessidade de organização de serviços para atendimento a essa clientela. Nesse sentido, em 2002 o MS instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas e, a partir de 2003, “inicia uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores” (BRASIL, 2007, p 39).

A partir desta articulação intersetorial foi criado o Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas (GAOD). O objetivo deste grupo foi discutir a política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. O GAOD elaborou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, tendo os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) como a principal estratégia de tratamento para essa clientela, utilizando as estratégias de redução de danos (BRASIL, 2007).

A compreensão do aumento, no número de dependentes químicos internados observada neste estudo, remete necessariamente à legislação atual sobre esta questão. Essa legislação apresenta uma interlocução entre setores da assistência à saúde e justiça e segurança pública que consideramos relevante discutir.

Volpe Filho (2006) denomina a Lei nº 11.343/06⁸ de Lei Antidrogas e refere que esta traz alguns avanços que podem ser notados *prima facie*, mas que

⁸ Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 que *Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências*

traz também uma carga de problemas e conflitos jurídicos que serão objetos de análise e estudos ao longo do tempo.

O primeiro aspecto refere-se à Lei nº 11.343/06. A partir desta lei o uso de drogas passa a ser uma questão de saúde pública e não apenas do âmbito policial.

Destacamos o Art. 28 desta Lei: Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

- I - advertência sobre os efeitos das drogas;
- II - prestação de serviços à comunidade;
- III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

De acordo com este artigo a posse de drogas para consumo pessoal continua sendo considerada um crime. A inovação trazida por esta lei está no tipo de pena que não impõe a privação de liberdade. Para Volpe Filho (2006), a primeira pena: advertência sobre os efeitos das drogas, não tem natureza de sanção penal e considera a advertência como uma espécie de sanção *sui generis*, pois não pode ser considerada como pena.

A definição do que seja consumo pessoal, que caracteriza o sujeito como usuário e não como traficante é definida no parágrafo 2º do art. 28: Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, “o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente”.

O parágrafo 7º deste mesmo artigo diz que “O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”.

O segundo aspecto refere-se ao avanço que essa nova Lei representa para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil pautado no

paradigma da atenção psicossocial, visto que um dos aspectos principais da mesma é a exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas e o uso desta passa a ser uma questão de saúde pública, da área da saúde mental. Consideramos que o avanço alcançado a partir desta Lei por si só não é garantia de transformação da realidade, haja vista o aumento de internação de pacientes com dependência química, apresentado na tabela 4. A Lei não determina o tratamento como *pena* ou obriga ao atendimento em saúde e, portanto, não deveria significar um aumento da demanda judicial por tratamento (especialmente internação em hospital psiquiátrico), porém faz-se necessário compreender de que forma esse avanço se efetiva.

Volpe Filho (2006) considera a nova Lei como um avanço para que o tema passe a ser tratado somente como questão de saúde pública, incidindo sobre ele as normas de caráter administrativo. A dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica como se apresenta, por exemplo, nessa Lei, é imprescindível para que se construam novas possibilidades de cidadania, trabalho e inclusão social. Contudo ela não pode ser dissociada da dimensão epistemológica, técnico-assistencial e sociocultural que implicam reconstruir conceitos baseados numa proposta psicossocial, construir uma rede de serviços que proporcione *espaços de sociabilidade de trocas e produção de subjetividade* (AMARANTE, 2007). Portanto nessa lógica, a dimensão jurídico-política somente existe na relação com as demais dimensões, isolada ou desarticulada pode resultar em efeitos paradoxais onde um avanço numa das dimensões pode significar retrocesso em outras.

A exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas, que é a inovação nessa nova Lei, nos remete a uma reflexão no sentido de entender esse movimento contraditório, onde há a supressão da pena de prisão e ao mesmo tempo é determinada uma internação compulsória. A internação compulsória em hospital psiquiátrico impõe, na realidade, a privação de liberdade. O manicômio é entendido como uma instituição total, assim como os presídios, pois “seu ‘fechamento’ ou caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (GOFFMAN 2005, p.16), caracterizando-se como *espaços de segregação, tutela, isolamento e violência*, de privação da liberdade.

Outro aspecto que nos chama a atenção é o fato de que essa internação compulsória para os usuários de drogas contradiz a política ministerial cuja principal **estratégia é a redução de danos** e não a abstinência imposta por uma internação em hospital psiquiátrico. Essas reflexões nos parecem pertinentes haja vista o número de *internações compulsórias* (20,4%), apresentado abaixo na tabela 5, pois a partir de nossa atuação prática observamos que elas são determinadas principalmente para os pacientes com diagnósticos relacionados à dependência química.

Na tabela 5 apresentamos o tipo de internação efetuada no período estudado. A Lei nº 10.216/01 em seu art.6º, parágrafo único considera três tipos de internação: **Internação voluntária** (IPV) – aquela que se dá com o consentimento do paciente; **internação involuntária** (IPI) – aquela que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros e **internação compulsória** (IPC) – aquela determinada pela justiça (BRASIL, 2004b).

Tabela 5 – Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, de acordo com o tipo de internação. Cuiabá, MT, 2007

Tipo de Internação	N	%
Voluntária	228	12,6
Involuntária	1165	64,5
Compulsória	368	20,4
Sem registro	45	2,5
TOTAL	1806	100,0

Conforme os dados apresentados na tabela 5, observamos que 1165 (64,5%) foram internações involuntárias, e 368 (20,4%) foram internações compulsórias. Ambas correspondem a 1533 (84,9%) internações.

Considerando que a maioria das internações (84,9%) são involuntárias, pois as internações compulsórias também são involuntárias, haja vista que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros, que no caso é o poder judiciário, percebemos que, ainda hoje, a internação no hospital psiquiátrico mantém as características de exclusão social visto que não é

determinada apenas pela doença, mas sim pela necessidade de exercer um controle sobre os riscos sociais decorrentes dessa doença, de manutenção da ordem social, como afirma Castel (1978) quando analisa a função social do hospital psiquiátrico no século XVIII:

Face a essa exigência de polícia social e de moralidade pública que unifica as diversas categorias pertinentes à seqüestração, a especificidade institucional do hospital como meio terapêutico não se manifesta na metade do século XVIII, mesmo com relação a esses internos que nele entram por causa de doença (CASTEL, 1978, p. 64).

Esse autor refere que o paradigma da internação dominou durante quase dois séculos toda a medicina psiquiátrica a partir da perspectiva de Pinel, na qual a seqüestração era a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura. A partir daí, a hospitalização tornou-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura.

Portanto, de acordo com Castel, o hospital era - e continua sendo, se considerarmos que 84,9% das internações identificadas neste estudo foram involuntárias - uma solução social imposta com o objetivo de manter a ordem social e, a internação era o recurso utilizado para o tratamento, originando, assim, um modelo institucional de isolamento social. Estudo realizado em um hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo conclui que “ao ingressarmos no 3º milênio, a instituição psiquiátrica ainda mantém a mesma estrutura de dois séculos atrás, excluindo, segregando e cronificando o portador de transtornos mentais, majoritariamente das classes populares” (GRADELLA Jr, 2002 p.99).

Se compreendermos que os fenômenos econômicos e sociais são produtos da ação e da interação da produção e da reprodução da sociedade pelos indivíduos (MINAYO, 2006), essa situação de predomínio de internações involuntárias e compulsórias evidenciada neste estudo remete à atual função social do hospital psiquiátrico que parece se manter, ou pouco se modificar, em relação às suas origens, nessa realidade.

O parágrafo 1º do art. 8º da Lei 10.216/01 estipula que as internações involuntárias e voluntárias e a respectiva alta devem ser comunicadas

ao Ministério Público (MP) Estadual no prazo de 72 horas (BRASIL, 2004b). A Portaria nº 2.391/GM de 2002 regulamenta o controle dessas internações, de acordo com o disposto nesta Lei, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS (BRASIL, 2002b)

Constatamos, através desta pesquisa, que a instituição estudada cumpre esse preceito legal, essas comunicações de internação e de alta são enviadas para o MP, embora de forma a cumprir apenas um procedimento legal e burocrático, visto que não há discussão ou questionamentos acerca desse procedimento e os profissionais não têm conhecimento ou um retorno por parte do MP sobre o destino destas comunicações. O MP de Cuiabá recebe essas comunicações enviadas pela Instituição e as arquiva. Não constatamos, até o período de realização deste estudo, nenhuma ação do MP decorrente dessas comunicações, seja de internação ou de altas.

O estudo de Brito (2004) sobre a Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01 traz algumas reflexões que possibilitam compreender a realidade local. A autora destaca que a participação de um novo órgão, o MP Estadual, intermediando a relação da Medicina com o Estado é uma questão inovadora, contudo:

A participação do Ministério Público está sendo constituída de forma diferente em cada estado da federação. Embora exista o Ministério Público da União, cada Ministério Público Estadual possui autonomia para desenvolver seu trabalho. Com relação ao recebimento da comunicação das internações involuntárias, cada MPE procura se organizar de acordo com a estrutura e os conhecimentos que tem e com a demanda solicitada. Por isso não há uma padronização na atuação deste órgão nos estados brasileiros (BRITO, 2004, p. 160).

A mesma autora revela também que a maioria dos profissionais que atuam no hospital psiquiátrico não acredita na possibilidade de uma atuação efetiva do MP devido a diversos fatores:

O elevado número de internações realizadas no município, a falta de clareza quanto ao objetivo da atuação desse órgão (*“eu não sei o que eles fazem com essa papelada toda”*), a falta de estrutura para realizar o controle e a fiscalização das internações

– sinalizada, principalmente, pelos integrantes dos Ministérios Públicos do Rio de Janeiro e Pernambuco (BRITO, 2004 p. 161).

Esse fato nos remete à questão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica discutida anteriormente em que a **dissociação** entre as quatro dimensões necessárias ao processo da Reforma Psiquiátrica inviabiliza mudanças concretas, ou seja, o fato de haver uma legislação e uma Portaria que a regulamenta não é garantia de mudança na prática assistencial, ou possibilidade de crítica acerca de sua utilização. A Lei 10.216/01 traz inovações em relação às garantias individuais na internação, contudo, a comunicação de IPI ao MP é vista apenas como um formulário a mais a ser preenchido pelo profissional e não como um instrumento legal de garantia de direitos, visto que no fundo não mudou nada para os internados – comunica-se ao MP, mas permanece apenas no plano burocrático.

Outro aspecto desta Lei que consideramos relevante e contraditório, questionado também no estudo de Brito (2004), refere-se ao fato de a mesma não definir o objetivo da comunicação de IPI ao MP e, apesar de prever a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária, não estabelece quais são essas punições ou as conseqüências previstas para o hospital no caso de descumprimento desta medida.

Na Tabela 6 apresentamos os encaminhamentos de alta identificados a partir dos registros nos prontuários.

Tabela 6 – Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, segundo encaminhamento de alta. Cuiabá, MT, 2007

Encaminhamento	N	%
CAPS	162	9,0
Ambulatório	141	7,8
Judicial	86	4,8
PSF	4	0,2
Transferência interna*	65	3,6
Fuga	160	8,9
A pedido da família	75	4,2
Hosp. Dia/Res. Terap	46	2,5
Outros**	18	1,0
Sem Registro	1049	58,1
TOTAL	1806	100,0

Nota: * Pacientes encaminhados para outros setores da instituição.

** Pacientes encaminhados para tratamentos alternativos, fora da rede assistencial do SUS.

Analisando os dados da tabela 6, observamos que apenas 41,9% dos pacientes tiveram algum tipo de encaminhamento **registrado em seu prontuário**, ou seja, dos 1806 pacientes apenas 757 possuíam registro de encaminhamento de alta. Os demais 1049 (58,1%) pacientes, não tinham nenhum registro no prontuário referente à alta ou encaminhamentos dela decorrentes. Dos 757 encaminhamentos registrados apenas 4 (0,2%) refere-se aos encaminhamentos feitos para o PSF.

Apenas 162 (9,0%) dos pacientes internados foram encaminhados para os CAPS. Essa baixa percentagem de encaminhamentos aos CAPS parece não ser uma exclusividade da nossa realidade local. O estudo de Salles e Barros (2007) que buscou identificar o cotidiano de pessoas com transtornos mentais que sofrem reinternações psiquiátricas, também aborda a questão dos encaminhamentos de alta.

Um dos aspectos relatados pelos pacientes foi o fato de alguns deles não conhecerem os serviços substitutivos, ou seja, nunca foram orientados ou encaminhados para um CAPS ou HD. Isso demonstra uma falta de articulação entre os hospitais

psiquiátricos e os serviços substitutivos. Assim, é preciso averiguar com a equipe de saúde dos hospitais, como são realizados os encaminhamentos para os serviços substitutivos (Salles e Barros, 2007 p. 78)

No processo de Reforma Psiquiátrica os CAPS são considerados dispositivos estratégicos cujo objetivo é o progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, sendo o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais e necessitam de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Um dos objetivos dos CAPS é regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental (BRASIL, 2004a).

Nos últimos anos tivemos uma crescente implantação de CAPS. “Até o final do ano de 2006 foram implantados e credenciados pelo Ministério da Saúde, 1011 CAPS distribuídos em todo o País” (BRASIL, 2007, p.11). Em Mato Grosso foram implantados até dezembro de 2006, 31 CAPS havendo mais 02 em fase de implantação. Em Cuiabá temos cinco CAPS: um do tipo I, um do tipo II, dois CAPSad (sendo um para crianças e adolescentes) e um CAPSi.

De acordo com os dados apresentados no Relatório de Gestão 2003-2006 da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Mato Grosso encontra-se em 5º lugar no *Ranking* da cobertura CAPS/100.000 hab. por UF, apresentando uma cobertura de 0,66 até dezembro de 2006. “Considera-se que um estado ou município tem de razoável a boa cobertura quando o indicador ultrapassa 0,50” (BRASIL, 2007, p.15).

Ao analisarmos esses indicadores, observamos que Mato Grosso tem uma boa cobertura de CAPS e uma rede de serviços em saúde mental que se expandiu expressivamente nos últimos cinco anos. Porém, ao confrontarmos essas informações com um dos dados apresentados que mostra um percentual de apenas 9,0% de pacientes encaminhados para os CAPS após alta do hospital psiquiátrico, percebemos que existe falta de articulação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços substitutivos que nos remete novamente a refletir sobre as quatro dimensões do processo da Reforma Psiquiátrica, destacadas por Amarante (2007), que não podem ser dissociadas, pois se complementam.

Nesse sentido, indagamos: se temos atualmente uma rede de serviços implantada com boa cobertura de CAPS, como demonstram os dados oficiais do MS, uma política nacional que aponta os CAPS como dispositivos substitutivos das internações em hospitais psiquiátricos e uma legislação que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, como justificar os dados identificados neste estudo se não pela falta de uma dessas dimensões ou pela dissociação das mesmas?

Considerando os conceitos apresentados por Amarante (2007), parece-nos no caso em questão que a *dimensão epistemológica* que se refere à necessidade de desconstruir os conceitos que deram sustentação à psiquiatria e reconstruí-los de acordo com a nova proposta psicossocial e a *dimensão sócio-cultural* que se refere à criação de *espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade*, apresentam-se totalmente dissociadas do considerável avanço da dimensão *técnico-assistencial* (implantação de CAPS) e *jurídico-política* (modificação de leis).

Outro dado apresentado na tabela 5 que nos chama atenção é que o número de fugas, 160, é muito próximo do número de encaminhamentos para os CAPS, 162. Apesar de não termos encontrado na literatura outros estudos que apontam dados relacionados à fuga de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, consideramos ser este um dado significativo no sentido de se questionar e rever a função e a efetividade das práticas do hospital psiquiátrico como espaço terapêutico. É esperado que as pessoas fujam de locais de reclusão e confinamento e não de locais de tratamento.

Os dados da tabela 6 apontam que apenas 4 (0,2%) pacientes receberam encaminhamento para o PSF.

O PSF foi implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para reorientar o modelo de saúde médico-assistencialista e curativo, vigente no país, para uma atenção centrada na família e na comunidade. Ele representa um progresso indiscutível da política do SUS, atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde e com uma cobertura que alcança todo o país (BRASIL, 2005a).

Essa estratégia tem como alicerce a família, o território e a responsabilização. A proximidade com famílias e comunidades, e as práticas voltadas para o sujeito, famílias e suas relações com a comunidade faz com que PSFs se apresentem como um recurso estratégico também para a mudança do modelo assistencial em saúde mental, devido ao fato de que os profissionais dessas equipes, possivelmente, são os primeiros a terem contato com as pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, eles se deparam no seu cotidiano com os problemas de saúde mental da população sob sua responsabilidade, seja no cadastramento inicial das famílias, seja no atendimento diário ou nas visitas domiciliares.

A Reforma Psiquiátrica aponta para a *integração* das ações de saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS. “A referência/contra-referência a outros serviços, passada a crise, é fundamental para garantir a continuidade de êxito desse projeto” (SILVEIRA e ALVES, 2003, p. 650). Neste sentido, a estratégia de Saúde da Família, que procura operacionalizar os princípios do SUS (destacando aqui a integralidade da assistência), oportuniza a efetivação dos princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA, ATAIDE e SILVA, 2004).

O encaminhamento de alta é um dos instrumentos que possibilitam as integrações dessas ações, contudo, a partir dos dados apresentados neste estudo, percebemos que a equipe do hospital ainda não realiza de forma sistemática esse encaminhamento que seria um importante instrumento para a implementação da atenção à saúde mental numa perspectiva de rede assistencial. Algumas implicações decorrentes da ausência da prática de encaminhamento para o PSF e de articulação com a rede serão discutidas também a seguir, ao abordarmos outro instrumento de registro de alta, a Ficha de Egresso.

Os dados da tabela 6 apontam que 58,1% dos pacientes não tinham registro de encaminhamento em seu prontuário. Apesar da ausência dessa informação nos prontuários, não podemos afirmar que estes pacientes não tiveram algum tipo de encaminhamento. De acordo com os dados de observação, constatamos que mesmo não havendo registros nos prontuários, há regularmente o

preenchimento e a entrega da Ficha de Egresso ao paciente quando este recebe alta hospitalar.

A Ficha de Egresso é um formulário em três vias. A primeira via é entregue ao paciente ou ao responsável por este, quando recebe alta. As outras duas vias são enviadas para a coordenação de saúde mental, para serem repassadas para às secretarias municipais e serviços de referência, de acordo com a procedência do paciente. Essa ficha é composta por três itens: Um para identificação do paciente, outro para descrever o resumo do caso e dados de internação (motivo da internação, diagnóstico/CID, data da internação e alta, medicação de alta, carimbo e assinatura do médico responsável pela alta). O último item é o encaminhamento de alta.

Os dados dessa ficha não puderam ser analisados neste estudo, pois não havia cópia no prontuário do paciente. Apesar de não apresentarmos dados quantitativos acerca dos encaminhamentos realizados nessas Fichas de Egressos, foi possível, por meio da observação de campo, identificar a utilização das mesmas na rotina de trabalho da equipe.

Nas fichas que se encontravam nos setores de internação, observamos que os itens relacionados à identificação dos pacientes e conduta médica estavam sempre preenchidos pelos médicos, enquanto que o item de encaminhamento, que pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe, encontrava-se sempre em branco. Esse dado nos parece relevante no sentido de perceber como o processo de trabalho é desenvolvido pelos profissionais que atuam nesta instituição. A forma como esse instrumento é preenchido ou não preenchido demonstra como as práticas assistenciais continuam médico-centradas, uma vez que a informação mais freqüente e valorizada, é a referente ao diagnóstico e à medicação.

O item “encaminhamento de alta” destina-se à contra-referência para a continuidade do tratamento extra-hospitalar (CAPS ou outro serviço de saúde). A falta de preenchimento desse item (que poderia ser de responsabilidade de todos os profissionais da equipe) e o preenchimento sistemático somente daquele relacionado à história clínica, nos levam a algumas indagações: qual é a racionalidade do tratamento que se pretende quando o paciente, ao buscar o

serviço de referência, apresenta somente dados sobre sua história clínica da internação? Qual é a interferência dessa condição na continuidade do tratamento extra-hospitalar? Ao se condicionar a continuidade do tratamento exclusivamente ao diagnóstico médico (CID) e a um esquema medicamentoso, qual é o investimento que se faz para a construção de atenção psicossocial? Qual é o subsídio que se oferece para as equipes de serviços extra-hospitalares para o cuidado comunitário e familiar?

A Ficha de Egresso permite identificar o fluxo de internação e alta dos pacientes, sendo um importante instrumento para o gestor analisar o movimento de referência e contra-referência na rede de serviços do SUS e efetividade da rede extra-hospitalar instalada. Desse modo se constitui numa importante estratégia no processo de mudança de modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica, pois a incidência de internações se constitui num parâmetro importante em psiquiatria, que tende a ganhar relevância para a avaliação de qualidade do serviço e da rede (LANCMAN, 1997).

A forma como essa ficha é utilizada (centrada na conduta médica) conforme observamos neste estudo, nos leva a considerar que os profissionais, ao não preencher alguns campos, provavelmente não o fazem por intenção deliberada de interferir ou não no modelo de atenção. Entretanto, o não reconhecimento dos instrumentos de trabalho e a ausência de consciência crítica a respeito dos desdobramentos dessa não-ação evidenciam uma alienação do trabalho. Para Castro e Silva (2002, p.61) “[...] ao atuar em psiquiatria nos dias atuais sem conhecer o mínimo do que acontece na área, a assistência pode estar desarticulada, comprometida ou pautada em velhos conceitos sem perspectiva de mudança”.

Do mesmo modo, também seriam necessários outros estudos para analisar a utilização dessa ficha pelos serviços extra-hospitalares, pois poderia ser indicativa da valorização que os gestores têm atribuído a esse instrumento.

Na tabela 7 apresentamos os dados acerca da procedência dos pacientes internados. Esses dados referem-se a 1770 internações, pois em 36 prontuários não constava o município de origem dos pacientes.

Mato Grosso possui atualmente 141 municípios que estão agrupados a partir de sua localização geográfica em 16 Escritórios Regionais de Saúde do Estado, conforme quadro apresentado no Decreto do governo estadual N° 270 de 18 de Maio de 2007 (Anexo II). Os dados da tabela 7 são apresentados de acordo com esses Escritórios Regionais identificados pelos Municípios sede.

Tabela 7 – Distribuição do número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho no período de 01/09/2005 a 31/08/2006, segundo a procedência. Cuiabá, MT, 2007.

Município sede do Escritório Regional	Nº de Municípios	População Total	Nº Internações	% da População Internada
Cuiabá	11	904.199	1417	0,156
Rondonópolis	19	411.691	46	0,011
Barra do Garças	10	116.876	4	0,003
Cáceres	12	178.725	69	0,038
Juína	7	112.241	5	0,004
Porto Alegre do Norte	7	79.936	5	0,006
Sinop	14	269.508	41	0,015
Tangará da Serra	10	192.642	60	0,031
Diamantino	7	83.279	57	0,068
Alta Floresta	6	90.169	6	0,006
Juara	4	62.670	9	0,014
Peixoto Azevedo	5	81.869	12	0,014
Água Boa	8	70.033	11	0,015
Pontes e Lacerda	10	112.768	16	0,014
Colíder	6	72.040	10	0,013
São Félix do Araguaia	5	18.353	2	0,010
Total	141	2.856.999	1770	0,061

Na tabela 7 o dado mais evidenciado é o elevado número de internações de pacientes procedentes do Escritório Regional de Cuiabá (1417), perfazendo 0,156% da população residente nesta área. Esse percentual, no Estado, corresponde a 0,061. Portanto, se o Estado internou, em média, 0,061% de sua população, e o Escritório de Cuiabá 0,156%, temos que essa região, onde existe um hospital psiquiátrico, interna 148% a mais do que o índice médio de internação do Estado.

Quando relacionamos esses dados com as internações do Hospital Psiquiátrico Filantrópico, Paulo de Tarso⁹, situado no município de Rondonópolis, observamos que também a maior procedência das internações naquele hospital, no mesmo período (setembro de 2005 a agosto de 2006) é de municípios que compõem o Escritório Regional de Rondonópolis, ou seja, das 657 internações neste hospital, 641 são procedentes desta região. Assim, o Escritório de Rondonópolis interna 0,155% de sua população, portanto, 147% a mais que o índice médio de internação do Estado, dado semelhante ao de Cuiabá, apresentado neste estudo.

Buscando evidências acerca da relação entre população internada em hospital psiquiátrico e a existência ou não destes numa determinada área, destacamos o estudo de Lancman (1997) que procurou verificar se a existência destes hospitais poderia modificar o perfil da clientela atendida, comparando a demanda que procurava os serviços extras hospitalares em quatro cidades semelhantes do Estado de São Paulo que tivessem e que não tivessem hospitais psiquiátricos (São Carlos, Araraquara, Ferraz de Vasconcelos e Franco da Rocha). Essa autora considerou que a presença destes hospitais poderia ser mais um fator gerador de demanda psiquiátrica e concluiu afirmando que “foram encontradas algumas evidências de que, nas cidades com hospitais, houve um aumento expressivo não somente das internações, mas também do número de consultas em saúde mental” (LANCMAN, 1997, p. 93).

Quando analisamos os dados apresentados na tabela 7 e os das internações no Hospital Paulo de Tarso, relacionando-os com os dados do estudo de Lancman (1997), observa-se que a existência do hospital psiquiátrico em determinada área pode contribuir para o aumento das internações naquele local, considerando que todo serviço de assistência à saúde, acaba criando uma demanda. Contudo há uma escassez de estudos epidemiológicos que sustentem essa afirmação.

O estudo de Lancman (1997) já afirmava a falta destes indicadores epidemiológicos e de estudos que verificassem a influência dos

⁹ Dados coletados no Projeto de pesquisa PRATICAPS-MT, do qual essa dissertação é um sub-projeto.

hospitais psiquiátricos sobre as comunidades que os abrigam e sobre os serviços extra-hospitalares próximos a eles.

Portanto, os dados de procedência configuram-se como importante instrumento no processo de gestão e como indicador epidemiológico para implementação de políticas de saúde mental e avaliação dos serviços substitutivos e deveriam ser mais valorizados tanto no meio acadêmico como na gestão.

Os dados de caracterização da população internada apresentados neste estudo apontam contradições importantes com o processo de Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso, se considerarmos que, ao mesmo tempo em que houve aumento expressivo da rede de CAPS há também um aumento das internações no hospital psiquiátrico público de Cuiabá.

Entre setembro de 1998 e agosto de 1999 foram registradas **1129** internações (OLIVEIRA, SANTOS e MARCON, 2004) nessa instituição, sendo que neste período havia somente um CAPSad em processo de implantação no município. De setembro de 2005 a agosto de 2006 este estudo identificou que foram efetuadas **1806** internações, num momento em que o Estado conta com uma rede de 33 CAPS, com um indicador de 0,66 de cobertura de CAPS/100.000hab, considerado como uma boa cobertura para o MS (BRASIL, 2007). Além dos CAPS foram implantadas em Cuiabá, no ano de 2004, 10 residências terapêuticas, atendendo a 83 pessoas egressas de internação psiquiátrica.

Se hoje temos um número maior de internações do que quando não tínhamos CAPS, podemos indagar: os CAPS têm alimentado o “circuito psiquiátrico”?

A este respeito, Dell’Acqua e Mezzina (2005) afirmam que os serviços extra-hospitalares criados nos países anglo-saxões (Centros para a crise) destinam-se a reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos, contudo lidam apenas com as crises dos pacientes, não oferecem uma tutela global e não percebem a crise do próprio serviço. Configuram-se como um modelo mais operativo e mais aperfeiçoado do circuito psiquiátrico, mas, no entanto, não se modificou o modelo cultural de referência, acabam encaminhando os pacientes

mais difíceis para a internação, confirmando o papel central do hospital psiquiátrico. “A persistência do hospital psiquiátrico como coletor dos rejeitos destes modelos operativos garante assim a sua própria limpeza prática e ideológica [...]” (DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005, p.162).

Em Mato Grosso, consideramos que o salto quantitativo, a partir da expansão da rede de CAPS, reflete um avanço indiscutível no processo de redirecionamento do modelo assistencial. A implantação de serviços substitutivos é imprescindível para efetivação das mudanças propostas, contudo somente a criação destes dispositivos não é garantia de mudança do modelo assistencial, ela representa apenas uma das partes do complexo processo da Reforma Psiquiátrica.

Compreendemos que a implantação da rede de assistência em saúde mental descentralizada e resolutiva só é possível se for realizada a partir de subsídios epidemiológicos e, nesse sentido, consideramos fundamental conhecer o movimento das internações nos hospitais psiquiátricos, sua demanda e relações territoriais para a implantação dessa rede. O desconhecimento dessa demanda implica riscos consideráveis para o processo de Reforma Psiquiátrica.

Os dados apresentados neste estudo apontam também para a necessidade da associação das quatro dimensões, propostas por Amarante (2007), nesse movimento: a efetivação da rede de serviços como espaços de sociabilidade, de produção de subjetividade (técnico-assistencial); a reconstrução de conceitos de acordo com a nova proposta psicossocial (teórico-conceitual); novas formas de se lidar com a doença mental que possibilitem a inserção social do sujeito em sofrimento psíquico (sociocultural) e a jurídico-política. A associação dessas dimensões certamente possibilitaria também um salto qualitativo, quando o hospital psiquiátrico não teria mais um papel central.

Outra contradição importante observada a partir dos dados apresentados na tabela 4, refere-se à legislação de saúde mental (Lei nº 10.216/01) e legislação anti-drogas (Lei nº 11.343/06), pois apesar destas Leis serem favoráveis à garantia dos direitos individuais, os dados apontam um alto percentual de internações involuntárias e compulsórias, totalizando 84,9% delas.

Quanto à política de álcool e outras drogas do MS que tem os CAPSad como o principal dispositivo de tratamento utilizando como estratégia a **redução de danos**, a contradição é evidenciada pelo grande percentual de internação por dependência química (40,6 %) apontado na tabela 4.

Identificar o número de pacientes internados no hospital psiquiátrico público de Cuiabá e descrever suas características foi essencial para conhecer a demanda de internações psiquiátricas em Cuiabá e Mato Grosso. Os dados quantitativos foram indispensáveis para sustentar a discussão que faremos a seguir acerca do sistema de informação e regulação das internações, do número de leitos psiquiátricos e do processo de trabalho de enfermagem. Porém, entendemos, à luz do referencial teórico-metodológico adotado neste estudo, que tais dados não têm a pretensão de dar conta de toda a complexidade dos aspectos da demanda psiquiátrica em Cuiabá e Mato Grosso. Contudo eles poderão subsidiar outros estudos sobre o tema.

5.3 O Sistema de Informação e Regulação das Internações, o número de leitos psiquiátricos e o processo de trabalho de enfermagem.

Para discutir o sistema de informação e controle interno das internações na instituição, descreveremos como estes se apresentavam ao realizarmos este estudo, de acordo com dados de observação de campo e documentos.

O setor de estatística e faturamento é o setor responsável pelo sistema de informação da instituição que armazena os dados relativos às internações, repassados para o SIH/SUS.

Sua base de dados registra a caracterização da clientela: faixa etária, estado civil, sexo, procedência, diagnóstico, se é a primeira internação ou subsequente e o número total de internações a cada mês.

Neste sistema havia o registro de **1553** internações ocorridas entre **janeiro e dezembro de 2005**. Não havia registro das internações efetuadas no ano de 2006.

Não encontramos outra fonte informatizada na instituição que disponibilizasse o registro dessas internações ou algum mecanismo interno que possibilitasse a regulação das mesmas.

O fluxo de internação consistia na chegada dos pacientes ao PA (localizado no hospital psiquiátrico) onde é feita a primeira avaliação, após a qual os pacientes podem permanecer em observação por um período de até 72 horas, serem encaminhados para os setores de internação, ou serem liberados.

Esta primeira avaliação no PA era feita quase que exclusivamente por médicos clínicos que não possuíam especialização na área de psiquiatria, o que causa certa estranheza, pois se o paciente é encaminhado para um serviço especializado, supõe-se que deveria ser atendido por um profissional especializado para que se justifique essa referência. Observamos ainda que essa primeira avaliação nem sempre era possível, porque, muitas vezes, os pacientes que chegavam do interior já haviam sido medicados no serviço de saúde do seu município e encontravam-se sedados, além do fato de não virem acompanhados de familiares, apenas com o motorista da ambulância e com encaminhamento de serviços de saúde, que quase nada informava sobre o paciente, apenas referia a “necessidade” da internação.

As internações ocorrem de acordo com a avaliação feita no PA, sendo efetuadas a partir de demandas espontâneas ou judiciais, independente do número de leitos disponíveis na instituição. O hospital Adauto Botelho, na maioria das vezes, é a porta de entrada para a rede de saúde mental contrariando a hierarquia assistencial proposta pelo SUS cujas portas de entrada são os serviços da rede básica e territoriais (CAPS).

Quanto ao sistema de controle externo das internações ocorridas na instituição estudada constatamos que nos sistemas de informação da SES/MT e da SMS/Cuiabá também não havia dados sobre o número de internações psiquiátricas e nenhum mecanismo de regulação de leitos para as mesmas.

Com relação ao número de leitos existentes na instituição as fontes consultadas apresentavam divergências entre si. Portanto, os dados apresentados a seguir, no quadro 1 foram obtidos a partir de diferentes fontes com o objetivo de evidenciar essas divergências. As fontes consultadas foram: documentos oficiais das SES/MT e SMS/Cuiabá, do CIAPS Adauto Botelho e do Sistema de Informação do MS.

Os dados da SMS/Cuiabá constam nos relatórios de gestão de 2004 e 2005, pois o relatório de 2006 não trazia nenhuma informação referente à saúde mental no município de Cuiabá. O dados do CIAPS Adauto Botelho foi obtido em documento encaminhado ao Ministério Público de Cuiabá, no qual a direção do hospital, em resposta a este, informa o número de leitos credenciados ao SUS na instituição. Os dados do PNASH/PSIQUIATRIA referem-se a dois períodos diferentes: a avaliação realizada e divulgada pelo Ministério da Saúde em 2002 e o relatório de avaliação de 2006 encaminhado ao MS pela SES-MT. Esses relatórios foram considerados como fontes de informação, uma vez que são produzidos e informados oficialmente pela SES/MT e MS, para subsidiar uma política de redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Os dados do DATASUS referem-se aos anos de 2005 e de 2006.

Quadro 1 - Número de leitos no CIAPS Adauto Botelho segundo fontes de informação oficiais, de Janeiro de 2002 a Novembro de 2006. Cuiabá/MT, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS/SUS EM CUIABÁ
PNASH 2002 ⁽¹⁾	60
SMS/CUIABÁ 2005 ⁽²⁾	30
CIAPS ADAUTO BOTELHO 2005 ⁽³⁾	100
DATASUS – 2005 ⁽⁴⁾	35
DATASUS – 2006 ⁽⁴⁾	90
PNASH 2006 ⁽⁵⁾	120

Fontes: 1. Resultado do PNASH/PSIQUIATRIA 2002, divulgado pelo MS.

2- Relatório de gestão 2004 e 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

3-Ofício nº400/05 – CIAPS/SES/MT, de 11 de outubro de 2005. GEAP 001100-02/2005).

4- DATASUS - disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 06/11/06

5- Relatório do PNASH/PSIQUIATRIA 2006, enviado ao MS pela SES/MT em novembro/2006.

No quadro 1, se compararmos os dados obtidos a partir de **Documentos Institucionais** (Relatórios de gestão da SMS/Cuiabá e Ofício do

CIAPS Adauto Botelho) que apresentam respectivamente a existência de **30 e 100** leitos, com os do **Sistema de Informação - DATASUS (35 e 90 leitos)** e os do **PNASH/PSIQUIATRIA (60 e 120 leitos)**, observamos que as divergências apontam sempre para um aumento no número de leitos

Se compararmos o menor número de leitos informados (**30**) com o maior (**120**) observa-se uma diferença de **400%** entre eles. Essa diferença demonstra uma aleatoriedade em relação à realidade além de que as divergências apontadas indicam uma tendência de aumento do número de leitos em todas as fontes de informação

De acordo com esses dados consideramos que os SIS disponíveis não dão suporte àqueles princípios para os quais eles existem: subsidiar o planejamento, a gestão e o controle social no SUS (BRASIL, 2006a). As bases de dados nacionais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria e a alimentação permanente e regular dessas bases é fundamental para o seu aperfeiçoamento, bem como para o seu uso no processo de monitoramento e avaliação do Sistema (SANTOS, 2006). Essa divergência aponta para a necessidade de esclarecimento e transparência em relação ao número de leitos psiquiátricos existentes no SUS Cuiabá.

No SI da SMS de Cuiabá não há dados sobre o número de internações psiquiátricas ocorridas no município, no entanto os relatórios de gestão 2004 e 2005 apontam que houve redução significativa no número de leitos em psiquiatria devido ao processo de “desospitalização” e à implantação das residências terapêuticas e CAPS e que Cuiabá apresenta um bom desempenho em relação à redução de internações psiquiátricas proposta pelo MS (CUIABÁ, 2005; CUIABÁ, 2006).

Concordamos que houve expressiva redução no número de leitos psiquiátricos em Mato Grosso com o fechamento do único hospital psiquiátrico privado do Estado, o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, em junho de 2004, que mantinha mais de 300 leitos credenciados ao SUS. Contudo, os dados (ou a ausência deles) descritos neste estudo nos levam a indagar como é possível afirmar que houve uma redução de internações se não há registros nem controle (regulação) das mesmas?

Entendemos que o processo de “desospitalização” referido nesses relatórios faz uma análise reducionista que atende mais aos objetivos neoliberais de redução de custos e diminuição da responsabilidade do Estado, do que os propostos na Reforma Psiquiátrica, visto que a “desospitalização”, por si só, não pode ser considerada como parâmetro de análise.

A desospitalização é “um ato administrativo que faz sair um paciente da instituição-hospital, enquanto a desinstitucionalização é um processo que faz sair um paciente da instituição psiquiatria” (SARACENO, 2001, p.70).

O processo de desinstitucionalização, devido à sua complexidade deve ser entendido como:

Um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto certamente ‘se cuida’. Depois de ter descartado ‘a solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e de sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 2001, p. 33).

Esses relatórios não apontam que o principal motivo dessa “desospitalização” foi o descredenciamento do SUS e posterior fechamento do único hospital psiquiátrico privado do Estado de Mato Grosso, em junho de 2004. Esse fato, de extrema importância no processo da Reforma Psiquiátrica local, sequer é mencionado nesses documentos.

A redução do número de leitos psiquiátricos nos estados brasileiros vem acontecendo de modo gradativo. O avanço no processo de desinstitucionalização deu-se a partir de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. O PNASH/Psiquiatria (em 2002), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (em 2004) e a expansão de serviços substitutivos, permitiram a redução e substituição de 11.826 leitos psiquiátricos em todo o País, entre os anos de 2003 e 2006 (BRASIL, 2007).

Entretanto, em MT, apesar do descredenciamento e fechamento do hospital privado (que pode resultar numa pequena diminuição no cômputo geral do MS), esse movimento vem em sentido contrário no hospital público, pois de acordo com os dados apresentados neste estudo, observamos um **aumento gradual** no número de leitos psiquiátricos na instituição.

A instituição estudada está sob gestão estadual, apesar de localizada em um município de gestão plena. O SUS/Cuiabá está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998 (CUIABÁ, 2006). No entanto, no que se refere ao hospital psiquiátrico público não identificamos neste estudo a responsabilidade dos gestores, tanto municipal quanto estadual, em manter atualizados os sistemas de informação conforme determina a Portaria SAS/MS N. 586, de 24 de outubro de 2005, que afirma a responsabilidade das Secretarias de Saúde na consolidação do banco de dados do SIA/SUS e do SIH/SUS e a atualização do banco de dados nacional do CNES e dos estabelecimentos sob sua gestão (BRASIL, 2005b).

Outro dado de observação a ser considerado é o de que a Central de Regulação do Município não faz a regulação das internações psiquiátricas. De acordo com relatório de gestão de 2004 da SMS de Cuiabá, a ação reguladora do sistema é realizada pela Central de Regulação de Cuiabá – CERSUS, implantada em 2002 e mantida através de parceria entre a SES/MT e SMS. Consta ainda nesse relatório que o processo de informatização da CERSUS foi iniciado em 2004, visando agilizar o processo de regulação, interferir sobre o acesso dos cidadãos aos serviços e sobre a oferta dos mesmos e exercer o controle sobre os prestadores de serviços (CUIABÁ, 2005). Esse sistema fornece dados sobre as internações reguladas nas diversas especialidades médicas, exceto na psiquiatria.

O Decreto-Lei nº 4232 de 17 de Novembro de 2004¹⁰, no item V do art. 2º propõe estabelecer contratos de parcerias com a secretaria de estado de saúde e demais prestadores hospitalares, visando ao fortalecimento do comando único do SUS, a integração das ações e da rede de serviços, configurando um **sistema municipal com regulação e fluxo de referência e contra referência** (CUIABÁ, 2004). Contudo, retomamos a discussão feita anteriormente de que o fato

¹⁰ Decreto nº 4232 de 17 de Novembro de 2004 *cria o Programa de Saúde Mental – PSM no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS de Cuiabá, contendo as diretrizes, os projetos prioritários, as parcerias e os principais mecanismos de financiamento e de gestão para sua viabilização.*

de haver uma legislação e serviços implantados não é garantia de uma mudança da realidade ou possibilidade de crítica acerca de sua utilização.

Se considerarmos que no período de 1998 a 2004 existia neste município uma Central de Vagas Psiquiátricas (CVP), funcionando anexa ao hospital público, que fazia o controle das internações psiquiátricas regulando os leitos do hospital psiquiátrico privado e público estadual (OLIVEIRA, SANTOS, e MARCON, 2004) e que esta CVP foi desativada em 2004, na mesma época do fechamento do hospital psiquiátrico privado de Cuiabá, podemos perceber que:

A regulação, por trabalhar com uma lógica bastante voltada para o controle e com uma dinâmica própria, tende a certo descolamento, restringindo-se às ações de controle do setor privado-conveniado, isolando-se do conjunto das ações assistenciais e dos serviços próprios (SANTOS e MERHY, 2006, p. 38).

Alguns dos documentos oficiais consultados afirmam que houve uma redução do número de internações psiquiátricas, apesar de não terem registro próprios das mesmas e nem uma base de dados local e nacional totalmente confiável, haja vista que essas apresentam diferenças quando comparadas entre si e quando confrontadas com dados de estudos locais, conforme apresentamos a seguir no quadro 2.

Quadro 2 – Comparação entre os dados do DATASUS e os dados locais, referente ao número de internações ocorridas no CIAPS Adauto Botelho num mesmo período. Cuiabá/MT, 2008.

PERÍODO	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	FONTE DE INFORMAÇÃO
Set/1998 a ago/1999	1025	DATASUS ⁽¹⁾
Set/1998 a ago/ 1999	1129	Estudo local ⁽²⁾
Jan/dez de 2005	1352	DATASUS
Jan/dez de 2005	1553	CIAPS ⁽³⁾
Set/2005 a ago/2006	1027	DATASUS
Set/2005 a ago/2006	1806	Estudo local ⁽⁴⁾

Fontes: 1- DATASUS - disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 28/01/08.

2- Estudo de Oliveira, Santos, Marcon (2004).

3- Sistema Informação do setor de estatística do Ciaps Adauto Botelho, consultado em outubro de 2006.

4- Dados desta pesquisa.

De acordo com o quadro 2 observamos que os dados apresentados no DATASUS divergem dos dados locais, com uma tendência sempre para um registro menor de internações. Se considerarmos que este estudo identificou um total de **1806** internações no período de setembro de 2005 a agosto de 2006 enquanto o DATASUS registrou apenas **1027** internações nesse mesmo período, percebemos que a diferença (aproximadamente 76%) é muito significativa e que o dado oficialmente informado não condiz com a realidade estudada.

Por outro lado, se compararmos as **1806** internações ocorridas de setembro de 2005 a agosto de 2006 com as **1247** registradas no DATASUS de **setembro de 2004 a agosto de 2005**, ou seja, o mesmo período, porém do ano anterior, observamos que houve aumento de quase 45% nas internações. Do mesmo modo, se compararmos, os dados deste estudo com os dados do estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004), que apontou um total de **1129** internações de **setembro de 1998 a agosto de 1999**, nesta mesma instituição, observamos um aumento de 59,7% nas internações. Portanto, esses dados indicam aumento e não redução no número de internações como apontam algumas fontes oficiais consultadas.

Ao fazermos a afirmação acima consideramos que as informações em saúde, enquanto instrumentos de gestão, não devem ser utilizadas no sentido de apresentar indicadores satisfatórios, porém desvinculados da realidade concreta. A informação é poder quando usada pelo homem em seu agir crítico, moldando o presente (MORAES, 1998).

Assis e Villa, (2003), ao discutirem o controle social e a democratização da informação, consideram-na como elemento fundamental para a gestão e o controle social, como um processo inacabado, em construção e referem que quando não há análise e utilização das informações nos processos decisórios, outros parâmetros articulados apenas à lógica mercantilista aplicada à área de saúde passam a ser usados para orientar as políticas, configurando-se exclusivamente como um instrumento administrativo sem levar em conta o atendimento às necessidades da população. Para as autoras essas informações “nada têm em comum com o novo modelo assistencial que se deseja implementar, no qual as informações registradas seriam utilizadas para análise da situação de

saúde, para a definição de prioridades e reorientação das práticas” (ASSIS, VILLA, 2003, p.382).

A discussão sobre a produção, disseminação e uso das informações em saúde é essencial para a luta emancipatória dos cidadãos, e deve ser apropriada por estes na construção de um projeto político para as informações em saúde no Brasil, que devem permanecer sempre abertas à crítica e à intervenção (MORAES, 1998).

Oliveira (2003) ao analisar o processo de trabalho das equipes de saúde mental de Cuiabá, apresenta dados relevantes que nos permitem introduzir uma discussão acerca da produção de informações em saúde mental no contexto local. Essa autora apresentou dados de observação realizada em três setores do CIAPS Adauto Botelho em 2001/2002, concluindo que havia uma grande divergência entre os procedimentos executados e a totalização dos dados desse serviço, gerando, assim, dados estatísticos equivocados que podem induzir distorções nos processos de planejamento e avaliação dos serviços e afirma que “os índices de produção de serviços informados pela instituição não correspondem quantitativa e qualitativamente aos dados observados e à capacidade efetiva do serviço” (OLIVEIRA, 2003, p.150).

A importância de nos determos sobre essa produção das informações nos serviços, que subsidiam os bancos de dados em saúde, deve-se ao fato de acreditarmos que tanto os pesquisadores ao apresentarem dados obtidos a partir de estudos, quanto os profissionais de saúde ao reproduzirem os dados do serviço, têm o compromisso e a responsabilidade de produzirem informações confiáveis para que estas se constituam em bem universal, coletivo, que possibilite subsidiar ações efetivas na área da saúde, uma **informação pública** (MORAES, 1998).

O estudo de Silva e Costa Jr (2006) utilizando o Sistema de Informação do MS (DATASUS) apresenta elementos que ilustram os recursos deste sistema de informação em saúde que podem ser utilizados pelos enfermeiros. Referem que os dados do SIH-SUS configuram-se como instrumento possível para desencadear o processo de análise e podem possibilitar mudanças importantes para o gerenciamento dos serviços, além de serem de alcance universal, rápido e

de apresentarem um custo “praticamente zero”. Concordamos com esses autores que inúmeras são as vantagens que um sistema informatizado oferece, contudo, a partir desta pesquisa, consideramos que os dados apresentados pelos sistemas de informação em saúde ainda não são totalmente confiáveis, haja vista a divergência que apresentam quando comparados a uma situação concreta. Com isso retomamos a reflexão sobre a responsabilidade e necessidade de informações confiáveis e transparentes que realmente subsidiem tanto os processos de gestão como o atendimento às necessidades de saúde.

Os dados apresentados também apontam para a responsabilidade dos gestores locais, no sentido de manter um SI que possibilite fornecer indicadores para subsidiar o planejamento das ações, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, haja vista a necessidade apresentada pela política nacional de redução de leitos em hospitais psiquiátricos vigente no País. Estudos apontam que “os sistemas de informações gerenciais implantados são, habitualmente, pouco valorizados e insuficientemente utilizados pelos níveis gerenciais” (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007, p.664) e que um dos desafios para operacionalização do SUS talvez seja manter um sistema de informação que realmente subsidie a tomada de decisões contribuindo para o processo de gestão e construção de políticas de saúde (MORAES e GOMES, 2007), pois este se constitui como uma ferramenta potente para instrumentalizar a produção de saúde que busca a integralidade das ações (PINTO, 2000).

No município de Cuiabá, no que refere às informações sobre as internações psiquiátricas observamos a necessidade de um estudo mais aprofundado que permita uma análise acerca do sistema de informação, sua utilização, de como ele se apresenta para os gestores, de que forma são (ou não) gerados e subsidiam a gestão nos três níveis. Assis e Villa (2003) referem que as questões relacionadas aos sistemas de informação, especialmente no nível municipal, são um dos principais problemas para a organização de um sistema de saúde na perspectiva da Vigilância à Saúde. Para Penna Firme (2003), o grande desafio é reconhecer o que é importante saber e, de fato, utilizar essa informação.

Considerando a importância do sistema de informação para subsidiar a formulação das políticas de saúde e o processo de gestão, surgem algumas inquietações quando analisamos os dados obtidos neste estudo: se há

uma precariedade e divergências de informações quanto ao número de leitos e internações psiquiátricas, como pode se efetivar o processo de Reforma Psiquiátrica que prevê, entre outros aspectos, a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição do tratamento centrado no hospital por cuidado em dispositivos territoriais? Se eles não são criados a partir de dados epidemiológicos, são criados a partir de quê? Baseado em quais indicadores epidemiológicos se planeja a necessidade de instalação de rede substitutiva se não temos informações sobre o que se quer substituir? Se não temos informações sobre a necessidade de substituição, nesse ou naquele município, a partir de quais justificativas se criam serviços extra-hospitalares? Como o processo de trabalho das equipes, e principalmente do enfermeiro, está se desenvolvendo nesse contexto?

Estes questionamentos são pertinentes se considerarmos a indissociabilidade dos aspectos técnicos, políticos, éticos e legais do trabalho dos enfermeiros e a importância da participação profissional na mudança de modelo de atenção em saúde mental e na efetivação do SUS. Acreditamos que as questões discutidas implicam direta ou indiretamente no processo de trabalho da enfermagem em saúde mental.

Ao adentrarmos nesse tema, assumimos uma postura política que consideramos necessária no contexto atual. O processo de Reforma Psiquiátrica implica no questionamento e autocrítica dos profissionais de saúde mental e apesar de já ter havido grandes avanços nessa área, concordamos que é “indispensável apontar as fragilidades e os espaços em que devem ocorrer maiores investimentos, tanto materiais quanto políticos” (FRAGA, SOUZA, BRAGA, 2006, p.210). Para essas autoras houve um avanço no processo de trabalho em saúde mental que possibilitou ampliar e construir novas práticas assistenciais de sucesso no tratamento de pessoas com transtornos mentais, contudo,

“[...] não podemos nos contentar com os avanços já alcançados no âmbito da reforma psiquiátrica. É fundamental que todo cidadão esteja atento e vigilante, para impedir retrocessos e para cobrar o que ainda não lhe satisfaz. No presente momento, cabe resgatar a necessidade de manter desperta a idéia de controle social, sob pena de vermos arrefecidas as energias que em décadas anteriores dedicamos para reconquistar a democracia, para garantir uma Constituição compatível com essa condição, e uma legislação de saúde que possa garantir todas as necessidades do povo brasileiro. No campo da saúde mental

essa vigilância se faz particularmente necessária no presente momento, pois muito ainda há para construir” (FRAGA, SOUZA, BRAGA, 2006, p.211).

Portanto, faz-se necessário que as contradições presentes nesse movimento sejam identificadas pelos enfermeiros, visto que estas interferem direta ou indiretamente no processo de trabalho.

A esse respeito o estudo de Oliveira (2006) realizado em dois CAPS de Mato Grosso identifica algumas dessas contradições e traz reflexões acerca das possibilidades e limites dessa estrutura para a construção da atenção psicossocial que consideramos pertinente discutir. Para essa autora, a primeira contradição percebida refere-se à conformação dos CAPS:

A implantação dos CAPS no vasto território nacional, sua definição e garantias jurídico-administrativas, que visam a uma macro mobilização rumo à atenção psicossocial, simultaneamente garante direitos/recursos e institucionaliza padrões de atendimento. E, na medida em que institucionaliza, fixa e imobiliza práticas terapêuticas que, por definição “psicossocial”, necessitam ser móveis, mobilizáveis, dinâmicas e criativas. Parece-nos que a possibilidade da atenção psicossocial é intrinsecamente instável, em construção, um vir a ser (OLIVEIRA, 2006, p. 702).

A contradição acima aponta para a instabilidade no processo de trabalho em saúde mental, principalmente no trabalho do enfermeiro. Já consideramos neste estudo a história da enfermagem psiquiátrica que sustentou, durante muito tempo, a organização do modelo hospitalocêntrico, sendo, na maioria das vezes, os profissionais mais presentes nas práticas repressivas destas instituições (práticas institucionalizadas). Nesse sentido, as práticas atuais precisam ser criticadas e autocriticadas cotidianamente, pois os profissionais de saúde trabalham simultaneamente com cuidado e controle e, na saúde mental, historicamente, o cuidado sempre foi muito próximo do controle repressivo. É necessário construir práticas terapêuticas que incluam os profissionais, usuários, familiares e comunidade, pois apesar das normatizações essas práticas são construídas a partir das relações concretas entre esses atores e nos espaços reais e possíveis de existência dos CAPS (OLIVEIRA, 2006).

Construir práticas terapêuticas implica refletir sobre o processo de trabalho em saúde mental, redesenhar o objeto do cuidado de acordo com a proposta psicossocial, incluir novos instrumentos que possibilitem realizar esse trabalho e definir sua finalidade. Implica ainda reconhecer os determinantes internos e externos que incidem sobre o processo de trabalho e as contradições presentes na realidade concreta desse trabalho.

Os dados desta pesquisa possibilitam perceber que alguns determinantes externos evidenciados na realidade local (precariedade das informações, falta de dados e de controle/regulação das internações psiquiátricas e divergência nos sistemas de informação acerca das internações e do número de leitos psiquiátricos), além de interferirem diretamente na qualidade do cuidado da enfermagem, comprometem ainda aspectos éticos e até legais do profissional enfermeiro, pois a superlotação e a não garantia de um leito geram condições desumanas de atendimento, como vivenciamos por diversas vezes nessa instituição, quando temos que acomodar o paciente no chão (“leito chão”) ou quando temos que racionar os recursos materiais (alimentos, luvas descartáveis, material de limpeza, higiene e até medicações) e humanos (número mínimo de funcionários por plantão) para atender a um número bem superior à capacidade instalada da instituição. Para exemplificar essa situação, em um só dia do mês novembro de 2005, de acordo com dados de observação, havia 199 pacientes internados nos setores estudados, sendo que o maior número de leitos informados, conforme mostramos no quadro 1 foi de 120 leitos.

Quanto aos determinantes internos do processo de trabalho, apontamos alguns dados neste estudo que possibilitam percebê-los, a exemplo da baixa percentagem de encaminhamentos após a alta para os CAPS e PSFs e a subutilização da ficha de egresso. Esses dados indicam o desconhecimento acerca dos instrumentos de trabalho e a ausência de consciência crítica dos profissionais. Como dito anteriormente, construir práticas terapêuticas em saúde mental implica reflexão crítica, redesenho do objeto do cuidado e inclusão de novos instrumentos que possibilitem realizar esse trabalho e definir sua finalidade. Nesse sentido os encaminhamentos de alta e a ficha de egresso não são percebidos como instrumentos que possibilitariam uma continuidade do cuidado na rede extra-hospitalar. Consideramos que o conhecimento teórico e prático dos enfermeiros

que atuam na saúde mental apresenta algumas fragilidades que necessitam ser superadas.

Durante muito tempo, o processo de formação acadêmica pouco contribuiu para facilitar o desempenho das práticas atuais em saúde mental (SILVEIRA e ALVES, 2003), pois o ensino foi reproduzido de forma fragmentada, dicotômica, centrada na instituição psiquiátrica, reforçando os saberes e práticas de exclusão da loucura (KANTORSKI e SILVA, 2000), contudo, consideramos que não é somente a graduação, o ensino formal que prepara o enfermeiro para o cuidado no campo psicossocial, é preciso um investimento pessoal e contínuo incluindo novos saberes e “invenção” de novas práticas para enfrentar o desafio de uma nova forma de lidar/cuidar de pessoas em sofrimento mental. Atualmente, estudos evidenciam “o esforço concreto de alguns enfermeiros, na busca de novas formas de atuação que obrigatoriamente passam por uma transformação de suas práticas e um repensar do objeto de sua assistência” (CASTRO e SILVA, 2002, p.58).

Os determinantes do trabalho incidem diretamente na possibilidade ou não de construção da atenção psicossocial. Para Oliveira (2006, p.701),

As equipes que realizam o processo de trabalho de atenção psicossocial necessitam enfrentar suas contradições internas: disparidade de concepções teórico-metodológicas sobre o que e como fazer, relações de poder intra-equipes que, por sua vez, são constituídas também nas e pelas contradições externas: pluralidade cultural e disparidade de valores éticos/morais na sociedade atual, desigualdades sociais, exclusão de muitos em proveito de alguns e super exploração do trabalho no modo de produção capitalista globalizado.

As reflexões apresentadas neste estudo apontam para a importância do trabalho dos enfermeiros que atuam na saúde mental, pois estes ao ultrapassarem os procedimentos técnico-assistenciais, agregam novos conhecimentos e instrumentos de trabalho que possibilitam a construção de práticas inovadoras, um cuidado emancipatório, reconhecendo-se como sujeito no seu processo de trabalho e abre novas possibilidades para a atenção psicossocial.

Avanços concretos na qualidade da assistência só serão possíveis, à medida que houver uma verdadeira reflexão e envolvimento dos profissionais de saúde mental, entre eles o enfermeiro psiquiátrico, espelhando tal processo em sua práxis (CASTRO, SILVA, 2002, p.57).

Essas reflexões apontam também para a importância da avaliação dos serviços de atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica (WETZEL e KANTORSKI, 2004). Caso não se realize essa avaliação e crítica da realidade dos serviços e dos avanços já conquistados e dos que ainda precisam ser alcançados, a reforma psiquiátrica e a atenção psicossocial não terá mais a possibilidade das grandes transformações iniciais, correndo o risco de se reduzir a apenas um discurso ideológico, nos processos de gestão atual.

Considerando que, no Brasil, setores progressistas da reforma psiquiátrica ocupam lugar de destaque na formulação e na condução executiva das mudanças em saúde mental, acreditamos ser oportuno incluir no processo de avaliação dos dispositivos criados para a implementação da reforma, atores que, de alguma forma, mantêm-se à margem do processo, em posturas essencialmente críticas, o que pode reduzir eventuais pontos cegos dos gestores e formuladores de políticas (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006, p. 1059)

Considerações finais

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem por objetivo a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Esse movimento, iniciado a partir da década de 70 do século XX, possibilitou um intenso debate acerca da saúde mental num momento em que o contexto histórico de redemocratização do país, após longo período de ditadura militar, apresentava-se favorável aos movimentos sociais e às discussões ideológicas. Este movimento ganha impulso a partir de 1990, com a implantação do SUS, cujos princípios (Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Controle Social) se assemelhavam ideologicamente. O processo de reestruturação da assistência à saúde mental inicia-se nesse período, a partir de uma política nacional que apontava as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Essas diretrizes político-normativas visavam à redução de leitos em hospitais psiquiátricos, à implantação de rede de atenção psicossocial substitutiva do modelo hospitalocêntrico, à inclusão social das pessoas portadoras de transtorno mental e ao resgate de sua cidadania.

Em decorrência deste processo, observa-se no país um grande avanço na área da saúde mental, nas duas últimas décadas, no que se refere à implantação de serviços extra-hospitalares.

Em Mato Grosso esse avanço também se faz notar principalmente pela política de implantação de CAPS em todo o Estado, a partir de 2001. Atualmente o Estado está entre os cinco primeiros no 'ranking' nacional de instalação de CAPS.

A implantação destes serviços representa um avanço para o movimento de Reforma Psiquiátrica local, contudo traz em si contradições e limites que precisam ser percebidos e superados para que se possa construir possibilidades no campo psicossocial.

Dentre as contradições próprias desse movimento, observamos aumento de internações no hospital psiquiátrico público de Cuiabá.

Diante dessa contradição este estudo buscou, inicialmente, analisar a demanda de internações psiquiátricas no CIAPS Adauto Botelho, identificando e caracterizando os pacientes internados nessa instituição. Como os primeiros dados encontrados pelo estudo foram a *ausência de dados* informatizados acerca das internações e a *divergência* entre o número de leitos existentes na instituição a partir das fontes consultadas (locais e nacionais), foi necessário incluir no estudo a discussão acerca do sistema de informação e controle interno de internações na instituição e o controle externo (regulação do SUS) para tratamento psiquiátrico em Mato Grosso, e especificamente, em Cuiabá. Portanto, o estudo partiu do pressuposto de que apesar da criação dos dispositivos de atenção psicossocial, a internação psiquiátrica continua presente nesse contexto e vem aumentando num quantitativo impreciso e não visível nos sistemas de informação disponíveis.

Consideramos que os resultados encontrados confirmam esse pressuposto e que os objetivos foram alcançados, pois a partir das balizas teóricas que sustentaram este estudo reproduzimos o fenômeno das internações como este se apresentava, a partir da realidade concreta.

Os dados apresentados e analisados na perspectiva teórico-metodológica deste estudo apontam aumento de quase 45% no número de internações, quando comparadas com as registradas pelo DATASUS no mesmo período do ano anterior, ou seja, as internações psiquiátricas em Mato Grosso vêm aumentando num quantitativo impreciso e não visível nos sistemas de informação disponíveis. Existe também uma divergência de 76% quanto ao número de internações informadas pelo DATASUS e os encontrados nesta pesquisa, se compararmos o mesmo período e o mesmo ano, sendo que as informadas oficialmente apresentam um total bem menor do que as encontradas neste estudo.

Alguns dos documentos oficiais consultados neste estudo afirmam que houve redução do número de internações psiquiátricas, apesar de não terem registros das mesmas. Contudo, se compararmos os dados deste estudo, de **1806** internações no período de setembro de 2005 a agosto de 2006, com os dados do estudo de Oliveira, Santos e Marcon (2004), que apontou um total de **1129** internações entre setembro de 1998 a agosto de 1999, nesta mesma instituição, observamos que ocorreu um aumento de 59,7%. Portanto, esses dados também

indicam aumento e não redução no número de internações como apontam algumas fontes oficiais consultadas, ou seja, os dados deste estudo quando comparados com outro estudo anterior e com os dados do DATASUS indicam aumento no número de internações nessa instituição.

Encontramos uma grande divergência entre os dados dos sistemas oficiais de informação quanto ao número de leitos psiquiátricos credenciados ao SUS em MT. Essas divergências nos sistemas atualmente se mantêm numa tendência de crescimento e esse aumento do número de leitos não é apontado nos informes regionais ou nacionais.

Não há um sistema de regulação de leitos para Psiquiatria em MT, como existe para as demais especialidades médicas, sugerindo que a regulação, nessa área, não se faz necessária para o SUS local. As internações, no hospital psiquiátrico público de Cuiabá, acontecem de acordo com as demandas espontâneas ou judiciais, independentes do número de leitos disponíveis na instituição.

Os sistemas de informação e regulação em saúde são potentes instrumentos para o processo de gestão e efetivação da política nacional de redução de leitos e continuidade do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contudo, a partir dos dados encontrados, observamos que em MT estes instrumentos ainda não são potencialmente utilizados.

Consideramos que todas as questões acima apontadas incidem diretamente no processo de trabalho da enfermagem. O compromisso social com a mudança de modelo assistencial é parte das competências requeridas atualmente para os enfermeiros no campo da saúde mental, haja vista a inserção deste profissional, normatizada pelo Ministério da Saúde, na composição mínima das equipes dos CAPS e dos hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro voltado para a atenção psicossocial constitui-se como um processo dinâmico que necessita ser refletido e reconstruído cotidianamente, dentro ou fora do hospital psiquiátrico, para que seja um trabalho emancipatório. Trata-se não de contemplar o mundo, mas de

transformá-lo, e quem o transforma também é transformado por ele (ANDERY *et al* 1999).

Consideramos que os dados deste estudo não sendo abstratos, pois partem e se referem à realidade local, possibilitaram desvendar o objeto – internações psiquiátricas - tal como ele se apresentava no período de realização deste estudo. Portanto este não é um conhecimento contemplativo, muito pelo contrário, ele implica a possibilidade de transformação dessa realidade. Porém, a partir dos nossos pressupostos teóricos, afirmamos que devido à complexidade do objeto estudado e às limitações do pesquisador, este apresenta um caráter aproximado, inacabado, e em permanente construção.

Por fim, consideramos a necessidade da realização de outros estudos que abordem essa temática, uma vez que compreendemos que a Reforma Psiquiátrica somente se realiza por meio do compromisso de todos os setores envolvidos: acadêmico/científico, gestão, organizações sociais, corporações profissionais, entre outros. Por nos situarmos como trabalhadoras de saúde mental, inseridas num processo de formação acadêmica é que consideramos ser esta dissertação, com todos os limites inerentes, uma contribuição à construção local de Reforma Psiquiátrica, que se faz mediante a transparência das informações e clara definição política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P. de A. & ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, July/Sept. 1995b, vol.11, n.3, p.491-494. ISSN 0102-311X.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, Tânia M. de. **Crônicos ou reabilitáveis? Reflexões sobre a “construção” do paciente crônico**. 2005, 55p. Monografia (Especialização). Universidade Federal de Mato Grosso – 2005.

ANDERY, M. A. P. A.; MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. A. P. et.al. **Para compreender a ciência**: uma perspectiva histórica 8 ed. R.J.: espaço e tempo; São Paulo: EDUC, 1999.

ANDREOLI, Sergio. B. **Serviços de Saúde Mental no Brasil**. In: MELLO, M.F. de; MELLO, A. A. F. de; KOHN, R. (ORGS). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: ARTMED, 2007 p. 85-100.

ASSIS, M. M. A; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 maio-junho; vl. 11, n. 3, p.376-82.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BELMONT, Pilar R. *et al.* **Temas de saúde mental**: textos básicos. Brasília: MS, 1998.

BRASIL, MS, **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (publicada no DOU em 09 de abril de 2001). **Revista da Saúde** (CNS) ano II n.2 Dezembro, p. 10-11, 2001a.

_____. Ministério da Saúde – **NOAS-SUS 01/2001** – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 b.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2391**, de 06 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde** – Conferência Sergio Arouca. Brasília 7 a 11 de dezembro de 2003 a.

_____. Ministério da Saúde. **SUS- 15 anos de implantação**: desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990 – 2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004 b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS n. 586**, 24 out. 2005. Determinar que as Secretarias Estaduais, o Distrito Federal e os Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema encaminhem o banco de dados do SCNES, SIA e do SIH/SUS diretamente ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Sistema de Informação**

Hospitalar/Atualização, Volume I. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a.110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006b** (publicada no D.O.U. em 24.8.2006).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85 p.

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 210p. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, 2004.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTRO, R. C. B. R.; SILVA, M. J. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. **Acata Paul. Enf**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 55-64, 2002

COSTA, J. S. D. da; SILVEIRA, M. F; GAZALLE, F. K. *et al*. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, abr. 2004, v.38, n.2, p.284-291.

CUIABÁ, Prefeitura Municipal. **Decreto nº 4232** de 17 de novembro de 2004 – Programa de Saúde Mental. Cuiabá, 2004.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde - SMS. **Relatório de Gestão 2004**. Cuiabá/MT, Fevereiro, 2005.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde/FUSC. **Relatório de Gestão 2005**. Cuiabá/MT, Fevereiro, 2006.

DELL'ACQUA, G. ; MEZZINA, R. **Resposta à crise**: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p.161-194.

ESCRIVAO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciênc. saúde coletiva**, maio/jun. 2007, v.12, n.3, p. 655-666.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paul Enferm**, 2006; v.19, n. 2, p. 207-11

GOFFMAN, E., (2005) **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 7 ed. 1ª publicação original em 1961.

GOMES, M. P. C.; COUTO, M. C. V.; PEPE, V. L. E. *et al.* Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Pública**, nov./dez. 2002, v.18, n.6, p.1803-1807.

JUNIOR, O. G. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**; jan./jun.2002, v. 14, n.1, p. 87-102.

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. da. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, dez. 2000, v.8, n.6, p.27-34.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? **Cadernos IPUB**, n. 19, p.15-36, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, jan./mar. 1997, v.13, n.1, p.93-102.

LUDKE, M., ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 3 ed. São Paulo: Nova Cultura, 1998 (Coleção Os Economistas). [Capítulo V – Processo de trabalho e processo de valorização, p. 142 a 156].

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 2001.

MENDES Gonçalves RB. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo; 1992.

MINAYO, M. C. de S (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário: história e representação da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORAES, I. H. S. de. **Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. 1998. 274 p. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.

MORAES, I. H. S. de ; GOMEZ, M. N. G. de. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, maio/jun. 2007, vol.12, no.3, p.553-565. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, A. G. B. de. **A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico em Cuiabá**. 1998. 112p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

_____. **A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental**. 2003, 293p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

_____. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v. 10, p. 694-702, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Mai/Jun 2003, v.11, n.3, p.333-340.

OLIVEIRA, A. G. B. de; SANTOS, J. P. dos; MARCON, S. R. Características da população atendida na central de vagas psiquiátricas do município de Cuiabá 1998/1999. **Coletânea de Enfermagem/Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso**. Janeiro-abril, 2004, v.3. n.1. p. 36 a 44. Cuiabá: FAEN-UFMT, 2004.

OLIVEIRA, A. G. B. de; ATAIDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. out/dez, 2004, v.13, n. 4, p. 618-624.

OLIVEIRA, E. R. de; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). **Cad. Saúde Pública**, abr./jun. 1996, v.12, n.2, p.171-179.

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

OPAS/OMS ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PENNA FIRME, T. **Avaliação em rede**. Disponível em http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmtes_set2003.cfm. Acesso em 31 de janeiro de 2008.

PEREIRA, R. C. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10216/01)**. 2004. 244 p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

PINTO, I. C. **Os subsistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão no nível local**. 2000. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2000.

ROCHA, Mylius Ruth et al. **Enfermagem em saúde mental**. Rio de Janeiro: SENAC, 1996.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In: **Desinstitucionalização** (F. Nicácio, org.), pp. 17 – 59, São Paulo: Editora Hucitec, 2 edição.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm USP** 2007; v. 41, n.1, p.73-81.

SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. 2006. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SANTOS, F. P. dos; MERHY, E. E.. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface Botucatu**, v. 10, n. 19, 2006.

SARACENO, B. **Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**, 2001, Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia / Te Corá Editora.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Mai/Jun 2005, v.13, n. 3, p. 441-449.

SILVA, E. C; COSTA JR, M. L. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem **Rev Esc Enferm USP** 2006; v. 40 n. 2, p. 196-202.

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

SILVEIRA, M. R; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev Latino-am Enfermagem** set/out 2003; v. 11, n. 5, p. 645-51.

SOUZA, D. P. O. de; ARECO, K. N. ; SILVEIRA FILHO, D. X. da. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, ago. 2005, v.39, n.4, p.585-592.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: Princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de mereness**. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TERZIAN, A. C. C. **Maternidade e paternidade na esquizofrenia: o impacto da doença na vida de portadores e seus filhos**. 2006. Tese (Doutorado). Psiquiatria e Psicologia Médica, UNIFESP, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

VOLPE FILHO, Clovis Alberto. Considerações pontuais sobre a nova Lei Antidrogas (Lei nº 11.343/2006) Parte I. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1154, 29 ago. 2006. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8852>. Acesso em: 20 nov. 2007.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.** out/dez, 2004, v.13, n. 4, p. 593-598.

ANEXOS

APÊNDICES