

O DESAFIO DOS LEITOS EM SAÚDE MENTAL NOS HOSPITAIS GERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA DE JUNDIAÍ/SP

Camila Castilho Machado Rosa¹
Solange L'Abbate²

RESUMO

A presente pesquisa foi realizada no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (HCSV) localizado no município de Jundiaí, Estado de São Paulo, entre os anos de 2015 e 2016. Entre abril de 2015 a novembro de 2016 o hospital foi palco da implantação de uma nova enfermaria para internação de pessoas com transtornos mentais em crise. A proposta era que as pessoas com quadros agudos em saúde mental pudessem ser internadas em sua própria cidade e dentro de um hospital geral, uma vez que os hospitais psiquiátricos existentes no Brasil foram considerados de pouca efetividade e com elevados riscos de violação aos direitos humanos (DENASUS, 2011; GARCIA, 2011). Esse processo foi analisado utilizando o referencial teórico da análise institucional.

Palavras-chave: Psiquiatria; Hospital geral; Análise institucional.

THE CHALLENGE OF MENTAL HEALTH BEDS IN GENERAL HOSPITALS: CONTRIBUTIONS FROM THE EXPERIENCE OF JUNDIAÍ/SP

ABSTRACT

This research took place at the São Vicente de Paulo Charity Hospital (HCSV) located in the city of Jundiaí, São Paulo State, Brazil, between 2015 and 2016. From April 2015 to November 2016, the hospital was the stage for the implementation of a new ward for the hospitalization of people with mental disorders in crisis. The proposal was that people with acute mental health conditions could be hospitalized in their own city and in a general hospital, since the existing psychiatric hospitals in Brazil were considered to be of limited effectiveness and high risks of human rights violations. This process was analyzed using the theoretical reference of institutional analysis.

Keywords: Psychiatry; General hospital; Institutional analysis.

¹Médica sanitarista; mestre em Saúde Pública (UNICAMP (2017); Especialista em Psiquiatria (UFF); atualmente reside no Estado do Rio de Janeiro e atua como médica psiquiatra no município de Niterói/RJ.

²Graduada em Ciências Sociais (bacharelado e licenciatura pela USP, 1971); Mestre em Sociologia (USP, 1982); doutora em Sociologia (USP, 1990); Pós-doutora pela Universidade Paris 8 Saint Denis (2000); Livre-docente pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, área de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina. Atualmente é profa associada da UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas/Dpto. de Medicina Preventiva e Social.

EL DESAFÍO DE LAS CAMAS DE SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES GENERALES: CONTRIBUCIONES DE LA EXPERIENCIA DE JUNDIAÍ/SP

RESUMEN

Esta investigación se realizó en el Hospital de Caridad São Vicente de Paulo (HCSV) ubicado en el municipio de Jundiaí, Estado de São Paulo, entre 2015 y 2016. Desde abril de 2015 hasta noviembre de 2016, el hospital fue el escenario para la implementación de una nueva sala para la hospitalización de personas con trastornos mentales en crisis. La propuesta era que las personas con afecciones agudas de salud mental pudieran ser hospitalizadas en su propia ciudad y en un hospital general, ya que los hospitales psiquiátricos existentes en Brasil se consideraban de poca efectividad e con altos riesgos de violaciones de los derechos humanos. Este proceso se analizó utilizando la referencia teórica de análisis institucional.

Palabras-clave: Psiquiatría; Hospital general; Análisis institucional.

O DESAFIO DOS LEITOS EM SAÚDE MENTAL NOS HOSPITAIS GERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA DE JUNDIAÍ/SP

Introdução

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e parte da sociedade civil têm denunciado ao longo das últimas décadas a grave violação dos direitos humanos presentes nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Além disso, os tempos de internação nessas instituições se mostraram elevados, o número de trabalhadores foi, em sua maioria, inferior ao recomendado, os familiares tinham pouco ou nenhum acesso às instalações hospitalares e a articulação com os serviços comunitários de atenção à saúde praticamente não existia.

Em novembro de 2011, o Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) emitiu um relatório (Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde, PT GM/MS nº 2398/2011) sobre a situação dos hospitais psiquiátricos do Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram visitados 189 hospitais, a maioria no Estado de São Paulo. O relatório mostrou que 37% das pessoas estavam internadas havia mais de um ano; 81% dos hospitais apresentavam inadequações na relação entre profissionais de saúde e leitos hospitalares, em desacordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº 251/2002; 75% tinham inadequações referentes a anotações nos prontuários e 37 hospitais psiquiátricos não admitiam visitas diárias ao serviço.

No caso de Sorocaba, o maior polo manicomial do Brasil, uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), intitulada “Levantamento de Indicadores sobre os Manicômios de Sorocaba e região” (2011), informou que o número de leitos nesses hospitais era cinco vezes superior ao que a legislação recomendava e havia alto índice de pacientes-moradores indocumentados (mais de duas vezes superior ao do restante do Estado). Além disso, o número de funcionários era inferior à metade do que determinava a legislação e o número de mortes foi elevado, somando 825 para o período entre janeiro de 2004 e julho de 2011, o que correspondeu a uma morte a cada três dias. Destaca-se que o índice de

mortalidade aumentou em 67% nos meses mais frios (segundo quadrimestre do ano) e, em grande parte dos casos, as mortes ocorreram por motivos evitáveis ou mal esclarecidos.

Os critérios para internação nessas instituições não se mostraram claros. Arbex (2013, p. 23), a respeito do Hospital Psiquiátrico Colônia, em Barbacena/MG, denunciou que “a falta de critério médico para as internações era rotina (...) a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública”.

Desde a década de 60 várias tentativas de reforma na assistência psiquiátrica foram realizadas no Brasil e no mundo. A lei nº 10.216, de 2001, trouxe um redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental, de hospitalocêntrico para o comunitário. Essa mudança foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde e descrita em relatório intitulado “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”, de 2001. No referido texto, a respeito das internações hospitalares, lê-se: “os grandes hospitais psiquiátricos de tipo carcerário devem ser substituídos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais(...)” (OMS, 2001, s/p).

Essa diretriz foi seguida até fevereiro de 2019, quando a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde emitiu a nota técnica número 11. Essa nota retoma os hospitais psiquiátricos como possibilidade de atenção em saúde mental e mantém também os leitos nos hospitais gerais, mas altera sua forma de incentivo e custeio. O incentivo que antes era valor fixo por leito passa a ser maior quanto maior a enfermaria (com, no máximo, trinta leitos) e o custeio (antes sempre repassado de forma integral pelo Ministério da Saúde aos municípios) é condicionado à 80% da ocupação. As mudanças na política de saúde mental nacional trazidas por essa nota também causaram alterações na micropolítica dos municípios, com novos investimentos financeiros em leitos psiquiátricos especializados. A nota também traz novamente à cena psiquiátrica a eletroconvulsoterapia como procedimento terapêutico com incentivo financeiro. Vale ressaltar que o cenário político nacional estava conflituoso desde o impedimento da presidenta Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016 e sua substituição pelo vice-presidente, Michel Temer. Temer, em seu governo, já havia alterado a portaria da RAPS 3088/2013 pela portaria 3588/2017, quando os ambulatórios voltaram a ser financiados. Na eleição de 2018, o país estava bastante polarizado e havia um sentimento *anti-petista* muito presente no discurso popular. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) foram alinhados a esse discurso e passaram a compor mais ativamente a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, a partir do governo do presidente eleito Jair Messias Bolsonaro.

A existência de camas psiquiátricas nos hospitais gerais é um ponto de convergência entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e a psiquiatria brasileiras, historicamente antagônicas. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em seu documento “Diretrizes para um modelo em assistência em saúde mental no Brasil” (2016), propôs a unidade psiquiátrica em hospital geral (UPIH) dentro do nível terciário de atenção. No documento, esses serviços são descritos como “destinados a internações de pacientes agudos, em princípio de curta permanência, para

pacientes psiquiátricos sem intercorrências ou para pacientes psiquiátricos com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais”. A ABP, no entanto, ao contrário do movimento da Reforma Psiquiátrica, não previa a extinção progressiva dos leitos em hospitais especializados em psiquiatria e não definia limites precisos sobre quais usuários deveriam utilizar um ou outro tipo de leito. Essas diferenciações são importantes porque, ainda que os leitos em saúde mental/psiquiatria nos hospitais gerais no Brasil estejam dentro do mesmo grupo, estão distantes de serem hegemônicos. Dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2012), os leitos em saúde mental nos hospitais gerais eram uma forma de apoio à rede extra-hospitalar, de forma a garantir a não existência dos hospitais psiquiátricos. Para a ABP, esses leitos são complementares e coexistem com os leitos psiquiátricos especializados. A nota 11/2019 reflete a maior influência da ABP na Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

No entanto, a presença da saúde mental nos hospitais gerais não teve início com as portarias que definem os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (PT GM nº 3088/2011 e 148/2012). Desde a década de cinquenta foram implantados leitos de psiquiatria nos hospitais militares e universitários. Segundo Hildebrandt *et al.* (2001), a primeira unidade psiquiátrica em hospitais gerais no Brasil data de 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia. A presença de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais foi também favorecida pelo desenvolvimento de psicotrópicos e pelo desejo da psiquiatria em se reafirmar como ciência médica biológica.

Kleinman (1988) afirma que a década de oitenta testemunhou um romance entre a psiquiatria e a biologia e a clínica psiquiátrica se tornou sem espaço para as ciências sociais. Os leitos de psiquiatria nos hospitais gerais se tornaram, portanto, um local de fortalecimento dessa especialidade no meio médico e um local de formação principalmente de futuros psiquiatras.

No caso da psiquiatria democrática italiana, os leitos de saúde mental nos hospitais gerais (Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Cura - SPDC) foram criados com o intuito de atender a crise à noite e nos finais de semana. Todavia, no mais breve tempo possível, muitas vezes no dia seguinte, o usuário deveria ser encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de seu território de origem. Na experiência italiana os locais prioritários para o atendimento à crise são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e não os leitos nos hospitais gerais (ROTTELI, 2001), o que difere das diretrizes da ABP, que entendem os CAPS como serviços secundários, não destinados prioritariamente à atenção à crise. Ressalta-se que, no modelo italiano, os CAPS abrem em sua totalidade nas 24 horas do dia e possuem o profissional médico na equipe durante todo o horário de funcionamento, sendo os médicos que atendem nos CAPS e no SPDC os mesmos profissionais. Esse modelo com o profissional médico nas 24 horas de funcionamento dos serviços sofre dificuldades para implantação no Brasil, um país com dimensões continentais e recursos financeiros cada vez mais restritos.

Aqui vale destacar que a portaria GM/MS nº 148, de 2012, que estabeleceu o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, foi promulgada no contexto de um governo alinhado aos princípios da Psiquiatria Democrática Italiana e os leitos

definidos por essa portaria eram o componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, estabelecida pela portaria GM/MS nº 3088/2011¹, que não previa o hospital psiquiátrico especializado dentro dos componentes de atenção, a não ser como alvo de desinstitucionalização. A enfermaria de Jundiá foi aberta e financiada pelo Ministério da Saúde nessa época e fazia parte de uma rede que propunha a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos especializados.

No cenário da Rede de Atenção Psicossocial, prevista pela Portaria 3088, esses leitos têm sido utilizados para apoiar processos de desinstitucionalização, quando há fechamento de hospitais psiquiátricos, e sua substituição por uma rede territorial de serviços de saúde mental e para atenção à crise de usuários acompanhados ou não pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com a crescente judicialização da saúde e um aumento importante de internações psiquiátricas determinadas judicialmente, esses leitos também têm sido utilizados para cumprimento dessas medidas, mesmo em governos municipais que têm como norte o fortalecimento dos CAPS para atenção à crise psíquica, como era o caso de Jundiá no momento desta pesquisa.

As UIHG, propostas pela ABP, além da atenção à crise, são amplamente utilizadas no país para formação de futuros médicos e psiquiatras e são fortemente presentes no Brasil dentro dos hospitais universitários.

Apesar de as camas psiquiátricas nos hospitais gerais receberem incentivos² tanto da psiquiatria quando da Reforma Psiquiátrica, seu número no país ainda é baixo. A partir de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³, dos 28.306 leitos em saúde mental ou psiquiatria no país, 229.92 estão em hospitais ou pronto-socorro especializados, e apenas 5.314 em hospitais gerais (equivalente a 18,77%).

¹A portaria GM/MS nº 3088/2012 foi revogada em 21 de dezembro de 2017, e substituída pela portaria GM/MS nº 3588/2017, que redefiniu a Rede de Atenção Psicossocial e reintroduziu o hospital psiquiátrico especializado como ponto de atenção. Essa mudança ocorreu no contexto do impedimento da presidenta Dilma em 2017 e sua substituição pelo vice-presidente Michel Temer. O novo governo definiu as mudanças nas definições da Rede de Atenção Psicossocial

²A portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD 2009-2010). Uma das metas desse plano era implantar 2.325 novos leitos de atenção integral especializados em atendimento de transtornos relacionados ao consumo de álcool/drogas nos hospitais gerais. Em 2010, o decreto 7179, da Presidência da República, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que também determinava a “ampliação do número de leitos para usuários de crack e outras drogas” (p. 3). O Programa *Crack: é possível vencer*, do governo federal, implantado em 2011 e com repasse de recursos financeiros até 2018, tinha como meta 3.600 novos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, mas apenas 800 foram criados. Além disso, a portaria GM/MS nº 148/2012 criou o Serviço Hospitalar de Referência, componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

³Realizada em março de 2022, disponível em TabNet Win32 3.0: CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - Brasil (datasus.gov.br).

É possível que as explicações para a existência de proporcionalmente tão poucos leitos em saúde mental nos hospitais gerais, ainda que com grande investimento político e financeiro do governo federal, não estejam na macropolítica, mas nas relações institucionais e entre trabalhadores, usuários e gestores existentes na micropolítica dos serviços.

Analisar os componentes da micropolítica existentes na implantação desta enfermaria na cidade de Jundiáí, a partir do referencial teórico da Análise Institucional, foi objetivo desta pesquisa.

Percurso Metodológico

O processo de implantação da enfermaria de saúde mental do HCSV, no município de Jundiáí, foi investigado por meio de uma pesquisa qualitativa, na modalidade de um estudo de caso. Minayo (2014, p. 164) esclarece que a pesquisa qualitativa “é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança” e “é o método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57).

Para Goode e Hatt (1973, p. 422), “o estudo de caso (...) é um meio de organizar os dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado”.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais do hospital, utilizando um roteiro com questões abordando conceitos sobre a loucura e o atendimento ao portador de transtorno mental; se, a partir do processo de abertura da enfermaria dentro do hospital, houve mudanças nos seus processos de trabalho e, caso afirmativo, quais foram essas mudanças e, finalmente, como eles avaliaram esse processo. Na etapa inicial de implantação, um grupo gestor foi criado, composto por diferentes núcleos profissionais, cujo objetivo era pensar as características da nova enfermaria (o que incluía composição de trabalhadores, estrutura física e processo de trabalho) e colocar o projeto em execução. Esse grupo acompanhou a criação dos novos leitos por um período de aproximadamente um ano e todos foram entrevistados pela pesquisadora. O grupo foi composto por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e diretores do hospital.

O referencial teórico utilizado para a interpretação e análise dos dados foi o da análise institucional, que teve início nas décadas de 1950/60 na França e cujos pressupostos foram construídos por René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari. Segundo L'Abbate (2012, p. 198), “tendo por base um conceito dialético de instituição, a Análise Institucional utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação”. Para a análise institucional, as instituições estão em permanente transformação, a partir da relação dialética entre o instituído, aquilo que já está consolidado (como o que nos vem à cabeça quando pensamos na organização *hospital*) e o instituinte, os movimentos ou ações que tensionam as mudanças no instituído, sendo que o processo dialético entre instituído e instituinte resulta na institucionalização, que é o modo como a instituição se apresenta a cada momento. A transversalidade diz respeito à amplitude de visão que as pessoas têm

sobre seus vários pertencimentos no interior das instituições. Quanto maior o coeficiente de transversalidade em uma equipe, mais os profissionais que a compõem constituirão um grupo sujeito, com maior autonomia e maior possibilidade de ser propositivo nas práticas de trabalho. Em oposição, estão os *grupos sujeitados*, que tendem a obedecer a ordens hierárquicas sem crítica e/ou oposição na relação com seus superiores (GUATTARI, 1987).

Para que seja possível analisar os diferentes aspectos de uma instituição, é necessário, segundo Lourau (2014), algo que “a provoque, a faça falar”. Quem cumpre essa função de esmiuçar as instituições para compreendê-las, na análise institucional (AI), são os analisadores. É importante também, para que seja possível a análise das informações de acordo com a AI, expor e analisar as implicações da pesquisadora, primeira autora, ou seja, a modalidade da sua relação com o objeto pesquisado. Monceau (2007, p. 22) esclarece que “trata-se, pois, de analisar mais o modo de implicação do que sua existência, ou quantidade”, considerando que a existência de relações entre o pesquisador e o sujeito pesquisado é um pressuposto. A pesquisadora é médica de formação, com residência em Saúde Coletiva e especialização em Psiquiatria, que aposta no cuidado ao doente mental realizado em liberdade, próximo ao seu local de moradia e com a garantia dos direitos humanos e civis.

Pelo grande envolvimento com esse trabalho, foi preciso atentar para os riscos da sobreimplicação, ou a incapacidade de analisar o processo, pois estar sobreimplicado (LOURAU, 2004; MONCEAU, 2008) pode dificultar a visão de elementos importantes da análise. Por exemplo, esmiuçar as contradições existentes na implantação dos leitos tanto na forma defendida pela rede de atenção psicossocial quanto pela psiquiatria, considerando o atravessamento da pesquisadora pelas instituições da Reforma Psiquiátrica, saúde mental e da psiquiatria ao mesmo tempo.

Resultados

As entrevistas foram transcritas e analisadas a partir de cinco analisadores, destacados de seu conteúdo, a saber: medo, espaço coletivo, tempo, preconceito e formação. De acordo com Rossi e Passos (2014, p. 7), “o analisador é um conceito-ferramenta forjado por Guattari” e “é aquele ou aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional”. A partir desses cinco analisadores, levantados nas entrevistas pela forte prevalência com que apareceram, as motivações e processos enfrentados pelos profissionais envolvidos na implantação da enfermaria foram analisados.

O analisador medo

Nas entrevistas realizadas com dez profissionais, sete deles referiram sentir medo do usuário psiquiátrico, ou ter sensação de inabilidade em lidar com a doença psíquica.

“A primeira impressão foi muito chocante. Nós, profissionais aqui do hospital, *não tínhamos ideia do que seria essa enfermaria de saúde mental aqui no hospital. O primeiro impacto foi totalmente uma estranheza*” (Gerente de Enfermagem).

E,

“A primeira impressão foi de medo. Eu sempre gostei muito de saúde mental, eu sou assistente social, especialista em políticas públicas e sou terapeuta ocupacional também. Primeiramente o medo (...)” (Gerente da Assistência Social).

Essas falas mostram que há um estigma em torno da insanidade e uma relação suposta entre loucura e periculosidade. Goffman (1974, p. 14) esclarece que um estigma faz com que “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. Nos processos de formação de equipes para atuar em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica em que participamos, sempre foi necessária essa reflexão a respeito de como um diagnóstico psiquiátrico influencia na vida das pessoas e como, a partir da existência dele, outros aspectos da vida do sujeito, como suas preferências, seus desejos e as coisas que lhe causam irritação ou raiva tendem a ser negligenciadas. Entre outros objetivos da criação de leitos de saúde mental nos hospitais gerais está a tentativa de redução do estigma em relação à pessoa com transtorno psíquico, mas para isso é necessária a superação do medo da loucura e do louco. O medo foi considerado um analisador que, em grande parte, pode explicar a pouca existência de leitos de saúde mental nos hospitais gerais.

O analisador espaço coletivo

Quase todos os entrevistados identificaram os espaços coletivos e de discussão em equipe como formas de atenuar o medo e apropriar-se do projeto em implantação.

“(...) a equipe contribuiu muito com seus saberes e eu fui acreditando cada dia mais que ia dar certo assim como a gente vê que tem dado certo (...)” (Gerente da Assistência Social).

Na experiência do HCSVP, também se mostrou importante a inclusão das diversas categorias profissionais do hospital nas discussões e decisões sobre o novo projeto. Isso diminuiu as tensões iniciais e fez com que, dentro de suas áreas de atuação, as pessoas se envolvessem ativamente na concretização da implantação da enfermaria de saúde mental. A possibilidade de conversar sobre o projeto também ajudou as pessoas a lidar com o medo que sentiam. Vejamos como se manifestou a Gerente de Enfermagem:

“Mas com muitas conversas com os profissionais que chegaram aqui com a proposta de implantação, isso foi nos confortando. Então esse contato nos ajudou muito, pessoas (...) nos apoiaram e nos trouxeram toda essa bagagem, e isso nos assegurou muito. Então isso fez com que a gente pudesse passar isso para os nossos funcionários que também tinham esse sentimento e com muitas conversas, com muitas reuniões, nós pudemos passar essa tranquilidade para os nossos funcionários.”

Essas falas nos remetem ao conceito de transversalidade, proposto por Guattari (1987). Com esse conceito e com as definições de *grupo sujeito* e *grupo sujeitado*, que derivam dele, Guattari (1987) demonstra que é importante aumentar o coeficiente de transversalidade dos grupos, para que as pessoas se apropriem mais de seus projetos e invistam ativamente neles.

O aumento da transversalidade das equipes, com mais espaços coletivos de discussão, pode ser uma forma de viabilizar mais enfermarias de retaguarda em saúde mental.

O analisador tempo

A partir das falas dos trabalhadores foi possível perceber mudanças de curto prazo no funcionamento hospitalar para atendimento ao doente psiquiátrico, mas também existiu o entendimento de que mudanças mais profundas na política de saúde mental levariam mais tempo para acontecer.

As mudanças que aconteceram em pouco tempo de existência do novo serviço são em muito relacionadas à forma como os trabalhadores se relacionam com o usuário da saúde mental e como aprenderam, a partir da convivência com as pessoas internadas, a validar o discurso desses sujeitos, entender que a crise tem um contexto e vai além da sintomatologia psiquiátrica e a somar os conhecimentos de vários núcleos profissionais para atender com melhor qualidade às pessoas.

Nas falas dos trabalhadores:

“Hoje a gente trabalha mais próximo do usuário, hoje a gente consegue conversar mais. A gente tem o envolvimento de outras pessoas, o cuidado não fica voltado só com o médico, com o enfermeiro. Hoje a gente tem outros profissionais, como o psicólogo, como o terapeuta ocupacional. Então a gente conseguiu construir um cuidado voltado na singularidade com o paciente” (Gerente de enfermagem).

“Até mesmo participando das reuniões hoje eu consigo enxergar a clínica da saúde mental com um olhar diferenciado do que antes eu tinha” (Coordenação do Pronto Atendimento).

“É difícil falar de expectativa, mas acho que é poder ter essa integração mesmo, de ter um novo olhar e um outro tipo de cuidado pra um paciente que antes ficava no corredor, que era... estigmatizado” (Médico psiquiatra do setor de saúde mental).

Parece-nos que a implantação de serviços como esse exerce um efeito instituinte sobre as formas consolidadas de atender ao doente mental. Conforme esclarece Lourau (2004, p. 7), “por instituinte entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e a prática política como signifiicante da prática social”. Já a possibilidade de avaliação do novo modelo em implantação e a mudança na tendência hegemônica de asilamento do louco demandam mais tempo e só são possíveis a médio e longo prazo, pelo entendimento das pessoas entrevistadas.

“(…) eu acho que quem está nessa área e que trabalha nessa área de saúde mental vai ter que eternamente defender a bandeira da reforma psiquiátrica, de um cuidado mais humanizado” (Gerente da assistência social).

“Evidentemente que a portaria e a política ela vai tendo que ser revista ao longo da implementação da própria política né? Quiçá daqui um dia a gente venha a perceber que nós tenhamos que ter um lugar muito diferente pra atender as pessoas, com outra lógica né?” (Diretor administrativo).

A consolidação de novas políticas de saúde e a possibilidade de sua avaliação pode levar alguns anos para acontecer. Isso pode dificultar a implantação de modelos contra hegemônicos quando se esperam resultados somente no tempo da política.

O analisador preconceito

O preconceito em relação ao usuário com transtornos psíquicos e à própria psiquiatria como especialidade médica também foi visto como limitador de mais serviços como esse nos hospitais:

“Resistência dos médicos de outras especialidades, primeira e maior delas. Pelo preconceito até mesmo com a própria especialidade de psiquiatria, que se estende ao preconceito com o doente” (Médico psiquiatra do setor).

Por outro lado, a própria existência de enfermarias de saúde mental dentro dos hospitais gerais, exerce um efeito instituinte e provoca mudanças nas concepções em relação aos usuários, nos processos de trabalho e na formação médica.

O preconceito contra o usuário em crise psíquica e a psiquiatria foram relatados em vários artigos (MILLANI *et al.*, 2008; HILDEBRANDT *et al.*, 2001; ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006 e LOUREIRO *et al.*, 2008). Também nas falas dos trabalhadores do HCSV ele apareceu como uma das dificuldades encontradas na implantação da enfermaria de saúde mental:

“Eu acho que é vencer algumas barreiras, alguns preconceitos, primeiramente nosso, depois da sociedade. Porque eu já ouvi várias vezes, de várias pessoas, ‘O São Vicente deu vaga pra louco?’, ‘Tem que dar vaga pra quem tá com câncer, não pra quem é louco, louco tem que ficar internado’. As pessoas têm um preconceito impar em saúde mental, as pessoas têm muito medo de paciente psiquiátrico, adoecido mentalmente” (Gerente da assistência social).

Concordamos com Hildebrandt e Vargas (1998), quando observam que a questão da periculosidade, agressividade e imprevisibilidade do louco permeiam o discurso das pessoas.

O analisador formação

A formação foi de várias formas mencionada pelas pessoas entrevistadas. Tanto para justificar que parte da resistência em atender pessoas com transtornos mentais é decorrente da falta de conhecimento e habilidade para tal, como para dizer que o espaço da enfermaria de saúde mental deve-se constituir em um espaço de formação para os trabalhadores.

A importância da Educação Permanente em Saúde ou a possibilidade de aprender e se desenvolver profissionalmente dentro da práxis do trabalho foi mostrada por vários autores. Ceccim (2005, p. 976) diz que “a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações no trabalho do setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

A importância de aprender com o próprio trabalho e tornar a prática cotidiana propulsora de processos de aprendizagem é desatacada por diversas categorias profissionais da equipe do HCSV.

“A gente teve uma grande preocupação em preparar a nossa equipe porque nós nunca trabalhamos com esse perfil de paciente. Então isso foi um trabalho bastante minucioso, nós conversamos pessoa por pessoa, conversamos com pessoas experientes para ver quem é que estava apto a participar e ser direcionado para essa enfermaria” (Enfermeira, Gerente de enfermagem).

“(…) a gente precisa formar gente no processo. A enfermagem, o modo de intervenção especialista, o modo da recepção do hospital, o modo de estabelecer intervenção farmacêutica dentro do hospital... a dificuldade que é produzir um diálogo permanente, uma relação de coprodução de um projeto como esse, de uma intervenção articulada, com os próprios trabalhadores, acho que isso é um grande desafio” (Médico, Diretor Administrativo).

Durante os anos da pesquisa, a Faculdade de Medicina de Jundiaí realizava o estágio em psiquiatria da graduação em Medicina na enfermaria do HCSV. Os alunos participavam das reuniões de equipe nas quartas-feiras e acompanhavam os pacientes durante o tempo de internação. Também um projeto de residência médica em psiquiatria chegou a ser formulado, mas não foi colocado em execução.

O entendimento dos profissionais sobre as dificuldades e a indicação dos leitos

Entre as principais dificuldades encontradas pela equipe do HCSV na implantação desse serviço estão a necessidade de adequação da estrutura física hospitalar, o pouco conhecimento dos trabalhadores, das famílias e dos usuários sobre as novas formas de atenção em saúde mental e a baixa compreensão da gestão sobre a necessidade de investir em serviços como esse.

Nas palavras de alguns entrevistados:

“Nós tivemos que fazer uma adaptação total, até mesmo pela segurança do usuário, do trabalhador. Então isso pra nós também foi um desafio” (Gerente de Enfermagem).

“Eu acho que é a falta de conhecimento das pessoas. Eu falo muito aqui pelo hospital. As pessoas não conhecem a importância do atendimento do paciente psiquiátrico. Pela falta de conhecimento hoje, até mesmo nessa primeira abordagem que acontece no pronto socorro, a gente tem muita dificuldade de conduzir esses casos. Até mesmo porque quando o paciente chega no pronto socorro a primeira abordagem do clínico é ‘vamos medicar e conter’” (Enfermeira do Setor de Saúde Mental).

“Eu acho que o Hospital São Vicente teve que ter gestor muito próximo, mais próximo demais, não é mais ou menos, e não é toda diretoria de hospital que tem essa possibilidade, talvez seja, alguns, ou algum, que banca isso. A dificuldade é a diretoria do hospital compreender a importância e a profundidade disso” (Diretor Administrativo).

Nesse sentido, uma gestão favorável pode ser considerada instituinte na transformação das formas hegemônicas de atendimento à loucura nos espaços hospitalares. Também a educação em saúde foi identificada como possível forma de aumentar o entendimento das pessoas sobre os direitos dos sujeitos com transtornos mentais à convivência comunitária e ao tratamento psiquiátrico nos seus municípios de origem, próximos de suas famílias e em locais que não levam ao isolamento e a violência:

“Eu acho que é mais um trabalho de conscientização, né? Dos profissionais de saúde, da comunidade. A gente tem trabalhado muito a educação em saúde” (Gerente de Enfermagem).

Para alguns profissionais entrevistados, o CAPS foi colocado como local de atenção prioritário à crise mental. Nesse caso, a enfermaria foi entendida como um espaço que pode dar suporte aos serviços territoriais, caso ainda não consigam dar suporte à crise:

“Não tenho dúvida de que quando eu não tenho um sistema de saúde, um CAPS, com capacidade de produzir intervenção pra crise, pra cuidar a crise numa relação com a família, eu tenho tranquilidade de falar assim ‘olha, é no hospital geral que isso vai ser cumprido. Pra tirar do risco de morte, pra fazer algum tipo de proteção à vida do usuário e da família” (Diretor Administrativo).

Mas, para grande parte dos trabalhadores entrevistados, o espaço hospitalar é o local hegemônico para atendimento à crise, sendo a missão da enfermaria o atendimento à crise psíquica e à estabilização dos sintomas, até que o usuário possa ser acompanhado pelos serviços territoriais de atenção à saúde mental:

“A enfermaria hoje é importante para dar uma estabilizada no paciente (...) pra que a gente possa garantir que esses leitos sejam de internações rápidas, pra estabilizar mesmo, de repente fazer algum ajuste medicamentoso, pra avaliar um potencial risco” (Gerente da Assistência Social).

A proximidade com as famílias foi considerada uma vantagem para os leitos de saúde mental nos hospitais gerais. Além disso, houve a percepção de que os projetos terapêuticos aos usuários internados deveriam ser conduzidos de forma individualizada:

“Eu acho que é importante, porque aqui, quando tem as visitas, a gente percebe que a família vem, as pessoas ficam em contato com o pai, com o irmão... acho que isso daí facilita muito” (Chefe da Manutenção).

“Então a gente conseguiu construir um cuidado voltado na singularidade com o paciente...” (Gerente de Enfermagem).

Tempo de permanência

Podemos destacar que, na nossa experiência, a média de permanência dos usuários internados permaneceu em torno de 10,5 dias. Há poucos estudos que pesquisem essa informação no Brasil. Um deles é de Dalgalarondo *et al.* (1993), o qual apontou que a permanência média foi 19,4 dias no período de dezembro de 1986 a novembro de 1988, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Também é interessante notar que, por exemplo, no mês de junho, dos 200 pacientes que estiveram no HCSV, houve apenas duas situações de contenção e uma de agressão, o que equivale a 1% e 0,5% dos casos, respectivamente. Essa informação, ainda que avaliada por um curto período, vai em direção contrária ao estigma do doente mental como alguém violento e pode ser alvo futuro de outros estudos para melhor esclarecimento.

A taxa de ocupação dos leitos manteve-se alta, chegando a quase 90% em todos os meses estudados.

Discussão

Durante o período desta pesquisa, algumas histórias ajudaram a compreender o local estratégico dos leitos em saúde mental previstos pela portaria GM/MS nº 148/2012, na Rede de Atenção Psicossocial. Vamos a elas:

Lúcia⁴ esteve nesta enfermaria por cerca de 60 dias. Foi a pessoa que ficou mais tempo internada lá no intervalo pesquisado. Ela tinha um quadro psicótico de difícil controle e precisou da introdução de Clozapina, um antipsicótico que exige monitoramento sanguíneo por 18 semanas, quando iniciado, e mensal, por toda a vida. Ela iniciou a medicação no ambiente hospitalar, nessa ocasião estava bastante desorganizada, não podia ficar desacompanhada e não falava quase nada de forma compreensível. Com o passar do tempo ela melhorou parcialmente e recebeu alta hospitalar, seguiu sendo acompanhada por um dos CAPS do município. Paulo⁵ tinha um quadro de deficiência intelectual moderada e frequentemente ficava agressivo com os pais. Nos momentos mais agudos, internou nesta enfermaria em Jundiá e, fora desses períodos, era cuidado em um dos CAPS da cidade. Muitas vezes, no CAPS, era necessário disponibilizar um trabalhador que cuidasse exclusivamente de Paulo durante o dia, porque às vezes ele ficava agitado, rasgava papéis, batia nas paredes, machucava a si mesmo ou ameaçava agredir a terceiros. O HCSV foi apoio no tratamento e acompanhamento desses usuários por um período, mas na maior parte do tempo, era a rede de serviços extra-hospitalares a responsável pelos seus cuidados em saúde mental.

Como o tempo da crise psíquica muitas vezes é maior do que os dias de agudização dos sintomas, em que os usuários estiveram cuidados no ambiente hospitalar, a rede CAPS de Jundiá foi fundamental no atendimento à crise das pessoas acompanhadas pelos serviços e mostrou-se capaz de dar continência e ela no ambiente extra-hospitalar e comunitário. Hildebrandt *et al.* (2001, p. 176) já destacavam que, “a internação do doente mental em hospital geral requer serviços extra-hospitalares que deem suporte ao paciente, após sua alta, já que, normalmente, as internações são de duração menor”.

Nesse sentido, a enfermaria de saúde mental do HCSV cumpriu o papel de apoio à rede extra-hospitalar e se mostrou efetiva em auxiliar os CAPS a cuidar dos usuários mais graves sem recorrer ao leito psiquiátrico (no período da pesquisa não houve internações em hospitais psiquiátricos especializados na cidade de Jundiá) e com internações de curta duração.

Coloca-se, entretanto, o desafio de movimentos instituintes que auxiliem os trabalhadores a vislumbrar a capacidade dos CAPS em atender e acompanhar pessoas com agudização de sintomas psíquicos. No caso do HCSV, os profissionais entrevistados, em sua maioria, mantêm a concepção instituída de que o hospital é o local para o atendimento à crise. Acreditamos ser importante reforçar que as relações entre a enfermaria de saúde mental hospitalar e os Centros de Atenção Psicossocial precisam ser estreitadas para que o CAPS cumpra seu papel de “organizador da demanda e da rede de saúde mental no âmbito do seu território”, previsto na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

⁴Nome fictício.

⁵Nome fictício.

Também, a partir desta pesquisa, encontramos razões na micropolítica para a existência de tão poucos leitos em saúde mental/psiquiatria nos hospitais gerais no país, em comparação aos hospitais especializados. O medo e o preconceito ao louco e a psiquiatria no meio médico foram analisadores que explicitaram dificuldades encontradas no cotidiano para a abertura desses serviços. Quase todos os trabalhadores referiram medo do usuário da saúde mental em crise e inabilidade em lidar com essas pessoas.

Também o aumento da transversalidade é como uma forma eficaz de enfrentar o medo e o preconceito e de solidificar a existência dos leitos de saúde mental/psiquiatria nos hospitais gerais. A grande maioria das pessoas entrevistadas reconheceu que os espaços coletivos e a possibilidade de discutir com outros trabalhadores os medos e as dúvidas trouxeram mais tranquilidade e segurança na criação dos leitos e motivação para seguir com o projeto.

A gestão, tanto municipal quanto hospitalar, foi instituinte no fomento ao novo modelo de atenção em saúde mental implantado e foi identificada como um facilitador.

Paralelamente a isso, conclui-se que a educação em saúde é uma estratégia capaz de trazer clareza aos usuários e aos trabalhadores sobre o que são os leitos de saúde mental nos hospitais gerais e como trazem benefícios à população, para que mais pessoas sustentem a existência deles, ainda que haja mudanças de governo ou gestão.

A categoria médica foi especialmente reconhecida como resistente ao usuário psiquiátrico nos hospitais gerais e à própria psiquiatria como especialidade médica. Nesse quesito, a formação foi descrita como possibilidade de melhora dessa postura, como o que tem acontecido atualmente na enfermagem de saúde mental do HCSV, onde acontecem estágios do internato da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

A falta de conhecimento em saúde mental de outras categorias também é uma das dificuldades para criação desses serviços, assim como problemas relacionados à estrutura física encontrada no HCSV.

A micropolítica pode explicar por que há tão poucos leitos em hospitais gerais no Brasil. Para elucidar essa questão, esta pesquisa encontrou como analisadores o medo do louco, a baixa formação dos trabalhadores, o preconceito ao usuário com questões mentais, o tempo de implantação de novas políticas e a necessidade de espaços coletivos de discussão dos casos e do próprio serviço, com os trabalhadores tanto hospitalares quanto da rede extra-hospitalar.

Entre as vantagens desses serviços estão a proximidade das famílias e a possibilidade de construção de projetos terapêuticos singulares para as pessoas internadas. A presença desses leitos nos hospitais gerais favorece também a mudança na relação com o usuário com transtorno mental – muitas vezes vítima de preconceito e negligência – e contribui para a validação do discurso desses sujeitos e melhora na qualidade da atenção à sua saúde e as suas questões psíquicas, traduzidas por grande parte dos trabalhadores do HCSV como “mudança de olhar” ao usuário da saúde mental:

“(...) aqui a gente está formando profissionais médicos que têm outro olhar, que querem ir atrás de criar um vínculo com esses pacientes, que mesmo que seja cirurgião, ortopedista, esse paciente vai chegar pra eles e eles têm a obrigação de saber como manejar. Não como fazer tudo perfeitamente porque existe o psiquiatra pra isso, pra interconsulta, mas o básico né?” (Enfermeira do setor).

“Estimular a escuta né? ” (Gerente de Psicologia).

Esperamos que esta pesquisa auxilie na implantação de novos serviços semelhantes a esse. Certamente os resultados devem ser complementados por novos estudos a respeito.

Considerações Finais (Acontecimentos Posteriores a Fevereiro/2019)

A partir da Nota nº 11, de 2019/MS, intitulada Nova Saúde Mental, os leitos em hospitais psiquiátricos voltaram a ser incentivados no país e os CAPS passaram a ser locais intermediários de cuidado em saúde mental, assim como as AMENT (Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental), e não mais locais de atenção à crise, função destinada aos hospitais. Mesmo diante dessas mudanças, os leitos de saúde mental nos hospitais gerais continuaram a ser fomentados, com incentivo financeiro maior quanto mais ocupação ou maior o tamanho da enfermaria. As equipes desses leitos seguem sendo multiprofissionais. Essa nota levou ao posicionamento de várias instituições brasileiras envolvidas direta ou indiretamente no cuidado em saúde mental.

O Conselho Federal de Psicologia emitiu, em 08/02/2019, uma nota de repúdio⁶ à nota técnica, alegando retrocesso na lei nº 10.216/2001, já que novos leitos em hospitais psiquiátricos seriam incentivados e a atenção em saúde mental voltaria a ser hospitalocêntrica. Da mesma forma, o Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN/BA)⁷ alegou que a Nova Saúde Mental retrocedeu ao incentivar os leitos psiquiátricos e ao financiar eletroconvulsoterapia, além de ser escrita de forma repetitiva e confusa. A Universidade de São Paulo, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos também criticaram a nota, alegando retrocessos na política de saúde mental e maior risco de violação dos direitos humanos⁸.

Em nota assinada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Federação Nacional das Associações em Defesa da Saúde Mental (FENAEMD-SM)⁹, as mudanças na política foram justificadas, entre outros fatores, por baixa ocupação dos leitos em hospitais gerais, baixas taxas de matriciamento e atenção à crise realizadas pelos CAPS e superlotação dos serviços de emergência, com pessoas aguardando vaga para internação psiquiátrica.

O Deputado Assis Carvalho chegou a pedir esclarecimentos ao Ministério da Saúde sobre esta nota técnica, questionando, entre outras coisas, “Qual a situação atual da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e o que motivou a proposta de ⁶CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde - CFP | CFP, consultado em 20/03/2022.

⁷Nota-de-repúdio-GT-Saúde-Mental.pdf (cofen.gov.br), consultada em 20/03/2022.

⁸Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas - ABRASCO, [.:pb]”É um retrocesso de 30 anos na saúde mental”, critica presidente do CNDH[::] | ISC | Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, A contrarreforma na política de saúde mental: o que temos a ver com isso? – Jornal da USP, consultados em 20/03/2022.

⁹Nota-de-repúdio-GT-Saúde-Mental.pdf (cofen.gov.br), consultada em 20/03/2022.

mudanças, divulgada na Nota Técnica nº 11/2019?” e “Quais medidas estão previstas para evitar internações prolongadas, nos moldes do fracassado modelo manicomial?”.

No caso do HSVP, a enfermaria seguiu existindo até o início de 2020, quando foi substituída por leitos especializados para a COVID19. Mesmo antes disso, a interlocução entre os profissionais hospitalares e da rede territorial de atenção em saúde mental foi progressivamente diminuindo, com menos discussão e acompanhamento conjunto dos casos. A terapeuta ocupacional e a direção de enfermagem, envolvidas no processo de implantação da enfermaria, foram demitidas nos anos de 2017 e 2018, respectivamente. Também em 2017 a direção hospitalar foi modificada, após eleição de outro partido ao governo municipal de Jundiaí. A nova direção não apoiou o projeto de implantação da Residência Médica em Psiquiatria e ele foi abortado. Basaglia (2001) mostrou como os recursos hospitalares foram desmontados e reconfigurados em equipamentos territoriais de atenção em saúde mental. É possível inferir que o Brasil está seguindo um caminho oposto a esse, enfraquecendo os serviços dos territórios e direcionando recursos ao nível hospitalar de atenção.

Segundo Lapassade (1973), a instituição, nesse caso a Política de Saúde Mental, está em constante mudança. Além disso ela é historicamente um campo de disputa. A importância da experiência de Jundiaí é demonstrar que o cuidado à crise nos hospitais gerais em articulação com a rede territorial e focando o cuidado em liberdade é possível de ser realizado, especialmente a partir das construções realizadas na micropolítica dos serviços.

Referências Bibliográficas

ALVERGA, A. R e DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios de desinstitucionalização da loucura. **Interface** – Comunicação, saúde, educação 2006, v. 10, n. 20, p. 299-316.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, p. 1-58, 2006.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. **Programa Crack é Possível Vencer**. Disponível em <http://www.justica.gov.br/suaseguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Disponível em <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras

Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 4279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as portarias de consolidação número 3 e número 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica n. 11/2019** - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 16 de janeiro de 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (4), dez, 2005.

- DALGALARRONDO, P. *et al.* Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 42, n. 1, p, 15-17, 1993.
- DENASUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ação Nacional. PT GM/MS n. 2398, 2011.
- GARCIA, M. **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região**. Relatório parcial de pesquisa. Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, Sorocaba, 2011, 25 fls.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. São Paulo: LTC, 1974.
- GOODE, W. J. e HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1973.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.
- HILDEBRANDT, L. M. e ALECASTRE, M. B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2001; 22(1): 167-86.
- KLEINMAN, A. **Rethinking Psychiatry**. New York: The Free Press, 1998.
- L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**. v. 8, n.1, p. 194-219, 2012.
- LAPASSADE, Georges. Analyse institutionnelle et socianalyse. **Connexions**, n. 6, 1973: 35-57.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 186-198.
- LOUREIRO, L. M. J. *et al.* Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Referência**. v. 2, n. 8, p. 33-44. 2008.
- MILLANI, H. F. B. e VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD/Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, 2008, v. 4, n. 2, p. 1-19.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal – Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan/jun, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, p. 1-16, 2013.

ROSSI, A. e PASSOS, E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção do Brasil. **EPOS**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, jan/jun, p. 156-181, 2014.

ROTTELI, F., *et al.* Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia. A contrarreforma na política de saúde mental: o que temos a ver com isso? **Jornal da USP**, 06/05/2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/a-contrarreforma-na-politica-de-saude-mental-o-que-temos-a-ver-com-isso/>. Acesso em 30 de março de 2020.