



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**CLÓVIS PEREIRA DA COSTA JÚNIOR**

**DA URGÊNCIA AO HOSPITAL: FLUXO E REGULAÇÃO PARA  
INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**

**JOÃO PESSOA  
MARÇO/2015**

**CLÓVIS PEREIRA DA COSTA JÚNIOR**

**DA URGÊNCIA AO HOSPITAL: FLUXO E REGULAÇÃO PARA  
INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Universidade Estadual da  
Paraíba como requisito parcial à  
obtenção do título de especialista em  
Gestão em Saúde.

Orientador: Flávio Antônio Santos.

**JOÃO PESSOA  
MARÇO/2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C837d Costa Júnior, Clóvis Pereira da  
Da urgência ao hospital: fluxo e regulação para internação em  
hospitais psiquiátricos [manuscrito] / Clóvis Pereira da Costa  
Júnior. - 2015.  
45 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio,  
Técnico e Educação à Distância, 2015.

"Orientação: Prof. Ms. Flávio Antônio Santos, PROEAD".

1. Saúde Mental. 2. Emergência Psiquiátrica. 3. Hospital  
Psiquiátrico. I. Título.

21. ed. CDD 616.89

CLÓVIS PEREIRA DA COSTA JÚNIOR

DA URGÊNCIA AO HOSPITAL: FLUXO E REGULAÇÃO PARA  
INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Universidade Estadual  
da Paraíba como requisito parcial à  
obtenção do título de especialista em  
Gestão em Saúde.

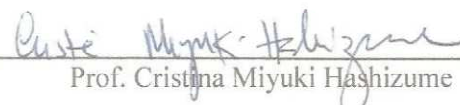
Orientador: Flávio Antônio Santos.

Aprovada em: 21 / 03 / 2015.

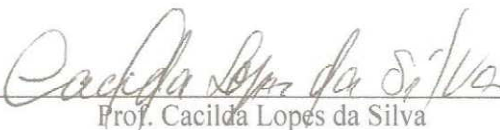
Banca Examinadora



Prof. Flávio Antônio Santos (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Cristina Miyuki Hashizume  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Cacilda Lopes da Silva  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

JOÃO PESSOA  
MARÇO/2015

Nossa Senhora da Penha, abrandai as dores  
De todos os dias, de nós pecadores.

## AGRADECIMENTOS

---

A **Adelice**, minha mãe, que soube me guiar com maestria pelos caminhos da vida. Com ela aprendi que devemos lutar pelos nossos sonhos, mesmo os que pareçam difíceis ou inalcançáveis. Aprendi que derrotas também fazem parte do processo, todavia, devemos tentar quantas vezes forem necessárias até conseguirmos nossos objetivos. Obrigado por tudo que fez, faz e fará por mim.

A **Michael**, companheiro da jornada da vida. Construimos tantas coisas nesses anos, mas creio que o melhor ainda está por vir. Obrigado por acompanhar todos os momentos importantes para mim.

Ao meu pai (**Clóvis**), minha irmã (**Camilla**) e meu irmão (**Caio**), por se preocuparem comigo e me apoiarem nas minhas decisões. Tenham certeza que isso foi decisivo para as conquistas que logrei até aqui.

A **Petit**, meu porto seguro. Sempre doce, carinhoso, alegre e amável. Não conseguiria pensar na minha vida sem este pequeno ser com grande capacidade para amar.

A equipe de psicologia do CHMGTB, que ternamente me acolheu. Com vocês, cada plantão é especial e engraçado.

Aos meus amigos **Juh, Manuh, Aio, Jot e Tatak**, sempre presentes em cada momento. Sou muito grato pela amizade de vocês.

Ao meu orientador **Flávio Antônio** que, gentilmente, aceitou me acompanhar nesta jornada da especialização.

A unidade na qual foi realizada a pesquisa.

A equipe de profissionais que fazem parte da UEPB, obrigado pela oportunidade de fazer parte desta grande instituição.

Aos membros da banca de defesa, pela disponibilidade em contribuir para o meu crescimento profissional.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha história e torceram por mim.

## RESUMO

---

No contexto da Reforma Psiquiátrica, discute-se o papel e a eficácia da atual política de Saúde Mental, ancorada nos princípios de humanização e respeito ao usuário dependente químico e/ou portador de transtornos mentais. Neste panorama, defende-se a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por redes comunitárias, como os Centros de Atendimento Psicossocial, ambulatórios de saúde mental e serviços de emergência psiquiátrica. Os serviços de emergência, em especial, são unidades de saúde que realizam atendimento de emergência a pessoas com quadros de distúrbio de comportamento, pensamento ou emoção que necessitam de atendimento médico imediato, com vistas a evitar prejuízos à saúde psíquica, social e física. É neste cenário que o presente trabalho foi desenvolvido, objetivando analisar, no período de tempo de três meses, o fluxo de regulação para internação em hospital psiquiátrico a partir de uma unidade de urgência psiquiátrica da cidade de João Pessoa. Para tanto, foi realizado um estudo de cunho quantitativo, caracterizado como descritivo e documental, a partir das fichas de encaminhamento e regulação para internação em hospital psiquiátrico. Dentre os dados colhidos nestes documentos estão: mês da regulação, sexo, idade, município de residência, zona geográfica (quando residente na cidade de João Pessoa) e avaliação clínica. A partir dos resultados obtidos, é possível verificar o perfil demográfico do usuário do serviço, bem como as demandas médicas/psiquiátricas responsáveis por internação psiquiátrica. De forma geral, tratam-se de usuários do sexo masculino, com idades variando de 30 a 59 anos, oriundos da cidade de João Pessoa, especialmente da zona sul do município, internos em hospital psiquiátrico devido à ocorrência de transtorno mental, agitação psicomotora e agressividade e uso de drogas ilícitas. Os resultados são discutidos à luz da importância de políticas públicas efetivas, visto que tais dados refletem a realidade de um grupo historicamente segregado e excluído do convívio social. Espera-se que os resultados obtidos possam colaborar para o empoderamento destes indivíduos e construções de redes que fomentem a integralidade do atendimento em saúde mental.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental. Emergência Psiquiátrica. Hospital Psiquiátrico.

## ABSTRACT

---

In the context of the Psychiatric Reform, discussing the role and effectiveness of the current policy of Mental Health, anchored on the principles of humanization and respect for chemical dependent patients and /or patients with mental disorders. In this view, it is argued the progressive replacement of psychiatric hospitals by community networks such as Psychosocial Care Centers, outpatient mental health and psychiatric emergency services. Emergency services, in particular, are health care units that perform emergency care to people with pictures of behavior, thought or emotion disorder requiring immediate medical attention, in order to avoid damage to the psychological, social and physical health. Against this backdrop, the present work was developed, developing, aiming to analyse of time of three months, the flow of regulation for admission to psychiatric hospital from a psychiatric emergency unit of the city of João Pessoa. Thus, a quantitative study, characterized as descriptive and documentary, from chips to control routing and admission to psychiatric hospital was conducted. Among the data collected in these documents are: month of regulation, sex, age, city of residence (if residing in the city of João Pessoa) geographical area and clinical evaluation. From the results obtained, it is possible to verify the demographic profile of the service user, as well as those responsible for psychiatric inpatient medical/psychiatric needs. In general, users are males, with ages ranging from 30 to 59 years, coming from the city of João Pessoa, especially the southern part of the city, built in a psychiatric hospital due to the occurrence of mental disorders, psychomotor agitation and aggression and illicit drug use. The results are discussed in light of the importance of effective public policies, since these data reflect the reality of a group historically segregated and excluded from society. It is expected that the results obtained may contribute to the empowerment of these individuals and constructs networks fostering the full mental health care.

**Keywords:** Mental Health. Psychiatric emergency. Psychiatric Hospital.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Freqüências e Porcentagens Relativas aos Meses de Regulação para Internação em Hospital Psiquiátrico.....	30
Tabela 2 –	Freqüências e Porcentagens Relativas ao Sexo do Usuário.....	30
Tabela 3 –	Freqüências e Porcentagens Relativas à Idade dos Usuários.....	31
Tabela 4 –	Freqüências e Porcentagens Relativas ao Município de Residência dos Usuários.....	32
Tabela 5 –	Freqüências e Porcentagens Relativas à Zona Geográfica, Quando Morador da Cidade de João Pessoa.....	32
Tabela 6 –	Freqüências e Porcentagens Relativas à Avaliação Clínica dos Usuários.....	33
Tabela 7 –	Relações entre a Avaliação Clínica e o Sexo do Usuário.....	34
Tabela 8 –	Relações entre a Avaliação Clínica e a Idade do Usuário.....	35
Tabela 9 –	Relações entre a Avaliação Clínica e o Município de Residência do Usuário.....	36

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.
GM	Gabinete do Ministro.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
SEPs	Serviços de Emergência Psiquiátrica.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
SUS	Sistema Único de Saúde.

## LISTA DE SÍMBOLOS

- % Porcentagem
- $\chi^2$  Qui-Quadrado
- p Probabilidade de Significância

## SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo I - Aporte Teórico.....	14
Normalidade versus Patologia e o Hospital Psiquiátrico.....	15
A Reforma Psiquiátrica e a Rede de Saúde Mental.....	20
Centro de Atenção Psicossocial.....	21
Os Ambulatórios de Saúde Mental.....	23
Serviço de Emergência Psiquiátrica.....	24
Capítulo II - Objetivos e Método.....	26
Objetivos.....	27
Objetivo Geral.....	27
Objetivos Específicos.....	27
Método.....	27
Delineamento.....	27
Procedimentos.....	28
Análise dos Dados.....	28
Capítulo III - Resultados e Discussão.....	29
Resultados Gerais.....	30
Resultados Relativos às Associações Entre as Variáveis Demográficas e as Demandas Psiquiátricas.....	34
Discussão.....	37
Considerações Finais.....	40
Referências.....	42

## Introdução

---

Investigar a noção de saúde mental significa historiar os *modos operandis* das sociedades em suas diversas configurações. Ademais, representa um esforço para compreender a forma de organização destas sociedades, seus padrões, normas e preconceitos. Fundamentalmente, este tema reveste-se de importância social pela dimensão em que atua, reverberando na atualidade por meio do esclarecimento acerca da "loucura" e suas repercussões nos indivíduos que vivenciam esta condição.

A doença mental acompanha a humanidade desde seus primórdios, sendo percebida por diferentes perspectivas. Na Grécia antiga, por exemplo, o doente mental era considerado alguém dotado de poderes divinos, um mensageiro dos deuses (Belmonte, 1996). Neste contexto, ao invés de segregado, o "louco" era exaltado e considerado útil à sociedade. Em contrapartida, no século XIX, a partir da compreensão psiquiátrica e psicológica da loucura, principalmente por meio de Pinel e Tuke, o prisma alienante, com caráter segregacionista e excludente ganha terreno fértil para se desenvolver, culminando na tentativa de dominar e curar a loucura (Belmonte, 1996). Assim, o olhar sobre o louco modifica-se, e seu lugar de pertença é transferido para os asilos.

Com efeito, é possível observar que esta perspectiva de estigmas, preconceitos e discriminações ainda persiste (Nunes & Torrenté, 2009; Rodrigues & Figueiredo, 2003; Spadini & Souza, 2006; Maciel, Maciel, Barros, Sá & Camino, 2008). Todavia, esforços e avanços estão sendo feitos em busca do incremento de novas significações e cuidados aos portadores de quaisquer tipos de transtornos mentais, principalmente com vistas à valorização de suas experiências e a possibilidade de aceitação social (Nunes & Torrenté, 2009).

Este movimento teve início na chamada "Reforma Psiquiátrica", que teve como princípio norteador o advento da crítica à insuficiência do asilo e à política de saúde mental vigente à época, o que demandou a elaboração de projetos de transformação do modelo da psiquiatria clássica. A partir destas propostas, reclamou-se a cidadania do louco e sua reinserção na vida social (Tenório, 2002), sem os impedimentos que outrora caracterizavam sua condição. Segundo Birman (1992), a construção de um novo espaço social para o louco demandava que a noção de cidadania e o saber psiquiátrico fossem colocados em debate. Ou seja, era preciso inventar novos locais, instrumentos técnicos e

terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos (Santos et al., 2000).

De acordo com Barros, Tung e Mari (2010), algumas mudanças e reformulações, no âmbito da psiquiatria clássica, foram necessárias para o alcance e incremento de novas alternativas ao modelo clínico. Sendo assim, a rede de saúde mental passou a ser organizada de maneira a evitar a permanência de pacientes em unidades de internação. Tal processo foi possível por meio da criação de serviços de atenção em nível extra-hospitalar, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ambulatórios em saúde mental e os serviços de emergências psiquiátricas em casos de crises agudas.

Isto posto, o presente trabalho propõe uma análise documental acerca do fluxo e regulação para internação em hospitais psiquiátricos, no período de três meses, a partir de uma unidade de emergência psiquiátrica da cidade de João Pessoa. Estas unidades de emergência são responsáveis pela avaliação diagnóstica que subjaz a quaisquer alterações psicopatológicas, podendo estabelecer os critérios necessários para a internação psiquiátrica ou para o encaminhamento ao atendimento ambulatorial (Barros, Tung & Mari, 2010). Sendo assim, pode-se afirmar que tais serviços contribuem, sobremaneira, para a redução de internações psiquiátricas, restringindo esta modalidade apenas para aqueles pacientes que realmente necessitam deste serviço.

Este trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo traz o aporte teórico utilizado, com destaque à diferenciação estabelecida entre o normal e o patológico, o hospital psiquiátrico, a Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. No segundo capítulo estão contidos os objetivos e o método da pesquisa. Já o terceiro capítulo conta com os resultados obtidos e a discussão acerca deles. Posteriormente, tem-se as considerações finais e os elementos pós-textuais.

De fato, este trabalho nasce da minha prática no referido campo, visto que atuo profissionalmente na área da saúde em um hospital geral, que estabelece uma interface estreita com uma unidade de emergência psiquiátrica. Sua relevância social repousa na verificação das demandas em saúde mental e na análise acerca da atuação da rede de saúde mental.



## Normalidade *versus* Patologia e o Hospital Psiquiátrico

---

A noção de normalidade, ou seja, a linha imaginária que separa, por um lado, o que é prescrito enquanto normal ou normatizado e, em contrapartida, o que é atípico, "anormal" ou não adaptativo, há tempos é alvo de debates e questionamentos no âmbito das ciências humanas e da saúde. As perspectivas sobre o normal e o patológico diferem a partir dos contextos históricos, políticos, filosóficos, culturais e sociais vigentes em determinada época (Dias & Moreira, 2011).

Estes variados aspectos e as diversas concepções podem guiar a compreensão do normal *versus* patológico aos extremos, sendo o patológico, por exemplo, considerado uma transformação qualitativa do normal ou uma variação quantitativa do normal (Canguilhem, 2000). Neste contexto, a evolução destes conceitos positivam a importância e a centralidade destes temas, atribuindo a eles um caráter profundo e efetivo, com vistas à evoluções e mudanças concretas.

A noção de normal e patológico pode ser apontada já na obra de Hipócrates (Canguilhem, 2000). Segundo Rossatto, Oliveira, Marangoni, Scola, Zorzi e Jacobi (2013), o filósofo situa o processo de adoecimento como o resultado de conflitos entre as forças internas do indivíduo. A desordem existente necessitaria, *a priori*, da ajuda do próprio organismo para o reestabelecimento do estado de homeostase. De acordo com Dias e Moreira (2011), esta concepção aceita que o corpo é composto por quatro humores: bilis negra, bilis amarela, fleuma e sangue; e a doença é representada pela falta ou excesso de quaisquer destes fatores, cabendo ao médico a função de auxiliar o organismo objetivando o processo de cura. Este pressuposto foi revisitado por Galeno, que atestou a importância destes humores e reafirmou que as causas das doenças localizam-se nos fatores endógenos (Sciliar, 2007).

Posteriormente, Canguilhem (2000) pontua a medicina egípcia e a consideração da doença enquanto uma modificação qualitativa, associada a presença e a prevalência de parasitas. Tal relação parasitária associada ao corpo humano pressupõe, para que haja um equilíbrio, uma ação externa. Da mesma forma que o agente causador da doença é externo (parasita), a forma de resolução (cura) também o é.

No âmbito da idade média, a influência da religião trouxe a concepção da doença como consequência do ato de pecar, sendo a cura alcançada pelo credo (Sciliar, 2007). O doente era percebido como alguém que desobedeceu os mandamentos de Deus



e, por isso era castigado. Nesta época, o cuidado aos doentes era fornecido por meio das instituições religiosas, que atuavam como fomentadoras de abrigo e consolo aos pecadores.

Com o advento da modernidade, houve uma reformulação dos padrões e concepções de saúde e patologia. O positivismo de Comte ganhou força e objetivou determinar as leis da normalidade que são capazes de dar sustento a uma doutrina política de base científica (Coelho & Almeida Filho, 1999). Neste contexto, para os autores supracitados, este panorama implicaria em uma terapêutica das crises sociais e em uma busca do retorno às estruturas essenciais e permanentes da sociedade; devendo o conhecimento do estado normal dos homens preceder o estado patológico individual e social.

De acordo com Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004) Canguilhem (1904 - 1995), em suas prerrogativas, defendia que o conceito de normalidade não é um julgamento da realidade, mas sim um julgamento de valor; sendo uma noção que define as capacidades máximas de um ser. Os autores salientam que a diferença entre o normal e o patológico pode ser representada por uma variação qualitativa. O estado normal seria caracterizado pela capacidade de instituir e transitar entre as normas sociais, já o patológico seria o indivíduo incapaz de flexibilizar tais normas, sendo fixado em apenas uma. Completa este raciocínio, a ideia de que o homem normal, ou normativo, seria o indivíduo capaz de instituir tanto normas sociais quanto orgânicas.

Outras tantas teorias e autores deram suas contribuições a este debate: Paracelsus (1493 - 1541), François Xavier Bichat (1771 - 1802), John Snow (1813 - 1858), William Thomson (1824 - 1907), Louis René Villermé (1782 - 1863), William Farr (1807 - 1883) etc. Nesta evolução histórica, é importante destacar o conceito da Organização Mundial de Saúde - OMS, de abril de 1948, que entende saúde como o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social.

Segundo Sciliar (2007), esta denominação compreende os seguintes princípios: a) biológico: diz respeito a genótipo e aos processos biológicos dos indivíduos; b) meio ambiente: relaciona-se à água, ao ar, a moradia, ao local de trabalho etc.; c) estilo de vida: os hábitos que podem afetar direta ou indiretamente a condição de saúde como, por exemplo: o fumo, o sedentarismo etc.; e d) organização da assistência à saúde: auxílio médico e farmacêutico em hospitais e ambulatórios.

Ainda de acordo com Sciliar (2007) devido à sua amplitude e pouca operacionalização, o conceito da OMS passou a sofrer críticas de cunho técnico, a partir da premissa de que a saúde seria algo na esfera do ideal e do intangível; e de natureza política e literária, por meio da crença de que tal conceito permitiria ao Estado cometer abusos e interferências na vida dos cidadãos, mediante a égide da promoção e proteção da saúde.

A partir destas prerrogativas podemos nos questionar: qual o lugar do "louco" na díade saúde-doença? Existe, de fato, um limiar que separa o saudável do doente mental? Como serão os padrões de normalidade e patologia nos transtornos mentais? Com efeito, salienta-se que em Saúde Mental também persiste este debate, revestido de estigmas e exclusão.

De acordo com Franco (2009) Canguilhem pontuava a necessidade de uma abordagem integrativa nos campos da medicina somática e mental, com vistas ao esclarecimento das patologias humanas. Neste sentido, o autor salienta que a patologia não é um produto do estado de normalidade, sendo diferente deste de modo qualitativo. Segundo Franco (2009) destaca-se também, no âmbito da nosologia psíquica, a impossibilidade de reduzir o portador de anomalias mentais ao louco, visto que tais anomalias podem configurar-se como a expressão da normatividade psíquica perante um determinado meio.

Para Coelho (2009), os conceitos de normalidade e saúde, em uma análise psicológica, encontra referência nas obras de Freud, fundamentalmente, na ruptura com a disjunção entre os fenômenos patológicos e os normais. Ademais, destaca-se a ideia de que ambos os comportamentos são produtos dos mesmos mecanismos mentais (Coelho, 2009).

No campo da psiquiatria, Silva (2008) aponta a existência de dificuldades para a construção de critérios diagnósticos. A autora enfatiza que, mesmo na medicina geral, amparada por critérios fisiológicos, há uma estreita relação com o campo dos valores, tendo em vista a tentativa de reconstruir a saúde. Em relação à Saúde Mental, tal relação torna-se ainda mais revestida de aspectos morais e sociais, principalmente de que a julga ou a delimita.

Foucault (2005) traz grandes contribuições a este debate, principalmente ao traçar a história dos valores que delimitaram a doença mental. Na obra "*História da Loucura*", o autor apresenta as diferentes concepções acerca da loucura e os

encaminhamentos dados aos considerados "loucos". Nesta concepção, Foucault (2005) afirmava que, para ser objeto da ciência médica, a loucura necessitaria ser compreendida como um evento natural, sendo uma verdade revelada ao médico. Como consequência, coube ao médico a instauração de um novo tipo de poder sobre a loucura, o de moldá-la.

Neste âmbito é imprescindível não falar do local tipicamente utilizado para o tratamento dos loucos, o hospital psiquiátrico. *A priori*, cabe destacar que o hospital psiquiátrico não nasceu como uma instituição médica. Ele foi criado na Idade Média como uma instituição de caridade objetivando oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, desabrigados e doentes sendo, tempos depois, reapropriado e transformado em instituição médica (Amarante, 2007).

Para Foucault (2005), com o advento do Hospital Geral (criado a partir de 1656), juntamente como a progressiva perda das funções originais de caridade, foi possível delimitar e definir um novo “lugar social” para o louco e para a loucura na sociedade ocidental (Amarante, 2007). Destaca-se, neste panorama, as proposições de Philippe Pinel e o fomento da concepção de que o saber produzido no hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e assim observá-las, produzindo um novo conhecimento acerca delas (Valverde, 2010).

Neste momento, o hospital sai da posição de laboratório para o estudo das alienações mentais e, enquanto instituição disciplinar que impunha regras, condutas e horários, buscava o incremento de uma função terapêutica com vistas a reorganização dos alienados (Amarante, 2007).

É por essa visão que o manicômio seria a expressão de um modelo que se embasa na tutela, na vigilância, no tratamento moral, na imposição da ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e na interdição. Assim, o louco estaria incapaz até mesmo de decidir pelo próprio tratamento, motivo este que justificaria que as decisões acerca de si fossem tomadas por outrem (Valverde, 2010).

Neste íterim, cabe enfatizar a importância de Philippe Pinel, considerado o fundador do hospital psiquiátrico e um dos principais responsáveis pela clínica médica moderna. Dentre as construções pinelianas, destaca-se o princípio terapêutico do isolamento do "mundo externo", que faz parte do "tratamento moral". Neste sentido, o tratamento moral consistiria na soma de princípios e medidas que, impostos aos loucos, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e trazer a consciência para a realidade.

A partir deste modelo, inseriu-se a noção de que a loucura não é um destino irremediável, mas sim uma patologia que, como tantas outras, pode ser sanada mediante o tratamento adequado (Macedo, 2006).

Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), é possível entender o nascimento da psiquiatria no Brasil a partir das aspirações da medicina, que se impôs como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Nessa perspectiva, o louco passou a ser considerado doente e passível de tratamento. Ergue-se, assim, o Modelo Asilar, baseado no princípio do isolamento e respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol.

Por volta de 1886, Teixeira Brandão, então deputado, instituiu e obteve a aprovação da primeira Lei brasileira para o alienado. O escopo desta lei estabelecia o hospício como o único lugar capaz de receber os loucos, e subordina a sua internação ao parecer médico, estabelecendo também a guarda provisória dos bens do alienado. Esta lei transforma a psiquiatria na maior autoridade sobre a loucura. (Devera & Costa-Rosa, 2007). Contudo, segundo Macedo (2006), mesmo antes deste fato, já existia no Brasil, desde o princípio do século XIX, registros de cerceamento de indivíduos considerados perigosos ou indesejados às cadeias, em razão de supostos transtornos mentais (ou simplesmente por serem vadios, bêbados ou arruaceiros).

Já em 1923 é fundada, no Brasil, a Liga Brasileira de Higiene Mental, que tinha como objetivo inicial aprimorar a assistência aos doentes mentais por meio da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras (Seixas, Mota & Zilbreman, 2009). Neste contexto, destacam-se as contribuições de Ulisses Pernambucano. Precursor da psiquiatria social brasileira Ulisses Pernambucano atuou, da década de 1920 a 1940, trabalhando pela humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes. Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, um trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial, visto que buscava acolher e cuidar dos enfermos da mente. Neste momento, é possível considerar o aparecimento das primeiras referências à Reforma do Modelo Hospitalocêntrico (Devera & Costa-Rosa, 2007).

De fato, o processo de Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil foi iniciado em meados dos anos 1970. Neste momento, instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de

transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do Modelo Hospitalocêntrico.

Em meio ao contexto de crise política, econômica e social da ditadura militar, com uma alta concentração de renda, arrochos salariais, impostos, sindicatos sob intervenção, repressão política e censura à imprensa, surgem as primeiras reações populares organizadas. Esses movimentos foram realizados, fundamentalmente, por trabalhadores do setor, sensibilizados pela situação crítica em que este se encontrava a saúde mental no país (Devera & Costa-Rosa, 2007). Tais movimentos foram marcados por crescentes manifestações objetivando reduzir o cerceamento da liberdade individual promovida pelo manicômio. Buscou-se também um novo enfoque no modelo assistencial, por meio da promoção da saúde mental, no lugar de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado (Macedo, 2006).

Sendo assim, a década de 1970 caracterizou-se por denúncias de grupos de profissionais contra a chamada “indústria da loucura”, condenada como dispendiosa e cronificadora. O sistema acolheu as denúncias e elaborou novas propostas oriundas do Ministério de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social. Foram, então, introduzidas as proposições da Medicina Comunitária e Medicina Preventiva, como estratégias de expansão dos cuidados psiquiátricos à população não-previdenciária (Devera & Costa-Rosa, 2007).

## **A Reforma Psiquiátrica e a Rede de Saúde Mental**

---

Nos primeiros anos do século XX, o Brasil atravessava um momento precário no tocante a assistência à saúde, exigindo à medicina e aos intelectuais da época um posicionamento mais efetivo frente as políticas públicas de assistência. É nesse contexto que a Medicina Geral instaura os movimentos de Higiene para a prevenção de doenças contagiosas e, paralelamente, psicólogos e psiquiatras constituem a Liga de Higiene Mental (Reis, 2000).

Durante o período da ditadura militar, observou-se a emergência de uma nova perspectiva, que buscou ir além do restrito campo do saber médico, onde eram adotadas medidas vistas apenas por meio de soluções técnicas. Com isso, passa a ser reconhecida

a relação entre a psiquiatria e a justiça, pelo vínculo nas funções de natureza jurídica e policial, visando a manutenção da ordem pública (Britto, 2004).

Em 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. O evento possibilitou a vinda ao Brasil de importantes nomes do cenário mundial no campo da Saúde Mental, como Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia,. Ademais, este momento fomentou interações significativas e o contato com as ideias da "Psiquiatria Alternativa" e do "Preventivismo Comunitário" estadunidense.

Partindo destas novas concepções, Basaglia (1985) entende a loucura muito além da patologia em si, acreditando que o transtorno mental diz respeito a tudo que se sobrepõe à doença, como os processos de institucionalização e estigmatização. Nesse sentido, o autor defende que o ato terapêutico mais fundamental consistiria em descobrir a pessoa, o sujeito que sofria, ocultado por rótulos e conceitos produzidos pela sociedade de que todo louco é uma ameaça social, e que esta construção é fruto do sistema institucional que causava a exclusão (Valverde, 2010).

A partir da década de 1980, o movimento da reforma psiquiátrica ganha importância no Brasil. Este período trouxe a possibilidade de mudanças na saúde e permitiu a participação da sociedade. Ganhou ênfase também uma série de críticas às noções de clínica e cidadania, ambas ancoradas em uma concepção universal de sujeito, em que a normalidade deveria ser reconstituída.

Esta estratégia de resgatar a dignidade do portador de transtorno mental tomou forma, fundamentalmente, por meio da criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios de psiquiatria e o serviço de emergência psiquiátrica etc.

## **Centro de Atenção Psicossocial**

---

Tendo em vista estas reorientações surgidas com a reforma psiquiátrica, se organizaram novas instituições de Saúde Mental, a exemplo do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que fazem parte da atual política de Saúde Mental, como uma progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por redes comunitárias. O CAPS é um serviço regulamentado pela portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2001, e faz parte

da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de prestar atendimentos aos indivíduos portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes, como psicoses ou neuroses graves, cujos quadros clínicos justifiquem a sua permanência em um dispositivo de cuidados intensivos (Nascimento, Monteiro, Souza, Neves, Maribondo, Silva, Gomes & Almeida, 2010).

Nesta nova modalidade de atenção, o doente mental passou a ter direito a um melhor tratamento, realizado nos princípios da humanidade e do respeito, tendo assegurada a proteção contra qualquer forma de exploração (Macedo, 2006). Desta forma, o processo de internamento hospitalar passaria a ser feito somente quando os recursos considerados extra-hospitalares não se mostrassem suficientes, tendo em vista o posterior retorno do paciente ao seu meio social (Macedo, 2006).

Segundo Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky e Machado (2009), o CAPS conta com uma equipe multiprofissional que realiza atividades diversificadas, oferecendo atendimento em grupo, individual, oficinas terapêuticas, atividades físicas, lúdicas, arte-terapia, além do tratamento medicamentoso. Os autores afirmam que, neste espaço, o papel da família é fundamental para o desenrolar do tratamento.

A atenção psicossocial remete a um conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em Saúde Mental possua incidências efetivas no cotidiano das pessoas (Schrank & Olschowsky, 2008). Esta perspectiva põe em foco o respeito e a singularidade do paciente, deixando de lado concepções de recomposição e homeostase. Neste âmbito, trabalhar com a atenção psicossocial não implica em acabar com os saberes previstos pela clínica de atendimento individual, mas agregar a ela novos instrumentos, práticas e preocupações (Nascimento, et al., 2010). Ademais, tais ideais reverberam na reconstrução do cotidiano destes indivíduos mediante o incremento de um lar, um trabalho e um espaço social que permita a expressão da sua própria condição (Valverde, 2010).

Em 1987 foi criado o "Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)", ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental. O primeiro CAPS do Brasil seguiria uma trajetória própria, experimentando novas práticas e assimilando conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica. Devem-se ao CAPS os significantes que dão nome ao ideário e as práticas substitutivas ao Modelo Hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Quanto às Portarias que regulamentam os serviços da Reforma Psiquiátrica, destaca-se a 336/2002, que propõe um sistema de classificação para os CAPS, dividindo-os de acordo com abrangência populacional em: I, II, III. De acordo com Martinhago e Oliveira (2012) tem-se o seguinte esquema:

- a) CAPS I: instituído em municípios com mais de 20 mil habitantes.
- b) CAPS II: abrange municípios entre 70 mil e 200 mil habitantes.
- c) CAPS III: compreende municípios com mais de 200 mil habitantes.
- d) CAPSad: direcionado para o atendimento de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas; em municípios com mais de 70 mil habitantes.
- e) CAPSi : voltado para o atendimento de crianças e adolescentes em municípios com cerca de 200 mil habitantes.

## **Os Ambulatórios de Saúde Mental**

---

Os ambulatórios de Saúde Mental funcionaram, historicamente, como uma via de entrada para os manicômios, responsabilizando-se por um grande número de encaminhamentos para internações (Alves & Guljor, 2006). Contudo, nos anos 1980, começaram a ser delineadas as primeiras mudanças no campo da Saúde Mental. Com a proposta de criação da rede de serviços extra-hospitalares, o ambulatório passou a atuar de modo complementar ao hospital atendendo, prioritariamente, os indivíduos oriundos de internações psiquiátricas (Goulart, 2004) e diminuindo a clientela dos hospícios (Tenório, 2001).

Este processo de “ambulatorização”, na prática, sofreu distorções que comprometeram seus objetivos iniciais. Segundo Rosa (2006), o fracasso da proposta deveu-se ao ambulatório estar desvinculado da rede assistencial, sem uma diretriz política para orientá-lo, limitando-se apenas a reduzir custos com internação psiquiátrica. Conseqüentemente, despontou a ideia de que o ambulatório havia se tornado um encaminhador para internações psiquiátricas nos hospitais da rede privada (Paulin & Turato, 2004; Resende, 2001).

Posteriormente, a partir dos anos 1990, o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira se consolidou e foi assumido como política oficial para o campo da Saúde Mental. Visando organizar o processo de expansão e o funcionamento dos serviços, são lançadas as Portarias 189/1991 e 224/1992; a primeira regulamenta as estratégias



terapêuticas e a segunda define as normas para o atendimento em Saúde Mental, segmentando-o em dois grupos: ambulatorial e hospitalar. Vale destacar que neste momento, o ambulatório especializado passa a figurar como dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Após esse movimento, os ambulatórios de Saúde Mental assumiram duas diferentes feições: a tradicional (alternativa ao manicômio) e a da Reforma (Alves & Guljor, 2006; Tenório, 2001). O ambulatório tradicional, resultado da proposta de "ambulatorização", oferece atenção médica curativa e atividades voltadas as consultas psiquiátricas e psicológicas. Já o ambulatório da Reforma é todo serviço que dirige suas ações tomando como diretriz o paradigma da Reforma Psiquiátrica. Segundo a Portaria 224/1992, tal dispositivo deve oferecer atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades ressocializadoras, funcionando com uma equipe multiprofissional.

### **Serviço de Emergência Psiquiátrica**

---

De acordo com Barros, Tung e Mari (2010), emergência psiquiátrica é caracterizada quando um distúrbio de comportamento, pensamento ou emoção necessita de atendimento médico imediato, com vistas a evitar prejuízos à saúde psíquica, social e física. Neste âmbito, os indivíduos que usufruem deste serviços são aqueles que possuem histórico de doença psiquiátrica crônica, progressiva ou em crise aguda. Os autores salientam ainda que as emergência psiquiátricas também podem ser compreendidas como quaisquer alterações de comportamentos que não podem ser manejadas adequadamente por outros serviços de saúde.

Para Barros, Tung e Mari (2010) houve uma modificação na relação entre as SEPs (Serviços de Emergência Psiquiátrica) e as unidades de internação psiquiátrica a partir do advento das políticas públicas de "desinstucionalização". Com as intensas críticas ao modelo Hospitalocêntrico e a "falência" dos asilos, a demanda por tratamentos humanizados para os quadros agudos aumentou e, conseqüentemente, houve uma valorização dos SEPs.

Segundo Barros, Tung e Mari (2010) existe uma relação estreita entre o funcionamento dos serviços extra-hospitalares e os SEPs. Neste contexto, pode-se

admitir que as redes extra-hospitalares organizadas e capazes de absorver adequadamente os pacientes em quadros agudos, são aptas a reduzir significativamente os encaminhamentos para internação. Neste ínterim, cabe destacar que, na ausência ou insuficiência dos serviços extra-hospitalares, as SEPs, que funcionam em regime de 24 horas, constituem-se em unidades de referência, podendo levar a uma associação entre as dificuldades da rede de saúde mental e o aumento de internações ou visitas aos SEPs (Barros, Tung & Mari, 2010).

Por fim, dentre os problemas vivenciados pelas SEPs, que repercutem na dificuldade em estabilizar situações e quadros agudos, Barros, Tung e Mari (2010) apontam fatores como: atendimento multiprofissional restrito, limitação de propostas terapêuticas, falta de vagas para atendimento, deficiência na disponibilidade de medicamentos e sobrecarga de demandas judiciais.



## **Objetivos**

---

### **Objetivo Geral**

Analisar, no período de tempo de três meses, o fluxo de regulação para internação em hospital psiquiátrico a partir de uma unidade de urgência psiquiátrica da cidade de João Pessoa.

### **Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o perfil do público atendido segundo aspectos demográficos.
- b) Identificar as demandas psiquiátricas responsáveis pela regulação para internação em hospital psiquiátrico.
- c) Investigar as relações entre as variáveis demográficas e as demandas psiquiátricas.

## **Método**

---

### **Delineamento**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, caracterizada como descritiva e documental. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de uma determinada população ou fenômeno. No que tange aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa documental que, para Gil (2008), vale-se de materiais que não receberam tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados seguindo os objetivos da pesquisa.

Definiu-se como campo da pesquisa uma unidade de urgência psiquiátrica da cidade de João Pessoa, que desponta como serviço de referência para a regulação de pacientes para a internação em hospital psiquiátrico.

## **Procedimentos**

Foi solicitada a colaboração e a autorização da referida unidade de saúde no que tange ao acesso ao arquivo e aos formulários de encaminhamento para internação psiquiátrica. Neste ínterim, foi ressaltado o caráter acadêmico do presente trabalho, bem como a garantia do anonimato das informações coletadas, reiterando o direito a não participação. Foram incluídos na análise todos os encaminhamentos para internação em hospital psiquiátrico referentes aos meses de junho, julho e agosto do ano de 2014.

## **Análise dos Dados**

Os dados quantitativos foram processados pelo programa SPSS versão 18, onde foram procedidas análises descritivas e não paramétricas.



## Resultados Gerais

---

Após a coleta e formulação do banco de dados, realizou-se uma análise acerca do fluxo, da regulação e do perfil demográfico dos usuários atendidos na referida unidade de emergência psiquiátrica. Dentre os dados colhidos por meio dos encaminhamento estão: mês da regulação para internamento, sexo, idade, município de residência, zona geográfica (quando residente na cidade de João Pessoa) e avaliação clínica.

**Tabela 1. Frequências e Porcentagens Relativas aos Meses de Regulação para Internação em Hospital Psiquiátrico.**

<b>Mês de Regulação para Internamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Junho	88	29,3
Julho	<b>108</b>	<b>36,0</b>
Agosto	104	34,7
Total	300	100

Conforme disposto na Tabela 1, é possível observar que a maior frequência de regulação para internamento psiquiátrico ocorreu no mês de julho, como 108 encaminhamentos (36%). Todavia, a diferença em relação ao mês de agosto mostrou-se discreta, o índice naquele mês foi de 34,7% (104 encaminhamentos). Por fim, o mês de junho despontou como o de menor frequência, com 88 encaminhamentos (29,3%).

**Tabela 2. Frequências e Porcentagens Relativas ao Sexo do Usuário.**

<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Masculino	<b>205</b>	<b>68,6</b>
Feminino	94	31,4
Total	299	100

No que tange à variável "sexo", verificou-se, de acordo com a Tabela 2, que os usuários regulados para internação psiquiátrica são, majoritariamente, do sexo

masculino (205 pacientes - 68,6%). Em contrapartida, o percentual de mulheres reguladas foi de 31,4% (94 pacientes).

Neste caso, é importante salientar que o número total de usuários regulados, de acordo com a variável "sexo", não chegou a 300 (número total de casos) tendo em vista o não preenchimento deste dado na ficha de encaminhamento fornecida pela unidade de saúde.

**Tabela 3. Frequências e Porcentagens Relativas à Idade dos Usuários.**

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
De 13 a 18 anos	17	5,7
De 19 a 29 anos	63	21,3
De 30 a 59 anos	<b>204</b>	<b>68,9</b>
A partir de 60 anos	12	4,1
Total	296	100

Em relação à variável “idade”, observou-se que esta variou de 13 anos a 66 anos (Média= 37,8; Desvio Padrão= 12,48). Para fins de organização e apresentação dos resultados, optou-se por aglutinar as idades em intervalos correspondentes às distinções entre adolescentes (de 13 a 18 anos), jovens (de 19 a 29 anos), adultos (de 30 a 59 anos) e idosos (a partir de 60 anos).

Neste sentido, verificou-se que o maior percentual de internação psiquiátrica deu-se entre os usuários adultos de 30 a 59 anos (204 encaminhamentos - 68,9%). Em seguida, destacam-se os usuários jovens de 19 a 29 anos (63 encaminhamentos - 21,3%), os usuários adolescentes de 13 a 18 anos (5,7%) e os usuários idosos, com idades a partir de 60 anos (4,1%).

Também neste caso, as ocorrências omissas nas fichas médicas impossibilitaram o atingimento do índice total de encaminhamentos (300 casos).



**Tabela 4. Frequências e Porcentagens Relativas ao Município de Residência dos Usuários.**

<b>Município de Residência</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
João Pessoa	<b>194</b>	<b>64,9</b>
Bayeux	41	13,7
Santa Rita	41	13,7
Lucena	1	0,3
Cabedelo	22	7,4
Total	299	100

No tocante ao município de residência, é importante destacar que a unidade de saúde em questão é responsável pelo atendimento de emergência em psiquiatria apenas para as cidades localizadas na região denominada "grande João Pessoa". As demais cidades periféricas são atendidas diretamente pela unidade de alta complexidade, como os hospitais psiquiátricos.

Isto posto percebe-se, a partir da Tabela 4, que a maior frequência de regulação ocorreu entre os usuários advindos da cidade de João Pessoa (194 casos - 64,9%). Posteriormente, tem-se equivalência entre os índices relativos às cidades de Bayeux e Santa Rita, ambas como 41 usuários regulados (13,7%). Por fim, despontam as cidades de Cabedelo (22 casos - 7,4%) e Lucena (1 caso - 0,3%).

**Tabela 5. Frequências e Porcentagens Relativas à Zona Geográfica, Quando Morador da Cidade de João Pessoa.**

<b>Zona Geográfica</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Zona Norte	29	15,3
Zona Sul	<b>96</b>	<b>50,5</b>
Zona Leste	12	6,3
Zona Oeste	53	27,9
Total	190	100

Quando o usuário era morador da cidade de João Pessoa, realizou-se uma subclassificação de acordo como o bairro no qual ele residia. Neste âmbito, tal

classificação observou a zona geográfica da cidade, dividindo-a em: zona norte, zona sul, zona leste e zona oeste.

Sendo assim, verificou-se que aproximadamente metade dos usuários regulados para internação psiquiátrica com moradia em João Pessoa residiam na zona sul da cidade (96 casos - 50,5%). Os índices das demais zonas geográficas da cidade foram, respectivamente de 27,9% (zona oeste), 15,3% (zona norte) e 6,3% (zona leste).

**Tabela 6. Frequências e Porcentagens Relativas à Avaliação Clínica dos Usuários.**

<b>Avaliação Clínica</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Etilismo Crônico	29	9,7
Drogas Ilícitas	37	12,3
Etilismo Crônico e Outras Drogas	8	2,7
Transtorno Mental	<b>135</b>	<b>45,0</b>
Ideação Suicida	19	6,3
Retardo Mental	1	0,3
Agitação Psicomotora e Agressividade	56	18,7
Desorientação	11	3,7
Outros	4	1,3
Total	300	100

A avaliação clínica corresponde ao critério médico/psiquiátrico responsável pela regulação do usuário para a internação psiquiátrica. Após análise do conteúdo dos encaminhamentos, optou-se por aglutinar as demandas psiquiátricas em categorias principais, como: etilismo crônico (compreende os usuários de álcool, com destaque para o etilismo como critério principal para a internação), drogas ilícitas (diz respeito ao uso de drogas ilícitas, excluído o uso de álcool), etilismo crônico e outras drogas (relaciona o uso conjunto de álcool e drogas ilícitas), transtorno mental (aglutina quadros de surto psicótico e psicose crônica com a presença de delírios, alucinações e desorganização mental), ideação suicida (intenção e pensamento persistente em relação à própria morte), retardo mental, agitação psicomotora e agressividade, desorientação e outros (quadros diversos não especificados).

A partir da Tabela 6, observa-se que a demanda psiquiátrica "transtorno mental" surge como principal responsável pela regulação para internação (135 casos - 45%). Os

demais quadros psiquiátricos foram, respectivamente, agitação psicomotora e agressividade (56 casos - 18,7%), drogas ilícitas (37 casos - 12,3%), etilismo crônico (29 casos - 9,7%), ideação suicida (19 casos - 6,3%), desorientação (11 casos - 3,7%), etilismo crônico e outras drogas (8 casos - 2,7%), outros (4 casos - 1,3%) e retardo mental (1 caso - 0,3%).

### **Resultados Relativos às Associações Entre as Variáveis Demográficas e as Demandas Psiquiátricas**

Consoante com os objetivos específicos, foi realizada uma análise acerca das relações entre as variáveis demográficas, como: o sexo, a idade e o município de residência e as avaliações clínicas responsáveis pela regulação para internação em hospital psiquiátrico.

**Tabela 7. Relações entre a Avaliação Clínica e o Sexo do Usuário.**

Avaliação Clínica	Sexo		Total $\Sigma$ (%)
	Masculino f(%)	Feminino f(%)	
Etilismo Crônico	<b>27*(93,1%)</b>	2 (06,9%)	29 (100%)
Drogas Ilícitas	27 (73,0%)	10 (27,0%)	37 (100%)
Etilismo Crônico e Outras Drogas	06 (75,0%)	02 (25,0%)	08 (100%)
Transtorno Mental	91 (67,4%)	11 (32,6%)	135(100%)
Ideação Suicida	09 (47,4%)	<b>10*(52,6%)</b>	19 (100%)
Retardo Mental	01 (100%)	00 (00,0%)	01 (100%)
Agitação Psicomotora e Agressividade	37 (67,3%)	18 (32,7%)	55 (100%)
Desorientação	06 (54,5%)	05 (45,5%)	11 (100%)
Outros	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100%)
Total	205(68,6%)	94 (31,4%)	299(100%)

$\chi^2(8)= 17,659$ ;  $p<0,05$

\* Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -1,96 e +1,96 – Efeito significativo.

De acordo com a Tabela 7, pode-se observar a presença de efeitos estatisticamente significativos em relação à associação entre as variáveis "avaliação clínica" e "sexo" [ $\chi^2(8)= 17,659$ ;  $p<0,05$ ] no que tange à regulação para internação em hospital psiquiátrico entre pacientes com quadros de etilismo crônico (com prevalência de indivíduos do sexo masculino - 93,1%) e ideação suicida (quadro mais recorrentes em mulheres - 52,6%).

É importante pontuar também as diferenças obtidas em relação aos quadros de "drogas ilícitas", "etilismo crônico e outras drogas", "transtorno mental" e "agitação psicomotora e agressividade", majoritariamente compostos por indivíduos do sexo masculino.

**Tabela 8. Relações entre a Avaliação Clínica e a Idade do Usuário.**

Avaliação Clínica	Idade				Total $\Sigma$ (%)
	De 13 a 18 anos $f$ (%)	De 19 a 29 anos $f$ (%)	De 30 a 59 anos $f$ (%)	A partir de 60 anos $f$ (%)	
Etilismo Crônico	00 (00,0%)	02 (06,9%)	<b>25*(86,2%)</b>	02 (06,9%)	29 (100%)
Drogas Ilícitas	<b>06*(16,2%)</b>	<b>18*(48,6%)</b>	<b>13*(35,1%)</b>	00 (00,0%)	37 (100%)
Etilismo Crônico e Outras Drogas	00 (00,0%)	03 (01,4%)	04 (57,1%)	00 (00,0%)	07 (100%)
Transtorno Mental	<b>04*(03,0%)</b>	26 (19,4%)	99 (73,9%)	05 (03,7%)	134(100%)
Ideação Suicida	02 (10,5%)	04 (21,1%)	13 (68,4%)	00 (00,0%)	19 (100%)
Retardo Mental	00 (00,0%)	00 (00,0%)	01(100,0%)	00 (00,0%)	01 (100%)
Agitação Psicomotora e Agressividade	04 (07,4%)	09 (16,7%)	37 (68,5%)	04 (07,4%)	54 (100%)
Desorientação	01 (09,1%)	01 (09,1%)	08 (72,7%)	01 (09,1%)	11 (100%)
Outros	00 (00,0%)	00 (00,0%)	04(100,0%)	00 (00,0%)	04 (100%)
Total	17(05,7%)	63 (21,3%)	204(68,9%)	12 (04,1%)	296(100%)

$\chi^2(24)= 46,679$ ;  $p<0,05$

\* Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -1,96 e +1,96 – Efeito significativo.

Em relação à associação entre as variáveis "avaliação clínica" e "idade", foram obtidos efeitos estatisticamente significativos [ $\chi^2(24)= 46,679$ ;  $p<0,05$ ] especialmente acerca do "etilismo crônico", "drogas ilícitas" e "transtorno mental".

Sobre o "etilismo crônico", percebe-se a incidência preponderante deste quadro de saúde entre os usuários adultos, com idades variando de 30 a 29 anos (86,2%). No tocante ao uso de "drogas ilícitas", os maiores índices foram obtidos entre os usuários jovens com idades entre 19 e 29 anos (48,6%), seguido dos usuários adultos (35,1%) e dos usuários adolescentes (16,2%). Já em relação ao "transtorno mental", os índices majoritários estão situados entre os indivíduos adultos (de 30 a 59 anos - 73,9%), em contrapartida, os menos índices foram obtidos entre os usuários adolescentes (de 13 a 18 anos - 3%).

Por fim, cabe salientar os dados referentes a incidência de quadros de ideação suicida (68,4%), agitação psicomotora e agressividade (68,5%) e desorientação (72,7%) nas populações adultas, com idades variando de 30 a 59 anos.

**Tabela 9. Relações entre a Avaliação Clínica e o Município de Residência do Usuário.**

Avaliação Clínica	Idade					Total $\Sigma$ (%)
	João Pessoa f(%)	Bayeux f(%)	Santa Rita f(%)	Lucena f(%)	Cadedelo f(%)	
Etilismo Crônico	25 (86,2%)	00 (00,0%)	02 (06,9%)	01 (3,4%)	01 (03,4%)	29 (100%)
Drogas Ilícitas	26 (70,3%)	07 (18,9%)	02 (5,4%)	00 (00,0%)	02 (05,4%)	37 (100%)
Etilismo Crônico e Outras Drogas	04 (50,0%)	01 (12,5%)	01 (12,5%)	00 (00,0%)	02 (25,0%)	08 (100%)
Transtorno Mental	86 (63,7%)	17 (12,6%)	24 (17,8%)	00 (00,0%)	08 (05,9%)	135(100%)
Ideação Suicida	13 (68,4%)	03 (15,8%)	02 (10,5%)	00 (00,0%)	01 (05,3%)	19 (100%)
Retardo Mental	01 (100%)	00 (00,0%)	00 (00,0%)	00 (00,0%)	00 (00,0%)	01 (100%)
Agitação Psicomotora e Agressividade	31 (56,4%)	10 (18,2%)	07 (12,7%)	00 (00,0%)	07 (12,7%)	55 (100%)
Desorientação	06 (54,5%)	03 (27,3%)	01 (09,1%)	00 (00,0%)	01 (09,1%)	11 (100%)
Outros	02 (50,0%)	00 (00,0%)	02 (50,0%)	00 (00,0%)	00 (00,0%)	04 (100%)
Total	194(64,9%)	41 (13,7%)	41 (13,7%)	01 (00,3%)	22 (07,4%)	299(100%)

$\chi^2(32)= 36,877$ ;  $p=0,253$  n.s.

No que tange à análise referente ao cruzamento das variáveis “avaliação clínica” e “município de residência”, não houveram efeitos estatisticamente significativos [ $\chi^2(32)=36,877$ ;  $p=0,2532$ ; n.s.]. Destaca-se, neste íterim, a presença majoritária de regulação para internação entre os indivíduos, em todos os quadros médicos/psiquiátricos, provenientes da cidade de João Pessoa

## **Discussão**

---

A partir dos resultados obtidos, o presente trabalho, ao buscar analisar o fluxo de regulação para internação em hospital psiquiátrico a partir de uma unidade de urgência psiquiátrica da cidade de João Pessoa, pôde verificar o perfil demográfico do usuário do serviço, bem como as maiores demandas médicas/psiquiátricas responsáveis por internação psiquiátrica.

De forma geral, tratam-se de usuários do sexo masculino, com idades variando de 30 a 59 anos, oriundos da cidade de João Pessoa, especialmente da zona sul do município, internos em hospital psiquiátrico devido à ocorrência de transtorno mental.

Em relação ao gênero, observou-se a presença majoritária dos homens, podendo sinalizar para uma dificuldade masculina na busca de serviços preventivos e atendimentos ambulatoriais em saúde mental. Tal dado pode ser entendido em termos de crenças socialmente construídas, que podem sustentar o ideal de invulnerabilidade masculina, que reverbera na baixa procura dos serviços preventivos e, paradoxalmente, numa alta busca de serviços emergenciais (Lima, Silva, Freire, Ribeiro & Saldanha, 2014).

No que tange à idade, os dados encontrados corroboram com a literatura apresentada por Santos e Siqueira (2010), na qual são demonstrados que indivíduos na faixa etária de 25 a 54 anos são os que apresentam maiores indícios de transtornos mentais. Este dado, associado a fatores como: o desemprego, a baixa escolaridade, as condições precárias de habitação, o trabalho informal e o não acesso aos bens de consumo, podem ser destacados como possíveis determinantes da ocorrência de transtornos mentais (Santos & Siqueira, 2010).

É importante destacar ainda a presença de internação psiquiátrica motivada por etilismo crônico e pelo uso abusivo de drogas ilícitas entre a população masculina. O

mesmo panorama foi verificado por Santos e Siqueira (2010), com destaque para o uso e abuso de álcool e drogas afetando especialmente os homens. Segundo Rigotto e Gomes (2002), as experiências de aproximação com substância psicoativas, entre os homens, podem ser motivadas no próprio ambiente familiar, pela curiosidade, pela necessidade de ser aceito pelos pares ou por dificuldades de relacionamento familiar.

No tocante à ideação suicida, salienta-se a prevalência de indivíduos do sexo feminino. De acordo com Botega et al. (2009), a presença de ideação suicida, ao longo da vida, é mais freqüente entre as mulheres, com idades variando de 30 a 44 anos. De modo geral, tais tentativas geralmente são realizadas mediante: ingestão excessiva de medicamentos, ingestão de pesticida, enforcamento, afogamento e precipitação de altura (Botega et al., 2009). Por fim, os autores supracitados apontam os fatores sociodemográficos e clínicos associados à ideação e tentativa de suicídio: gênero feminino, transtorno psiquiátrico (em especial a depressão e a dependência química), condição conjugal divorciado, separado ou solteiro e situação profissional desfavorável.

Isto posto, pode-se aferir a importância do Poder Público e a edição de políticas públicas e sociais que abarquem estas problemáticas. Segundo Sousa, Silva e Oliveira (2010), é visível a necessidade de maior intervenção por parte das políticas públicas na área da saúde mental e dependência química, principalmente pelos danos e complicações clínicas, psicológicas, familiares e sociais advindas.

Com efeito, os preceitos inaugurados pela Reforma Psiquiátrica no campo da atenção básica e especializada em saúde mental trouxeram contribuições significativas, principalmente ao propor a progressiva mudança do paradigma Hospitalocêntrico pelo advento dos serviços substitutivos à internação hospitalar. As demandas em saúde mental, por suas especificidade, necessitam de uma equipe especializada e estrutura adequada para seu funcionamento, caso contrário, a função substitutiva pode não ser realizada adequadamente.

Os serviços oferecidos pela unidade de emergência psiquiátrica ora trabalhada incrementam, sobremaneira, as propostas da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista o fluxo de usuários regulados para os demais serviços substitutivos, como os CAPS e os ambulatórios (em números absolutos maiores e mais freqüentes do que os encaminhamentos para internação hospitalar). Os episódios de encaminhamento para internação só ocorrem após o período de observação de até 72 horas na instituição e a não evolução, ou melhora, do quadro psiquiátrico. Neste momento, tais casos são

avaliados pela equipe multiprofissional e, quando acordado, o usuário é encaminhado para internamento para a continuidade da conduta especializada.

De fato, a função social e a centralidade das unidades de emergência em saúde mental são indiscutíveis (Barros, Tung & Mari, 2010). Apesar das dificuldades encontradas no cotidiano, o serviço de emergência psiquiátrica permanece realizando atendimento especializado em casos de emergência, filtrando os eventos e as demandas que, de fato, necessitam de atenção ao nível hospitalar e prevenindo a ocorrência de internações hospitalares indiscriminadas, o que é essencial para assegurar a ética, o cuidado e o acesso à cidadania de uma parcela da população que foi historicamente negligenciada e excluída.



## **Considerações Finais**

---

Considerando a complexidade dos fenômenos estudados, é importante destacar que a discussão ora proposta intentou incrementar e somar à literatura existente novos dados e novas realidades acerca da modelo de atenção em saúde agregados a partir dos postulados pela Reforma Psiquiátrica, que inaugurou um novo olhar sobre o usuário e/ou portador de transtornos mentais.

Não obstante, a decisão pela adoção deste tema deu-se por meio de inquietação pessoal e identificação profissional. Todavia, para além do mero aspecto pessoal, o tema reveste-se de importância social, visto que reflete a realidade de um grupo com direitos negados e excluídos do convívio social. Espera-se que os resultados obtidos possam colaborar para o empoderamento destes indivíduos e construções de redes efetivas para a integralidade do atendimento em saúde mental.

De forma geral, a contribuição do referido estudo repousa na explicitação do perfil dos usuários regulados para internação em hospital psiquiátrico. Após o conhecimento dos aspectos que são preponderante neste panorama, será possível pensar ou repensar os avanços e desafios do atendimento em saúde mental, de modo a incrementar as modificações e ajustamentos necessários. Por exemplo, a partir dos resultados desta pesquisa, pode-se perceber o público que necessita de mais investimento e enfoque, por meio de campanhas de mobilização nacional, no que tange ao cuidado primário e secundário em saúde mental, sem prejuízo da assistência curativa em instituições hospitalares.

Entre as ressalvas e limitações deste estudo, salienta-se o recorte temporal adotado (três meses), que pode não representar fielmente as ocorrências gerais atendidas pela unidade de saúde. Soma-se a isto dados ausentes nas fichas de encaminhamento, como a renda, escolaridade, religião, internamentos psiquiátricos anteriores etc., que poderiam enriquecer a discussão e possibilitar novas e complexas análises.

Deste modo sugere-se, como pesquisas futuras, a realização de análises que abarquem e demonstrem a influência de outros fatores nos episódios de internamento psiquiátrico. Ademais, estudos futuros podem ser realizados no intuito de replicar este delineamento adotando um corte temporal ampliado, tal procedimento poderia elucidar novos fatores e desdobramentos deste tema.

## Referências

---

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In Pinheiro, R. & Mattos, R. A. orgs, *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

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

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 71-77, 2010.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELMONTE, P. R. A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio., org. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: B. Bezerra & P. Amarante orgs., *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

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. 214 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.

COELHO, M. T. A. D. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 567-575, 2009.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEILA FILHO, N. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 54-66, 2007.

DIAS, D. A. S.; MOREIRA, J. O. As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. *Rev. Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 3, n. 1, 2011.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. 8 ed. São Paulo: Perspectiva. 2005.

FRANCO, F. L. F. N. Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. *Primeiros Escritos*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 87-95, 2009.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, M. S. B. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In Ferrari, I. F., Araújo, J. N. G. orgs., *Psicologia e ciência na PUC Minas*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

LIMA, M. A. S.; SILVA, J.; FREIRE, F. M. S.; RIBEIRO, K. C. S.; SALDANHA, A. A. W. A Influência de Crenças Masculinas de Gênero no Cuidado com a Saúde. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero & Direito*, João Pessoa, v. 1, n. 5, 2014.

MACEDO, C. F. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. *Jus Navigandi*, Teresina, v. 11, n. 1017, p. 32-43, 2006.

MACIEL, S. C. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun., 2008.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, 2012.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

NASCIMENTO, Z. A.; MONTEIRO, C. P.; SOUZA, M. M.; NEVES, V. D.; MARIBONDO, O. F.; SILVA, J. Q.; GOMES, A. A.; ALMEIDA, R. M. G. *Os Desafios da Psicanálise na Universidade: A Supervisão em Psicanálise e Saúde Mental*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

NUNES, M.; TORRENTE, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 101-108, 2009.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

REIS, J. R. F. "De pequenino é que se torce o pepino": a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 135-157, 2000.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In Tundis, S. A. & Costa, N. S. orgs. *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia teoria e pesquisa*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.

RODRIGUES, C. S.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estud Psicol (Natal)*, Natal, v. 8, n. 1, p. 117-125, 2003.

ROSA, L. C. S. O nordeste na reforma psiquiátrica. Terezinha: EDUFPI, 2006.

ROSSATTO, R. et al. Os conceitos de normal e patológico: entre uma dimensão científica e uma dimensão do existir humano. In: I CONGRESSO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FSG, 1, 2013, Serra Gaúcha. *Anais..* Serra Gaúcha, 2013.

SANTOS, N. S. et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. cienc. prof.* Brasília, v. 20, n. 4, p. 46-53, 2000.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. Enferm*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SCILIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMANN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 82-82, 2009.

SILVA, M. M. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em psicologia*, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 141-150, 2008.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Revista Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2006.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VALVERDE, D. L. D. Reforma Psiquiátrica: Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial. Disponível em: <[www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-socio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial](http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-socio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial)>. Data de acesso: 22/08/2014.