

# Internamento E(sca)ncarado: Coexistência da Internação Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial

## Madhouse/Asylum Hospitalization Wide Open: Coexistence of the Psychiatric Internment and the Network of Psychosocial Care

Cristofthe Jonath Fernandes<sup>1</sup>, Aluísio Ferreira de Lima<sup>2</sup>,  
Pedro Renan Santos de Oliveira<sup>3</sup>

### Resumo

---

O Brasil, desde a homologação da Lei. 10.216 de 2001, têm priorizado essa ênfase e anunciado interesse governamental pela implementação de uma reforma psiquiátrica, entretanto a convivência dos modelos asilares e comunitários tem sido marcas flagrantes da atual assistência à saúde mental no país. O objetivo desse artigo é apresentar uma análise das vicissitudes desse processo, tomando como estudo de caso a dinâmica da oferta desses serviços, na capital cearense, no nordeste brasileiro, no período de 2007 a 2016. Para tanto, foi realizado um estudo documental a partir dos dados quantitativos da oferta dos serviços de assistência à saúde mental, gerados por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNESnet) e do aplicativo Tabet e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Verificou-se, no período em análise, aumento na oferta dos serviços de ênfase comunitária com o incremento de seis novos serviços, contratação de setenta profissionais específicos para a atenção substitutiva, concomitante ao encerramento das atividades de três hospitais psiquiátricos com serviços asilares. Entretanto, identificou-se que a legislação dos serviços substitutivos é problemática quando versa sobre sua constituição e perpetuação do modelo manicomial, e verificou-se ainda que fatores econômicos foram os preponderantes para o fechamento dos hospitais e aqueles remanescentes aumentaram suas ofertas de leitos e seu faturamento.

**Palavras-Chave:** Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Psicologia social.

### Abstract

---

Brazil, since the approval of Law 10.216 of 2001, has prioritized this emphasis and has announced the government's interest in implementing a psychiatric reform, however, the coexistence of asylums and community models has been blatant of the current support to the mental health in the country. The purpose of this article is to present an analysis of the vicissitudes of this process, taking as a case study the offer dynamics of these services, in the capital of Ceará, in the northeast of Brazil, in the period from 2007 to 2016. For this, we conducted a documentary study based on the quantitative data of mental health assistance services that are generated through the National Health Establishment Register (CNESnet, by its Portuguese acronyms) and the Tabet application; available by the Department of

---

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Psicólogo com Pós-Doutorado e Doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará/UFC. E-mail: aluisiolima@ufc.br

<sup>3</sup> Professor filiado ao Núcleo de Psicologia Social e Saúde (NUPSA) da UniChristus/ CE. Pesquisador Visitante do "Paralaxe" - Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e intervenções em Psicologia Social Crítica da Universidade Federal do Ceará.

Information Technology of the National Health System (Datusus, by its Portuguese acronyms). For the period under analysis, we noticed an increase in the supply of community-based services with the surge of six new services, hiring of seventy specific professionals for the substitutive care, concomitant to the closure of the activities of three psychiatric hospitals with asylum services. However, we identify that the legislation of substitute services is problematic when it comes to its constitution and perpetuation of the asylum model. Finally, we found that economic factors were the preponderant factors for the closure of hospitals and those remnants increased their offers of available beds and their invoicing.

**Keywords:** Mental health. Psychiatric reform. Social psychology.

## Introdução

A assistência à saúde mental de caráter comunitário passou no ano de 2013 a ser referência para os países membros da World Health Organization (WHO), ano no qual o órgão publicou o Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020, apresentando como um dos seus objetivos “proporcionar no ambiente comunitário serviços de assistência social e de saúde mental completos, integrados e com capacidade de resposta<sup>4</sup>” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, p. 10). Neste documento é estabelecida, ainda, a meta mundial de avançar em 20% a cobertura desses serviços, até o ano de 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Entretanto, se a virada comunitária da assistência à saúde mental por um lado está desde o ano de 2013 regulamentada, em âmbito internacional, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por outro lado, a própria organização alerta que os investimentos realizados pelos países membros são limitados. Além disso, o monitoramento da implementação destes serviços é escasso, como indicado numa das principais conclusões sobre a governança dos sistemas de saúde mental no Atlas de Saúde Mental 2017, o qual avalia os recursos de saúde mental disponibilizado pelos países membros. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No Brasil, o redirecionamento dos serviços de atenção à saúde mental para a comunidade é regulamentado desde o ano de 2001, através da Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), privilegiando a criação e oferta de serviços que permitam a perpetuação dos vínculos sociais das pessoas atendidas. A partir

desta data, diversos serviços são regulamentados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2002), as Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011a), as Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2012a), os Serviços de Atenção em Regime Residencial (BRASIL, 2000), os Programas de Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012b) e os Serviço Hospitalar de Referência (BRASIL, 2012c). No ano de 2011 esses serviços foram organizados de forma a trabalharem conjuntamente e interligados formando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Um dos fatores preponderantes para a homologação da Lei 10.216/2001 foi o processo jurídico conhecido como Caso Damião Ximenes (LIMA, 2010; PONTES, 2015), no qual o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e resultou na aproximação do Estado brasileiro às demandas dos movimentos, conforme fica explícito na resposta do Brasil à CIDH, no documento Alegações Finais, que ao descrever a Lei 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, afirma:

[...] que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Referida norma respondeu a antigos reclamos do movimento antimaniconial*, tendo refletido em seu texto recorrentes propostas das conferências nacionais de saúde mental, evidenciando um consenso sobre uma lei

<sup>4</sup> Tradução nossa do original em espanhol.

nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2006, p. 17, grifo nosso)

O marco inicial deste movimento é apontado por Amarante (1995), como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão do Ministério da Saúde, em 1978, que a partir da deflagração da greve de profissionais e estagiários se constitui o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com as seguintes pautas de reivindicação: melhorias de condições de trabalho, como regularização de contratos, redução de carga horária, aumento salarial; crítica à cronificação do manicômio e o uso do eletrochoque; melhores condições de assistência e humanização dos serviços (AMARANTE, 1995). Em 1987 diversos grupos sociais se juntam ao MTSM formando o movimento de luta antimanicomial (AMARANTE, 1995) e no Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado no mesmo ano, pactuou-se o lema por uma sociedade sem manicômios (PITTA, 2011), tornando desde então, objetivo desse movimento o fim da assistência em saúde mental de caráter asilar. Objetivo esse que explicita a influência da psiquiatria democrática italiana sob o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE 1995; DELGADO, 2015; LIMA 2010; PITTA, 2011; YASUI, 2010), visto que está totalmente coerente à perspectiva de teóricos italianos como Basaglia, quando este denuncia a instituição psiquiátrica: “Portanto, se a instituição do manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada.” (BASAGLIA, 1985, p. 122).

E com Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), os quais entendem que o movimento de reforma psiquiátrica deve buscar a desinstitucionalização, que se caracterizam em suas palavras como: “A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem no interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos

materiais e humanos que estavam ali depositados” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 36). Porém, se contamos com legislação desde o ano de 2001 que prevê o redirecionamento comunitário da assistência à saúde mental, em contraposição, ainda não há nenhum dispositivo legal indicando a extinção dos hospitais psiquiátricos em consonância ao posto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e, além disso, em dezembro de 2018, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria de Consolidação n° 3, a qual inclui o hospital psiquiátrico à Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2017).

A assistência à saúde mental no Brasil atualmente é composta concomitantemente, portanto, por serviços asilares e comunitário. Entretanto, também por ser membro da OMS, o Brasil compromete-se a necessariamente realizar a implementação e monitoramento da oferta dos serviços comunitários. E é nesta problemática que circunscrevemos este trabalho, que tem como objetivo realizar uma análise da oferta dos serviços de assistência à saúde mental sejam eles de ênfase comunitária, ou ainda asilar, da cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará-Brasil, município localizado no litoral norte do estado, com aproximadamente 313,8 km<sup>2</sup> de extensão e população estimada de 2.451.813 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, distribuída em 116 bairros, sendo considerada, neste último senso, a segunda maior cidade do nordeste e a quinta mais populosa do país (IBGE, 2010).

Para tanto foi realizado um estudo documental, a partir dos dados quantitativos da oferta dos serviços de assistência à saúde mental, gerados por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNESnet) e do aplicativo Tabnet e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), órgão governamental responsável pelo gerenciamento das informações produzidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com abrangência máxima do período de 2007 a 2016. Cruzamos os dados obtidos nesse resgate de evolução quantitativa com a legislação vigente

no Brasil a fim de produzirmos uma análise crítica do processo de desinstitucionalização que o país, jurídica e politicamente aponta aderir. A análise com esse prisma permite identificar a coexistência ou progressiva perpetuação da perspectiva manicomial da internação psiquiátrica, mesmo frente a implementação da rede de atenção psicossocial, na realidade específica de Fortaleza – Ceará.

## Metodologia

Os dados sobre os serviços de assistência à saúde mental, como o qual trabalhamos nesta pesquisa, tratam-se de dados secundários obtidos no sítio virtual do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), o qual gerencia as informações produzidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram utilizados especificamente os dados disponibilizados pelo Datasus, através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNESnet) e do aplicativo Tabnet, sendo que este sistema disponibiliza as informações no formato de tabela, enquanto o CNESnet em formato de ficha de cadastro. As informações com origem no CNESnet tornaram necessária a consulta do cadastro de cada estabelecimento, muitas vezes, mês à mês, ou do mês fixo de setembro ao decorrer dos anos, para posteriormente realizar-se a compilação dessas informações em tabelas, com intervalo de ano. Os dois sistemas permitem o acesso a um conjunto variado de informações, sendo que o CNESnet detém informações a partir do ano de 2007, enquanto o Tabnet os tem em períodos anteriores.

É importante destacar, contudo, que as parametrizações das pesquisas realizadas no Tabnet, que atendiam a necessidade desse trabalho, resultaram apenas em informações datadas a partir do ano de 2008. Outro fator importante sobre a parametrização da pesquisa realizada no Tabnet é que, os dados referentes a 2016, neste sistema, não estavam totalmente consolidados e não foi viável realizar busca parametrizada pelo mês de setembro,

conforme ocorreu na consulta ao CNESnet, o que resultou na não utilização dos dados do ano de 2016, no momento da análise.

Foi utilizada, ainda, nesse trabalho outra base de dados secundários, o portal da transparência do Ministério da Saúde (MS), para conhecimento dos valores transferidos do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, para financiamento a RAPS. Os valores obtidos são apenas de âmbito federal, não abrangendo eventuais recursos orçamentários da municipalidade. A coleta dos dados ocorreu ao decorrer do mês de outubro do ano de 2016, buscando-se abranger a totalidade das informações disponibilizada pelos referidos sistemas, conforme a parametrização necessária a essa pesquisa.

Por utilizarmos nesse trabalho dados de fontes secundárias, o Datasus e o Portal do Transparência do MS, e não tendo realizado entrevistas ou aplicado questionários com pessoas (gestores ou técnicos de áreas envolvendo as temáticas pesquisadas e manejada por essas fontes de dados), não se fez necessário a obtenção de parecer de Comitê de Ética. Pois, conforme a Resolução n° 446/12 do Conselho Nacional e Saúde (CNS), que dispõe sobre os direitos e deveres daqueles que participam de pesquisa, da comunidade científica e do Estado, é somente obrigatório o envio de pesquisas a comitê de ética, quando esta for realizada diretamente com pessoas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Os compilados das informações obtidas estarão divididas em 3 tópicos. Dois deles apresentam a configuração quantitativa e normativo-legal dos distintos modelos de assistência à saúde mental no Brasil, a partir dos tópicos que se denominarão “Serviços de assistência à saúde mental de ênfase comunitária” e “Serviços de assistência à saúde mental de ênfase hospitalar”, que estão dispostos logo a seguir. Posteriormente, a partir da perspectiva crítica de análise dos processos progressivos e regressivos das políticas em saúde mental (LIMA,

2018), analisaremos a assistência à saúde em um último tópico que versará sobre as “Novas roupagens do internamento? O hospital-dia e a retomada das lógicas asilares”, de modo que com a pergunta de caráter crítica e reflexiva, tematizasse que movimento tem sido dado à reforma da assistência à saúde mental no Brasil, a partir da realidade de uma capital nordestina.

### **Serviços de Assistência à Saúde Mental de Ênfase Comunitária**

Iniciada a implantação em 1998, com a instalação de um CAPS tipo II, denominado na cidade de “CAPS Geral”, Fortaleza dispunha de um total de 14 CAPS em suas diversas tipificações no ano de 2016, as quais tiveram variação ao decorrer dos anos no número de profissionais em cada equipe. Conforme é possível observar, em relação a quantidade total de CAPS da cidade de Fortaleza, o município dispõe do número de CAPS previsto pela legislação vigente da atual reforma psiquiátrica, ou seja, a capital dispõe de 14 serviços, em suas variações, nos quais cada um poderia cobrir um público de 200 mil habitantes, conforme a legislação vigente, ao que totalizaria 2,8 milhões de habitantes cobertos pela assistência à saúde mental. Esse número é superior ao de habitantes, atualmente, no município (IBGE, 2010).

Dever-se-ia tomar tal informação como avanço no campo do cuidado em saúde mental, visto que cumpre o parâmetro usualmente estabelecido e vai mesmo além do que a própria legislação prevê. Entretanto, mesmo ao alcançar os parâmetros estabelecidos para criação dos CAPS, extrapolando para além da análise descritiva, que “bloqueia a apreensão dos fatos e se torna um elemento ideológico que sustenta os fatos” (MARCUSE, 2015, p. 107), é importante ressaltarmos que ao serem analisadas as diversas portarias, que normatizam a implementação dos CAPS, não se verificou nenhuma parametrização de obrigatoriedade de instalação desses equipamentos.

As portarias tratam de indicativo de municípios a serem atendidos por cada tipo de CAPS, conforme o número de habitantes, e de incentivos fiscais. Mas não são estabelecidas metas de números de serviços que devem ser criados em determinado período de tempo. A política de estado de criação dos serviços tipo CAPS estrutura-se, assim, conforme o interesse do gestor municipal. A decisão sobre a implantação do serviço se dará, assim, pela conveniência da gestão municipal.

Outro ponto de destaque na legislação é que o referencial para sua instalação é a população do município, no qual será instalado o equipamento, sem a vinculação com dados e parâmetros de sua capacidade de público a ser atendido nesses mesmos serviços. A legislação prevê que um CAPS III, o de maior capacidade de funcionamento, pode atender uma cidade acima de 200 mil habitantes. Considerando apenas o que está expressamente regulamentado, o funcionamento de um único CAPS III poderia atender uma cidade que detenha uma população com mais de 2 milhões e meio de habitantes, como é o caso de Fortaleza, no ano de 2002, quando se normatiza o funcionamento desses estabelecimentos. A questão que se coloca é como uma equipe com 16 profissionais, que seria a básica conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) que regulamenta o CAPS, seria capaz de prestar serviços de assistência à saúde mental com ênfase comunitária a uma população de 2 milhões e 650 mil pessoas, aproximadamente. Mesmo ao considerarmos o referencial 200 mil habitantes como a capacidade de atendimento do CAPS III, como é utilizado por gestores municipais, trata-se ainda de um grande público a ser atendido, quando compararmos esse serviço aos Centros de Saúde Mental de Trieste, na Itália, que cobrem uma área de clientela de 40 mil habitantes (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990) e apresentam funcionamento similar ao CAPS III, servindo de referência à atual reforma psiquiátrica brasileira.

No ano de 2011, mesmo Fortaleza dispendo apenas dos CAPS, em suas três modalidades (II, AD e infantil), como serviço substitutivo ao manicômio, um conjunto diverso de serviços de atenção à saúde mental, abrangendo os distintos níveis de atenção do SUS já estão regulamentados e funcionando em outras cidades. Esses serviços passaram a atuar de forma associada, quando nesse ano, o Ministério da Saúde emite a Portaria nº 3.088. Tal normativa passa a instituir a Rede de Atenção Psicossocial “ com criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.” (BRASIL, 2011b).

Do conjunto de serviços a partir daí reconhecidos como pertencentes a atenção psicossocial, nos dedicaremos ainda à análise dos serviços de Consultório na Rua e os Serviços residências terapêuticas (SRT's), que em algum momento foram ofertados na cidade. O Consultório na Rua, instituído pela Portaria n. 122, de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), foi um desses serviços que compuseram a RAPS da cidade. Esse serviço apresenta três modalidades, diferenciando-se pelo número de profissionais vinculados a cada equipe e valor de custeio recebido para sua manutenção, a partir dos seguintes parâmetros; Modalidade I: quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois de nível médio, com custeio de nove mil e quinhentos reais; Modalidade II: seis profissionais, sendo três de nível médio e três de nível superior, com custeio de treze mil reais; Modalidade III: acréscimo de um médico à modalidade II, com custeio de dezoito mil reais. No período de 2012 e 2013, a cidade contou com duas equipes, sendo uma em Modalidade I e a outra Modalidade II, conforme pesquisa ao Tabnet.

O Consultório na Rua é um dos serviços de rompimento com o modelo asilar por extrapolar o *setting*-clínico hegemonicamente estabelecido, fortalecendo a ação de reabilitação psicossocial,

com foco na atividade a partir das realidades comunitárias. Extrapola, assim, os muros das instituições de saúde e entra em contato com a complexa realidade do mundo externo institucional, não higienizado pelos consultórios. Trata-se do ápice da perspectiva da atenção dita territorializada. Além disso, o Consultório na Rua avança ao não se constituir como serviço especializado à saúde mental, estando vinculado à atenção básica, âmbito que a integralidade do sujeito é mais cara, inviabilizando, assim, processos de institucionalização dos sujeitos atendidos.

Todavia, o Consultório na Rua na Cidade de Fortaleza esteve em atividade por tempo restrito, sendo instituído e encerrado, respectivamente, nos anos de 2012 e 2013, conforme dados do Datasus. A perenidade desse serviço em Fortaleza denuncia o fato de a legislação dos serviços substitutivos não versarem sobre a continuidade dos serviços, assim como não garantirem de modo perene o financiamento desse tipo de estratégia psicossocial que produz interface da atenção à saúde mental com a atenção primária à saúde. Ainda quanto aos serviços de características comunitárias e reabilitadoras, do ponto de vista psicossocial, tem-se um dos últimos serviços típicos da reforma psiquiátrica, quanto à redução de pacientes internados nos hospitais, os SRT's adotados pelo município oficialmente no ano de 2016, conforme informação no Datasus, instalando duas unidades em distintas regiões da cidade.

Apesar de ser um dos últimos a serem implantados formalmente na assistência municipal, trata-se de serviço estratégico no que diz respeito ao processo de desinstitucionalização da loucura no campo das políticas públicas. Tal serviço é tão estratégico que fora regulamentado antes mesmo da Lei n.10.216, em 2001, quando data de 2000 a publicação da Portaria n. 106 do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2000). No entanto, esta portaria, assim como as Portarias n. 857, de 2012 e n. 3.090, de 2011 – que dispõem sobre regulamentações

diversas e financiamento no âmbito das SRT's – não estabelecem parâmetros para a instituição do serviço (BRASIL, 2011c, 2012d). Somente na portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que se indica a responsabilidade do gestor municipal/estadual a administração da oferta do serviço (BRASIL, 2000). A falha de parametrização da constituição dos diversos serviços substitutivos à atenção asilar resulta em hiatos de implantação do serviço em relação a instituição do marco legal, como visível nos SRT's da capital cearense. O retardo de 16 anos, desde a regulamentação desse serviço, até sua implantação na cidade, materializa, como exemplo emblemático, a fragilidade da legislação, que rege a implantação dos serviços substitutivos.

## Serviços de Assistência à Saúde Mental de Ênfase Hospitalar

Passando ao âmbito da atenção Hospitalar, também constitutivos da RAPS, daremos destaque a análise da presença dos serviços de enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, importante marca da substituição ao modelo asilar. Esses serviços, em Fortaleza, ocorrem anteriormente a 2012, ano de publicação da Portaria n. 148, do Ministério da Saúde, que regulamenta o serviço. Essa portaria é a primeira a estabelecer critérios para criação do serviço, conforme o Art. 9º, o qual estabelece deve existir um leito de saúde mental para cada 23 mil habitantes, não devendo exceder o percentual de 15% do número total de leitos do Hospital Geral e alcançando o máximo de 30 (trinta) leitos (BRASIL, 2012d). A evolução desse serviço consta na tabela a seguir:

**Tabela 1** - Número de Leitos Psiquiátricos em cada um dos Hospitais Gerais cadastrados no SUS municipal, em série histórica entre 2007 e 2016.

Instituição	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casa de Saúde N. S. das Graças	11	11	11	11	11	12	12	-	-	-
Hospital José M. de Alencar	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2
Hospital Geral Dr. Cesar Cals	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-
Hospital Infantil Albert Sabin	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Cura Dars	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital da Mulher	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Hospital da Polícia Militar do Ceara	2	2	2	2	2	2	-	-	-	-
HU Walter Cantídio	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4
Instituto Dr. Vandick Ponte	-	-	-	-	-	35	35	-	-	-
Santa Casa de Mis. de Fortaleza	-	-	-	12	12	12	12	12	12	12
Hospital Infantil Luís Franca	-	-	-	-	-	-	-	25	25	25
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>70</b>	<b>68</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>45</b>

**Fonte:** Adaptado pelos autores a partir do relatório oriundo do CNESnet.

Retomando a questão de implementação dos serviços substitutivos vinculada aos números populacionais, a criação de leitos de atenção à saúde mental em hospitais gerais apresenta parametrização clara, quanto ao número populacional do município. Conforme os ditames da legislação que rege o Serviço Hospitalar de Referência, Fortaleza deveria

dispor de 108 leitos em Hospitais Gerais destinados à atenção da saúde mental, revelando assim carência de 58% da quantidade de leitos, deixando aproximadamente 1,5 milhões de habitantes desassistidos desse serviço.

Ainda no campo hospitalar, a partir de setembro de 2013, Fortaleza passou a dispor de mais um

novo serviço de atenção à saúde mental, com foco na internação de cunho psicossocial especialmente para retaguarda aos serviços AD: as Unidades de Acolhimento. Esse serviço foi regulamentado no ano de 2012, pela Portaria n. 121 do Ministério da Saúde, e trata-se de um dispositivo protetivo às pessoas em situação de vulnerabilidade social, que fazem usos de álcool e outras drogas, com funcionamento contínuo de 24 horas e sete dias da semana, contando com uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012a). O serviço apresenta duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto, com atendimento à maiores de dezoito anos, dispondo de 10 à 15 vagas, com incentivo federal de 70 mil reais para implantação e para custeio mensal 30 mil reais; Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, atendendo criança e adolescente de 10 à 18 anos, dispondo de 10 vagas, com incentivo federal de 70 mil reais para implantação e para custeio mensal 25 mil reais (BRASIL, 2012a). Fortaleza conta com duas unidades na modalidade adulto, cada qual com o limite possível de 15 vagas, conforme dados do Datasus.

A limitação do horário de funcionamento que ocorre nos CAPS, por funcionarem apenas nos turnos manhãs e tardes, é superada pelas Unidades de Acolhimento, serviço também criado como substitutivo ao hospital psiquiátrico. Entretanto, esse serviço mesmo com avanço do acolhimento diurno a essa população que ainda não tinha um serviço específico para a demanda AD, acaba por apresentar características polêmicas, que o alinham à resquícios da perspectiva asilar. Tais críticas se baseiam em dois pontos da Portaria n. 121 do Ministério da Saúde, apresentada anteriormente. O primeiro referente ao tempo de internamento possível nesses serviços: o internamento do usuário (nomenclatura utilizada na portaria) nesse serviço pode perdurar até seis meses (BRASIL, 2012a). Nessa direção, as informações do Datasus assinalam que a média de dias de internamento, no ano de 2016, em hospitais psiquiátricos de Fortaleza foi de 27,2 dias, o que alinha esses serviços à perspectiva asilar,

visto que, o tempo máximo de internamento possível nelas extrapola em mais de três vezes o tempo usual de internamento nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza. O outro ponto que destoa à perspectiva da reforma psiquiátrica, trata-se da oferta desses serviços, por instituições privadas, modelo típico da oferta de serviços asilares na cidade de Fortaleza.

O que indicamos é que o crescimento da rede substitutiva em Fortaleza não foi um processo resultante apenas da forte reivindicação do fechamento dos hospitais psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos (ele foi o último município a aderir plenamente à reforma psiquiátrica no Ceará), mas resultado também de interesses político-econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013) que mantiveram os modelos assistenciais (asilar e psicossocial) em coexistência e, por vezes, em conflitos conforme apontam alguns pesquisadores (QUINDERÉ *et al.*, 2010).

Nessa direção de compreensão crítica, a relação dos avanços com os interesses político-econômicos, a despeito de qualquer reivindicação de movimentos sociais (como tem sido feito pelo Fórum de Luta Antimanicomial, no Ceará), fica ainda mais explícita com a mudança da gestão municipal, como ocorreu em 2013. Ano em que se aprofundou o desinvestimento nas ações de Saúde Mental, a partir da crescente privatização dos serviços, por meio de contratação de equipes terceirizadas para os serviços substitutivos existentes. Mas o que dizer dos hospitais psiquiátricos? Teriam eles diminuído ao longo dos anos na cidade, tal como se espera que ocorra com a implementação da reforma psiquiátrica? Para responder a essa questão é preciso entender a dinâmica da abertura e fechamento desses serviços e sua relação com o mercado. Assim, as últimas análises desse segundo tópico evidenciam não mais os leitos dos hospitais em constituição a RAPS, mas o próprio movimento de fechamento dos hospitais de tipo psiquiátrico como movimento relevante no entendimento sobre a



o modo como se cara a atenção asilar e psicossocial em um município.

Em 1969, ano de inauguração do último hospital psiquiátrico construído em Fortaleza, a cidade contava, então, com oito instituições dessa modalidade. Se desde 1992 – ano das primeiras movimentações no Estado do Ceará no campo da reforma a assistência a saúde mental em uma direção psicossocial comunitária – todos os hospitais psiquiátricos estavam em pleno funcionamento em concorrência as primeiras

iniciativas antimanicomais (RIGOTTO, 2007) é só no período entre 2001 e 2007, que ocorre o primeiro fechamento de um asilo na cidade, passados seis anos desde a promulgação da Lei n. 10.216, de 2001, continuando os outros sete em atividade. A oferta de serviços dessas instituições, considerando os leitos categorizados, como Tipo Hospital Psiquiátrico, no período de nossa análise que se inicia no ano de 2007 e se estende até 2016, pode ser verificada na tabela a seguir:

**Tabela 2** – Descrição das instituições e Quantidade de leitos tipo Hospital-Psiquiátrico em série histórica entre 2007 e 2016 na cidade de Fortaleza-CE

<b>Estabelecimento</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Casa de Saúde São Gerardo	154	154	154	154	154	154	154	-	-	-
Clinica Dr. Suliano	120	120	120	120	100	100	100	-	-	-
Hospital de Saúde Mental de Messejana	160	160	160	180	180	180	180	180	180	180
Hospital Mira y Lopez	*	*	*	*	*	202	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico São Vicente se Paulo	135	135	135	135	101	130	130	130	130	130
Inst. Espírita Nosso Lar	150	150	150	181	230	240	240	240	240	240
Inst. de Psiquiatria do Ceará	80	80	80	90	72	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>799</b>	<b>799</b>	<b>799</b>	<b>860</b>	<b>837</b>	<b>1006</b>	<b>804</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>550</b>

\* Os dados referentes ao número de leitos do Hospital Mira y Lopez não estão disponíveis no sistema CNESnet, no período de 2007 a 2011.

**Fonte:** Adaptado pelos autores a partir do relatório oriundo do CNESnet.

Verifica-se, de forma imediata, que no período em análise ocorre redução na disponibilidade dos leitos, decorrente do encerramento das atividades de quatro instituições, nos seguintes anos: Instituto de Psiquiatria do Ceará, em 2012, Hospital Mira y López, em 2013, Casa de Saúde São Gerardo e a Clínica Dr. Suliano, em 2014. O que se alinha à perspectiva de redirecionamento da assistência mental para a comunidade, ao considerarmos que conjuntamente a redução da oferta asilar ocorra aumento dos serviços comunitários, que são prioritários, conforme a Lei n. 10.216/2001, ao indicar os direitos das pessoas atendidas pela assistência à saúde mental, em seu Art. 2º, afirma,

“IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001a). Um dos aspectos comuns ao encerramento de atividades dessas instituições trata-se da eliminação abrupta dos leitos. O número de leitos em Fortaleza é reduzido mais que 20% no ano de 2013, quando comparado ao ano anterior, enquanto que esse processo de ruptura torna-se mais impactante, na passagem de 2013 para 2014, quando o número de leitos ofertados vai do quantitativo de 804 para 550, chegando a uma redução maior que 30%. Em dois anos, ocorre a redução de 50% na oferta de leitos tipo Hospital-Psiquiátrico.

Ao considerarmos os dados dos três hospitais psiquiátricos que permaneceram em funcionamento, prevaleceu, entretanto, o aumento no número de leitos, no período apresentado, com duas instituições aumentando sua oferta e o único que apresentou redução, diminuiu, somente, cinco leitos. Em análise mais minuciosa, percebe-se, ainda, que o Hospital Mental de Messejana aumentou uma única vez o número de seus leitos, no ano de 2010, com a inclusão de mais vinte leitos, correspondendo a um incremento de 12% da capacidade do hospital. Já no Instituto Espírita Nosso Lar ocorre incremento gradativo de 90 leitos, criados ao decorrer dos anos, da seguinte forma: em 2010, criam-se trinta e um leitos; em 2011, quarenta e nove; e em 2012 mais dez leitos. Ao final do período analisado essa instituição aumentou em 60% a sua capacidade.

A partir dessas informações, a dinâmica de oferta de leitos em hospitais psiquiátricos de Fortaleza, no período em questão, pode ser caracterizada como paradoxal, visto que ocorre um movimento de redução no número geral de leitos, resultante do encerramento não-gradativo e definitivo das atividades de quase metade dos hospitais psiquiátricos existentes, entretanto aqueles que continuam operando apresentam aumento em sua capacidade operacional. Limitando-nos ao fator de redução do número de leitos, poderíamos entender que se trata de um avanço da reforma psiquiátrica de modelo psicossocial e comunitário, na capital cearense.

Por outro lado, a redução não-sistemática de leitos nos hospitais psiquiátricos verificada distancia-se da proposta de reforma psiquiátrica estabelecida no Brasil, seja em parte por não ocorrer uma diminuição gradual de leitos, no intuito de não deixar a população desassistida; ou por não verificar, em mesma proporção, o incremento da oferta nas

instituições que permaneceram em funcionamento no campo psicossocial.

A maior instituição fechada no período em análise foi o Hospital Mira y López, em 2012, que contava, então, com 202 leitos, o que representou uma redução de mais 20% no número total de leitos ofertados na cidade. A informação pertinente ao fechamento desta instituição foi localizada junto ao portal eletrônico “*GI CE*”, vinculado ao grupo Globo de comunicação, em reportagem de vinte de março de 2013, indica que a instituição supracitada foi vendida pelo montante de sete milhões de reais no ano de 2012, em negociação com o setor imobiliário (HOSPITAL..., 2013). É justo o ano de 2012 que para o mercado imobiliário ocorre uma das maiores rentabilidades na bolsa de valores nacional, como indica portal eletrônico de notícias especializadas do setor (VAREJO..., 2013). A valorização imobiliária do Brasil alcançou 121% de aumento, entre os anos de 2008 e de 2011 (O AUGER..., 2016), e atingiu, em Fortaleza, valorização de até 200% em algumas áreas da cidade (BANDEIRA, 2012; BOOM..., 2018).

O levantamento desses dados econômicos faz-se aqui importante, por expressarem o quão lucrativo, neste momento histórico da pesquisa, se tratava o ramo imobiliário. Além disso, há apontamentos para verificarmos a relação direta entre a valorização imobiliária e a venda do Hospital Mira y López para o mercado imobiliário – e, portanto, não como uma ação de desinstitucionalização da atenção em saúde mental produzida pela política de Estado. Outro fator que corrobora a esta análise é que, ao realizarmos o comparativo do valor de venda com os últimos anos de faturamento da instituição, verifica-se que a venda correspondeu a 55 % de todo valor recebido do SUS nos últimos seis anos de funcionamento da instituição, conforme verifica-se na tabela a seguir.

**Tabela 3** - Faturamento dos Hospitais Psiquiátricos, em série histórica, entre 2008 a 2014, na cidade de Fortaleza-CE, com valores em reais e múltiplos de mil.

ESTABELECIMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Casa De Saúde São Gerardo	944	889	568	566	572	528	584
Clínica Dr Suliano	1.566	1.732	1.857	225	-	-	-
Hospital De Saúde Mental De Messejana	1.602	2.025	1.855	3.115	3.945	3.838	3.685
Hospital Mira Y Lopez	2.272	2.576	2.953	2.946	2.072	10	-
Hospital Psiquiátrico São Vicente De Paulo	1.889	2.008	2.158	2.326	2.330	2.378	2.337
Inst. Espírita Nosso Lar	2.359	2.674	2.871	2.881	2.876	2.883	2.895
Inst. De Psiquiatria Do Ceara	1.511	1.624	1.684	516	247	-	-
<b>Total</b>	12.144	13.528	13.947	12.575	12.043	9.638	9.501

**Fonte:** Adaptado pelos autores de relatório oriundo do Tabnet.

Quanto às informações sobre o encerramento das atividades das outras duas instituições verificou-se que, o fechamento do Instituto de Psiquiatria do Ceará em 2012 é justificado, também, por questões financeiras, conforme matéria do portal eletrônico O Povo de 18 de outubro de 2012, que noticia o fechamento do hospital devido ao seu endividamento, (IPC..., 2012), esclarecendo que o hospital não era uma empresa lucrativa. Já o fim da oferta de leitos pela Clínica Dr. Sulino apresenta indícios de justificar-se também por questões econômicas, quando ao ser consultado o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)<sup>5</sup> encontramos a informação de que a empresa continua em atividade, entretanto em outro ramo econômico, tornando possível o entendimento que a mudança de atividade fim da instituição deveu-se a mudança da área de intervenção do ponto de vista econômico.

As informações sobre o fechamento dessas três instituições que ofertavam serviços asilares, o Mira y López por venda, o Instituto de Psiquiatria do Ceará, por endividamento, e a Clínica Dr. Sulino, por alteração do ramo de atividade econômica, portanto com a influência do setor econômico e financeiro da sociedade e menos pelas mudanças das políticas públicas ou alteração do tipo de atenção prestada, sugere-se a hipótese do fim dos leitos por via da

concorrência econômica e não pela adesão aos processos de reforma psiquiátrica. Ou seja, trata-se de questões econômicas e não adesão aos preceitos da Lei 10.2016/2001.

### **Novas Roupagens do Internamento? O Hospital-dia e a Retomada das Lógicas Asilares**

O único caso de hospital psiquiátrico fechado que, inicialmente, parece fugir a essa lógica, é o caso da instituição “Casa de Saúde São Gerardo”. O encerramento das atividades dessa instituição psiquiátrica mostrou-se questionadora, pois verifica-se que essa instituição apresentava recebimento de verbas do SUS, ainda no ano de 2015, mesmo que desde o ano de 2014 não ofertasse mais leitos, conforme Tabela 2. A partir dessa problemática, verificou-se que essa instituição mesmo encerrando a oferta de leitos tipo Hospital-Psiquiátrico, continuou prestando serviço ao SUS, ao disponibilizar leitos tipo Hospital-Dia. Teríamos encontrado uma superação da lógica manicomial? Antes de qualquer resposta apressada vale lembrar que o serviço de Hospital-Dia foi normatizado ainda em 2001, através da Portaria n. 44, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001b). Trata-se de um serviço constituído para atender a públicos específicos,

<sup>5</sup> Trata-se do banco de informações governamental e de acesso público, que disponibiliza informações sobre todas as empresas registradas no país. O acesso ocorre através do sitio virtual da Receita Federal, utilizando-se o endereço:

estando dentre eles os atendidos na atenção à saúde mental. Um fator que chama atenção nessa normativa é que esses serviços devem ser estabelecidos em área específica, independentes da estrutura

hospitalar (BRASIL, 2001b), entretanto como se pode verificar na Tabela 4, a seguir, esses serviços são disponibilizados preponderantemente pelos mesmos hospitais psiquiátricos acima apresentados.

**Tabela 4** - Quantidade de leitos tipo Hospital-Dia, por instituição, em série histórica de 2007 à 2016.

Estabelecimento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casa de Saúde São Gerardo	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Centro de Des. Psicossocial Ltda	-	-	-	60	60	60	60	60	60	60
Hospital Da Mulher	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Hospital de Saúde Mental De Messejana	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Inst. de Psiquiatria do Ceara	30	30	30	30	30	40	40	-	-	-
<b>TOTAL</b>	150	150	150	210	210	221	220	180	180	180

**Fonte:** Adaptado pelos autores a partir do relatório oriundo do CNESnet.

A partir dos dados levantados desses serviços, verificou-se que instituições que atualmente disponibilizam os Leitos Hospital-Dia, tratam-se de hospitais psiquiátricos remanescentes, fundados nos idos de 1969. Verifica-se, ainda a partir da tabela, o aumento no número desses leitos, o que torna-se fator crítico para nossa análise. Posto que, se tomarmos o número de 180 leitos tipo Hospital-Dia, disponibilizados nesses serviços atualmente, e somarmos com os atuais 550 leitos tipo Hospitais-psiquiátricos existentes, disponibilizados pelas mesmas instituições, chega-se ao montante de 730 leitos em instituições asilares. Esse total é próximo aos 799 leitos, do tipo Hospital-psiquiátrico, existentes no ano de 2007, início do período em análise, conforme podemos observar na Tabela 1.

Assim, a análise inicial que apontava para a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, como possível avanço da reforma psiquiátrica, parece que se vai ganhando desenho regressivo e não mais progressivo (LIMA, 2018). A redução de fato existiu,

mas não gradativa como propõe a reforma. Ocorre o aumento de leitos nos hospitais que permanecem em funcionamento. Os fechamentos de hospitais psiquiátricos, como demonstrado, justificaram-se por ser mais lucrativo. E agora, percebemos que as mesmas instituições ao disponibilizarem o tipo de serviço de Hospital-Dia, somado aos seus leitos tipo Hospital-Psiquiátrico, resultam em uma quantidade muito próxima aos números leitos de 2007.

Corroborando com a nossa argumentação, acima descrita, a similaridade entre os serviços prestados, além do fato de os serviços serem disponibilizados pelas mesmas instituições, a informação de permanência da quantidade de internamento nos hospitais psiquiátricos que continuaram em funcionamento ao decorrer do período pesquisado, conforme dados da Tabela 5. As informações dessa tabela nos permitem verificar que o número de internamento sofreu redução, conforme ocorreu com o número de leitos, no período analisado, de forma geral.

**Tabela 5** - Quantidade de Internamentos em Hospitais Psiquiátricos por instituição, em série histórica entre 2007 e 2016.

<b>ESTABELECIMENTO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Casa de Saúde São Gerardo	1070	884	705	692	712	647	715	626	429
Clinica Dr Suliano	996	656	638	54	-	-	-	-	-
Hospital de Saúde Mental de Messejana	2635	2656	2285	2857	3220	3040	2870	2920	1855
Hospital Mira y Lopez	1007	873	884	856	590	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	1349	1143	1113	999	1172	1044	1228	1184	888
Inst. Espírita Nosso Lar	1216	1135	1298	1174	1413	1306	1104	1198	871
Inst. de Psiquiatria do Ceara	1168	1017	992	473	320	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>9441</b>	<b>8364</b>	<b>7915</b>	<b>7105</b>	<b>7427</b>	<b>6037</b>	<b>5917</b>	<b>5928</b>	<b>4043</b>

**Fonte:** Adaptado pelos autores de relatório oriundo do Tabnet.

É possível verificar a redução no número de internamentos no Hospital São Vicente de Paulo, com a diminuição de 165 internamentos, e na Instituição Espírita Nosso Lar, que reduz apenas em 18 o número de internamentos, ambos ao considerarmos o período de 2008 a 2015. Entretanto, no mesmo período, o Hospital de Saúde Mental de Messejana apresenta um aumento de 285 internamentos. E ao analisarmos especificamente a Casa de Saúde São Gerardo, que motivou a pesquisa pelo o número de internamento, prioritariamente, teremos o nosso argumento reafirmado. Do ano de 2008 a 2013, último ano que a Casa de Saúde São Gerardo oferta leitos tipo Hospital-Psiquiátrico, há uma redução de 358 internamentos. O fechamento dos 154 leitos, não resulta em uma redução significativa do número de internamentos dessa instituição, pois há apenas a redução de 21 internamentos quando analisado o período do último ano de funcionamento com leitos Hospital-Psiquiátrico, 2013, até 2015, último ano com informações consolidadas.

Os hospitais psiquiátricos que se mantiveram funcionando até o ano de 2015, tiveram redução de, apenas, 342 internamentos, passando de 6270

internamentos no ano de 2008 para 5928 no ano de 2015, uma ínfima redução de 5% ao longo de oito anos. Além disso, mesmo com essa redução o faturamento total desses hospitais psiquiátricos em funcionamento aumentou em 31%, passando dos 6,7 milhões, em 2008, para 9,2 milhões, em 2015. Aumento que foi resultado da valorização da internação que em média custava R\$ 1.083,00 (um mil e oitenta e três reais), no ano de 2008, passando em 2015 ao valor médio de R\$ 1.557,00 (um mil e quinhentos e cinquenta e sete reais), o que significou um aumento de 44%<sup>6</sup>. Torna-se adequado levantarmos o percentual de redução de internamentos, apenas, dos manicômios em funcionamento, visto que conforme já verificado os fechamentos de hospitais psiquiátricos que existiram se deram preponderantemente por interesses financeiros. Desenha-se a seguinte lógica em nossa compreensão: quando for mais rentável fechar o manicômio para investir outros ramos, assim se faz, elimina-se os leitos e não se interna; quando não se encontrar outros ramos de investimento, perpetua-se o internamento, a partir de novas roupagens para não ir de encontro à reforma psiquiátrica.

<sup>6</sup> O percentual de aumento do faturamento e a valorização do internamento nos manicômios que continuam em funcionamento foram calculados a partir da diferença de valores recebidos pelos hospitais no período, informações da Tabela 3, relacionadas aos dados da Tabela 6 - Média de Dias de Internamento em Hospitais Psiquiátricos, para ter-se o custo médio de internamento.

O fato do leito tipo Hospital-Dia ser ofertado pelas mesmas instituições já existentes em Fortaleza e absolver a demanda oriunda do fechamento de leito em Hospital-Psiquiátrico, demonstra a remodelagem do internamento psiquiátrico, que estamos voltados a crer se efetivar em outros serviços de ênfase comunitária, previstos na

própria legislação da Reforma Psiquiátrica como substitutivos aos hospitais. Uma informação sobre o processo de internamento nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza, contribuirá para essa nossa afirmativa. Essa informação consiste na média de dias de internamento nas instituições asilares, que foi compilada na Tabela 6, a seguir.

**Tabela 6** - Média de Dias de Internamento em Hospitais Psiquiátricos por instituição, em série histórica ente 2008 e 2016.

ESTABELECIMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casa De Saúde São Gerardo	29,3	30,1	30,1	29,4	27,8	27,8	27,9	27,2	27,8
Clinica Dr Suliano	47	57,4	47,7	27,2	-	-	-	-	-
Hospital de Saúde Mental de Messejana	23,5	27,6	29,6	28,6	27,6	27,8	29	26,7	24,8
Hospital Mira Y Lopez	105,8	55,3	50,7	52,7	56,4	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico São Vicente De Paulo	34,8	48,5	34,5	41,9	41,9	45,9	42,6	33,7	28,6
Inst. Espírita Nosso Lar	61	50,4	39,8	43,5	52,5	41,2	47,9	47,4	30,4
Inst. de Psiquiatria do Ceará	35,6	38,4	38,9	28	26,9	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>42,7</b>	<b>40,7</b>	<b>37</b>	<b>35,9</b>	<b>36,9</b>	<b>33,8</b>	<b>35,2</b>	<b>32,3</b>	<b>27,2</b>

**Fonte:** Adaptado de relatório oriundo do Tabnet.

Os hospitais psiquiátricos que permanecem em funcionamento apresentaram diminuição na média de dias de internamento, sendo a maior média vigente a da na Instituição Espírita Nosso Lar que interna por 47,4 dias em média, conforme os dados consolidados de 2015. O fato é que, enquanto a média de tempo de internamento em hospitais psiquiátricos em Fortaleza fica próximo a um mês e meio, as Unidades de Acolhimento, serviço substitutivo de ênfase comunitária, estão regulamentadas a realizarem internamentos de até seis meses. Um serviço que se propõe ser substitutivo ao hospital psiquiátrico poderá internar uma pessoa em sofrimento psíquico intenso atendido por um tempo até quase três vezes maior que a maior média de dias de internamento em hospitais psiquiátricos de Fortaleza, em 2015.

Outro local de internamento que podemos denominar, agora sim, de forma direta, de novo manicômio, são as Comunidades Terapêuticas (CT),

visto que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) denuncia o retrocesso que representa na atenção à saúde mental e aos direitos humanos (CFP, 2011). Nessa expansão intensa, nos últimos anos, das vagas de internamento nas CT, o aumento do número dessas instituições é proporcional a violação de direitos ali impetradas, como indica o relatório da inspeção de 68 instituições em todo o Brasil que produziu o CFP, em que há “claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 189).

Mesmo que essas comunidades estejam previstas na legislação da reforma integrando a RAPS, nenhuma comunidade terapêutica atendia a parametrização do Ministério da Saúde, justificando o fato de não ter sido possível verificar o número de leitos existentes nesses novos manicômios pelo Datasus. Todavia, o número dessas instituições é significativo e elas tem se perpetuado e fortalecido,

encontrando outras modalidades de financiamento público, como recebimento de recursos municipais e estaduais e convênio com Tribunais de Justiça. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). O que torna coerente, termos encontradas as informações sobre a oferta desse serviço no sítio virtual da Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Ceará (CIJTJC), na sessão de Rede de Atendimento, no qual informava que no ano de 2016, Fortaleza contava com 13 instituições, algumas com vinculação institucional religiosa, que disponibilizavam conjuntamente 465 vagas masculinas, 25 femininas e 65 infantis. (COORDENADORIA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO CEARÁ, 2016). Esses dados tornam-se alarmantes por demonstrar que o número total de vagas nesses equipamentos já se iguala ao número de leitos tipo Hospital-Psiquiátrico existentes na cidade, então, e por ainda ser aceito oficialmente a vinculação de tendências religiosas na atenção à saúde mental.

Os dados deixam evidente que a assistência à saúde mental de ênfase asilar de Fortaleza continua persistente e ocorrendo de forma coexistente ao modelo substitutivo, se apresentado como um grande desafio à reforma psiquiátrica e redirecionamento da assistência à saúde mental como previsto pela Lei 10.216 e pelo Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020 da OMS.

### **Considerações Finais**

Na busca por alcançar o objetivo desta pesquisa de identificarmos a dinâmica da oferta dos serviços de assistência à saúde mental na cidade de Fortaleza, capital do estado nordestino do Ceará, ficou evidente, com os dados obtidos no trabalho, alguns avanços na implementação de serviços de ênfase comunitária da assistência à saúde mental. No período analisado ocorreu a redução de 249 leitos psiquiátricos tradicionais, com o fechamento de três hospitais psiquiátricos e a consequente redução de investimentos públicos nessas instituições, que

passou da quantia de 12,1 milhões de reais no ano de 2008 para 9,2 milhões, no ano de 2015. Por outro lado, é necessário que estes dados não sejam analisados descontextualizados corroborando para a perpetuação da negação dos limites da atual reforma psiquiátrica. É preponderante, nesse momento, que assumamos os limites da atual reforma psiquiátrica, e que o atual cenário da atenção à saúde mental é problemático e grave, para então, os sujeitos implicados - sejam militantes, profissionais, usuários, familiares, cientistas - enfrentem as situações colocadas na teia complexa da realidade.

O internamento psiquiátrico continua existindo em Fortaleza, no período analisado, em suas formas tradicionais e com novas roupagens, através da criação de novas formas de assistência à saúde mental, sem proporcional oposição à ênfase asilar. O internamento psiquiátrico de caráter asilar encontrou novas formas de se apresentar, seja na alteração de nomenclatura dos serviços disponibilizados, com alteração tímida dos procedimentos anteriormente adotados, como é o caso do serviço de leito Hospital-Dia, seja através de serviços legislados como substitutivos ao hospital psiquiátrico, mas que compartilham de suas práticas, como foram os casos apresentados das Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas.

Quanto aos serviços de assistência à saúde mental com ênfase comunitária é significativo o avanço da sua disponibilidade desde o ano de 2001, quando Fortaleza contava com apenas 3 CAPS e no ano de 2016, a cidade passou a contar com 14 CAPS, 2 Residências Terapêuticas, 2 Unidades de Acolhimento, 45 leitos em enfermarias de Hospitais Gerais e orçamento de R\$ 17 milhões de reais do Ministério da Saúde.

Entretanto, a produção legislativa que rege os serviços substitutivos apresenta lacunas ao não estabelecer parametrização obrigatória para a criação e permanência da maioria desses serviços. Exemplos resultantes dessa problemática foram apresentados nessa pesquisa, como Serviços de

Residência Terapêutica – que levaram dezesseis anos para serem formalizados legalmente no âmbito municipal – e o Consultório de Rua – que atuou apenas por um ano, na cidade.

A legislação do principal articulador da rede, o CAPS, mostra insuficiência ao parametrizar a criação do serviço pela população do município e não pela população atendida, o que torna possível uma cidade com mais de dois milhões e meio de habitantes seja atendida por apenas um único CAPS III. Esses números parecem indicar a perpetuação da lógica manicomial, posto que é nessa lógica que se naturaliza um pequeno número de profissionais como responsáveis por “administrar” um grande número de sujeitos, além de dar ênfase, inevitavelmente, à atuação do centrada no psiquiatra ou na prescrição medicamentosa, respectivamente, única categoria obrigatória a todas as modalidades de CAPS e saída terapêutica viável para um atendimento massivo em um serviço super-lotado. Fortaleza efetiva a legislação da reforma psiquiátrica, no que tange à quantidade de CAPS, todavia isso é insuficiente e ainda evidencia o quão frágil são os apontamentos operacionais e organizativos da RAPS em sua própria legislação.

Diante do exposto nessa pesquisa evidenciou-se que, o cenário da assistência à saúde mental na cidade de Fortaleza é representativo do posto pela OMS, no Atlas de Saúde Mental 2017 (OMS, 2017), pois a implementação e monitoramento de serviços de ênfase comunitária na cidade se demonstraram de forma escassa, marcando um retrocesso que denuncia que sob o discurso do país efetivar a Reforma Psiquiátrica com a Lei 10.216/2001, a qual supostamente alinharia-se à anseios de movimentos antimanicomiais, ocorre a perpetuação da assistência asilar.

## Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 7. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BANDEIRA, R. *Copa do mundo 2014: o que refletirá no mercado imobiliário? O Povo*, Fortaleza, 1 ago. 2012. Disponível em: <http://blog.opovo.com.br/imoveisenegocios/copa-do-mundo-2014-o-que-refletira-no-mercado-imobiliario/>. Acesso em: 17 out. 2018.

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

BOOM imobiliário. *Terra*, São Paulo. Disponível em: <http://www.terra.com.br/economia/infograficos/valorizacao-imobiliaria/index.htm> Acesso em: 16 ago. 2018.

BRASIL. *Alegações finais, de 09 de janeiro de 2006*. Documento enviado ao CIDH no caso N.12.237/065-Damião Ximenes Lopes. Brasília: Advocacia-Geral da União, 2006.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL. *Portaria de Consolidação GM nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. *Portaria GM nº 106, de 14 de fevereiro de 2000*. Cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do sistema único de saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL. *Portaria GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html). Acesso em: 2 mar. 2019.

BRASIL. *Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 5 mar. 2019.



- BRASIL. *Portaria GM nº 132, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2012/prt0132\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html). Acesso em: 5 mar. 2019.
- BRASIL. *Portaria GM nº 3.088, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 5 mar. 2019.
- BRASIL. *Portaria GM nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 5 mar. 2019.
- BRASIL. *Portaria GM nº 857, de 22 de agosto de 2012*. Habilita na Tabela de Incentivos Redes do SCNES dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os seguintes incentivos: Residência Terapêutica Tipo I e Residência Terapêutica Tipo II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/sas/2012/prt0857\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/sas/2012/prt0857_22_08_2012.html). Acesso em: 9 mar. 2019.
- BRASIL. *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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em: 5 mar. 2019.
- BRASIL. *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 22 jan. 2019.
- BRASIL. *Portaria GM nº 44, de 12 de janeiro de 2001*. Aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2001/prt0044\\_10\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html). Acesso em: 5 jan. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas - 2017*. Brasília: CFP, 2018.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos Diário da República Federativa do Brasil. Brasília: CNS, 2012. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Disponível em: 5 mar. 2019.
- COORDENADORIA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO CEARÁ – CIJTJC. *Comunidades terapêuticas*. Brasília: CIJTJC, 2016. Disponível em: [http://portais.tjce.jus.br/cijce/wp-content/uploads/2014/08/comunidades\\_terapeuticas\\_capital\\_e\\_interior.pdf](http://portais.tjce.jus.br/cijce/wp-content/uploads/2014/08/comunidades_terapeuticas_capital_e_interior.pdf) Acesso em: 26 nov. 2018.
- DELGADO, P. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.
- HOSPITAL psiquiátrico Mira Y López, em Fortaleza, é demolido. *G1*, Ceará, 20 mar. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2013/03/hospital-psiquiatrico-mira-y-lopez-em-fortaleza-e-demolido.html>. Acesso em: 16 ago. 2018.
- IBGE. *Censo demográfico*. 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 5 mar. 2019.
- IPC suspende serviços. *O Povo*, Fortaleza, 18 out. 2012. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/10/18/noticiasjornalfortaleza,2938725/ipc-suspende-servicos.shtml> Acesso em: 16 ago. 2018.
- LIMA, A. F. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização: histórias, intervenções e desafios éticos e políticos*. Curitiba: Appris, 2018.
- LIMA, A. F. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: FAPESP, EDUC, 2010.

- MARCUSE, H. *O homem unidimensional: estudos da ideologia da sociedade industrial avançada*. São Paulo: EDIPRO, 2015.
- OAUGE e a queda do mercado imobiliário em uma década. *GI*, Ceará, 1 abr. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/especial-publicitario/zap/imoveis/noticia/2016/04/o-auge-e-queda-do-mercado-imobiliario-em-uma-decada.html>. Acesso em: 16 ago. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA - WONCA (org.). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2013. p. 99-108.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
- PONTES, M. V. A. *Damião Ximenes Lopes: a “condenação da saúde mental” brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e a sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica*. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- QUINDERÉ, P.H.D.; SALES, F.D.A.; ALBUQUERQUE, R. A.; JORGE, M. S. B. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza, CE. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 137-147, jan./mar. 2010.
- RIGOTTO, R. M. (Coord.). *Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos centros de atenção psicossocial do Ceará: relatório final*. Fortaleza: CETREDE, 2007.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- VAREJO e fundos imobiliários lideraram rentabilidade em 2012. *Terra*, São Paulo, 14 jan. 2013. Disponível em: <http://economia.terra.com.br/varejo-e-fundos-imobiliarios-lideraram-rentabilidade-em-2012,a608173c2ee7d310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em: 16 ago. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Mental health atlas 2017*. Geneva: WHO-UNODC, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Geneva: WHO-UNODC, 2013.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Recebido em: 11 fev. 2019

Aceito em: 12 mar. 2019