



## **DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

**CENSO PSICOSSOCIAL DOS  
MORADORES EM HOSPITAIS  
PSIQUIÁTRICOS DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**





## **GOVERNADOR DO ESTADO**

José Serra

## **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Luiz Roberto Barradas Barata

## **SECRETÁRIO ADJUNTO**

Renilson Rehem de Souza

### **CHEFE DE GABINETE**

Nilson Ferraz Paschoa

### **COORDENADORES**

Silvany Lemes Cruvinel Portas

(Coordenadoria de Planejamento de Saúde, CPS)

LUIZ MARIA RAMOS FILHO

(Coordenadoria de Regiões de Saúde, CRS)

CLÉLIA MARIA S. de SOUZA ARANDA

(Coordenadoria de Controle de Doenças, CCD)

MARIA IRACEMA GUILLAUMON LEONARDI

(Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, CCTIES)

MARCIO CIDADE GOMES

(Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, CGCSS)

RICARDO TARDELLI

(Coordenadoria de Serviços de Saúde, CSS)

PAULO HENRIQUE D'ANGELO SEIXAS

(Coordenadoria de Recursos Humanos, CRH)

REINALDO NOBORU SATO

(Coordenadoria Geral de Administração, CGA)

SÔNIA BARROS

(Grupo Técnico de Ações Estratégicas, GTAE)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188

05403-000 São Paulo SP

**[www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)**





**DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

**CENSO PSICOSSOCIAL DOS  
MORADORES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**ORGANIZADORAS**  
**SÔNIA BARROS**  
**REGINA BICHAFF**

**AUTORAS DO TEXTO**  
ANA LUISA ARANHA E SILVA  
ANA MARIA FERNANDES PITTA  
ELAINE MARIA COVRE  
JUSSARA CHAVARSKI DE SOUZA  
MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE OLIVEIRA  
MARIA FERNANDA DE SILVIO NICÁCIO  
MAURA DE SOUZA VASCO  
MIRSA ELISABETH DELLOSI  
REGINA BICHAFF  
SÔNIA BARROS

**Secretaria de Estado da Saúde**  
**de São Paulo**  
***Fundap***





Desafios para a desinstitucionalização:  
censo psicossocial dos moradores em  
hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo  
© 2008 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

### **Coordenação Editorial**

Divisão de Editoração da Fundap

### **Capa e Projeto Gráfico**

Newton Sodré

### **Imagem da Capa**

*Kinderspiele*, 1560

Óleo sobre tela de Pieter Brueghel [1525-1569]

### **Catálogo na Fonte**

Elena Yukie Harada

### **Normalização Bibliográfica**

Ana Cristina de Souza Leão

Ruth Aparecida de Oliveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Centro de Documentação da FUNDAP, SP, Brasil)

Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em  
hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo / Sônia Barros, Regina Bichaff  
(orgs.) ; autoras Ana Luisa Aranha e Silva ...[et al.]. São Paulo : FUNDAP :  
Secretaria da Saúde, 2008.  
170p.

ISBN 978-85-7285-107-7

I. Administração estadual – Saúde mental. 2. Saúde mental – São Paulo  
(Estado). 3. Serviços de Hospital Psiquiátrico - São Paulo (Estado). 4. Psiquiatria  
hospitalar. 5. Políticas de saúde mental. I. Barros, Sonia. II. Bichaff, Regina.  
III. Silva, Ana Luisa Aranha e. IV. Fundação do Desenvolvimento Administrativo –  
FUNDAP.V. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

CDD - 352.9442098161  
362.21098161  
616.890098161





## **AGRADECIMENTOS**

### ARTICULADORES DE SAÚDE MENTAL DOS DRS

Maria Stella Oliveira

Leila Dias Molinari

Ioneide Campos

Tânia Lomas

Ivana Clemente Castro

Maria Ângela Lima

Vera Lúcia Bueno

Maria Inês Guion Borges

Rosana A Scarassatti

Maria Célia Retali Martins

Junyse A. Calabrez Teixeira

Eliane de Paula Silveira Mello

Cármen Ligia Sartorão Miachon

Queiko Yamamoto Kano

Maria Aparecida Acosta

Maria Cristina Couzenn

### FUNDAP

Antonio Celso Agune

Marcos Rogério Santana

### ALUNA BOLSISTA

Heloisa Garcia Claro







# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO,	9
PREFÁCIO,	11
INTRODUÇÃO,	14
O CAMINHO PERCORRIDO,	28
Os Cenários,	28
Os Sujeitos,	31
Fonte e Processamento dos Dados,	32
RESULTADOS,	38
População Moradora em Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo,	38
O Processo de Institucionalização,	73
Recursos e Necessidades para Projetos de Desinstitucionalização,	94
CONCLUSÕES,	113
RECOMENDAÇÕES,	123
BIBLIOGRAFIA,	131
ANEXOS,	136
Anexo 1: Instrumento de Coleta de Dados,	136
Anexo 2: Os Entrevistadores,	143
Anexo 3: Município de Naturalidade dos Moradores,	145
Anexo 4: Município de Procedência dos Moradores,	156
Anexo 5 : Lista de Países de Origem dos Moradores,	166
Anexo 6: Resoluções,	167









# APRESENTAÇÃO

**Luiz Roberto Barradas Barata**  
**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Em 2001, a Lei Federal n. 10.216 determinou que os pacientes há longo tempo institucionalizados em hospitais psiquiátricos devem ser objeto de política específica. No Estado de São Paulo, por intermédio do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) – Psiquiatria, foi constatado que mais de 50% dos leitos psiquiátricos estavam ocupados por pessoas internadas há mais de um ano.

Essa situação mereceu um cuidado especial que permitiu, ao longo dos últimos anos, reduzir significativamente o número de pacientes/moradores internados em todo o Estado de São Paulo.

Diante das diretrizes do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011 na área de Saúde Mental, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo determinou a criação de um Grupo de Trabalho para incrementar a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência nos hospitais psiquiátricos de São Paulo.

A elaboração de um diagnóstico situacional desses pacientes, por meio do que se denominou “Censo Psicossocial de Pacientes Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo”, contribuirá para acelerar e ampliar este processo.

O objetivo deste documento é relatar os resultados do trabalho desenvolvido por este grupo, desde a análise dos dados obtidos junto a essa população até as conclusões e recomendações, que deverão subsidiar as ações





necessárias para uma política estadual de inclusão social e cidadania para os 6.349 moradores de hospitais psiquiátricos de São Paulo.

Que este relatório se constitua numa importante contribuição para todos aqueles que se dedicam à construção da atenção psicossocial da população e para a instrumentalização dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo na busca da integralidade da atenção à Saúde Mental.





# PREFÁCIO

**Renilson Rehem**  
**Secretário Adjunto de Saúde**  
**do Estado de São Paulo**

No ano de 2008, comemoramos no Brasil os 20 anos da Constituição Cidadã e do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em conjunto com o mundo civilizado, os 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Sem dúvida, fatos altamente relevantes para a construção do respeito à condição humana.

Hoje, existe complexa teia de instrumentos internacionais que conferem maior substância aos direitos enunciados na Declaração, como os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Todos os Estados ratificaram pelo menos um dos nove principais tratados internacionais de **direitos humanos**, e 80% já ratificaram quatro ou mais. O processo de adotar as normas da Declaração, transpô-las para a legislação e promulgá-las continua acontecendo nos níveis internacional e nacional, e conta atualmente com maior participação de entidades regionais.

No entanto, continuam existindo, em todos os países do mundo, lacunas flagrantes no que se refere à aplicação dos **direitos humanos**. Os abusos, a discriminação e a desigualdade continuam sendo frequentes. Estão, talvez, até aumentando, em consequência de novas formas de opressão e violência e devido a desigualdades econômicas e sociais.

Na verdade, não deveriam ser necessárias tanta luta e tanta dificuldade para a conquista de uma condição que deveria ser natural. Ocorre que a realidade em todo um mundo é, e sempre foi, muito cruel quanto às





condições de direito à liberdade e à vida. Ao longo da história, e mesmo no presente, são muitos os exemplos de desrespeito aos direitos humanos em países ditos civilizados e em outros nem tanto.

Esta crueldade torna-se mais dolorosa e triste quando se reveste de ciência que estaria sendo utilizada em defesa da saúde do homem. Infelizmente, a medicina deu uma enorme contribuição à violação do direito de pessoas que, em determinado momento de suas vidas, foram consideradas como uma ameaça, já que destoavam dos padrões sociais ou de comportamento. Em todo o mundo e no Brasil, disto resultou uma prática socialmente aceita de retirar essas pessoas do convívio de suas famílias e de suas comunidades. No Estado de São Paulo esta história não foi diferente. O mais grave é que muitos foram “esquecidos” nos manicômios e se tornaram um desafio para o Estado e a sociedade, de como possibilitar a essas pessoas retomarem suas vidas. É claro que esta retomada será sempre limitada pela impossibilidade de reconstrução da história e de recuperação do tempo não vivido.

Para enfrentar esse desafio, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) optou por conhecer a população “esquecida” em hospitais psiquiátricos. A estratégia utilizada para caracterizar a população internada há mais de um ano nas instituições do Estado de São Paulo foi um estudo tipo censo. O censo psicossocial de pacientes moradores em hospitais psiquiátricos foi a escolha metodológica definida pelo Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da SES-SP para a construção de propostas de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos.

Estabeleceu-se que os sujeitos do estudo fossem os usuários de todos os hospitais psiquiátricos próprios e conveniados pelo SUS do Estado de São Paulo, com tempo de internação igual ou superior a um ano até o momento da solicitação das informações aos Hospitais, em 30 de novembro de 2007.

Sob o espírito da Declaração Universal dos Direitos Humanos – mais especificamente dos Artigos 1º (“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e consciência devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”), 3º (“Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”) e 13º (“**Toda pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no**





**interior de um Estado”**), a realização deste Censo marca que “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”.

Desse modo, a Secretaria de Estado da Saúde concretiza uma das ações mais importantes para reparar a dívida histórica e social de uma população que merece ter de volta a sua cidadania e a sua liberdade.

O Censo Psicossocial – realizado, em parceria com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), em 56 hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo – possibilitou identificar as ações estratégicas para desinstitucionalizar pessoas que durante muitos anos foram excluídas do convívio social.





# INTRODUÇÃO

A partir do século XVII, a loucura tornou-se objeto de exclusão, quando são criados grandes espaços de internamento denominados Hospitais Gerais. A Grande Internação, como denomina Foucault, é um espaço para reclusão de marginalizados, miseráveis, delinquentes e loucos e é, ao mesmo tempo, um espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão (Foucault, 1978).

O espírito iluminista do final do século XVIII reage contra uma certa situação dos loucos nas casas de internação, instituindo a doença mental e o seu doente. Falso profeta, mito pineliano, como nos apresenta Foucault (1978), ou herói fundador, como querem outros, é inegável que tanto Pinel como aqueles outros atores do período contrapuseram-se a um estado de coisas que afrontava a sensibilidade humanista de seu tempo (Kinoshita, 2000).

A possibilidade de aglutinar os loucos num mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras, permite o nascimento da psiquiatria, e Philippe Pinel tem um importante papel nesta transformação, ao reservar um espaço rigorosamente médico para os alienados e ao tornar a internação uma medida de carácter médico. Diversas experiências de reforma dos asilos haviam acontecido na Europa, mesmo antes de Pinel, num movimento de libertação dos loucos e instituição do Tratamento Moral.

Desacreditando da idéia de que a insanidade fosse fruto apenas de lesões físicas, Pinel, a partir de um enfoque “psicológico”, considerava que era





necessário ganhar a confiança dos pacientes e proporcionar-lhes esperança (Kinoshita, 2000).

As modificações ambientais, que incluíam controle social e moral, poderiam afetar a psicologia individual e assim alterar o comportamento.

Os loucos foram liberados de grilhões de ferro para, em seguida, novamente serem encarcerados em uma trama mais sutil, mas não menos violenta e desumana nos hospitais psiquiátricos (Kinoshita, 2000).

A medicalização da loucura, na passagem do século XVIII para o XIX na França, “implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, que a Lei de 30 de junho de 1838 fixará por mais de um século, num completo estado de minoridade social” (Castel, 1991:55).

Inicialmente pensadas para ser instituições pequenas, voltadas para o tratamento médico (moral), nas quais as relações entre pacientes e médicos e outros profissionais fossem próximas, seguindo a imagem de uma família dirigida por um pai severo e amoroso, os hospitais cresceram em tamanho e em quantidade. Pouco a pouco, tornaram-se instituições enormes, ambientes pouco acolhedores e com menor quantidade de pessoal. O tratamento moral passou a estar presente apenas no discurso. Se, em tese, os pacientes eram internados para que pudessem desenvolver meios de autocontrole, na prática os mecanismos de contenção física, externa, foram sendo cada vez mais empregados (Kinoshita, 2000).

No início do século XX, passam a vigorar crescentes críticas às condições em que eram tratados os pacientes nos hospitais. O contínuo crescimento do número de pacientes crônicos internados nos hospitais psiquiátricos reforçava o clamor da necessidade de mudanças.

Um panorama de reformas das instituições de cuidados aos doentes mentais se descortinou na Europa e Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial. O movimento de transformações da assistência psiquiátrica atualizou críticas e revela tentativas de escapar à contradição do espaço asilar.

Os principais movimentos reformistas, no século XX, propõem reformas restritas ao espaço asilar, outros privilegiam como foco a prevenção e o tratamento na comunidade. A exceção a essas propostas materializa-se no movimento da Antipsiquiatria surgido na década de 1960 na Inglaterra, que denuncia os valores e as práticas psiquiátricas vigentes.





Utilizou-se aqui de um estudo sobre pacientes considerados “crônicos” para que se entendam os principais movimentos de reforma que marcaram as políticas de saúde mental nos EUA no século XX (Kinoshita, 2000).

► **MOVIMENTO DE HIGIENE MENTAL (MENTAL HYGIENE MOVEMENT)**

A chamada “Psiquiatria Dinâmica” dando forma a uma abordagem genético-dinâmica ou evolucionista das doenças mentais, propunha o atendimento precoce dos casos agudos em novos tipos de serviços: hospitais pequenos ligados a centros médicos acadêmicos; unidades psiquiátricas em hospitais gerais (em salas separadas); dispensários (pacientes externos); centros de orientação para crianças. No entanto, o tratamento precoce dos casos agudos não conseguiu resultados significativos.

Apesar da crescente distância entre os psiquiatras e as práticas asilares, os hospitais psiquiátricos continuaram a crescer.

► **MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA (COMMUNITY MENTAL HEALTH MOVEMENT)**

A experiência da Segunda Guerra teve importantes repercussões na psiquiatria norte-americana. No período pós-guerra ganha força a idéia de que, assim como na experiência militar, na vida civil o tratamento psiquiátrico deveria ser realizado junto à família e à comunidade, em vez de em instituições isoladas, distantes e impessoais.

Essas novas idéias abriram um intenso debate no interior da psiquiatria americana, mas a mudança da política de saúde mental dependia não só dos profissionais, mas de uma modificação nas concepções da sociedade americana e de seus representantes políticos. O National Mental Health Act foi aprovado em julho de 1946. Essa lei destinava recursos para três áreas: pesquisa de causas e tratamentos para as doenças mentais; treinamento de pessoal e suporte a experiências demonstrativas de prevenção e tratamento das doenças mentais. Além disso, previa a criação do National Institute of Mental Health (NIMH), fundado em 1949, cujo papel nas mudanças das políticas de saúde mental foi determinante, especialmente para a psiquiatria comunitária. Alimentado com recursos federais crescentes a cada ano, o NIMH realizou enormes esforços de treinamento, formação de pessoal e inúmeras pesquisas e experiências.







Entre 1955 e 1975, os atendimentos extra-hospitalares cresceram em torno de doze vezes, respondendo por 75% dos atendimentos em saúde mental, promovendo uma importante mudança no perfil dos atendimentos em saúde mental. Esta mudança foi acompanhada de uma expansão das profissões envolvidas com a saúde mental, com a entrada de assistentes sociais, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, a qual permitiu uma extensão do leque de prestações de serviços a uma clientela mais ampla.

Mas a fragilidade da crença na superioridade dos cuidados comunitários e preventivos não passou despercebida. A inclusão de novas parcelas da população sob os cuidados da assistência em saúde mental e as disputas entre os especialistas tendiam a obliterar os problemas dos pacientes graves e crônicos.

#### ► **MOVIMENTO DE DESOSPITALIZAÇÃO (DEINSTITUTIONALIZATION MOVEMENT)**

Este movimento teve seu auge no período de 1965 a 1975. Estudos indicam que não foi um movimento, e sim um processo vinculado à chamada Psiquiatria Comunitária, que ganhou notoriedade com a obra de Caplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, publicada em 1964, e de Caplan & Caplan, *Development of Community Psychiatry Concepts*, publicada em 1967.

O foco deste processo estava na questão dos pacientes institucionalizados, e os efeitos da desospitalização de enorme contingente de pacientes distinguem esse movimento e o tornam merecedor de destaque. A população de 560.000 residentes em hospitais psiquiátricos estaduais em 1955 reduziu-se para aproximadamente 140.000 em 1980.

Com o início da administração Kennedy, envolta em grande otimismo, produziu-se uma série de leis que visavam diminuir as desigualdades, a divisão racial, e garantir o acesso de todos os americanos aos serviços de saúde. A crença de que a maioria dos problemas sociais teria origem num ambiente deficitário fazia eco com os clamores dos defensores dos serviços de saúde mental comunitários. Pode-se dizer que a Psiquiatria Comunitária representava a fusão da fé nos avanços terapêuticos da moderna psiquiatria e da exigência por justiça social.

O NIMH, dentro da nova administração, não satisfeito com o Action for Mental Health, que ainda sustentava a ação dos governos estaduais, tra-





balhou em duas frentes: de um lado, com uma crítica aos hospitais psiquiátricos estaduais, apontando que estes promoviam a dependência e eram administrados por métodos arcaicos; de outro, com um amplo programa de ação sob uma abordagem comunitária e de saúde pública. O NIMH propôs a criação de uma nova instituição, os centros de saúde mental (o JCMIH falava de clínicas).

Tais centros, substituindo as instituições tradicionais, seriam o foco das futuras atividades de saúde mental. Eles deveriam ser próximos aos lares dos pacientes, e prover tratamento preventivo, diagnóstico precoce, ambulatorial, internação, transitivos e reabilitativos. Incluíram unidades psiquiátricas em hospitais gerais, dando assim ao paciente a oportunidade de ser tratado dentro do ambiente de sua comunidade. As recomendações do NIMH foram acolhidas pela força-tarefa presidencial e, em 1963, o presidente Kennedy enviou ao Congresso uma mensagem, com a Lei do Retardo Mental e Construção dos Centros de Saúde Mental Comunitários.

O contexto político da época expressava a crença de que os serviços comunitários poderiam superar os graves problemas dos hospitais psiquiátricos. Não se fazia menção das relações entre os novos serviços e os hospitais estaduais, de modo a garantir a continuidade do tratamento. Com o tempo, os centros de saúde mental arregimentaram uma população bem distinta dos pacientes graves e crônicos dos hospitais.

A implementação dos centros de saúde mental não ocorreu como programado. Com a Guerra do Vietnã, os investimentos nos programas sociais decaram significativamente. Em 1980 havia apenas 754 Centros dos 2 mil previstos. Embora longe das metas desejadas, o programa conseguiu levar serviços a áreas remotas do país; cidades pequenas e médias (10 mil a 50 mil habitantes), que antes não contavam com programas de saúde mental, foram beneficiadas e, em 1970, contavam com 40% do total de serviços comunitários.

O processo de desospitalização aconteceu, sem que os centros provessem uma alternativa aos cuidados hospitalares. O grande fator da alteração do perfil da população internada nos hospitais psiquiátricos foram as modificações introduzidas na Lei de Seguro Social, em 1965, que criou o Medicare e o Medicaid. Esses dois programas governamentais garantiam recursos para a assistência médica para idosos (Medicare), incluindo cuidados hospitalares, e o Medicaid destinava recursos para os estados desenvolverem programas de saúde para pessoas indigentes.





Houve um aumento de mais de 90% no total de indivíduos doentes mentais sob cuidado das clínicas. Esse fenômeno, posteriormente, ficou conhecido como transinstitucionalização.

De fato, dois processos ocorreram simultaneamente: a transinstitucionalização dos pacientes idosos para as clínicas de repouso e a desospitalização dos pacientes mais jovens. Os psiquiatras dos hospitais, procurando redefinir suas funções e integrar-se na medicina, adotaram uma atitude teórica mais organicista em torno da noção de cura, e deixaram as funções de cuidado e custódia. Por sua vez, aqueles voltados para os serviços comunitários, assumindo uma atitude psicodinamicista, apostaram nas idéias preventivistas, ampliando o alcance das suas intervenções para populações menos graves, “mal-adaptados”, e também deixaram de lado as preocupações com os pacientes mais graves e desabilitados.

#### ► **MOVIMENTO DE “SUPORTE” COMUNITÁRIO (COMMUNITY SUPPORT MOVEMENT)**

Este movimento teve como compromisso prover um sistema de saúde abrangente, incluindo saúde mental, serviços sociais para reabilitação psicossocial de pacientes com doenças mentais crônicas (*community support systems*). Por volta de 1975, o movimento de desospitalização tornou-se um problema, não mais uma reforma. A mídia, simplificadamente, expôs e divulgou a imagem de doentes mentais e pessoas sem casa, vagando pelas ruas das grandes cidades, ameaçando transeuntes, imagem que se tornou uma marca da reforma americana. A imagem que se constituiu desde um viés crítico, pode dar a impressão de que se “comprova” o imenso “fracasso” das reformas americanas.

Pode-se afirmar que a Transinstitucionalização, desarticulação das agências de tratamento e de assistência social, guerra e cortes orçamentários foram certamente fatores que geraram grandes distorções no processo de reforma. Além desses fatores que podemos considerar “externos”, outros aspectos “internos” ao programa de reforma, como a falta de definição clara de uma população-alvo dos centros de saúde mental, uma tendência por parte dos profissionais a separar as idéias de tratamento das ações de suporte e manutenção, fragmentando responsabilidades, serviram para confundir ainda mais o quadro.





O estudo ora utilizado para descrever as reformas psiquiátricas americanas afirma que, apesar de tudo, há pesquisas que demonstram que o processo de desinstitucionalização teve conseqüências positivas para grande parte dos doentes mentais graves e crônicos. Parte expressiva dessa população, dois terços, poderia ser mantida na comunidade, caso se oferecessem suficientes serviços de transição e cuidados de seguimentos [*aftercare*] adequados (Kinoshita, 2000).

Diferenciando-se das propostas de reformas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos, surge um movimento na Itália, denominado de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), que enfatizava a necessidade de tomar como ponto de partida o interior dos manicômios, criando condições para sua desmontagem, subvertendo sua lógica e funcionamento.

O significado que emergiu da experiência italiana de transformação da instituição psiquiátrica, teve como ponto de partida as transformações no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde Franco Basaglia questionou as bases do saber psiquiátrico e a função social e política desempenhada pela ciência, pelos técnicos e pelo manicômio. Na experiência italiana, quatro eixos são fundamentais para a transformação das instituições psiquiátricas: a luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivas custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, enquanto reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade do mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha aonde o sofrimento vem em algo mercantilizável (Barros, 1991).

Na perspectiva da PDI, desinstitucionalizar não se restringe e nem se confunde com desospitalizar, na medida em que **desospitalizar** significa apenas identificar transformações com extinção de organizações hospitalares/manicomiais, enquanto **desinstitucionalizar** significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

No Brasil, em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II o que é considerado como o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. A fundação do Hospício baseou-se no princípio do isolamento para o exercício da ação terapêutica, constituindo-se no modelo asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel.





No início do século XX ocorreu uma expansão no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, não só no Rio de Janeiro, mas em todo Brasil. Em São Paulo, que desde a última década do século XIX investia pesadamente em saneamento e saúde pública, dado o interesse determinado pelo dinamismo de sua economia, a assistência aos alienados foi entregue ao médico psiquiatra Franco da Rocha que fez construir em 1898 o Hospício Colônia de Juqueri (Barros, 1996).

O primeiro asilo paulista para alienados foi o Hospício Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo inaugurado em 1852. Nos primeiros anos, apenas nove doentes foram ali recolhidos, mas, logo depois, os relatórios denunciavam superlotação, epidemias, alta mortalidade, revoltas, fugas e a precariedade da instalação (Giordano, 1989). Frente a esta situação, Franco da Rocha advogou e conseguiu a criação de um grande asilo, com colônias anexas, destinado a receber 800 doentes de todo o estado. O hospital colônia iria “assistir, curar pelo trabalho agrícola e devolver o louco à sociedade como cidadão útil” (Rocha apud Giordano, 1989:103).

De 1852 a 1930, primeiramente com o Hospício Provisório de Alienados e depois com o Hospício Colônia de Juqueri, a política de assistência psiquiátrica em São Paulo limitava-se a existência de uma instituição fechada, a 33 Km da capital e que se caracterizava pelo seu isolamento. Em 1965 o Juqueri albergou **14.393 pacientes**, quando então se iniciou a política de sua redistribuição para entidades privadas, o que, à semelhança da política adotada pelo Governo Federal, determinou a expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados.

Deve-se ressaltar, que ao final da década de 1950, as características dos hospitais eram de superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, a mesma situação denunciada quase 100 anos antes.

No nosso país, as respostas às necessidades de mudanças na assistência psiquiátrica iniciaram no final da década de 1970 com um movimento ancorado na Reforma Sanitária, pela Reforma Psiquiátrica, formulado por diversos atores entre instituições, entidades, movimentos e militância, envolvidos com a formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil.

Na esteira movimento sanitário e com base nos mesmos espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde, estruturou-se e desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica, cujos participantes no final da década de 1970 sistematizaram as primeiras denúncias de violências, ausência de re-





curso, de negligência, de psiquiatrização do social e outras. Começou a constituir-se em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. (Amarante, 1995).

Em desdobramento da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987 (Relatório final da 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental, 1988). Num quadro de confronto político, os debates resultaram em relatório que propunha a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e conseqüentemente reorganização dos serviços, a definição de uma política de recursos humanos para o setor, a reformulação de legislação ordinária, além de enunciar recomendações à Constituinte (Barros, 1996).

A partir de então, o movimento pela Reforma Psiquiátrica segue um percurso próprio na busca de transformação do sistema de Saúde Mental, por meio da desinstitucionalização/desconstrução/construção, no cotidiano das instituições, de uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico.

A organização dos trabalhadores da área, os eventos que discutiam a complexidade da loucura e seus dispositivos e o surgimento público das associações de usuários e familiares consolidavam, no início da década de 1990, a tendência da desinstitucionalização como conceito básico determinante da reorganização do sistema de serviços, das ações de Saúde Mental e diretriz da política de Saúde Mental.

É nesse contexto que no início de 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde (COSAM), reconhecendo que a assistência psiquiátrica, prestada no Brasil, é de má qualidade e que esta situação é decorrente, principalmente, do modelo assistencial então vigente – centrado no leito hospitalar psiquiátrico – indica como prioridade a reversão do modelo assistencial vigente e propõe estratégias para uma ação transformadora no campo de Saúde Mental (Barros, 1996).

A década de 1990 termina com o Ministério da Saúde avaliando que o “processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil... política oficial do governo...” obteve grande desenvolvimento (Delgado, Schechtman, Hoffmann, Weber, Porto, Lobo, 2001:9).

De acordo com a equipe técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no âmbito de assistência hospitalar, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de intervenção psiquiátrica, e dispositivos eficazes de fiscalização, o que permitiu que grande número de leitos inadequados às





exigências mínimas de qualidade e respeito aos direitos dos pacientes fosse retirado do sistema, sem que isso tivesse acarretado redução da assistência. Paralelamente, seguindo à lógica de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na referência à internação hospitalar, resultando na criação de serviços de atenção diária de base municipal, passando-se de três serviços desse molde em 1990 para 237 em 1999 (Delgado, Schechtman, Hoffmann, Weber, Porto, Lobo, 2001:9).

O atual milênio inicia com o Ministério da Saúde retomando o processo de reforma, numa perspectiva de prosseguir com a recomposição de dispositivos de normatização e de fiscalização para coibir o abuso e desrespeito dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais internados em hospitais psiquiátricos e, também, priorizando a instalação de novos serviços nos municípios.

Uma iniciativa importante foi a regulamentação da Portaria GM/MS n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000, que criava as residências terapêuticas. A Portaria GM/MS n.º 1.220 de 07 de novembro de 2000, cria e inclui os procedimentos assistenciais das residências no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), possibilitando, de fato, aos municípios a implementação de iniciativas para a desinstitucionalização de pacientes submetidos a longa permanência asilar (Brasil, 2004).

Em 6 de abril de 2001 foi promulgada a lei da Reforma Psiquiátrica, Lei n.º 10.216, oriunda do Projeto de Lei de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado. A nova legislação consagra o princípio do atendimento comunitário, extra-hospitalar, promotor de reintegração social, no qual as internações, se inevitáveis, devem ser realizadas em ambiente acolhedor, propiciador do aumento de autonomia. Afirma da necessidade dos gestores públicos redirecionarem os recursos financeiros e humanos, de forma a substituir progressivamente o sistema hospitalar e responsabiliza as três instâncias do SUS pelo apoio social aos pacientes de longa permanência do sistema hospitalocêntrico. A Lei coloca os direitos dos pacientes e seus familiares no centro da política pública de Saúde Mental.

Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde convoca a realização da III Conferência Nacional da Saúde Mental (III CNSM), que aconteceu em dezembro de 2001, e resultou em um foro privilegiado para a discussão dos rumos da política nacional de Saúde Mental, debatendo-se o finan-







ciamento das ações de Saúde Mental, a fiscalização do parque hospitalar psiquiátrico, o ritmo de implantação de novos serviços extra-hospitalares, a formação de Recursos Humanos para as novas estruturas de atenção em Saúde Mental, entre outras questões (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002).

Buscava-se na III CNSM um consenso acerca da Política, pois, esta estava construída e com seu rumo definido, visto que nos meses que antecederam a Conferência vários grupos de trabalho já tinham elaborado propostas, aceitas pelo Ministério de Saúde, e que diziam respeito, principalmente, a expansão e normatização dos serviços extra-hospitalares por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a regulamentação da Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar-PNASH, bem como a definição de uma hierarquização do porte dos hospitais para a remuneração.

De fato, hoje, os CAPSs são os dispositivos estratégicos de uma política estratégica, assumida pelo governo federal. De acordo com o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, os CAPSs constituem o núcleo estratégico da rede assistencial em Saúde Mental (Brasil, 2004b).

Segundo o documento citado, o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Outro componente da atual Política de Saúde Mental, fundamental para o avanço da Reforma Psiquiátrica, é o Programa “De Volta para Casa”. O Programa, fruto de várias iniciativas, desde o início da década de 1990, tem como objetivo a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais e egressas de longas internações e tem como parte integrante o pagamento do **auxílio-reabilitação psicossocial**. Estima-se que cerca de 15.000 usuários do SUS deverão ser beneficiados com o auxílio financeiro de que trata esse programa, que deverá contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas (Brasil, 2003). O “De Volta para Casa” foi regulamentado pela Lei n.º 10.708, de 13 de julho de 2003 e, trata-se de uma política de inclusão e de redistribuição de renda.

No que diz respeito ao Estado de São Paulo, no início da década de 1980, o modelo assistencial ainda era predominantemente hospitalocêntrico. Com a posse de Franco Montoro, conduzido ao governo por eleições







diretas em 1983, a então Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, teve como implantar as teses defendidas pelos trabalhadores de saúde mental. Nesse período ampliou-se a rede ambulatorial do estado, que passou a trabalhar com equipes multiprofissionais, as unidades básicas de saúde passaram a contar com equipes mínimas de saúde mental e iniciou-se um processo de transformação do complexo asilar do Juqueri. Implantaram-se, também, as primeiras unidades de emergência psiquiátrica e enfermarias em hospitais gerais e, além disso, em 1987 foi criado no Estado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país (Barros,1996).

Saliente-se ainda um grande esforço para o desenvolvimento de capital humano para a viabilização das mudanças através de publicações de “cartilhas” e manuais, cursos de especialização em Saúde Mental, supervisão clínico-institucional e diferentes iniciativas de capacitação.

No Estado, ganharam destaque as cidades de São Paulo, Santos e Campinas, as quais de certo modo influenciaram o resto do país na organização dos serviços de saúde mental. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS de Santos se mostraram inovadores no contexto da assistência psiquiátrica e foram regulamentados pelas Portarias nº 189/1991 e 224/1992 tornando-se parte da política do Sistema Único de Saúde (SUS) e estes serviços foram implantados em todo o cenário nacional.

Na década de 1990, praticamente paralisou-se a ampliação dos serviços extra-hospitalares, no entanto iniciou-se um processo de supervisão dos hospitais psiquiátricos no Estado, de acordo com Portarias ministeriais, e que tinha como objetivo a humanização do atendimento naqueles estabelecimentos, o que provocou a redução de leitos e fechamento de hospitais. No período compreendido entre 1989 e 2007 foram fechados 45 hospitais psiquiátricos. Ainda assim, o Estado de São Paulo possui uma das maiores concentrações de leitos no país.

Assim, é possível afirmar que desde os primeiros anos da década de 1980, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por meio de ações que envolveram a expansão da rede de serviços ambulatoriais e a avaliação dos hospitais psiquiátricos existentes, deu início ao processo de reorientação do modelo de atenção à saúde mental. Esse esforço permitiu, nos últimos 20 anos, uma redução de 67,3% no número de leitos psiquiátricos, em hospi-





tais especializados, que não apresentavam condições assistenciais mínimas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, além de dar início aos processos de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência, especialmente por intermédio de iniciativas de reestruturação nos projetos institucionais dos hospitais psiquiátricos próprios da SES-SP.

O maior impacto na expansão da rede de atenção à saúde mental no Estado de São Paulo deu-se nos últimos seis anos com a implantação de centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas (RT) e a inclusão de egressos de internações psiquiátricas de longa permanência no Programa de Volta para Casa (PVC). Embora seja uma grande rede de serviços, diante da dimensão populacional do Estado de São Paulo, constata-se, na maioria das regiões, sua insuficiência e desigual distribuição frente à magnitude dos problemas em saúde mental. Além disso, levantamentos realizados pela SES, indicavam que cerca de 50% dos leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo estavam ocupados por pacientes considerados “crônicos” e “moradores” e, apesar deste diagnóstico, só medidas pontuais eram tomadas por alguns hospitais da rede própria, no sentido de buscar a inclusão destas pessoas na sociedade. De fato, não se tinha política que definisse projetos para a Reabilitação Psicossocial desses pacientes.

Durante o ano de 2007, a SES-SP recebeu várias solicitações de informações, por parte dos Ministérios Público Federal e Estadual, relacionadas à escassez de recursos da rede de atenção à saúde mental, principalmente quanto à insuficiência de residências terapêuticas, além dos resultados das avaliações dos hospitais psiquiátricos cuja situação de assistência era objeto de vários procedimentos instaurados por esses órgãos.

Assim, no contexto de constituição do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), por meio da Resolução SS-282, de 3 de agosto de 2007, a Área Técnica de Saúde Mental realizou um levantamento da realidade da assistência em saúde mental, no Estado, aferida pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) realizado em 2005, que identificava a existência de um grande número de pessoas internadas há mais de um ano, confirmando a ocupação de 50% dos leitos psiquiátricos por “moradores”, além de revelar precariedades nas condições técnico-assistenciais de vários hospitais psiquiátricos.

A Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo





assistencial em saúde mental, determinou em seu Artigo 5º que as pessoas há longo tempo institucionalizadas em hospitais psiquiátricos deveriam ser objeto de política específica de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida.

A normativa da política nacional de saúde mental de criação dos serviços residenciais terapêuticos, em 2000, e a Lei Federal 10.708 de 2003 instituíram recursos fundamentais para a concretização de processos de desinstitucionalização.

Considerando a gravidade desta situação, a necessidade de dar respostas efetivas para estes cidadãos e as diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2008 – 2011, na área de saúde mental, a SES-SP instituiu um Grupo de Trabalho (GT), por meio da Resolução SS-294, de 29/08/2007, para a construção de proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, a partir da organização, acompanhamento, coordenação e elaboração de um diagnóstico situacional dessas pessoas.

Como forma de viabilização desse levantamento pensou-se na estratégia de realização de um censo e definiu-se o trabalho como o “Censo Psicossocial dos Moradores dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo”.

Na reunião nº 162 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), realizada em 18 de outubro de 2007, foi apresentada a proposta de criação do GT, por parte da SES-SP, e deliberada a participação de um representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na composição do grupo, resultando na republicação da Resolução SS-294 no Diário Oficial do Estado (DOE) em 25/10/2007.

A primeira reunião do GT ocorreu em 27/11/2007 e contou com a presença do Secretário Adjunto de Saúde do Estado de São Paulo, Dr. Renilson Rehem de Souza, e do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado que, como representante do Ministério da Saúde, se prontificou a apoiar e cooperar tecnicamente com a realização do trabalho proposto. Posteriormente os membros do GT reuniram-se sistematicamente para a organização do trabalho.

O processo e o resultado deste trabalho é o que será descrito nos próximos capítulos, fundamentado no pressuposto de que a Reforma tem como **marca distintiva e valor fundante o reclame e a defesa da cidadania dos loucos.**





## O CAMINHO PERCORRIDO

Para conhecer a população internada nas instituições psiquiátricas, no Estado de São Paulo, há mais de um ano, optou-se pela realização de estudo de corte transversal tipo censo que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2006).

Um **censo psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos**, doravante denominado **Censo**, foi a escolha metodológica definida pelo GTAE/CPS/SES-SP para a construção de uma proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos.

### OS CENÁRIOS

No momento da realização do Censo havia 58 hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, localizados em 38 municípios de 15 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

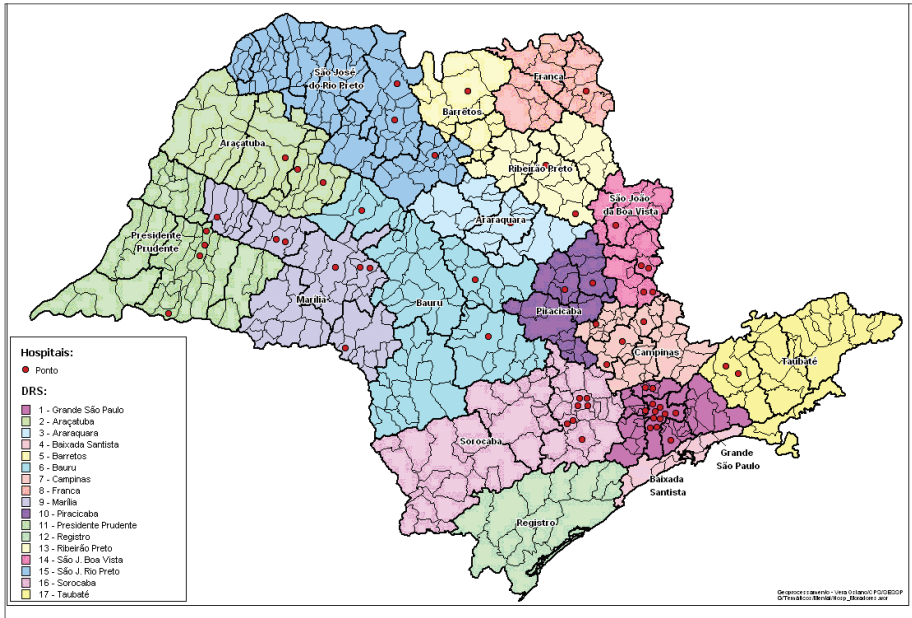
Os DRS são divisões administrativas da SES-SP, criadas pelo Decreto nº 51.433, DOE de 28 de dezembro de 2006, que estabeleceu 17 Departamentos de Saúde, responsáveis por coordenar as atividades da SES-SP no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.





A Figura 1 mostra a localização dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo; o Quadro 1, reproduzido na página ao lado, identifica os hospitais por sua localização, segundo o DRS, o município e o tipo de gestão e natureza.

**Figura 1. Localização dos Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo, 2008.**



Fonte: SES – SP, 2008.

Observa-se que 30 (trinta) estabelecimentos estavam sob gestão estadual e 28 (vinte e oito) sob gestão municipal. Dos hospitais psiquiátricos sob gestão estadual, 9 (nove) eram de natureza pública, 12 (doze) filantrópica e 9 (nove) privada, enquanto os de gestão municipal eram 22 (vinte e dois) de natureza filantrópica e 6 (seis) de natureza privada, como se destaca na Tabela 1, abaixo.

**Tabela 1. Tipo de Gestão por Natureza dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.**

GESTÃO	NATUREZA			TOTAL
	PÚBLICA	FILANTRÓPICA	PRIVADA	
Estadual	9	12	9	30
Municipal	0	22	6	28
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>58</b>

Fonte: DATASUS/SES – SP, 2008.





**Quadro I. Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo segundo DRS, Município, Gestão e Natureza, 2008.**

DRS	NOME DO HOSPITAL	MUNICÍPIO	GESTÃO	NATUREZA
I – Grande São Paulo	CAISM Dr. David Capistrano da Água Funda	São Paulo	Estadual	Pública
	Hospital Philippe Pinel	São Paulo	Estadual	Pública
	Fund. Fac. Med. HCFMUSP Inst. de Psiquiatria	São Paulo	Estadual	Pública
	Clínica Charcot	São Paulo	Municipal	Filantrópica
	Hospital João Evangelista	São Paulo	Municipal	Filantrópica
	Casa de Saúde N. Sra. do Caminho	São Paulo	Municipal	Filantrópica
	Casa de Saúde N. Sra. de Fátima	São Paulo	Municipal	Filantrópica
	Hospital Vera Cruz	São Paulo	Municipal	Privada
	CAISM Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	São Paulo	Estadual	Filantrópica
	Complexo Hospitalar do Juquery	Franco da Rocha	Estadual	Pública
	Lar Bussocaba Assistência Vicentina	Osasco	Municipal	Filantrópica
Centro Psiquiátrico S. Bernardo do Campo	S. Bernardo do Campo	Municipal	Privada	
II – Araçatuba	Hospital Espírito João Marchesi	Penápolis	Municipal	Filantrópica
	Hospital Felício Luchini	Birigui	Estadual	Filantrópica
	Hospital Benedita Fernandes	Araçatuba	Municipal	Filantrópica
III – Araraquara	Casa Caibar Schutel	Araraquara	Municipal	Filantrópica
V – Barretos	Hospital Vale do Rio Grande	Barretos	Municipal	Privada
VI – Bauru	CAIS Clemente Ferreira	Lins	Estadual	Pública
	Hospital Tereza Perlatti	Jaú	Estadual	Filantrópica
	CAIS Cantídio de Moura Campos	Botucatu	Estadual	Pública
VII – Campinas	Instituto Indaiá OSCIP	Indaiatuba	Municipal	Filantrópica
	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Campinas	Municipal	Filantrópica
	Seara Hospital Psiquiátrico	Americana	Municipal	Filantrópica
	Sanatório Ismael	Amparo	Municipal	Filantrópica
	Clínica Fazenda Palmeiras	Amparo	Municipal	Filantrópica
VIII – Franca	Hospital Psiquiátrico Allan Kardec	Franca	Municipal	Filantrópica
IX – Marília	Clínica Nosso Lar	Adamantina	Estadual	Filantrópica
	Clínica de Repouso Dom Bosco	Tupã	Estadual	Privada
	Instituto de Psiquiatria Tupã	Tupã	Estadual	Privada
	Anexo Psiquiátrico São Lucas	Garça	Municipal	Filantrópica
	Hospital Psiquiátrico André Luiz	Garça	Estadual	Filantrópica
	Hospital Espírito de Marília	Marília	Municipal	Filantrópica
	Hospital de Saúde Mental de Ourinhos	Ourinhos	Municipal	Filantrópica
X – Piracicaba	Clínica Sayão	Araras	Estadual	Filantrópica
	Casa de Saúde Bezerra de Menezes	Rio Claro	Estadual	Filantrópica

continua





continuação

XI – Pres. Prudente	Hospital Santa Maria de Pirapozinho	Pirapozinho	Estadual	Privada
	Hospital São João de Presidente Prudente	Presidente Prudente	Estadual	Privada
	Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes	Presidente Prudente	Estadual	Filantrópica
	Clínica Psico Físico Social Allan Kardec	Presidente Prudente	Estadual	Filantrópica
XIII – Ribeirão Preto	Hospital Santa Tereza	Ribeirão Preto	Estadual	Pública
	CAIS Santa Rita do Passa Quatro	Santa Rita do Passa Quatro	Estadual	Pública
XIV – S. João da Boa Vista	Clínica de Repouso Santa Rosa	Espírito Santo Pinhal	Estadual	Privada
	Instituto Bezerra de Menezes	Espírito Santo Pinhal	Estadual	Filantrópica
	Clínica Cristália	Itapira	Estadual	Privada
	Instituto Américo Bairral de Psiquiatria	Itapira	Estadual	Filantrópica
	Centro de Reabilitação de Casa Branca	Casa Branca	Estadual	Pública
XV – S. José do Rio Preto	Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi	Catanduva	Municipal	Filantrópica
	Santa Casa de Nova Granada	Nova Granada	Estadual	Filantrópica
	Hospital Bezerra de Menezes	São José do Rio Preto	Municipal	Filantrópica
XVI – Sorocaba	Hospital Teixeira Lima	Sorocaba	Municipal	Privada
	Hospital Mental Medicina	Sorocaba	Municipal	Privada
	Hospital Psiquiátrico Vera Cruz	Sorocaba	Municipal	Privada
	Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias	Sorocaba	Municipal	Filantrópica
	Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora	Salto de Pirapora	Estadual	Privada
	Hospital Psiquiátrico Santa Cruz	Salto de Pirapora	Estadual	Privada
	Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências	Piedade	Estadual	Privada
XVII – Taubaté	CVV Francisca Júlia	São José dos Campos	Municipal	Filantrópica
	Chuí	São José dos Campos	Municipal	Filantrópica

Fonte: CNES/DATASUS, SES – SP, 2008.

## OS SUJEITOS

Estabeleceu-se que os sujeitos do estudo fossem os usuários de todos os hospitais psiquiátricos próprios e conveniados pelo SUS do Estado de São Paulo, com tempo de internação igual ou superior a um ano. Adotou-se como linha de base para a definição do tempo de institucionalização, todos os pacientes internados há um ano ou mais, até o momento da solicitação das informações aos hospitais, em 30 de novembro de 2007.





Dessa perspectiva, foi realizada comunicação a todos os hospitais informando sobre a realização do trabalho e solicitando listas nominais contendo identificação dos prontuários e data de internação de todos os pacientes internados há mais de um ano.

As informações enviadas pelos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo foram checadas, havendo algumas exclusões de sujeitos por não apresentarem o critério previamente estabelecido de tempo de permanência.

As listas com os nomes desses usuários, que passamos a denominar como **moradores** foram então organizadas por hospital e por localização nos DRS, na medida em que o trabalho de coleta dos dados ocorreria tendo como referência a localização dos hospitais nos DRS.

## FONTE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

O GT dedicou grande parte de suas discussões para a elaboração do instrumento de coleta de dados. Foram consultados outros instrumentos utilizados anteriormente para finalidades semelhantes, mediante autorização de seus autores<sup>1</sup>.

O instrumento final utilizado no trabalho de campo (Anexo 1) apresentou três grande tópicos:

- a primeira parte, Caracterização da População destinava-se ao preenchimento de informações por meio de consulta aos prontuários, havendo a possibilidade de complementação das mesmas utilizando como fonte o morador e/ou equipe do hospital, desde que isso ficasse registrado na 3ª parte do instrumento;
- a segunda parte, Dados Psicossociais, constava de informações a serem obtidas junto ao morador e, se necessário, junto à equipe do hospital;
- a terceira parte, Observações do Pesquisador, destinava-se ao relato das impressões do pesquisador e anotações de dados relevantes;

Para a coleta dos dados nas instituições, a SES-SP formalizou uma parceria com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, para viabilizar o processo seletivo e o credenciamento dos entrevistadores de campo, assim como para o gerenciamento dos dados do Censo.

---

1. Sanduvette, 2003; Pitta, 2004; Dellosi e Matias, 2006.







Foram realizadas reuniões com a FUNDAP para a discussão do Edital de Credenciamento nº 001/2008 (cujo prazo para inscrições foi de 16 a 29 de janeiro de 2008), estabelecendo como requisito que os candidatos possuísem formação acadêmica de nível superior completa na área de saúde, nos seguintes cursos: medicina, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social.

Os membros do GT responsabilizaram-se pela divulgação do edital junto aos DRS, serviços de saúde e universidades, enquanto o processo seletivo e o credenciamento dos entrevistadores ficaram a cargo da FUNDAP que, segundo normas estabelecidas, credenciou 69 profissionais (Anexo 2) distribuídos proporcionalmente pelos DRS de acordo com o número de moradores informados pelos hospitais psiquiátricos, conforme mostra o Quadro 2.

**Quadro 2. Distribuição do Número de Entrevistadores de Campo por DRS, 2008.**

DRS	NÚMERO DE PESQUISADORES
DRS I Grande São Paulo	7
DRS II Araçatuba	1
DRS III Araraquara	1
DRS IV Baixada Santista	0
DRSV Barretos	1
DRSVI Bauru	4
DRSVII Campinas	1
DRSVIII Franca	1
DRS IX Marília	6
DRS X Piracicaba	6
DRS XI Pres. Prudente	4
DRS XII Registro	0
DRS XIII Ribeirão Preto	4
DRS XIV São João da Boa Vista	9
DRS XV São José do Rio Preto	1
DRS XVI Sorocaba	21
DRS XVII Taubaté	1
Total	68

Fonte: FUNDAP, 2008

Foram realizados três treinamentos antes do trabalho de campo. O primeiro aconteceu em 12/03/2008 e visou os articuladores de saúde mental





dos DRS para acompanharem todo o trabalho de campo, sendo referências regionais fundamentais durante todo o processo. Os outros dois treinamentos ocorreram em 19/3/2008 e 26/3/2008 com os entrevistadores, os articuladores de saúde mental dos DRS e membros do GT tendo como objetivos a apresentação e discussão do instrumento de coleta de dados, além da elaboração do cronograma inicial para o trabalho de campo.

Alguns membros do GT responsabilizaram-se pelo treinamento dos articuladores de saúde mental e dos entrevistadores e, também, acompanharam e supervisionaram o trabalho de campo, segundo cronograma que estabelecia os dias 31/3/2008, 1/4/2008 e 2/4/2008 para o início da coleta de dados em todos os hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo que possuíssem moradores. O período de realização do trabalho de campo estendeu-se de 31 de março a 30 de abril de 2008, principalmente nos hospitais em que havia um grande número de moradores.

Após aplicação e preenchimento dos formulários, os próprios entrevistadores implantaram os dados, via Internet, em sistema disponibilizado pela gerência de informática da FUNDAP. Os dados foram coletados via questionário Web (Asp) e armazenados em banco de dados SQL. Semanalmente, fez-se a exportação dos dados de SQL para Access a fim de gerar relatórios para o atendimento das seguintes necessidades:

Acompanhamento dos dados coletados: mensurar o número de questionários preenchidos pelos entrevistadores, quantificar as questões preenchidas pelos entrevistadores (qualidade de preenchimento), solicitar aos entrevistadores a complementação e/ou ajustes de questões preenchidas (qualidade da informação) e verificação de inconsistências internas, e eliminar questionários redundantes.

Geração de informações para a análise e para o apontamento de orientações à tomada de decisões futuras, e dezenas de relatórios foram executados com os mais diversos cruzamentos.

Após a implantação dos dados, os entrevistadores entregaram os questionários preenchidos em papel para conferência e posteriores consultas.

Os dados obtidos por estatística descritiva foram submetidos à análise de frequência simples das variáveis; os resultados obtidos apontam que os moradores têm **recursos, possibilidades e necessidades** para serem desinstitucionalizados.

Considerou-se que para propor estratégias, tanto as já normatizadas como aquelas singulares de desinstitucionalização dessas pessoas, é fun-





damental buscar no planejamento os instrumentos que viabilizem para os gestores, trabalhadores e moradores o processo de alocação destes últimos na comunidade.

Nesse sentido, foram selecionados indicadores que permitiram realizar uma análise dos recursos, possibilidades e necessidades dos moradores, para o estabelecimento de possíveis relações com os investimentos necessários por parte dos gestores do SUS, das instituições onde hoje moram os moradores, assim como de outros setores de governos e da sociedade, que viabilizem a saída dessas pessoas com moradia, assistência e documentação.

Dessa forma, para revelar aspectos dos recursos, possibilidades e necessidades foram utilizadas variáveis mais objetivas e quantificáveis que conformaram três indicadores compostos, mesmo considerando que variáveis subjetivas como empatia e desejo serão fundamentais no bom êxito da alocação de moradores na comunidade.

A esses indicadores foram atribuídas pontuações, que trazem gradações já explicitadas no instrumento para coleta dos dados, e que permitiram dar visibilidade aos recursos, possibilidades e necessidades em relação a:

- *Autocuidado;*
- *Família e Vínculos Sociais;*
- *Cidadania e Suporte Social.*

**1. Autocuidado** como indicador composto de avaliação de possibilidades das **pessoas**, que atribuiu um peso majoritário num processo de alocação do morador na comunidade. São indicadores relacionados às pessoas, e que contemplam as possibilidades de autonomia para a vida cotidiana dos moradores. São aqueles que correspondem às questões 32, 33, e 34 do formulário e que totalizam 12 pontos. É necessário reiterar que são dados obtidos no contexto de institucionalização dessas pessoas.

Está composto por:

- **Higiene** (Banho, Cabelos, Unhas, Higiene Bucal, Uso de vaso sanitário);
- **Alimentação** (Alimentar-se à mesa e usar talheres);
- **Vestir-se** (vestir-se sozinho com roupas adequadas).

**Pontuação: 0 - 12**

Foram estabelecidos três intervalos para a compilação dos resultados de 0 - 3; 4 - 8; 9 - 12.





2. **Família e Vínculos Sociais** como indicador composto que buscou incluir a solidariedade familiar ou de amigos como variável importante no processo de reabilitação psicossocial dos moradores. São conhecidos estudos que já examinam a possibilidade de se pensar alternativas de moradia distintas da “casa da família”, quando essas famílias são agentes estressores importantes para o aumento da vulnerabilidade dos enfermos em especial, aqueles com longos episódios de internação. Correspondem às questões 17, 47 e 35 do formulário, cujas possibilidades de resposta, para efeito de avaliação, foram agregadas em dois itens que equivalem a 0 e 2 pontos cada uma delas.

Está composto por:

- ter **Família localizada** por intermédio de endereço, telefone ou outra informação;
- sair de **Licença terapêutica** da instituição onde estiver internado;
- **receber visitas** na instituição de familiares e amigos.

**Pontuação: 0 – 6**

Os intervalos utilizados foram: 0 – 1; 2 – 4; 5 – 6.

3. **Cidadania e Suporte Social** considerando que o primeiro requisito para ser cidadão no país é ter documentos que o comprovem, sabemos que muitos pacientes de longa internação não têm documentos, o que os deixa impossibilitados de obter benefícios da Previdência Social e acesso ao Auxílio de Reabilitação do **Programa de Volta Para Casa** do Ministério da Saúde. O processo descrito no indicador anterior para pontuação, também foi utilizado aqui, valendo para as questões 14, 15 (avaliadas conjuntamente), 31 e 38. Esse indicador de alocação na comunidade está composto por:

- ter algum **documento** (RG, CPF, Certidão de nascimento ou qualquer outra documentação que facilite a obtenção dos documentos necessários ao exercício da cidadania plena);
- ter alguma **renda** regular proveniente de benefícios, oficinas de trabalho e geração de renda, ou ainda receber regularmente ajuda financeira, doação ou mesada;
- ter lugar para morar fora do hospital.

**Pontuação: 0 – 6**

Os intervalos utilizados foram: 0 – 1; 2 – 4; 5 – 6.





Para a obtenção de um escore final, foram estabelecidos três intervalos que correspondiam à somatória dos pontos obtidos nos três indicadores já descritos. Os intervalos determinados foram 0 - 7; 8 - 16; 17 - 24 e o resultado definiu os investimentos necessários pessoais, sociais e sanitários para a desinstitucionalização dos moradores.





# RESULTADOS

## POPULAÇÃO MORADORA EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO

No momento da realização do Censo existiam 58 (cinquenta e oito) hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo. Destes, apenas 2 (dois) informaram não possuir moradores de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Os demais 56 (cinquenta e seis) hospitais psiquiátricos informaram a presença de 1 (uma) a 512 (quinhentas e doze) pessoas com mais de um ano de internação, o que representou um total de 6.542 (seis mil, quinhentos e quarenta e dois) moradores.

Após o trabalho de campo evidenciou-se um número diferente do informado pelos hospitais, constatando-se um total de 6.349 (seis mil, trezentas e quarenta e nove) pessoas, como se vê no Quadro 3. A diferença entre o número informado e encontrado deveu-se a 141 altas, 95 óbitos, 109 exclusões e 152 inclusões. As exclusões e inclusões corresponderam à adequação ou não aos critérios estabelecidos.

### **QUEM SÃO**

Em relação à data de nascimento, a informação estava disponível em 6.066 (seis mil e sessenta e seis) prontuários. Nota-se que em 283 (duzentos e oitenta e três) formulários a informação é ignorada, dado este que merece a





**Quadro 3. Distribuição do Número de Moradores Informados e Encontrados e DRS, 2008.**

DRS	NÚMERO DE HOSPITAIS	NÚMERO DE MORADORES INFORMADOS	NÚMERO DE MORADORES ENCONTRADOS
I – Grande São Paulo	12	621	605
II – Araçatuba	3	84	69
III – Araraquara	1	26	28
V – Barretos	1	33	31
VI – Bauru	3	343	316
VII – Campinas	5	80	121
VIII – Franca	1	119	117
IX – Marília	7	600	613
X – Piracicaba	2	540	566
XI – Pres. Prudente	4	336	253
XIII – Ribeirão Preto	2	374	362
XIV – S. João da Boa Vista	5	968	905
XV – S. José do Rio Preto	3	61	57
XVI – Sorocaba	7	2273	2219
XVII – Taubaté	2	84	87
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>6542</b>	<b>6349</b>

Fonte: Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

implementação de ações intersetoriais que promovam o acesso desta parcela de moradores aos direitos fundamentais de cidadania, de acesso ao direito à existência civil (Quadro 4).

**Quadro 4. Informação sobre Data de Nascimento dos Moradores, 2008.**

DATA DE NASCIMENTO	N	%
Sim	6066	95,56%
Informação ignorada	283	4,44%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

O Quadro 5, a seguir, revela que a maioria dos moradores, 61,9% ou 3.930 (três mil, novecentos e trinta) pessoas, era do sexo masculino, diferente do que acontece com a população em geral.

Uma interpretação possível para esta realidade pode estar relacionada à funcionalidade feminina. A despeito das dificuldades próprias





**Quadro 5. Distribuição dos Moradores segundo Sexo, 2008.**

SEXO	N	%
Masculino	3930	61,9%
Feminino	2419	38,1%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

do adoecimento psíquico, restam atividades que podem ser sustentadas pelas mulheres em casa, de forma geral, como cuidados com a limpeza, lavar e passar roupa.

Por outro lado, na internação de longa permanência, este trabalho silencioso e competente, não remunerado, sem direito a férias e descanso, benefícios e seguridade social, produzido por mulheres e também por homens, é historicamente explorado pelas instituições totais.

Os dados do Censo relacionados na Tabela 2 demonstram que entre a população de moradores, 3.995 (três mil, novecentos e noventa e cinco) pessoas ou 62,86% dos moradores estavam na faixa etária dos 40 (quarenta) aos 70 (setenta) anos.

As pessoas com idade acima de 60 anos correspondiam a mais de 30% da população total de moradores e, comparada à mesma faixa etária da

**Tabela 2. Relação entre Faixa Etária e Sexo dos Moradores, 2008.**

FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0 a <12	2	0,03%	3	0,05%	5	0,08%
12 a <18	13	0,20%	10	0,16%	23	0,36%
18 a <20	11	0,17%	5	0,08%	16	0,25%
20 a <30	245	3,86%	90	1,42%	335	5,28%
30 a <40	581	9,15%	265	4,17%	846	13,32%
40 a <50	938	14,77%	477	7,51%	1415	22,29%
50 a <60	865	13,62%	574	9,04%	1439	22,66%
60 a <70	680	10,71%	461	7,26%	1141	17,97%
70 a <80	334	5,26%	282	4,44%	616	9,70%
>80	100	1,58%	130	2,05%	230	3,62%
Desc.	161	2,54%	122	1,92%	283	4,46%
<b>Total</b>	<b>3930</b>	<b>61,90%</b>	<b>2419</b>	<b>38,10%</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008







população no Estado de São Paulo, é cerca de três vezes superior (9%), segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, do ano de 2000.

A faixa etária de maior expressividade era de 50 (cinquenta) a 60 (sessenta) anos de idade, que também correspondia à faixa etária prevalente para as mulheres, enquanto os homens concentravam-se na faixa etária entre 40 (quarenta) e 50 (cinquenta) anos.

A população com idade inferior a 18 (dezoito) anos representava 0,4% do total. Este número, de baixa expressividade quando comparado ao número total de moradores, revelou que 28 (vinte e oito) crianças e adolescentes estão excluídos do convívio familiar e social, não acessam seu direito à educação, estão à margem dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Este grupo de moradores merece um plano de trabalho específico, inclusivo e solidário, qualificado pelos motivos da internação, procedência e finalidade. Internados na infância, tais futuros adultos podem vir constituir o exército de moradores agora revelados.

Com relação a raça, cor e etnia, o dado de maior expressividade foi sobre a população branca, que identifica 60,29% do total de moradores. Os dados de raça/cor do Censo Demográfico de 2000 informam que no total da população do Estado de São Paulo, 27,4% são pretos e pardos. Na população moradora de hospitais psiquiátricos, esse número alcançou 38,36% do total, de acordo com o Quadro 6.

Essa condição perversa não surpreende, uma vez que a população negra sofre historicamente, no Brasil e no mundo, processos ininterruptos de abandono e apartamento social. O lugar por excelência do abandono e exclusão é o manicômio, assim como outras instituições totais. Os dados consolidados comprovaram que à população negra cabe a injusta posição

**Quadro 6. Raça/Cor/Etnia dos Moradores, 2008.**

RAÇA/COR	N	%
Branca	3828	60,29%
Preta	1039	<b>16,36%</b>
Parda	1396	<b>22%</b>
Amarela	79	1,24%
Indígena	7	0,11%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.





de prioritária no ranking da exclusão social nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Com relação à etnia, o Censo encontrou 7 (sete) moradores de origem indígena que, assim como os pretos, devem ser alvo de ações intersetoriais, articulando as políticas e órgãos públicos que desenvolvem programas específicos de saúde, proteção, e educação para esta população.

A Tabela 3, considerando a faixa etária descrita acima, sintetiza uma caracterização dos moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo: a maioria é conformada por homens brancos e adultos, seguida pelas mulheres, nas mesmas condições. E assim sucessivamente, quando recortados os grupos por sexo, raça ou etnia.

**Tabela 3. Relação entre Raça/Cor/Etnia e Sexo, 2008.**

SEXO	RAÇA/COR/ETNIA											
	BRANCA		PRETA		PARDA		AMARELA		INDÍGENA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	2361	60,1%	647	16,5%	867	22,1%	52	1,3%	3	0,1%	3930	100%
Feminino	1467	60,6%	392	16,2%	529	21,9%	27	1,1%	4	0,1%	2419	100%
<b>Total</b>	<b>3828</b>	<b>60,3%</b>	<b>1039</b>	<b>16,4%</b>	<b>1396</b>	<b>22,0%</b>	<b>79</b>	<b>1,2%</b>	<b>7</b>	<b>0,1%</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

A lógica da organização das instituições totais é arquitetada para que não ocorram encontros, os pátios são separados, os horários de banhos de sol são separados, a vida segue o ritmo institucional, os desejos ficam submetidos à censura dos vigias. Esta lógica, sustentada nos princípios eugênicos e profiláticos da terceira década do século XX no Brasil, silencia a expressão das formas particulares de existência.

O Quadro 7 mostra que em relação à religiosidade, os prontuários de 3.317 (três mil, trezentos e dezessete) moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo não informavam sobre a opção religiosa ou dizem que não professam qualquer religião. Um grupo de 2.379 (duas mil, trezentas e setenta e nove) pessoas informou que são católicos.

Comparados aos dados da população brasileira sobre religião, do Censo do IBGE de 2000, onde 7,35% das pessoas consideravam-se sem qualquer religião, percebe-se que na população moradora de hospitais psiquiátricos esse número é cerca de duas vezes maior (16,2%). A informação é ignorada em 36,04% dos prontuários.



**Quadro 7. Religião dos Moradores, 2008.**

RELIGIÃO	N	%
Não possui	1029	16,2%
Católica	2379	37,47%
Evangélica	396	6,24%
Espírita	92	1,45%
Outra	165	2,6%
Informação ignorada	2288	36,04%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário e Morador, 2008.

A privação do convívio social e da vida em comunidade, que inclui, entre outras, as manifestações religiosas, e a falta do que agradecer pode levar esta população à negação de qualquer crença.

Por outro lado, quando a expectativa de vida é suspensa pela institucionalização, pode ser vivenciada como a própria morte em vida, e a fé que resta, provavelmente, esta na força da resistência individual, na certeza da privação, na solidão dos sonhos e pesadelos.

O Quadro 8, a seguir, demonstra que em relação ao estado civil, 5.218 (cinco mil, duzentas e dezoito) pessoas eram solteiras, o que representa 82,19% da população de moradores e 6,21% da população era casada.

**Quadro 8. Estado Civil dos Moradores, 2008.**

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	5237	82,49%
Casado	394	6,21%
Separado	144	2,27%
Viúvo	118	1,86%
Informação ignorada	456	7,18%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Pode-se inferir que os dados sobre o estado civil dos moradores dos hospitais psiquiátricos podem fornecer elementos que confirmam que a função estratégica do manicômio é reduzir as pessoas, e seus modos de viver, a dados que pouco ou nada traduzem da sua realidade concreta, da forma como vivem e com quem vivem, confirmando que:





- *o manicômio é lugar de trocas zero* (Rotelli, 2001): ao aceitar-se a lógica que confere *status* civil à forma de organização afetiva e relacional das pessoas, ser solteiro pode querer dizer não possuir relação afetiva estável, não deixar descendentes, não procriar. Entretanto, a complexidade social, econômica e estrutural contemporânea produziu inúmeras formas de agregação social, das coletivas às individuais e, da mesma forma, as formas contemporâneas de organização familiar demonstram claramente que em todos os segmentos sociais esta regra não se aplica. Este dado não é visível na população estudada e pode ser objeto de futuras investigações e propostas de intervenções na perspectiva dos direitos humanos e da liberdade de livre associação;
- *o manicômio opera segundo princípios eugênicos* (Costa, 1984): as populações organizadas segundo o sexo nas colônias, nos pavilhões, nos quartos sem portas, nos banheiros coletivos, promove, ao menos em tese, a esterilidade dos seus moradores. É certo que tal condição não elimina a possibilidade de exercício afetivo e sexual, que não pôde ser detectada no Censo, o que seria possível pela experiência cotidiana do acompanhamento dessas pessoas. Tais dados não foram explorados neste Censo, mas é de supor que trabalhadores e trabalhadoras dessas instituições, particularmente os da enfermagem, são informantes privilegiados da vida relacional dos moradores e podem constituir um coletivo importante no processo de desinstitucionalização.

O Censo localizou o município de origem de 5.373 (cinco mil, trezentos e setenta e três) pessoas, como demonstra o Quadro 9, abaixo.

Este dado contraria o imaginário coletivo que associa internação de longa permanência com abandono familiar (o que pode ser verdadeiro) e inexistência de localização da cidade de origem com impossibilidade de desinstitucionalização (o que pode ser falso).

**Quadro 9. Conhecimento da Naturalidade dos Moradores, 2008.**

NATURALIDADE (MUNICÍPIO ONDE NASCEU)	N	%
Sim	5373	84,63%
Não	976	15,37%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.





Apesar da naturalidade não corresponder, necessariamente, ao local da última residência, este grupo majoritário, ou seja, 84,63% da população moradora passa a ser alvo de novas possibilidades de estratégias de desinstitucionalização, que ultrapassam a disponibilidade voluntariosa de familiares, dado que os laços familiares, de fato, estão esgarçados, mas sem excluí-los (quando possível).

A necessidade de ampla pactuação, de um grande diálogo entre os gestores do SUS, apresenta-se quando a naturalidade dos moradores de outros estados da Federação e de outros países é localizada, como demonstrado no Quadro 10.

**Quadro 10. Naturalidade dos Moradores de acordo com a Nacionalidade e Estados, 2008.**

LOCAL	DESCRIÇÃO	N	%
Brasil	SÃO PAULO (capital)	915	14,4%
	SÃO PAULO (Outros municípios)	3113	49,0%
	Subtotal (SP)	4028	63,4%
	Outros Estados	1373	21,6%
	Informação Ignorada	571	9,0%
	Subtotal (Brasil)	5972	94,1%
Exterior	Outros Países	38	0,6%
Informação Ignorada		339	5,3%
<b>Total</b>		<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Finalmente, o Quadro 11 informa de onde os moradores do Estado de São Paulo são naturais, por DRS<sup>2</sup>

Os dados sobre a escolaridade dos moradores de hospitais psiquiátricos (Quadro 12) mostram uma realidade alarmante: 62,07% destes não eram alfabetizados. Além deste dado, aproximadamente 9% dos moradores eram apenas capazes de escrever seus nomes, somando aproximadamente 70% da população.

A barreira do analfabetismo aprofunda os mecanismos de exclusão social desta população, porque a impede de exercer o ato mínimo de sobrevivência, que é ler e compreender o mundo.

2. O Anexo 3 informa o número de moradores naturais de cada município do Estado de São Paulo.



**Quadro 11. Moradores Naturais do Estado de São Paulo por DRS**

DRS	TOTAL PACIENTES MORADORES	% (N=6349)
I – Grande São Paulo	1196	18,8%
II – Araçatuba	89	1,4%
III – Araraquara	126	2,0%
IV – Baixada Santista	78	1,2%
V – Barretos	56	0,9%
VI – Bauru	301	4,7%
VII – Campinas	278	4,4%
VIII – Franca	85	1,3%
IX – Marília	270	4,3%
X – Piracicaba	175	2,8%
XI – Pres. Prudente	119	1,9%
XII – Registro	91	1,4%
XIII – Ribeirão Preto	97	1,5%
XIV – S. João da Boa Vista	211	3,3%
XV – S. José do Rio Preto	165	2,6%
XVI – Sorocaba	552	8,7%
XVII – Taubaté	139	2,2%
<b>Total Geral</b>	<b>4028</b>	<b>63,4%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

**Quadro 12. Escolaridade dos Moradores, 2008.**

ESCOLARIDADE	N	%
<b>Não alfabetizado</b>	<b>3941</b>	<b>62,07%</b>
Alfabetizado (escreve o nome)	552	8,69%
Escreve e lê, mas não sabe informar escolaridade	426	6,7%
Ensino fundamental incompleto	973	15,33%
Ensino fundamental completo	250	3,94%
Ensino médio incompleto	97	1,53%
Ensino médio completo	74	1,17%
Ensino superior incompleto	16	0,25%
Ensino superior completo	20	0,32%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador, 2008.





Por meio da leitura e da escrita é possível ampliar repertórios pessoais, aujizar valores e eventos, participar da vida política e civil, organizar-se como cidadão de direitos.

A desvantagem inerente de pessoas que portam transtornos psíquicos para acessar e sustentar o processo de aprendizagem desafia gestores e ações intersetoriais a conceber políticas de inclusão social pela educação.

Segundo dados da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, o analfabetismo é mais presente nas faixas etárias acima de 50 anos. No Estado, 63,2% dos não alfabetizados concentram-se nesta faixa.

Isto quer dizer que na população entrevistada pelo Censo, o analfabetismo atinge as camadas mais jovens em proporção superior ao Estado.

A Tabela 4 abaixo mostra que no cruzamento de variáveis sobre analfabetismo e faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos, recortando as faixas etárias e tempo de internação, resultam 24 (vinte e quatro), 0,61% do total de analfabetos, crianças e adolescentes vítimas da dupla forma de exclusão: portar um transtorno psíquico e ser analfabeto.

**Tabela 4. Distribuição das Crianças e Adolescentes Moradoras e Analfabetas, por Tempo de Internação e Faixa Etária, 2008.**

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FAIXA ETÁRIA					
	0 A 12		12 A 18		TOTAL N=3941	
1 a <5		0%	6	25%	6	0,15%
5 a <10	5	21%	8	33%	13	0,33%
10 a <15		0%	5	21%	5	0,13%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>21%</b>	<b>19</b>	<b>79%</b>	<b>24</b>	<b>0,61%</b>

Fonte: Morador e Prontuário, 2008.

Estes dados do Censo evidenciam os resultados ou produtos sociais das internações de longa permanência: analfabetismo, institucionalização, exclusão, subordinação, abandono, despertencimento, desfiliação.

O banco de dados do pode informar o motivo destas internações precoces e este grupo de moradores deve ser objeto de políticas intersetoriais, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, envolvendo o Ministério Público, as Secretarias de Educação e Promoção Social, entre outras.

Com relação à população de adultos jovens (21,42%), também se realizou um recorte por faixa etária, como vemos na Tabela 5, a seguir.





**Tabela 5. Distribuição de Jovens Adultos Analfabetos por Tempo de Internação e Faixa Etária, 2008.**

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FAIXA ETÁRIA					
	20 A 30		30 A 40		TOTAL N=3941	
1 a <5	42	4,98%	63	7,46%	105	2,66%
5 a <10	64	7,58%	161	19,08%	225	5,71%
10 a <15	<b>92</b>	<b>10,90%</b>	122	14,45%	214	5,43%
15 a <20	44	5,21%	174	20,62%	218	5,53%
20 a <25	11	1,30%	59	6,99%	70	1,78%
25 a <30	1	0,12%	9	1,07%	10	0,25%
30 a <35		0,00%	1	0,12%	1	0,03%
35 a <40		0,00%	1	0,12%	1	0,03%
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>30,09%</b>	<b>590</b>	<b>69,91%</b>	<b>844</b>	<b>21,42%</b>

Fonte: Morador e Prontuário, 2008.

Necessário destacar que entre os adultos jovens na faixa de 20 a 30 anos, 30,09% (254) dos moradores analfabetos, 92 (10,90%) estavam internados entre 10 a 15 anos, ou seja, foram internados quando deveriam iniciar a escolarização e lhes foi negada esta possibilidade, mesmo como uma educação especial. Os adultos analfabetos estavam, em sua maioria, (69,99%), internados há mais de 10 anos (Tabela 6).

**Tabela 6. Distribuição dos Moradores Analfabetos Adultos por Faixa Etária e Tempo de Internação, 2008.**

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FAIXA ETÁRIA					
	40 A 50		50 A 60		TOTAL N=3941	
1 a <5	103	6,22%	90	5,43%	193	4,90%
5 a <10	182	10,99%	122	7,37%	304	7,71%
10 a <15	173	10,45%	156	9,42%	329	8,35%
15 a <20	122	7,37%	107	6,46%	229	5,81%
20 a <25	156	9,42%	85	5,13%	241	6,12%
25 a <30	95	5,74%	140	8,45%	235	5,96%
30 a <35	14	0,85%	86	5,19%	100	2,54%
35 a <40	2	0,12%	19	1,15%	21	0,53%
40 a <45	1	0,06%	2	0,12%	3	0,08%
45 a <50	1	0,06%		0,00%	1	0,03%
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>51,27%</b>	<b>807</b>	<b>48,73%</b>	<b>1656</b>	<b>42,02%</b>

Fonte: Morador e Prontuário, 2008.







O mesmo exercício foi realizado em relação à população idosa e pode-se constatar que eles somam 30, 63% dos analfabetos e dentre eles a maioria encontra-se na faixa de 60 a 70 anos, como se vê na Tabela 7.

**Tabela 7. Distribuição de Idosos Analfabetos por Faixa Etária e Tempo de Internação, 2008.**

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FAIXA ETÁRIA							
	60 A 70		70 A 80		>80		TOTAL N=3941	
1 a <5	82	6,79%	37	3,07%	17	1,41%	136	3,45%
5 a <10	84	6,96%	35	2,90%	10	0,83%	129	3,27%
10 a <15	100	8,29%	52	4,31%	15	1,24%	167	4,24%
15 a <20	63	5,22%	28	2,32%	4	0,33%	95	2,41%
20 a <25	60	4,97%	38	3,15%	19	1,57%	117	2,97%
25 a <30	77	6,38%	51	4,23%	22	1,82%	150	3,81%
30 a <35	120	9,94%	70	5,80%	31	2,57%	221	5,61%
35 a <40	65	5,39%	45	3,73%	30	2,49%	140	3,55%
40 a <45	13	1,08%	5	0,41%	2	0,17%	20	0,51%
45 a <50	6	0,50%	5	0,41%	2	0,17%	13	0,33%
50 a <55	3	0,25%	1	0,08%	2	0,17%	6	0,15%
55 a <60	1	0,08%	5	0,41%		0,00%	6	0,15%
60 a <65	1	0,08%	3	0,25%	2	0,17%	6	0,15%
>65	0	0,00%	0	0,00%	1	0,08%	1	0,03%
<b>Total</b>	<b>675</b>	<b>55,92%</b>	<b>375</b>	<b>31,07%</b>	<b>157</b>	<b>13,01%</b>	<b>1207</b>	<b>30,63%</b>

Fonte: Morador e Prontuário, 2008.

## ONDE MORAM

Os 6.349 moradores encontrados estavam distribuídos por 56 (cinquenta e seis) dos 58 (cinquenta e oito) hospitais psiquiátricos existentes no Estado de São Paulo no momento da realização do Censo, na medida em que apenas 2 (dois) dos estabelecimentos não possuíam moradores.

*O manicômio não revela a vida real existente no seu interior, mas essa população mora nessas instituições; portanto, há vida no seu interior.* O número de moradores por hospital psiquiátrico variou de 1 (um) a 538 (quinhentos e trinta e oito) e todos os 38 (trinta e oito) municípios do Estado de São Paulo que possuíam hospitais psiquiátricos contavam com moradores.

Dado que os hospitais psiquiátricos especializados são referências para territórios populacionais correspondentes aos Departamentos Re-





gionais de Saúde (DRS), observou-se que, à exceção dos DRS da Baixada Santista e Registro que não possuíam hospitais psiquiátricos, os demais possuíam moradores.

Outro dado relevante foi a variação de 3 a 100% no percentual de ocupação, por moradores, dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos. Excetuando-se os hospitais psiquiátricos que não possuíam moradores, 25 (vinte e cinco) desses estabelecimentos no Estado de São Paulo (43%) possuíam mais de 50% de seus leitos ocupados por moradores e a média geral de ocupação de leitos psiquiátricos SUS por moradores no Estado é de 53%.

O Quadro 13 apresenta o detalhamento dessas informações sobre a localização dos moradores do Estado de São Paulo em relação aos hospitais psiquiátricos, municípios, DRS, além do percentual de ocupação de leitos SUS dos hospitais psiquiátricos por moradores.

**Quadro 13: Localização dos Moradores por Hospital Psiquiátrico, Município, DRS e Percentual de Ocupação de Leitos SUS por Moradores, 2008.**

DRS	MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
I – Grande São Paulo	São Paulo	CAISM Dr. David Capistrano Água Funda	30	113	27%
	São Paulo	Hospital Philippe Pinel	41	72	57%
	São Paulo	Fund. Fac. Med. HCFMUSP Inst. de Psiquiatria	1	39	3%
	São Paulo	Clínica Charcot	62	192	32%
	São Paulo	Hospital João Evangelista	2	36	6%
	São Paulo	Casa de Saúde N Sra. do Caminho	5	120	4%
	São Paulo	Casa de Saúde N Sra. de Fátima	3	140	2%
	São Paulo	Hospital Vera Cruz	64	298	21%
	São Paulo	CAISM Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	0	65	0%
	Franco da Rocha	Complexo Hospitalar do Juquery	282	492	57%
	Osasco	Lar Bussocaba Assistência Vicentina	76	76	100%
	S. Bernardo do Campo	Centro Psiquiátrico São Bernardo do Campo	39	320	12%

continua





continuação

DRS	MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
<b>II – Araçatuba</b>	Penápolis	Hospital Espírita João Marchesi	18	78	23%
	Birigui	Hospital Felício Luchini	17	89	19%
	Araçatuba	Hospital Benedita Fernandes	34	150	23%
<b>III – Araraquara</b>	Araraquara	Casa Caibar Schutel	28	120	23%
<b>V – Barretos</b>	Barretos	Hospital Vale do Rio Gde.	31	110	28%
<b>VI – Bauru</b>	Lins	CAIS Clemente Ferreira	147	160	92%
	Jaú	Hospital Tereza Perlatti	80	203	39%
	Botucatu	CAIS Cantídio de Moura Campos	89	160	56%
<b>VII – Campinas</b>	Indaiatuba	Instituto Indaiá OSCIP	45	160	28%
	Campinas	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	47	112	42%
	Americana	Seara Hospital Psiquiátrico	19	140	14%
	Amparo	Sanatório Ismael	9	295	3%
	Amparo	Clínica Fazenda Palmeiras	1	1	100%
<b>VIII – Franca</b>	Franca	Hospital Psiquiatr. A. Kardec	117	200	59%
<b>IX – Marília</b>	Adamantina	Clínica Nosso Lar	71	152	47%
	Tupã	Clínica de Repouso D. Bosco	119	198	60%
	Tupã	Instituto de Psiquiatria Tupã	119	235	51%
	Garça	Anexo Psiquiátrico S. Lucas	59	76	78%
	Garça	Hospital Psiquiátrico André Luiz	128	180	71%
	Marília	Hospital Espírita de Marília	96	260	37%
	Ourinhos	Hospital de Saúde Mental de Ourinhos	21	123	17%
<b>X – Piracicaba</b>	Araras	Clínica Sayão	538	639	84%
	Rio Claro	Casa de Saúde Bezerra de Menezes	28	195	14%
<b>XI – Presidente Prudente</b>	Pirapozinho	Hospital Sta. Maria de Pirapozinho	49	59	83%
	Presidente Prudente	Hospital São João de Presidente Prudente	88	180	49%
	Presidente Prudente	Hospital Psiq. Espírita Bezerra de Menezes	116	225	52%
	Presidente Prudente	Clínica Psico Físico Social Allan Kardec	0	60	0%

continua





continuação

DRS	MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
<b>XIII – Ribeirão Preto</b>	Ribeirão Preto	Hospital Santa Tereza	128	280	46%
	Sta. Rita Passa Quatro	CAIS Santa Rita do Passa Quatro	234	240	98%
<b>XIV – S. João da Boa Vista</b>	Espírito Santo Pinhal	Clínica de Repouso Santa Rosa	11	50	22%
	Espírito Santo Pinhal	Instituto Bezerra de Menezes	168	330	51%
	Itapira	Clínica Cristália	225	240	94%
	Itapira	Instituto Américo Bairral de Psiquiatria	193	511	38%
	Casa Branca	Centro de Reabilitação de Casa Branca	308	360	86%
<b>XV – S. José do Rio Preto</b>	Catanduva	Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi	35	138	25%
	Nova Granada	Santa Casa de Nova Granada	10	148	7%
	São José do Rio Preto	Hospital Bezerra de Menezes	12	197	6%
<b>XVI – Sorocaba</b>	Sorocaba	Hospital Teixeira Lima	135	243	56%
	Sorocaba	Hospital Mental Medicina	271	397	68%
	Sorocaba	Hospital Psiquiátrico Vera Cruz	419	536	78%
	Sorocaba	Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias	214	220	97%
	Salto de Pirapora	Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora	330	425	78%
	Salto de Pirapora	Hospital Psiquiátrico Santa Cruz	443	513	86%
	Piedade	Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências	407	465	88%
<b>XVII – Taubaté</b>	S.J.dos Campos	CVV Francisca Júlia	44	147	30%
	S.J.dos Campos	Chuí	43	139	31%
<b>TOTAIS</b>			<b>6.349</b>	<b>12.076</b>	<b>53%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

### ► Os HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Como citado anteriormente, os hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo localizam-se em 38 (trinta e oito) municípios. Apenas dois estabelecimentos não tinham moradores, segundo os critérios estabelecidos





para a coleta de dados do Censo. No entanto, como os municípios onde se encontravam esses dois hospitais tinham outros hospitais com pacientes moradores em seu território, podemos afirmar que todos os municípios que possuíam hospitais psiquiátricos contavam com moradores.

O número de moradores por municípios variou de 10 (dez) nos municípios de Nova Granada e Amparo a 1.039 (hum mil e trinta e nove) no município de Sorocaba.

A partir do estabelecimento de faixas de agregação de moradores nos municípios, conforme Figura 2, pode-se observar que dos 38 (trinta e oito) municípios:

- 16 (dezesseis) municípios tinham de 1 (hum) a 50 (cinquenta) moradores: Amparo, Nova Granada, São José do Rio Preto, Birigui, Penápolis, Americana, Ourinhos, Rio Claro, Araraquara, Barretos, Araçatuba, Catanduva, São Bernardo do Campo, Indaiatuba, Campinas e Pirapozinho;
- 6 (seis) municípios tinham de 50 (cinquenta) a 100 (cem) moradores: Adamantina, Osasco, Jaú, São José dos Campos, Botucatu e Marília;
- 5 (cinco) municípios tinham de 100 (cem) a 200 (duzentos) moradores: Franca, Ribeirão Preto, Lins, Espírito Santo do Pinhal, Garça;
- 6 (seis) municípios tinham de 200 (duzentos) a 400 (quatrocentos) moradores: Presidente Prudente, São Paulo, Santa Rita do Passa Quatro, Tupã, Franco da Rocha e Casa Branca;
- 4 (quatro) municípios tinham de 400 (quatrocentos) a 1.000 (hum mil) moradores: Piedade, Itapira, Araras, Salto de Pirapora; e
- 1 (hum) tinha mais de 1.000 (hum mil) moradores: Sorocaba.

Os hospitais psiquiátricos não atendem exclusivamente as populações municipais onde está localizado, mas têm como área de abrangência os DRS.

Os quinze DRS que tinham hospitais psiquiátricos possuíam moradores, sendo o mínimo de 28 (vinte e oito) pessoas no DRS III – Araraquara e o máximo de 2.219 (duas mil, duzentas e dezenove) pessoas no DRS XVI – Sorocaba.

Para a compreensão da situação encontrada, quanto aos moradores nos DRS, optou-se pela análise de cada um deles isoladamente, utilizando-se dados populacionais da Fundação SEADE (2008) e demais informações disponíveis nos arquivos da SES-SP.





**Quadro 14. Distribuição do Número de Moradores no DRS I, por Município e Hospital**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% DE OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS / MORADORES
São Paulo	CAISM Dr. David Capistrano da Costa Filho da Água Funda	Estadual	Pública	30	113	27%
São Paulo	CAISM Philippe Pinel	Estadual	Pública	41	72	57%
São Paulo	Fund. Fac. de Medicina HCFMUSP Inst. de Psiquiatria	Estadual	Pública	1	39	3%
São Paulo	Clínica Charcot	Municipal	Filantrópica	62	192	32%
São Paulo	Hospital João Evangelista	Municipal	Filantrópica	2	36	6%
São Paulo	Casa de Saúde N. Sra do Caminho	Municipal	Filantrópica	5	120	4%
São Paulo	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	Municipal	Filantrópica	3	140	2%
São Paulo	Hospital Vera Cruz	Municipal	Privada	64	298	21%
São Paulo	CAISM Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Estadual	Filantrópica	0	65	0%
Franco da Rocha	Complexo Hospitalar Juquery	Estadual	Pública	282	492	57%
Osasco	Lar Bussocaba Assistência Vicentina Centro	Municipal	Filantrópica	76	76	100%
S. Bernardo do Campo	Psiquiátrico de S. Bernardo do Campo	Municipal	Privada	39	320	12%
<b>Total</b>				<b>605</b>	<b>1.963</b>	<b>31%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

O número de moradores encontrados variou de 1 (um), no município de São Paulo, a 282 (duzentos e oitenta e dois), no município de Franco da Rocha, totalizando 605 (seiscentos e cinco) moradores no DRS I.

O número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos no DRS I era de 1.963 (hum mil, novecentos e sessenta e três) e a variação do percentual



desses leitos ocupados por moradores foi de 2 a 100%, correspondendo a uma média de ocupação no DRS de 31%.

De um total de 12 (doze) hospitais psiquiátricos do DRS I, 5 (cinco) eram de gestão estadual (quatro de natureza pública e um filantrópico), enquanto 7 (sete) encontravam-se sob gestão municipal, sendo 5 (cinco) de natureza filantrópica e 2 (dois) de natureza privada.

É de relevância observar-se que, embora o número total de moradores encontrados nos hospitais psiquiátricos do DRS I da Grande São Paulo tenha sido de 605 (seiscentas e cinco) pessoas, ao considerar-se que 1.196 (hum mil cento e noventa e seis) apresentavam como dado de naturalidade municípios do DRS I e 1.402 (hum mil quatrocentas e duas) pessoas residiram pela última vez em municípios do DRS I, esse fato indica processos de institucionalização agravados pela distância de familiares e de possíveis redes sociais previamente existentes.

- No DRS II Araçatuba a população é de 706.506 (setecentos e seis mil e quinhentos e seis) habitantes em 40 (quarenta) municípios. Três municípios possuíam hospitais psiquiátricos e moradores: Penápolis, Birigui e Araçatuba.

Um dos hospitais, de natureza filantrópica, estava sob gestão estadual enquanto os outros dois, também, filantrópicos, encontravam-se na gestão dos municípios de Penápolis e Araçatuba.

O número de moradores por hospital (Quadro 15) variou de 18 (dezoito), no município de Penápolis, a 34 (trinta e quatro), no município de Araçatuba, num total de 69 (sessenta e nove) moradores no DRS II.

**Quadro 15. Distribuição do Número de Moradores no DRS II, por Município e Hospital**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Penápolis	Hospital Espírita João Marchesi	Municipal	Filantrópica	18	78	23%
Birigui	Hospital Felício Luchini	Estadual	Filantrópica	17	89	19%
Araçatuba	Hospital Benedita Fernandes	Municipal	Filantrópica	34	150	23%
<b>Total</b>				<b>69</b>	<b>317</b>	<b>22%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.







O percentual de ocupação por moradores dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos do DRS II variou de 19 a 23%, tendo como valor médio de ocupação 22%.

- O DRS III Araraquara é composto por 24 (vinte e quatro) municípios, e tem população total de 929.068 (novecentos e vinte e nove mil e sessenta e oito) habitantes. O município de Araraquara é o segundo mais populoso deste DRS, com 202.251 (duzentos e dois mil e duzentos e cinquenta e um) habitantes, sendo também o único que possui hospital psiquiátrico.

O número de moradores encontrados (Quadro 16) foi de 28 (vinte e oito), porém, considerando que 126 (cento e vinte e seis) pessoas tinham como naturalidade municípios do DRS III e 61 (sessenta e um) questionários informavam como última cidade de residência, municípios deste DRS, pode-se supor que ocorreram processos de institucionalização em hospitais psiquiátricos de outros DRS e distanciamento dos vínculos familiares e sociais das mesmas. Neste município, no hospital psiquiátrico de referência para o DRS III, o percentual de ocupação de leitos SUS por moradores atingiu 23%.

**Quadro 16. Distribuição do Número de Moradores no DRS III, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Araraquara	Casa Caibar Schutel	Municipal	Filantrópica	28	120	23%
<b>Total</b>				<b>28</b>	<b>120</b>	<b>23%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

- O DRS IV da Baixada Santista, que tem 9 (nove) municípios e uma população de 1.695.101 (um milhão seiscentos e noventa e cinco mil e cento e um) habitantes, não possuía hospital psiquiátrico e, portanto, moradores.

No entanto, a população destes municípios tem como referência leitos em hospitais psiquiátricos do DRS XVI Sorocaba e verificou-se a existência de 78 (setenta e oito) pessoas cuja naturalidade era de municípios da Baixada Santista e 74 (setenta e quatro) questionários informando os municípios deste DRS como localidade de residência anterior às internações.





- A população do DRS V Barretos é composto por 19 (dezenove) municípios e possui população total de 419.386 (quatrocentos e dezenove mil e trezentos e oitenta e seis) habitantes.

Na região (Quadro 17) havia um único hospital psiquiátrico, localizado no município de Barretos e referência para os demais municípios do DRS, com 31 (trinta e um) moradores. O hospital psiquiátrico encontrava-se sob a gestão do município e era de natureza filantrópica.

Quanto à ocupação por moradores dos leitos SUS do hospital psiquiátrico, o percentual observado foi de 28%.

**Quadro 17. Distribuição do Número de Moradores no DRS V, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Barretos	Hospital Vale do Rio Grande	Municipal	Privada	31	110	28%
<b>Total</b>				<b>31</b>	<b>110</b>	<b>28%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

- O DRS VI Bauru é composto por 68 (sessenta e oito) municípios e possui população total de 1.646.604 (um milhão seiscentos e quarenta e seis mil seiscentos e quatro) habitantes.

Os municípios de Lins, Jaú e Botucatu possuíam hospitais psiquiátricos com 147 (cento e quarenta e sete), 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove)

**Quadro 18. Distribuição do Número de Moradores no DRS VI, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Lins	CAIS Clemente Ferreira	Estadual	Pública	147	160	92%
Jaú	Hospital Tereza Perlatti	Estadual	Filantrópica	80	203	39%
Botucatu	CAIS Cantídio de Moura Campos	Estadual	Pública	89	160	56%
<b>Total</b>				<b>316</b>	<b>523</b>	<b>60%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.





pacientes moradores respectivamente, num total de 316 (trezentos e dezesseis) moradores no DRS VI (Quadro 18).

Os três hospitais psiquiátricos encontravam-se sob gestão estadual, sendo 2 (dois) de natureza pública e 1 (um) filantrópico.

O número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos era de 523 (quinhentos e vinte e três) e a variação do percentual de ocupação desses leitos por moradores foi de 39 a 92%.

- A população total do DRS VII Campinas é de 3.960.602 (três milhões novecentos e sessenta mil e seiscentos e dois) habitantes, distribuídos em 42 (quarenta e dois) municípios.

Na região (Quadro 19) existiam 5 (cinco) hospitais psiquiátricos em 4 (quatro) municípios, pois os municípios de Indaiatuba, Campinas e Americana possuíam, cada um, 1 (hum) hospital e o município de Amparo 2 (dois), sendo todos de gestão municipal e natureza filantrópica.

O número de moradores por hospital variou de 1 (hum), no município de Amparo, a 47 (quarenta e sete), no município de Campinas, num total de 121 (cento e vinte e um) em todos os hospitais psiquiátricos do DRS VII.

Na medida em que se obteve informações de 278 (duzentos e setenta e oito) e 235 (duzentas e trinta e cinco) pessoas, cuja naturalidade e última cidade de residência, respectivamente, eram de municípios do DRS VII,

**Quadro 19. Distribuição do Número de Moradores no DRS VII, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Indaiatuba	Instituto Indaiá OSCIP	Municipal	Filantrópica	45	160	28%
Campinas	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Municipal	Filantrópica	47	112	42%
Americana	Seara Hospital Psiquiátrico	Municipal	Filantrópica	19	140	14%
Amparo	Sanatório Ismael	Municipal	Filantrópica	9	295	3%
Amparo	Clínica Fazenda Palmeiras	Municipal	Filantrópica	1	1	100%
<b>Total</b>				<b>121</b>	<b>708</b>	<b>17%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.





supõe-se que houve deslocamentos de munícipes deste DRS para hospitais psiquiátricos de outros DRS. A ocupação de leitos SUS em hospitais psiquiátricos por pacientes moradores no DRS VII apontou percentuais de 3 a 100%, ressaltando-se que 100% refere-se a um hospital que tem apenas 1 (hum) leito SUS cadastrado.

- O DRS VIII Franca é composto de 22 (vinte e dois) municípios com uma população total de 667.614 (seiscentos e sessenta e sete mil e seiscentos e catorze) habitantes.

Neste DRS (Quadro 20), há 1 (hum) hospital psiquiátrico, de natureza filantrópica, sob gestão do município de Franca. Foram localizados 117 (cento e dezessete) moradores, o que corresponde a um percentual de 59% de ocupação dos leitos SUS no hospital psiquiátrico.

Considerando a obtenção da informação de 85 (oitenta e cinco) pacientes moradores com naturalidade de municípios deste DRS e 100 (cem) cuja última cidade de residência foi também nesses municípios, pode-se supor que tenham ocorrido processos de institucionalização de pessoas de outros DRS, no DRS VIII Franca.

**Quadro 20. Distribuição do Número de Moradores no DRS VIII, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Franca	Hospital Psiquiátrico Allan Kardec	Municipal	Filantrópica	117	200	59%
<b>Total</b>				<b>117</b>	<b>200</b>	<b>59%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

- A região do DRS IX Marília possui uma população de 1.092.280 (um milhão e noventa e dois mil duzentos e oitenta) habitantes distribuídos por 62 (sessenta e dois) municípios. Essa foi uma das duas regiões do Estado de São Paulo onde se encontrou o maior número de hospitais psiquiátricos, todos eles com pacientes moradores (Quadro 21).

Os municípios de Adamantina, Marília e Ourinhos contavam com 1 (hum) hospital psiquiátrico cada um, enquanto Tupã e Garça apresentavam 2 (dois) hospitais em cada um dos municípios.



**Quadro 21. Distribuição do Número de Moradores no DRS IX, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Adamantina	Clínica Nosso Lar	Estadual	Filantrópica	71	152	47%
Tupã	Clínica de Repouso Dom Bosco	Estadual	Privada	119	198	60%
Tupã	Instituto de Psiquiatria Tupã	Estadual	Privada	119	235	51%
Garça	Anexo Psiquiátrico São Lucas	Municipal	Filantrópica	59	76	78%
Garça	Hospital Psiquiátrico André Luiz	Estadual	Filantrópica	128	180	71%
Marília	Hospital Espírita de Marília	Municipal	Filantrópica	96	260	37%
Ourinhos	Hospital de Saúde Mental de Ourinhos	Municipal	Filantrópica	21	123	17%
<b>Total</b>				<b>613</b>	<b>1224</b>	<b>50%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

Quatro dos hospitais psiquiátricos do DRS IX estavam sob a gestão estadual, sendo 2 (dois) de natureza filantrópica e 2 (dois) de natureza privada; os outros 3 (três) hospitais psiquiátricos eram de natureza filantrópica e estavam sob gestão municipal.

O número de pacientes moradores por hospital variou de 21 (vinte e um), no município de Ourinhos, a 128 (cento e vinte e oito), no município de Garça, num total de 613 (seiscentos e treze) moradores no DRS IX.

Também se observou, neste DRS, que o número de moradores era superior ao número de pessoas cuja naturalidade e cuja última cidade de residência eram de municípios do DRS IX, respectivamente, 270 (duzentas e setenta) e 243 (duzentas e quarenta e três), indicando institucionalização de pessoas longe de possíveis redes de apoio social e familiar.

O percentual de ocupação de leitos SUS dos hospitais psiquiátricos por moradores demonstrou variação de 17 a 78%, sendo a média dessa ocupação no DRS IX correspondente a 50%.



- O DRS X Piracicaba é composto por 26 (vinte e seis) municípios e possui população total de 1.429.471 (hum milhão quatrocentos e vinte e nove mil quatrocentos e setenta e um) habitantes.

Dois municípios do DRS X (Quadro 22) possuíam hospitais psiquiátricos: Araras e Rio Claro, ambos de natureza filantrópica e de gestão estadual.

O número de moradores no município de Rio Claro foi de 28 (vinte e oito), enquanto no município de Araras esse número chegou a 538 (quinhentos e trinta e oito), o maior número de moradores encontrados em um único hospital psiquiátrico.

Considerando que apenas 175 (cento e setenta e cinco) moradores eram naturais de municípios do DRS X e que 213 (duzentas e treze) pessoas tinham como última cidade de residência municípios deste DRS, muitos dos moradores são de outros DRS e, o fato de se manterem permanentemente distanciadas de suas redes sociais agrava ainda mais seus processos de institucionalização.

Além disso, o percentual de ocupação por moradores dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos do DRS X é um dos mais altos, atingindo 84% em apenas um dos hospitais.

**Quadro 22. Distribuição do Número de Moradores no DRS X, por Município e Hospital, 2008**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Araras	Clínica Sayão	Estadual	Filantrópica	538	639	84%
Rio Claro	Casa de Saúde Bezerra de Menezes	Estadual	Filantrópica	28	195	14%
<b>Total</b>				<b>566</b>	<b>834</b>	<b>68%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

- A região do DRS XI Presidente Prudente possui uma população total de 729.340 (setecentos e vinte nove mil trezentos e quarenta) habitantes distribuídos em 45 (quarenta e cinco) municípios.

Dois municípios têm hospitais psiquiátricos: Pirapozinho e Presidente Prudente: 1 (hum) no município de Pirapozinho e 3 (três) em Presidente





Prudente (Quadro 23). Esses quatro hospitais psiquiátricos estavam sob gestão estadual, sendo 2 (dois) de natureza filantrópica e os outros 2 (dois) de natureza privada.

Um dos hospitais, do município de Presidente Prudente, não contava com moradores segundo os critérios do Censo, enquanto nos demais observou-se um número de moradores que variou de 49 (quarenta e nove) a 116 (cento e dezesseis), num total de 253 (duzentos e cinquenta e três) moradores no DRS XI.

Neste DRS, assim como em outros, evidencia-se que o número de moradores é superior ao número de pessoas que nasceram nos municípios do DRS XI (cento e dezenove) ou aquelas que tiveram como última cidade de residência municípios deste DRS (cento e vinte e seis).

A ocupação de leitos SUS dos hospitais psiquiátricos por moradores denota percentual próximo a 50% no DRS XI, chegando a 83% de ocupação em um dos hospitais psiquiátricos da região.

**Quadro 23. Distribuição do Número de Moradores no DRS XI, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Pirapozinho	Hospital Santa Maria de Pirapozinho	Estadual	Privada	49	59	83%
Presidente Prudente	Hospital São João	Estadual	Privada	88	180	49%
Presidente Prudente	Hosp. Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes	Estadual	Filantrópica	116	225	52%
Presidente Prudente	Clínica Psico Físico Social Allan Kardec	Estadual	Filantrópica	–	60	0%
<b>Total</b>				<b>253</b>	<b>524</b>	<b>48%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

- O DRS XII Registro, como informado anteriormente, não possuía hospital psiquiátrico e, portanto, moradores. Entretanto, pôde-se verificar a existência de 91 (noventa e um) moradores cuja naturalidade informada é correspondente aos municípios deste DRS, além





de 76 (setenta e seis) pessoas que residiram pela última vez, antes da internação psiquiátrica, em municípios do DRS XII.

Esse dado corrobora a suposição do agravamento da situação de institucionalização desses moradores, na medida em que os mesmos permaneceram distanciados de familiares e outras pessoas de seu convívio social.

- A região do DRS XIII Ribeirão Preto é composto por 26 (vinte e seis) municípios e possui uma população total de 1.280.493 (um milhão duzentos e oitenta mil quatrocentos e noventa e três) habitantes.

No DRS XIII existem 2 (dois) hospitais psiquiátricos, um no município de Ribeirão Preto e o outro no município de Santa Rita do Passa Quatro (Quadro 24), sendo ambos de natureza pública e de gestão estadual.

O número de moradores por hospital variou de 128 (cento e vinte e oito), no município de Ribeirão Preto, a 234 (duzentos e trinta e quatro), no município de Santa Rita do Passa Quatro, num total de 362 (trezentos e sessenta e dois) moradores no DRS XIII.

Considerando que 97 (noventa e sete) moradores tinham como naturalidade os municípios do DRS XIII e 79 (setenta e nove) moradores residiram nesses municípios antes da internação psiquiátrica, conclui-se que muitos dos moradores eram provenientes de outros DRS.

Esse fato vem ocorrendo com frequência dado que os dois hospitais psiquiátricos são próprios da SES-SP e têm recebido, por inúmeras vezes, moradores de outros DRS oriundos do fechamento de hospitais nestes DRS; no entanto, isso pode criar situações de maior distanciamento dos vínculos familiares porventura existentes.

**Quadro 24. Distribuição do Número de Moradores no DRS XIII, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Ribeirão Preto	Hospital Santa Tereza	Estadual	Pública	128	280	46%
Santa Rita do Passa Quatro	CAIS Santa Rita do Passa Quatro	Estadual	Pública	234	240	98%
<b>Total</b>				<b>362</b>	<b>520</b>	<b>70%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.







O percentual de ocupação por moradores dos leitos SUS nesses hospitais psiquiátricos também era alto e correspondia a 70% no DRS XIII, atingindo 98% em um dos hospitais.

- O DRS XIV São João da Boa Vista é composto por 20 (vinte) municípios com uma população total de 808.645 (oitocentos e oito mil seiscentos e quarenta e cinco) habitantes.

Havia 5 (cinco) hospitais psiquiátricos neste DRS. Dois (2) no município de Espírito Santo do Pinhal, dois no município de Itapira e um no município de Casa Branca. Todos eles estão sob gestão estadual, sendo um de natureza pública, dois filantrópicos e dois privados (Quadro 25).

O número total de moradores encontrados foi de 905 (novecentos e cinco), correspondendo ao segundo maior número de moradores por DRS, variando de 11 (onze) moradores por hospital, no município de Espírito Santo do Pinhal, a 308 (trezentos e oito), no município de Casa Branca.

Neste DRS, observa-se, também, que o número de moradores é muito superior ao número de pessoas nascidas nos municípios do DRS XIV, 211 (duzentas e onze) e também ao número de moradores cuja última cidade de residência estava entre os municípios deste DRS (cento e sessenta e cin-

**Quadro 25. Distribuição do Número de Moradores no DRS XIV, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Espírito Santo do Pinhal	Clínica de Repouso Santa Rosa	Estadual	Privada	11	50	22%
Espírito Santo do Pinhal	Instituto Bezerra de Menezes	Estadual	Filantrópica	168	330	51%
Itapira	Clínica Cristália Itapira	Estadual	Privada	225	240	94%
Itapira	Instituto Américo Bairral de Psiquiatria	Estadual	Filantrópica	193	511	38%
Casa Branca	Centro de Reabilitação de Casa Branca	Estadual	Pública	308	360	86%
<b>Total</b>				<b>905</b>	<b>1491</b>	<b>61%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.





co), fato que indica presença de moradores de outros DRS internados por longos períodos longe de suas redes sociais.

O percentual de ocupação por moradores dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos variou de 22 a 94%, atingindo uma média de ocupação por moradores da ordem de 61% no DRS.

- No DRS XV São José do Rio Preto a população é de 1.475.778 (um milhão quatrocentos e setenta e cinco mil setecentos e setenta e oito) habitantes, distribuídos por 101 (cento e um) municípios.

Três municípios possuíam hospitais psiquiátricos: Catanduva, Nova Granada e São José do Rio Preto, todos de natureza filantrópica. Dois desses hospitais encontravam-se sob gestão municipal e um sob gestão estadual (Quadro 26).

O número de moradores por hospital variou de 10 (dez) no município de Nova Granada, a 35 (trinta e cinco) no município de Catanduva, num total de 57 (cinquenta e sete) moradores no DRS XV.

Nesse DRS, o número de moradores da população do Censo cuja naturalidade correspondia aos municípios da região era maior do que o número de moradores nos hospitais 165 (cento e sessenta e cinco), assim como aqueles cuja última cidade de residência localizava-se no DRS XV, 67 (sessenta e sete), indicando que pessoas originárias dos municípios do DRS teriam sido deslocadas para hospitais de outros DRS e, portanto, mantidas longe de seus vínculos anteriores às internações.

**Quadro 26. Distribuição do Número de Moradores no DRS XV, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Catanduva	Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi	Municipal	Filantrópica	35	138	25%
Nova Granada	Santa Casa de Nova Granada	Estadual	Filantrópica	10	148	7%
São José do Rio Preto	Hospital Bezerra de Menezes	Municipal	Filantrópica	12	197	6%
<b>Total</b>				<b>57</b>	<b>483</b>	<b>12%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.





A ocupação dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos do DRS XV por moradores é baixa, em relação aos demais DRS, e varia de 6 a 25%, numa média geral para o DRS de 12%.

- A região do DRS XVI Sorocaba é composta por 48 (quarenta e oito) municípios e possui uma população total de 2.287.907 (dois milhões duzentos e oitenta e sete mil e novecentos e sete) habitantes.

No DRS XVI concentravam-se 7 (sete) hospitais psiquiátricos e o maior número de moradores da população do Censo (Quadro 27). Os hospitais encontravam-se em 3 (três) municípios: 4 (quatro) no município de Sorocaba, 2 (dois) no município de Salto de Pirapora e 1 (hum) no município de Piedade.

A maioria dos hospitais psiquiátricos do DRS XVI era de natureza privada, havendo apenas um filantrópico. Aqueles localizados no município

**Quadro 27. Distribuição do Número de Moradores no DRS XVI, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
Sorocaba	Hospital Teixeira Lima	Municipal	Privada	135	243	56%
Sorocaba	Hospital Mental	Municipal	Privada	271	397	68%
Sorocaba	Hospital Psiquiátrico Vera Cruz	Municipal	Privada	419	536	78%
Sorocaba	Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias	Municipal	Filantrópica	214	220	97%
Salto de Pirapora	Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora	Estadual	Privada	330	425	78%
Salto de Pirapora	Hospital Psiquiátrico Santa Cruz	Estadual	Privada	443	513	86%
Piedade	Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências	Estadual	Privada	407	465	88%
<b>Total</b>				<b>2219</b>	<b>2799</b>	<b>79%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.





de Sorocaba estavam sob a gestão do município, enquanto os hospitais psiquiátricos situados nos municípios de Salto de Pirapora e Piedade tinham gestão estadual.

O número de moradores por hospital variou de 135 (cento e trinta e cinco) no município de Sorocaba, a 443 (quatrocentos e quarenta e três), no município de Salto de Pirapora, totalizando 2.219 (dois mil duzentos e dezenove) moradores no DRS XVI, o que correspondia a mais de 1/3 dos moradores encontrados nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, segundo os critérios estabelecidos do Censo.

Da população total de moradores do DRS XVI, apenas 552 (quinhentos e cinquenta e dois) tinham como naturalidade informada os municípios deste DRS, além de que somente 599 (quinhentos e noventa e nove) residiram pela última vez, antes das internações psiquiátricas, em municípios daquela região.

Esses dados permitem afirmar o agravamento das situações de institucionalização, pelo distanciamento dos vínculos familiares e sociais de origem.

Quanto à ocupação por moradores dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos observou-se variações por hospital de 56 a 97% e uma média de ocupação no DRS de 79%.

- O DRS XVII Taubaté conta com 39 (trinta e nove) municípios e uma população total de 2.281.819 (dois milhões duzentos e oitenta e um mil oitocentos e dezenove) habitantes.

Os 2 (dois) hospitais psiquiátricos do DRS localizavam-se no município de São José dos Campos, sendo ambos de natureza filantrópica e de gestão municipal (Quadro 28).

**Quadro 28. Distribuição do Número de Moradores no DRS XVII, por Município e Hospital, 2008.**

MUNICÍPIO	NOME DO HOSPITAL	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	% OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
S. José dos Campos	CVV Francisca Julia	Municipal	Filantrópica	44	147	30%
S. José dos Campos	Chuí	Municipal	Filantrópica	43	139	31%
<b>Total</b>				<b>87</b>	<b>286</b>	<b>30%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.





O número de moradores por hospital variou de 43 (quarenta e três) a 44 (quarenta e quatro), num total de 87 (oitenta e sete) moradores no DRS XVII.

Assim como em outros DRS, observou-se um número de moradores inferior ao número de pessoas que tinham como informação de naturalidade municípios deste DRS (cento e trinta e nove), assim como o número de moradores que residiam em municípios desta região (cento e vinte e cinco).

O número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos era de 286 (duzentos e oitenta e seis) e a variação do percentual de ocupação desses leitos por moradores foi de 30 a 31%.

A análise dos dados de cada um dos DRS permite concluir que houve uma variação do número de moradores de 2.219 (dois mil duzentos e dezenove), no DRS XVI Sorocaba, a 28 (vinte e oito), no DRS II Araraquara. Com relação ao percentual de ocupação, por moradores, dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos dos DRS observou-se uma variação de 12%, no DRS XV São José do Rio Preto, a 79%, no DRS XVI Sorocaba (Quadro 29).

**Quadro 29. Percentual de Leitos SUS Ocupados por Moradores, por DRS, 2008.**

DRS	NÚMERO DE MORADORES	NÚMERO DE LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS	PERCENTUAL DE OCUPAÇÃO DE LEITOS SUS POR MORADORES
I – Grande São Paulo	605	1.963	31%
II – Araçatuba	69	317	22%
III – Araraquara	28	120	23%
V – Barretos	31	110	28%
VI – Bauru	316	523	60%
VII – Campinas	121	708	17%
VIII – Franca	117	200	59%
IX – Marília	613	1224	50%
X – Piracicaba	566	834	68%
XI – Presidente Prudente	253	524	48%
XIII – Ribeirão Preto	362	520	70%
XIV – S. João da Boa Vista	905	1491	61%
XV – S. José do Rio Preto	57	483	12%
XVI – Sorocaba	2219	2799	79%
XVII – Taubaté	87	286	30%
<b>Total</b>	<b>6.349</b>	<b>12.076</b>	<b>53%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

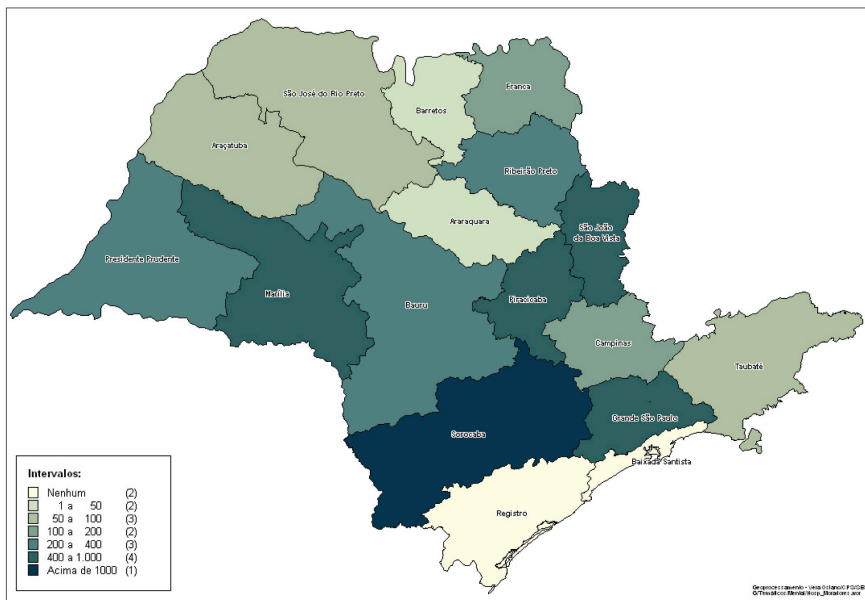




A Figura 3 retrata as faixas de concentração de número de moradores por DRS da maneira que se segue:

- Nenhum: DRS IV Baixada Santista e DRS XII Registro;
- De 1 a 50: DRS III Araraquara e DRS V Barretos;
- De 50 a 100: DRS XV São José do Rio Preto, DRS II Araçatuba e DRS XVII Taubaté;
- De 100 a 200: DRS VIII Franca e DRS VII Campinas;
- De 200 a 400: DRS XI Presidente Prudente, DRS VI Bauru e DRS XIII Ribeirão Preto;
- De 400 a 1.000: DRS X Piracicaba, DRS I Grande São Paulo, DRS IX Marília e DRS XIV São João da Boa Vista;
- Acima de 1.000: DRS XVI Sorocaba.

**Figura 3. Concentração de Número de Moradores dos Hospitais Psiquiátricos dos DRS do Estado de São Paulo, 2008.**



Fonte: SES – SP, 2008.

Quanto à variação da ocupação, por moradores, dos leitos SUS dos hospitais psiquiátricos dos DRS, a Figura 4 permite visualizar 5 (cinco) intervalos percentuais:

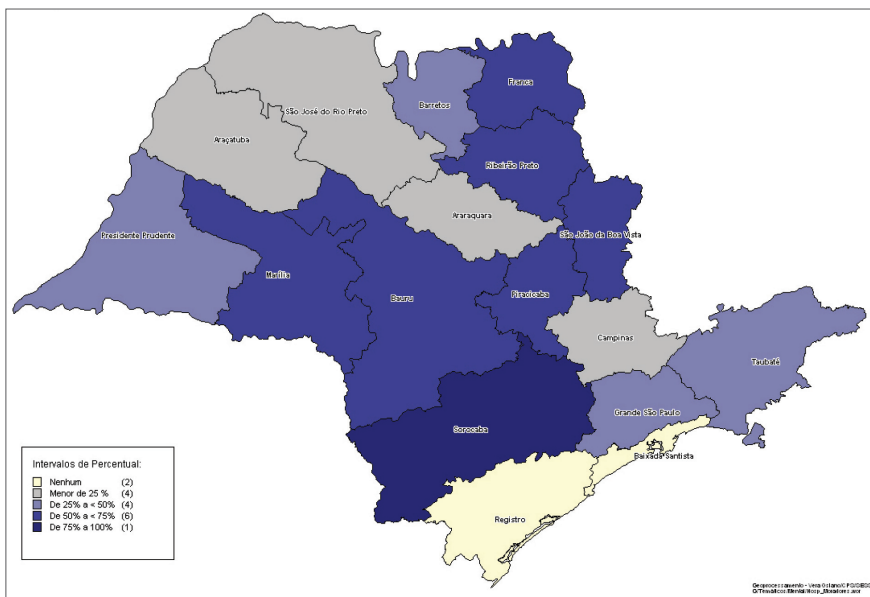
- Nenhum: DRS IV Baixada Santista e Registro;





- Menor que 25%: DRS XV São José do Rio Preto, DRS VII Campinas, DRS II Araçatuba e DRS III Araraquara;
- De 25 a < 50%: DRS V Barretos, DRS XVII Taubaté, DRS I Grande São Paulo e DRS XI Presidente Prudente;
- De 50 a < 75%: DRS IX Marília, DRS VIII Franca, DRS VI Bauru, DRS XIV São João da Boa Vista; DRS X Piracicaba e DRS XIII Ribeirão Preto;
- De 75 a 100%: DRS XVI Sorocaba.

**Figura 4. Concentração de Leitos Psiquiátricos SUS Ocupados por Moradores dos Hospitais Psiquiátricos dos DRS do Estado de São Paulo, 2008.**



Dados disponíveis no Banco de Dados do Censo relacionados à naturalidade e última cidade onde residiram os moradores evidenciam que alguns DRS caracterizam-se como “recebedores” de moradores de outros DRS.

Os DRS que apresentaram números de moradores superiores aos originários de municípios de suas regiões foram: Bauru, Franca, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista e Sorocaba.

Por outro lado, os DRS da Grande São Paulo, Araçatuba, Araraquara, Barretos, Campinas, São José do Rio Preto e Taubaté possuíam números de





moradores inferiores àqueles cujas informações de naturalidade e último município de residência correspondia aos municípios destas regiões.

Além disso, foram identificados 1.992 (hum mil novecentos e noventa e dois) moradores cuja informação da última cidade que residiu é desconhecida e 279 (duzentos e setenta e nove) pessoas que residiam, antes da internação psiquiátrica, em municípios de outros estados. Portanto, esse dado também pode contribuir para a compreensão de números elevados de moradores em vários DRS.

A análise do tipo de gestão e natureza dos hospitais psiquiátricos que possuíam moradores (Quadro 30) demonstrou que do total de 6.349 (seis mil trezentos e quarenta e nove) pessoas, 4.400 (quatro mil e quatrocentas) encontravam-se em hospitais psiquiátricos de gestão estadual, o que corresponde a 69% do total de moradores.

**Quadro 30. Distribuição dos Moradores por Tipo de Gestão e Natureza dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.**

TIPO DE GESTÃO/ NATUREZA	PÚBLICA	FILANTRÓPICA	PRIVADA	TOTAL	
				N	%
Estadual	1.260	1.349	1.791	4.400	69%
Municipal	0	990	959	1.949	31%
<b>Total</b>	<b>1.260</b>	<b>2.339</b>	<b>2.750</b>	<b>6.349</b>	<b>100%</b>

Fonte: SES-SP e Prontuário, 2008.

Deste total, quanto à natureza dos estabelecimentos, 1.260 (hum mil duzentos e sessenta) moradores encontrava-se em hospitais psiquiátricos públicos, 1.349 (hum mil trezentos e quarenta e nove) em hospitais filantrópicos e a maioria, 1.791 (hum mil setecentos e noventa e um), em hospitais privados.

Nos hospitais psiquiátricos sob gestão municipal, encontravam-se 1.949 (hum mil, novecentos e quarenta e nove) moradores, correspondendo a 31% do total de moradores, estando 990 (novecentas e noventa) pessoas em hospitais de natureza filantrópica e 959 (novecentos e cinquenta e nove) em hospitais privados.

Desta forma, a análise dos dados encontrados nos âmbitos regionais relacionados aos aspectos da gestão desses estabelecimentos, é fundamental para sustentar pactuações entre os gestores do sistema e para operacionalização de projetos de desinstitucionalização da população moradora.







## O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

### *DADOS CLÍNICOS*

As informações relativas aos dados clínicos e psiquiátricos tiveram como fonte as anotações de prontuários, pois o instrumento utilizado para o trabalho de campo do Censo não teve como objetivo realizar nenhum tipo de avaliação clínica ou psiquiátrica junto aos moradores.

Na medida em que o instrumento de coleta de dados permitia o preenchimento de mais de uma alternativa para as questões 21, 22 e 23 (diagnóstico psiquiátrico atual, doenças clínicas e deficiências associadas), a análise dessas informações levou à identificação da frequência com a qual estiveram presentes esses dados na população total de moradores.

No caso dos diagnósticos psiquiátricos o instrumento de coleta de dados previu anotações, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), em relação aos seguintes grupos diagnósticos:

- F00-F09: Transtornos Mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
- F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- F30-F39: Transtornos de Humor (afetivos);
- F40-F48: Transtornos Neuróticos, transtornos relacionados ao *stress* e a transtornos somatoformes;
- F50-F59: Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;
- F60-F69: Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;
- F70-F79 Retardo Mental;
- Outros diagnósticos psiquiátricos.

Observou-se que 5.770 (cinco mil setecentos e setenta) moradores, que correspondiam a 90% da população total do Censo, apresentavam apenas um diagnóstico psiquiátrico, enquanto 409 (quatrocentos e nove) e 26 (vinte e seis) tinham dois e mais que dois diagnósticos psiquiátricos, respectivamente (Quadro 31).

No conjunto da população moradora, existiam 144 (cento e quarenta e quatro) pessoas que não possuíam diagnósticos psiquiátricos, o que pode



**Quadro 31. Número e Percentual de Diagnósticos Psiquiátricos por Morador, 2008.**

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE MORADORES	
	N	%
Nenhum	144	2,27%
Um	5770	90,88%
Dois	409	6,44%
Mais que dois	26	0,41%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

sugerir processos de institucionalização motivados por outras questões, como, por exemplo, as situações de precariedade social ou de cuidados de outra natureza, além de indicarem a necessidade imediata de reversão desses processos.

Com relação aos grupos diagnósticos na população de moradores do Censo, a faixa de F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes) esteve presente em 25,7% dos homens e 16,97% das mulheres, totalizando 42,66%; este foi, portanto, o diagnóstico prevalente entre os moradores (Tabela 8).

**Tabela 8. Presença de Diagnósticos Psiquiátricos segundo a CID 10, na População de Moradores, por Sexo dos Moradores, 2008.**

DIAGNÓSTICOS PSQUIÁTRICOS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>F00 – F09</b>	<b>1007</b>	<b>15,05%</b>	<b>439</b>	<b>6,56%</b>	<b>1446</b>	<b>21,61%</b>
F10 – F19	108	1,61%	11	0,16%	119	1,78%
<b>F20 – F29</b>	<b>1719</b>	<b>25,70%</b>	<b>1135</b>	<b>16,97%</b>	<b>2854</b>	<b>42,66%</b>
F30 – F39	56	0,84%	34	0,51%	90	1,35%
F40 – F48	3	0,04%	2	0,03%	5	0,07%
F50 – F59	5	0,07%	0	0%	5	0,07%
F60 – F69	51	0,76%	26	0,39%	77	1,15%
<b>F70 – F79</b>	<b>1222</b>	<b>18,27%</b>	<b>816</b>	<b>12,20%</b>	<b>2038</b>	<b>30,46%</b>
Outros	41	0,61%	15	0,22%	56	0,84%
<b>Total</b>	<b>4212</b>	<b>62,96%</b>	<b>2478</b>	<b>37,04%</b>	<b>6690</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.



O segundo grupo diagnóstico de maior expressividade foi o Retardo Mental (F70 a F79), presente em 30,46% da população moradora, sendo verificado em 18,27% dos homens e em 12,20% das mulheres.

Considerando que mais de 90% dos moradores apresentavam apenas um diagnóstico, deduz-se que uma grande parcela da população de moradores encontrava-se internada com diagnóstico de Retardo Mental, o que, visto isoladamente, não justificaria a internação psiquiátrica. Essa situação mereceria uma especial atenção na reavaliação desses casos, quanto à gravidade e às necessidades específicas de intervenção.

É ainda relevante a presença de diagnósticos psiquiátricos do grupo F00 a F09 (21,61%) que indicam quadros orgânicos, em especial aqueles provavelmente relacionados à epilepsia, que mereceriam também uma avaliação apurada quanto ao controle dos sintomas.

Quanto ao grupo diagnóstico dos Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10 a F19), o mesmo esteve presente para 119 (cento e dezenove) moradores.

Entre homens e mulheres a presença de diagnósticos psiquiátricos seguiu o mesmo padrão de prevalência quanto aos grupos: F20 a F29, F70 a F79 e F00 a F09, porém em relação ao grupo dos transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, este se revelou mais prevalente nos homens, bem como o grupo dos transtornos de humor mostrou-se mais presente nas mulheres, assim como na população em geral.

A análise qualitativa da categoria **Outros** revelou 17 (dezessete) registros de diagnósticos psiquiátricos do grupo dos Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89), 6 (seis) para a faixa de diagnósticos F90 a F98 (Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência) e 8 (oito) para F99 (Transtorno mental não especificado), totalizando a presença de 31 (trinta e um) diagnósticos classificados em outros grupos. Os demais 25 (vinte e cinco) registros referiam-se às anotações genéricas de sintomas ou quadros clínicos, não classificáveis nos demais grupos diagnósticos.

Com relação à presença de diagnósticos psiquiátricos nas várias faixas etárias (Tabela 9) verificou-se que os transtornos orgânicos (F00 a F09), transtornos da personalidade (F60 a F69) e o retardo mental (F70 a F79) foram prevalentes na faixa etária de 40 a 50 anos, que era também a faixa etária preponderante de homens moradores.





**Tabela 9. Presença de Diagnósticos Psiquiátricos por Faixa Etária, 2008.**

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	0 A	12 A	18 A	20 A	30 A	40 A	50 A	60 A	70 A	>80	DESC	TOTAL	
	<12	<18	<20	<30	<40	<50	<60	<70	<80	N		%	
F00 – F09	1	2	2	79	197	348	324	259	118	61	55	1446	21,61%
F10 – F19				8	14	28	26	29	10	1	3	119	1,78%
F20 – F29			1	44	188	527	736	660	412	138	148	2854	42,66%
F30 – F39				6	6	11	22	19	18	4	4	90	1,35%
F40 – F48						3	1	1				5	0,07%
F50 – F59				1	1	1	1	1				5	0,07%
F60 – F69	1	1	1	5	13	19	15	16	4	1	1	77	1,15%
F70 – F79	2	10	5	167	474	566	397	215	84	28	90	2038	30,46%
Outros		3	2	11	13	9	6	5	4	2	1	56	0,84%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>321</b>	<b>906</b>	<b>1512</b>	<b>1528</b>	<b>1205</b>	<b>650</b>	<b>235</b>	<b>302</b>	<b>6690</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Na faixa etária entre 50 e 60 anos, que concentra a maioria dos moradores e as mulheres, os diagnósticos psiquiátricos prevalentes foram a esquizofrenia (F20 a F29) e os transtornos de humor (F30 a F39).

Chamou a atenção que para os moradores menores de 20 anos o grupo diagnóstico de maior expressividade foi o retardo mental (F70 a F79), seguido dos transtornos mentais orgânicos (F00 a F09), transtornos da personalidade (F60 a F69) e apenas um registro de esquizofrenia (F20 a F29).

Para a maioria da população moradora (55,32%) não se evidenciou a presença de doenças clínicas associadas a diagnósticos psiquiátricos; entretanto, no restante dos moradores observou-se a existência de uma doença clínica em 31,88% (2.024) das pessoas, duas doenças clínicas em 10,16% (645) dos moradores e mais de duas doenças clínicas em 2,65% (168) da população (Quadro 32).

**Quadro 32. Presença de Doenças Clínicas Associadas ao Diagnóstico Psiquiátrico, 2008.**

NÚMERO DE DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS	N	%
Nenhuma	3512	55,32%
Uma	2024	31,88%
Duas	645	10,16%
Mais que duas	168	2,65%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.





Conforme definido no instrumento de coleta de dados, era possível aos recenseadores anotarem mais de uma categoria de doença clínica como opção na questão 22, no entanto, como havia apenas seis alternativas, muitos outros diagnósticos clínicos ou descrição de sinais e sintomas informados nos prontuários dos moradores foram registrados como **outras**.

Dessa forma, a presença de **outras** doenças clínicas foi majoritária entre as informações de doenças clínicas na população moradora, atingindo o percentual de 39,16%.

As demais informações sobre presença de doenças clínicas associadas entre os moradores apontaram, em ordem de prevalência, 33,55% para hipertensão arterial, 12,75% para Diabetes, 5,19% para cardiopatias, 4,52% para doenças pulmonares e 4,75% para doenças de pele e 0,10% para hanseníase (Tabela 10).

A presença de doenças clínicas, quando considerado o sexo, segue um padrão de maior incidência entre os homens, com exceção da Diabetes, que foi encontrada mais em mulheres.

**Tabela 10. Distribuição de Doenças Clínicas Presentes nos Moradores segundo o Sexo, 2008.**

DOENÇAS CLÍNICAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão arterial	683	17,74%	609	15,81%	1292	33,55%
Diabetes	234	6,08%	256	6,65%	490	12,72%
Cardiopatias	114	2,96%	86	2,23%	200	5,19%
Doenças Pulmonares (Tuberculose, DPOC, Pneumonia etc.)	106	2,75%	68	1,77%	174	4,52%
Hanseníase	3	0,08%	1	0,03%	4	0,10%
Doenças de pele (Escabiose, Pediculose, Eczemas etc.)	132	3,43%	51	1,32%	183	4,75%
Outras	837	21,73%	671	17,42%	1508	39,16%
<b>Total</b>	<b>2109</b>	<b>54,76%</b>	<b>1742</b>	<b>45,24%</b>	<b>3851</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário e Moradores, 2008.

Ao relacionar a presença de doenças clínicas com a faixa etária dos moradores (Tabela 11), verificou-se que, coerentemente com o fato de tratar-se de uma população envelhecida, a maior ocorrência de doenças





clínicas encontrava-se na faixa de 60 a 70 anos, o que pode representar a necessidade de minuciosas avaliações clínicas.

**Tabela 11. Distribuição de Doenças Clínicas por Faixa Etária dos Moradores, 2008.**

DOENÇAS CLÍNICAS	0 A <12	12 A <18	18 A <20	20 A <30	30 A <40	40 A <50	50 A <60	60 A <70	70 A <80	>80	DESC.	TOTAL	
												N	%
Hipertensão arterial	–	–	–	5	32	162	292	352	271	112	66	1292	33,55%
Diabetes	–	–	–	3	8	61	125	141	91	31	30	490	12,72%
Cardiopatias	–	–	–	2	6	13	42	41	58	32	6	200	5,19%
Doenças Pulmonares	1	4	2	6	8	17	35	49	27	21	4	174	4,52%
Hanseníase	–	–	–	–	–	–	3	1	–	–	–	4	0,10%
Doenças de pele	–	–	–	9	28	29	46	41	18	11	1	183	4,75%
Outras	3	11	8	105	189	275	305	274	184	91	63	1508	39,16%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>130</b>	<b>271</b>	<b>557</b>	<b>848</b>	<b>899</b>	<b>649</b>	<b>298</b>	<b>170</b>	<b>3851</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, Morador e Equipe, 2008.

Com relação aos quadros de hipertensão arterial e Diabetes, considerando a prevalência de 22% e 7,6%, respectivamente, na população acima de 30 anos, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), os dados do Censo apontaram prevalências semelhantes à população em geral, quando calculadas sobre a população total de moradores (20,27% para hipertensão arterial e 7,67% para Diabetes).

Entretanto, considerando a grande quantidade de idosos na população de moradores e, portanto, mais sujeitos a agravos à saúde, pode-se supor que tenha ocorrido uma subnotificação dessas doenças clínicas, o que remete novamente a necessidades de investigação.

Por outro lado, foram identificadas doenças clínicas em moradores menores de 20 anos, chamando atenção a existência de quadros pulmonares que mereceriam ser melhor elucidados.

A análise das informações sobre presença de deficiências demonstrou que 79,10% da população de moradores não apresentava nenhuma deficiência, enquanto 18,52% tinha uma deficiência, 2,03% dos moradores tinham duas e 0,35% mais que duas deficiências informadas (Quadro 33).



**Quadro 33. Número e Percentual de Diagnósticos de Deficiências Associadas, 2008.**

DEFICIÊNCIAS ASSOCIADAS	N	%
Nenhuma	5022	79,10%
Uma	1176	18,52%
Duas	129	2,03%
Mais que duas	22	0,35%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Conforme mostra a Tabela 12, na caracterização das deficiências encontradas entre os moradores, verificou-se que houve pouca diferença entre os homens e as mulheres, correspondendo a 51,07% para as deficiências físicas, 30,47% para as deficiências visuais e 18,47% para as deficiências auditivas.

Esses percentuais, quando comparados à prevalência de deficiências da população em geral, eram maiores, com exceção da deficiência visual.

Segundo dados do IBGE (2000) os percentuais de deficiências na população são: 22,85%, 48,8% e 16,68%, respectivamente, para as deficiências física, visual e auditiva.

Desse modo, a presença aumentada de deficiências físicas e auditivas superiores na população de moradores podem ser interpretadas como resultado de processos de segregação, além de prováveis situações de precariedade sanitária e social.

No caso da deficiência visual identificada entre os moradores pode-se supor que o percentual encontrado foi inferior ao da população em geral, provavelmente, por uma ausência de diagnósticos realizados.

**Tabela 12. Distribuição de Deficiências Associadas por Sexo dos Moradores, 2008.**

DEFICIÊNCIAS ASSOCIADAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1. Deficiência física	422	51,91%	344	50,07%	766	51,07%
2. Deficiência visual	239	29,40%	218	31,73%	457	30,47%
3. Deficiência auditiva	152	18,70%	125	18,20%	277	18,47%
<b>Total</b>	<b>813</b>	<b>100%</b>	<b>687</b>	<b>100%</b>	<b>1500</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.



Com relação à faixa etária, de acordo com a Tabela 13, em que se apresentaram as deficiências, cabe ressaltar que 1,2% dos moradores tinham menos de 20 anos, 53% tinham entre 20 e 60 anos e 42% mais de 60 anos.

**Tabela 13. Distribuição de Deficiências Associada, por Faixa Etária dos Moradores, 2008.**

FAIXA ETÁRIA	DEFICIÊNCIA FÍSICA		DEFICIÊNCIA VISUAL		DEFICIÊNCIA AUDITIVA		TOTAL	
0 a <12	3	0,39%	–	0%	–	0%	3	0,20%
12 a <18	5	0,65%	2	0,44%	1	0,36%	8	0,53%
18 a <20	6	0,78%	–	0%	1	0,36%	7	0,47%
20 a <30	73	9,53%	23	5,03%	16	5,78%	112	7,47%
30 a <40	81	10,57%	40	8,75%	37	13,36%	158	10,53%
40 a <50	129	16,84%	76	16,63%	37	13,36%	242	16,13%
50 a <60	146	19,06%	92	20,13%	45	16,25%	283	18,87%
60 a <70	156	20,37%	101	22,10%	57	20,58%	314	20,93%
70 a <80	98	12,79%	67	14,66%	39	14,08%	204	13,60%
>80	49	6,40%	39	8,53%	30	10,83%	118	7,87%
Desc.	20	2,61%	17	3,72%	14	5,05%	51	3,40%
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>100%</b>	<b>457</b>	<b>100%</b>	<b>277</b>	<b>100%</b>	<b>1500</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Embora não muito significativo em termos numéricos, quando em relação à população geral do Censo, foram localizados 189 (cento e oitenta e nove) moradores acamados (Quadro 34). Acredita-se que essa situação possa estar associada ou decorra de problemas clínicos, necessitando, portanto, de avaliação específica, visto que a alta dependência desses moradores pode demandar cuidados de outra natureza ou alternativas mais complexas para a sua desinstitucionalização.

**Quadro 34. Número e Percentual de Moradores Acamados, 2008.**

MORADORES ACAMADOS	N	%
Sim	189	2,98%
Não	6160	97,02%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.







Quanto aos tratamentos medicamentosos dos moradores pode-se verificar que a maioria (89,49%) fazia uso de múltiplos medicamentos e 8,71% de um único medicamento. É relevante a informação da não utilização de medicamentos para 114 (cento e catorze) pessoas (Quadro 35).

Além disso, a análise qualitativa apontou para o uso de fármacos clínicos como única terapia medicamentosa, o que ampliaria o número de moradores que não recebem psicofármacos. Esse dado reflete mais uma das situações em que a institucionalização ocorreu, para essa parcela da população, por motivos decorrentes de outras necessidades e não associados a problemas de saúde mental.

**Quadro 35. Número e Percentual de Moradores Submetidos a Tratamentos Medicamentosos, 2008.**

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	N	%
Múltiplos medicamentos.	5682	89,49%
Medicamento único.	553	8,71%
Não faz uso de medicamentos psiquiátricos e clínicos	114	1,8%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Foi ainda observados o uso de tabaco entre 56,95% dos moradores (Quadro 36), indicando um percentual seis vezes maior do que na população em geral, que é de (9%).

**Quadro 36. Prevalência de Tabagismo entre os Moradores, 2008.**

TABAGISMO	N	%
Fumante	3616	56,95
Não fumante	2733	43,05
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Moradores e Equipe, 2008.

Os problemas de saúde bucal também foram prevalentes entre os moradores. Provavelmente em função da falta de cuidados específicos no ambiente hospitalar, 42,21% da população possuía ausência total ou parcial de dentes, com conseqüentes prejuízos para a sua saúde geral, no que se refere aos aspectos da alimentação, além da aparência e a auto-estima (Quadro 37).





**Quadro 37. Presença de Dentes ou Uso de Prótese Dentária, 2008.**

POSSUI DENTES OU USA PRÓTESE DENTÁRIA	N	%
Não	2680	42,21
Sim	3669	57,79
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Moradores e Equipe, 2008.

As situações observadas nos dados de provável subnotificação de doenças clínicas e problemas de saúde bucal na população de moradores evidenciam a necessidade da atenção integral à saúde, em particular para as pessoas com transtornos mentais.

### **PERCURSO DOS MORADORES**

O levantamento das instituições de origem revelou quem encaminhou o morador, e esta informação foi registrada como *procedência*. O Quadro 38 mostra a distribuição numérica e percentual de moradores encaminhados pelas diversas instituições.

**Quadro 38. Número e Percentual de Moradores por Procedência Institucional, 2008.**

PROCEDÊNCIA (INSTITUIÇÃO QUE ENCAMINHOU)	N	%
Hospital psiquiátrico / Febem / Casa de Custódia		
Hospitais psiquiátricos que foram fechados	1308	20,6%
Hospitais psiquiátricos (transinstitucionalização)	679	10,7%
Juquery	682	10,7%
Febem	244	3,8%
Casa de Custódia	72	1,1%
Subtotal	2741	2741
Outras instituições		0,0%
Serviços de Saúde	1095	17,2%
Ordem judicial	51	0,8%
Familiares	761	12,0%
Serviço Social	541	8,5%
Polícia	46	0,7%
Subtotal	2738	43,12%
Informação ignorada	870	13,70%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.





Cerca de 43%, ou 2.741 (duas mil, setecentos e quarenta e um), dos moradores têm como origem de sua atual internação, a transinstitucionalização decorrente, em sua maior parte, do fechamento de hospitais psiquiátricos pela Secretaria de Estado da Saúde, na década de 1990 e 2000, e descredenciamento de leitos pelo Ministério da Saúde, no processo de supervisão e avaliação dos hospitais conveniados, no PNASH de 2005 e 2007.

Este total inclui transferência de moradores, de um hospital psiquiátrico para outro, da Fundação Casa (antiga Febem) e da Casa de Custódia (ex-Manicômio Judiciário), que respondem pela transferência de pessoas que passaram a ser moradoras nos hospitais psiquiátricos, atendendo a mandato judicial.

É importante esclarecer que no Estado de São Paulo foram fechados 45 hospitais psiquiátricos entre os anos de 1989 a 2007<sup>3</sup>, com uma redução de cerca de 10 mil leitos de psiquiatria com simultânea oferta de serviços extra-hospitalares.

Entre as outras instituições, a própria rede de assistência à Saúde encaminhava 1.095 (hum mil e noventa e cinco) pessoas, e o Poder Judiciário, 51 (cinquenta e uma) pessoas. Os números que se vê a seguir, referentes a familiares, serviços sociais e segurança pública (policiais), referem-se, na sua maioria, aos anos 1990.

A partir da promulgação da Lei 8080.90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a internação em hospitais psiquiátricos passou a sofrer certa regulação, uma vez que a internação passou a ser solicitada por um serviço de Saúde. Se anteriormente a família, o serviço social e a segurança pública podiam conduzir à internação, diretamente ao hospital psiquiátrico, hoje é necessária a avaliação dos serviços de saúde.

Entretanto, mesmo com certa regulação e existência dos Centros de Atenção Psicossocial como organizador da rede de cuidados em saúde mental, segundo a Portaria n. 336, de 2002, a ocorrência de tratamento extra-hospitalar antes da internação nos hospitais psiquiátricos, é bastante reduzida para esta população de moradores, como pode ser vistas no Quadro 39.

Apenas um percentual reduzido 7,88% ou 500 (quinhentos) entre os 6.349 (seis mil, trezentos e quarenta e nove) moradores informaram a ocorrência de algum tratamento extra-hospitalar precedente à internação.

---

3. Após a coleta dos dados do Censo Psicossocial, mais dois hospitais psiquiátricos foram fechados no Estado de São Paulo.





**Quadro 39. Número e Percentual de Moradores com Tratamento Extra-hospitalar antes da Internação Atual, 2008.**

TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR ANTES DA INTERNAÇÃO ATUAL	N	%
Não	2042	32,16%
Sim.	500	7,88%
Informação ignorada	3807	59,96%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário.

Para a maioria, 3807 (três mil, oitocentos e sete) moradores ou 59,96% não há informações efetivas sobre tratamentos extra-hospitalares anteriores à internação. Para uma parcela considerável, 2042 (dois mil e quarenta e dois) moradores 32,16%, registrou-se que não houve de fato qualquer tratamento desse tipo.

Estes dados remetem à conjuntura de organização dos serviços, até 1980, fruto da política hospitalocêntrica de assistência aos transtornos mentais, onde o hospital psiquiátrico era o recurso isolado, porta aberta para as internações.

Na década de 1980, no Estado de São Paulo, iniciou-se a expansão da rede extra-hospitalar, com a contratação de equipes de saúde mental para ambulatorios e centros de saúde, e a criação de hospitais-dia e leitos de emergência psiquiátrica em hospital geral.

No final daquela década ocorreu a implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com a Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992, inclui-se a diretriz de “garantia de continuidade da atenção nos vários níveis”, o que favorece a diversificação dos serviços extra-hospitalares e propicia a oferta de assistência fora dos hospitais psiquiátricos.

### ***O TEMPO DO PERCURSO***

As datas informadas de primeira internação, obtidas na realização do Censo, permitem identificar há quanto tempo a população de moradores tem permanecido nos hospitais psiquiátricos. A permanência nos hospitais psiquiátricos pode ser observada no Gráfico 1, onde estão registradas as datas de internação, organizadas por períodos, de 1941 a 2006.

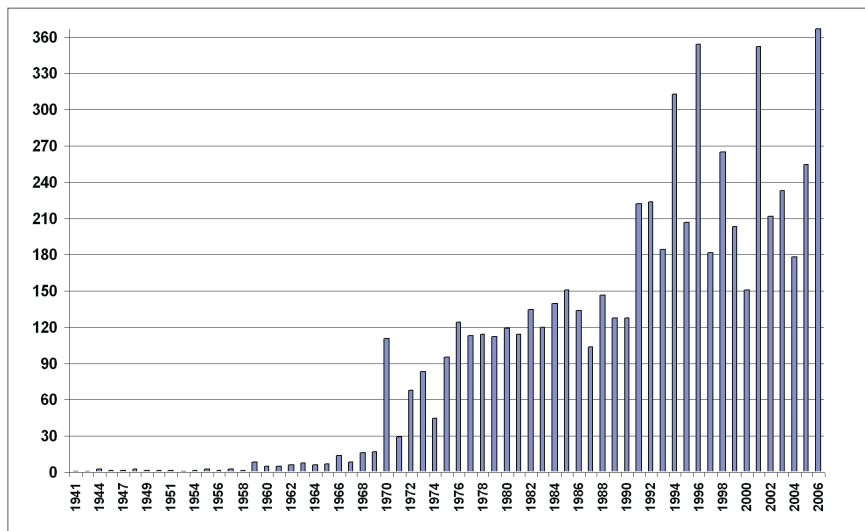
Os dados contribuem para a compreensão do grave processo de institucionalização destas pessoas quando se constata que, para muitas, o hospital





psiquiátrico constituiu a única possibilidade de moradia, no decurso de uma vida longa, porque permanecem internadas há 60, 50, 40, 30, 20 e 10 anos.

**Gráfico I. Número de Internações por Ano, 2008.**



Fonte: SES – SP, 2008.

Segundo os dados do Banco de Dados do Censo 65,10% dos moradores ou 4.133 (quatro mil, cento e trinta e três) pessoas estão internadas há mais de 10 (dez) anos, e o tempo médio de permanência é de 15 (quinze) anos, 10 (dez) meses e 15 (quinze) dias.

A data de corte para a realização do Censo foi 30 de novembro de 2007, o que implicou a seleção dos moradores que estavam internados há mais de um ano, a contar desta data, isto é, até 30 de novembro de 2006.

As datas de internação relacionadas às faixas etárias dos moradores permitem diferenciar, no processo de institucionalização, algumas etapas. A Tabela 14 mostra o número e os percentuais de internações registradas até 2000, e entre 2001 e 2006, bem como a distribuição das faixas etárias dos moradores. Considerando o número de internações, a maior parte ocorreu desde 1941 até 2000, ou seja, 4.752 (quatro mil, setecentas e cinquenta e duas), o que representa 74,84%. Os outros 1.597 (hum mil, quinhentos e noventa e sete) moradores (25,15%) estão registrados como internados nos hospitais psiquiátricos a partir de 2001, ano da promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.



**Tabela 14. Distribuição do Número e Percentual de Internações por Ano e Faixa Etária dos Moradores, 2008.**

ANO	FAIXA ETÁRIA											TOTAL	
	0 A <12	12 A <18	18 A <20	20 A <30	30 A <40	40 A <50	50 A <60	60 A <70	70 A <80	>80	DESC.	N	%
	Até 2000	5	10	12	226	589	1019	1114	897	510	189	181	4752
2001		1		16	70	99	80	48	18	6	14	352	6%
2002		3		11	32	62	35	34	16	6	13	212	3%
2003				17	38	56	44	37	14	8	19	233	4%
2004		4		14	31	40	32	27	12	5	13	178	3%
2005		4	3	19	39	51	59	42	19	6	13	255	4%
2006		1	1	32	47	88	75	56	27	10	30	367	6%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>335</b>	<b>846</b>	<b>1415</b>	<b>1439</b>	<b>1141</b>	<b>616</b>	<b>230</b>	<b>283</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Embora a Lei n. 10.216 já estivesse em vigor desde 2001, o que, em princípio, deveria evitar a internação de longa permanência, a transinstitucionalização tem sido um recurso para viabilizar o processo de desinstitucionalização. Para muitos moradores, a transferência dos hospitais psiquiátricos descredenciados para outros com iniciativas de reabilitação psicossocial e reinserção social, representou a oportunidade de obter a alta hospitalar, encaminhamento para famílias localizadas ou para os serviços residenciais terapêuticos.

O acesso ao benefício do Programa de Volta para Casa, PVC, instituído pela Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, pelo Ministério da Saúde e implementada no Estado de São Paulo, pode ser considerado como indicador de desinstitucionalização. Até novembro de 2008 foram cadastrados no PVC, no Estado de São Paulo, 1.122 (hum mil, cento e vinte e dois) ex-moradores, o que indica que essas pessoas estão morando na comunidade (Brasil, 2008).

Assim como mostram os dados da Tabela 14, 5.104 (cinco mil, cento e quatro) ou 81% das pessoas têm direito ao Programa “De Volta Para Casa”, pois estavam internadas há dois anos ou mais, quando da promulgação da Lei.

A Tabela 15 mostra a distribuição de moradores pela diferentes faixas de idade e de tempo de internação.

**Tabela 15. Distribuição do Número e Percentual de Moradores por Tempo de Internação e Faixa Etária, 2008.**

TEMPO DE INTERNAÇÃO	FAIXA ETÁRIA											DESC.	N	%
	0 <12	12 A <18	18 A <20	20 A <30	30 A <40	40 A <50	50 A <60	60 A <70	70 A <80	>80				
1 a <5	-	10	4	83	157	240	211	162	72	30	76	1045	16,46%	
5 a <10	5	8	5	88	224	319	252	163	66	18	44	1192	18,78%	
10 a <15	-	5	7	103	167	297	294	188	90	30	45	1226	19,31%	
15 a <20	-	-	-	47	217	200	193	105	51	9	25	847	13,34%	
20 a <25	-	-	-	13	70	206	148	101	62	27	20	647	10,20%	
25 a <30	-	-	-	1	9	128	200	126	81	29	23	597	9,40%	
30 a <35	-	-	-	-	1	19	105	162	100	39	41	467	7,36%	
35 a <40	-	-	-	-	1	3	30	94	60	36	5	229	3,60%	
40 a <45	-	-	-	-	-	2	3	25	9	3	1	43	0,68%	
45 a <50	-	-	-	-	-	1	-	9	13	3	1	27	0,42%	
50 a <55	-	-	-	-	-	-	2	4	2	3	-	11	0,18%	
55 a <60	-	-	-	-	-	-	1	1	6	-	1	9	0,14%	
60 a <65	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	1	8	0,12%	
>65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	76	1	0,01%	
	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>335</b>	<b>846</b>	<b>1415</b>	<b>1439</b>	<b>1141</b>	<b>616</b>	<b>230</b>	<b>283</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Prontuário, 2008.

Observando-se a matriz de distribuição, verifica-se que o maior percentual de moradores, cerca de 63%, nas diferentes faixas de tempo de internação, concentra-se entre as idades de 40 a 50 anos, ou um total de 1.415 (hum mil, quatrocentos e quinze) moradores; outros 1.439 (hum mil, quatrocentos e trinta e nove) moradores encontram-se na faixa etária entre 50 a 60 anos e 1.141 (hum mil, cento e quarenta e um) moradores na faixa etária entre 60 e 70 anos.

O maior percentual de tempo de internação dos moradores (19,31) está registrado na faixa de 10 a 15anos.

Como se pode ver na Tabela 15, há 44 (quarenta e quatro) moradores que têm menos de 20 (vinte) anos de idade, e, entre estes, alguns moram há mais de 10 (dez) anos em hospitais psiquiátricos.

A análise das informações existentes sobre esses 44 (quarenta e quatro) moradores revela que:



- 58% são do sexo masculino e 42% são do sexo feminino;
- 50% têm paralisia cerebral e 30% têm retardo mental;
- 89% têm família, e, destes, 72% recebem visitas;
- 97% têm documento;
- 33% foram encaminhados pela família;
- 55% estão internados por Ordem Judicial;
- 36% são interditados e têm curador;
- 42% recebem BPC (LOAS);
- 78% dependem de cuidados da equipe;
- 90% não participam de Atividades na Instituição;
- 66% não participam de Atividades Sociais.

A política atual de Saúde Mental Infanto-Juvenil recomenda que a assistência seja exclusivamente extra-hospitalar, mantendo crianças e adolescentes na comunidade, junto às famílias biológicas ou cuidadoras.

Mesmo quando se considera que parte destes moradores, com menos de 20 anos, têm paralisia cerebral ou retardo mental (80%), entende-se que a sua internação em hospitais psiquiátricos seja ainda mais contra-indicada. Este grupo de moradores também demanda ações intersetoriais.

### **MOTIVOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO**

No conjunto de determinantes do processo de institucionalização, os informantes apontam, prevalentemente, um subconjunto onde estão precariedade social e doenças clínicas, além do próprio transtorno mental. As combinações entre estes motivos, como foi documentado pelo Censo, podem ser conferidas no Quadro 40.

**Quadro 40. Motivo da Permanência no Hospital Psiquiátrico, 2008.**

MOTIVO DA PERMANÊNCIA DA INTERNAÇÃO	N	%
Precariedade social, doença clínica e transtorno mental	611	9,62%
Precariedade social e transtorno mental	4144	65,27%
Precariedade social e doença clínica	158	2,49%
Transtorno mental	879	13,84%
Doença clínica	38	0,61%
Precariedade social	519	8,17%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.







Para a realização do Censo, recomendou-se que os entrevistadores considerassem *precariedade social* o fato de o morador não ter lugar para morar fora do hospital e/ou não ter renda.

Segundo informado, o maior percentual de moradores (65,27%) encontra-se em situação de precariedade social combinada com transtorno mental. No entanto, 519 pessoas (8,17%) têm na precariedade social o motivo exclusivo de permanência na instituição, sem menção ao transtorno mental ou à doença clínica associados, o que revela o seu potencial para viver na comunidade.

Mesmo que precariedade social seja definida aqui como ausência de vínculos sociais e ou familiares, o fato de alguns moradores receberem renda, oriunda de benefícios ou aposentadorias, permite-lhes obter alta hospitalar e morar na cidade. Isto está demonstrado em algumas experiências de reinserção social bem sucedidas realizadas por projetos de reabilitação psicossocial conduzidos já há muitos anos no Estado de São Paulo.

Atualmente estão cadastrados no Estado 194 (cento e noventa e quatro) serviços residenciais terapêuticos, onde moradores, fazendo uso da renda obtida com o BPC e o PVC, voltaram a habitar a cidade, como cidadãos de direito. A possibilidade de habitar fora do hospital psiquiátrico está garantida pela portaria GM n.106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

O segundo subconjunto de motivos relacionados ao processo de institucionalização refere-se ao tipo de internação: *compulsória* (por ordem judicial), *involuntária* ou *voluntária*.

Historicamente, e no Brasil até a promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, a internação psiquiátrica configurou-se como involuntária, com características de seqüestro, terminando por comprometer a autonomia pessoal, e por isto implicando a institucionalização das pessoas como moradores dos hospitais. Como se pode verificar no Quadro 41, esta condição, de internação involuntária, representa o maior percentual observado na população de moradores.

Quando se examina a relação entre o tipo de internação e as faixas etárias na Tabela 16, comprova-se a realidade dos moradores, atualmente nas faixas de 40 (quarenta) a 70 (setenta) anos, que têm o maior percentual de internação involuntária.



**Quadro 41. Tipo de Internação dos Moradores, 2008.**

SITUAÇÃO JURÍDICA (TIPO DE INTERNAÇÃO)	N	%
Internação compulsória.	395	6,22%
Internação involuntária	4902	77,21%
Internação voluntária	361	5,69%
Informação ignorada	691	10,88%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

A análise da Tabela 16 também revela que, comparativamente, a internação compulsória atinge os moradores mais jovens, entre 20 (vinte) e 50 (cinquenta) anos.

**Tabela 16. Tipo de Internação por Faixa Etária dos Moradores, 2008**

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE INTERNAÇÃO									
	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA		INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA		INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA		INFORMAÇÃO IGNORADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a <12	3	0,05%	2	0,03%	0	0%	0	0%	5	0,08%
12 a <18	16	0,25%	7	0,11%	0	0%	0	0%	23	0,36%
18 a <20	9	0,14%	7	0,11%	0	0%	0	0%	16	0,25%
20 a <30	94	<b>1,48%</b>	204	3,21%	9	0,14%	28	0,44%	335	5,28%
30 a <40	70	<b>1,10%</b>	675	10,63%	22	0,35%	79	1,24%	846	13,32%
40 a <50	76	<b>1,20%</b>	1117	<b>17,59%</b>	82	1,29%	140	2,21%	1415	22,29%
50 a <60	49	0,77%	1120	<b>17,64%</b>	89	1,40%	181	2,85%	1439	22,66%
60 a <70	47	0,74%	888	<b>13,99%</b>	74	1,17%	132	2,08%	1141	17,97%
70 a <80	18	0,28%	493	7,77%	56	0,88%	49	0,77%	616	9,70%
>80	5	0,08%	186	2,93%	25	0,39%	14	0,22%	230	3,62%
Desc.	8	0,13%	203	3,20%	4	0,06%	68	1,07%	283	4,46%
<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>6,22%</b>	<b>4902</b>	<b>77,21%</b>	<b>361</b>	<b>5,69%</b>	<b>691</b>	<b>10,88%</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Entre as propostas para atender efetivamente a legislação vigente, expressa na Lei 10.216, inclui-se a criação de Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Internações Involuntárias, conforme Portaria que regula-





menta essas interações. Entre as atribuições da Comissão está o estabelecimento de diálogo com o Poder Judiciário.

### **SITUAÇÃO JURÍDICA DOS MORADORES**

A simples internação psiquiátrica pode ser frequentemente equiparada à incapacidade civil (Delgado, 1992, p.226). Inimputabilidade e periculosidade são condições culturalmente associadas ao portador de transtorno mental. Quando interditado e curatelado, o morador dos hospitais psiquiátricos tem um determinante a mais para cercear sua autonomia e que justifica sua institucionalização.

O Quadro 42 do Censo mostra a situação jurídica dos moradores.

**Quadro 42. Situação Jurídica dos Moradores, 2008.**

SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO CIVIL)	N	%
Tem curador	1976	31,12%
Não tem curador / Tem procurador	370	5,83%
Não tem curador / Não tem procurador	3323	52,34%
Informação ignorada	680	10,71%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Como se vê, 1.976 (hum mil, novecentos e setenta e seis) moradores, um número considerável, tinham curador, o que representa 31,12% da população pesquisada. Quando não possuem curador, existem situações em que se estabelece um procurador, com muita frequência entre os próprios funcionários da equipe, com a finalidade específica de administrar a renda do morador.

Na Tabela 17, descreve-se a relação entre a situação jurídica dos moradores e as suas faixas de idade.

Embora não haja diferenças evidentes na distribuição percentual de faixas etárias associadas com a existência de curador, quando comparada com a não existência, pode-se observar que a maioria (67,10%) dos que tinham curadores estão nas faixas de idade entre 40 (quarenta) e 70 (setenta) anos.

Este fato é altamente preocupante porque os idosos, de forma geral, e os institucionalizados há longo tempo, em particular, têm evidentes dificuldades para acompanhar o desenvolvimento tecnológico, os recursos digitais, as formas atuais de circulação de dinheiro e benefícios.





**Tabela 17. Situação Jurídica dos Moradores e Faixas Etárias, 2008.**

IDADE	SITUAÇÃO CIVIL									
	TEM CURADOR		NÃO TEM CURADOR/TEM PROCURADOR		NÃO TEM CURADOR/NÃO TEM PROCURADOR		INFORMAÇÃO IGNORADA		TOTAL	
0 a <12	3	0,05%	0	0%	2	0,03%	0	0%	5	0,08%
12 a <18	11	0,17%	0	0%	11	0,17%	1	0,02%	23	0,36%
18 a <20	7	0,11%	2	0,03%	4	0,06%	3	0,05%	16	0,25%
20 a <30	127	2,00%	27	0,43%	132	2,08%	49	0,77%	335	5,28%
30 a <40	241	3,80%	60	0,95%	428	6,74%	117	1,84%	846	13,32%
40 a <50	438	6,90%	82	1,29%	745	11,73%	150	2,36%	1415	22,29%
50 a <60	492	7,75%	80	1,26%	727	11,45%	140	2,21%	1439	22,66%
60 a <70	396	6,24%	57	0,90%	597	9,40%	91	1,43%	1141	17,97%
70 a <80	175	2,76%	41	0,65%	358	5,64%	42	0,66%	616	9,70%
>80	76	1,20%	15	0,24%	124	1,95%	15	0,24%	230	3,62%
Desc.	10	0,16%	6	0,09%	195	3,07%	72	1,13%	283	4,46%
<b>Total</b>	<b>1976</b>	<b>31,12%</b>	<b>370</b>	<b>5,83%</b>	<b>3323</b>	<b>52,34%</b>	<b>680</b>	<b>10,71%</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

O Censo indica que estes procedimentos devem ser acompanhados por grupos heterogêneos, com representantes de profissionais, moradores e sociedade civil organizada, como o Conselho de Saúde local, para que tal procedimento de fato invista nos processos emancipatórios e coíbam formas indiretas de subordinação e expropriação de direitos.

### **TIPO DE RENDA E SITUAÇÃO CIVIL**

Ter uma fonte de renda é certamente uma das principais possibilidades de inserção social. Comparando a renda dos moradores, advinda de aposentadoria ou de Benefícios de Prestação Continuada (BPC) – como os oferecidos pela Lei Orgânica da Assistência Social, LOAS (Lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993) – com situação civil, ficam evidenciadas importantes relações a serem consideradas, como demonstra a Tabela 18.

Observou-se que, dentre os 3.031 (três mil e trinta e um) moradores que não possuíam qualquer tipo de renda, 340 (trezentos e quarenta) ou 11,21% tinham curadores. Entre os 2.576 (dois mil, quinhentos e setenta e seis) moradores que possuem benefícios da LOAS e de aposentadorias, 1.496 (hum mil, quatrocentos e noventa e seis) moradores ou 58,07%, tem curadores.





**Tabela 18. Tipo de Renda e Situação Civil dos Moradores, 2008.**

RENDA	SITUAÇÃO CIVIL									
	TEM CURADOR		NÃO TEM CURADOR / TEM PROCURADOR		NÃO TEM CURADOR / NÃO TEM PROCURADOR		INFORMAÇÃO IGNORADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não tem	340	5,4%	132	2,1%	2054	32,4%	505	8,0%	3031	47,7%
Ajuda financeira esporádica (família, amigos, outros)	31	0,5%	9	0,1%	74	1,2%	40	0,6%	154	2,4%
Ajuda financeira freqüente (família, amigos, outros)	55	0,9%	14	0,2%	63	1,0%	40	0,6%	172	2,7%
Renda proveniente de projeto de geração de renda no hospital	17	0,3%	4	0,1%	306	4,8%	16	0,3%	343	5,4%
Benefícios (LOAS/ Aposentadoria)	1496	23,6%	201	3,2%	800	12,6%	79	1,2%	2576	40,6%
Renda proveniente de benefício e projeto de geração de renda no hospital	37	0,6%	10	0,2%	26	0,4%	0	0%	73	1,1%
<b>Total</b>	<b>1976</b>	<b>31,1%</b>	<b>370</b>	<b>5,8%</b>	<b>3323</b>	<b>52,3%</b>	<b>680</b>	<b>10,7%</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Considerando que a função do curador é, entre outras, a de administrar a renda dos interditados, torna-se evidente que a concessão dos benefícios está intimamente relacionada com a presença de membros da rede social do morador, familiares em sua maioria.

Estas evidências sugerem a necessidade de revisão das ações relacionadas à interdição e curatela dos moradores em hospitais psiquiátricos, com vistas a reverter o processo de institucionalização que fica afeito à progressiva perda de cidadania derivada também dos processos de interdição.

O que o manicômio não revela é que ele sobrevive – e a vida real é a do manicômio e não a dos moradores – mediante o valor que essa população porta e dele não tem propriedade, ou seja, o dinheiro em forma de AIHs, benefícios e proteção social que não lhes são transferidos diretamente. É importante ressaltar que tal condição imposta aos moradores (incapacidade de administrar a própria vida) é suficientemente justificável pelo próprio saber que definiu o manicômio como o lugar de exercício do seu poder.





Sensibilizado com os movimentos de restituição da cidadania às pessoas acometidas por transtornos mentais, o Deputado Federal José Eduardo Cardoso teve aprovado em 4 de novembro de 2008 seu Projeto de Lei PL 2439 de 2007, na CCJC da Câmara Federal. Este projeto “acrescenta artigos à Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro, estabelecendo a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais deferidas com base em enfermidade ou deficiência mental”.

Estas considerações devem orientar as iniciativas de desinstitucionalização que serão promovidas pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, como consequência das evidências oferecidas pelo Censo dos Moradores de Hospitais Psiquiátricos.

## RECURSOS E NECESSIDADES PARA PROJETOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Este capítulo do Censo de moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo tem a finalidade de apontar as condições das pessoas por longo tempo institucionalizadas e indicar estratégias e instrumentos para transformar essa realidade.

O longo processo de expropriação de direitos e de protagonismo, a subordinação compulsória a formas de viver e estar no mundo que não lhes são próprias, o isolamento, os preconceitos, a evidente menor valia como ser humano, porque estão fora do jogo produtivo, transformou essas pessoas em sobreviventes.

Essa é força irredutível de cada uma dessas pessoas. Elas vivem e sobrevivem a despeito da precariedade, da diversidade, do desconforto, da falta de roupas para se proteger, da comida fria, do banho frio, do mundo inóspito, da falta de privacidades e de direitos.

Dessa forma, o Censo define como **recursos** os bens materiais e imateriais que os moradores portam, e como **possibilidades** toda estratégia ou ação que será ativada e potencializada para responder às **necessidades** dessas pessoas.

### **PRESENÇA DE VÍNCULOS SOCIAIS**

O Censo detectou dado extremamente relevante, que é a existência de vínculos familiares informados. Da população moradora em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, 5.076 (cinco mil e setenta e seis pesso-





as), ou 79,95%, informaram sua filiação e podem comprová-la por meio de documentação (Quadro 43).

**Quadro 43. Existência de Informação sobre Filiação dos Moradores, 2008**

Informada e comprovada por documentação	5076	79,95
Informada e não comprovada por documentação	822	12,95
Informação ignorada	451	7,1

Fonte: Prontuário, 2008.

Outro dado relevante demonstrado pelo Censo é que a maioria, 4.067 (quatro mil e sessenta e sete) pessoas, isto é, 64,06 % da população moradora contava com família localizada, comprovada com endereço (Quadro 44).

**Quadro 44. Existência de Informação sobre Endereço de Familiar dos Moradores, 2008.**

Não	897	14,13%
Sim (Endereço/Bairro/Telefone)	4067	64,06%
Informação ignorada	1385	21,81%
Total	6349	100,00%

Fonte: Prontuário, 2008.

O instrumento de coleta de dados não permite captar a qualidade dos vínculos familiares; entretanto, os resultados iniciais colaboram para a desconstrução da associação *a priori* institucionalização/ausência de familiares.

Com relação ao contato com a família, a maioria não recebia visita durante a internação. As informações coletadas indicam que 3.322 (três mil, trezentas e vinte e duas pessoas), ou 52,32% da população estudada, não contava com este suporte; mas, quase a metade, 47,68% da população, contava com a visita de familiares ou outras pessoas (Quadro 45).

**Quadro 45. Visita de Familiares e de Outros aos Moradores, 2008.**

VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO	N	%
Não recebe visitas	3322	52,32%
Recebe visitas de outros (ordem religiosa, voluntários, não especificados)	480	7,56%
Recebe visitas de vizinhos / amigos	146	2,3%
Recebe visitas de familiares	2401	37,82%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.





Com relação à frequência dessas visitas, o Quadro 46 mostra que prevalecia o contato eventual, o que é esperado, considerando que os dados comprovam que a população está há longo tempo institucionalizada, e o modelo asilar promoveu o contínuo afastamento das pessoas com transtornos psíquicos de seus entornos sociais e familiares, a destruição de relações possibilitadoras de trocas afetivas e lhes destinou o lugar de trocas zero, da incapacidade de escolhas, da periculosidade, e minoridade relacionada aos direitos individuais e coletivos (Saraceno, 1999; Kinoshita, 1996).

**Quadro 46. Frequência das Visitas que o Morador Recebe, 2008.**

FREQÜÊNCIA DAS VISITAS	N	%
Não recebe visitas	3341	52,62%
Eventual	1688	26,58%
Mensal	594	9,36%
Quinzenal	262	4,13%
Semanal	464	7,31%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Chamou atenção a incongruência entre a porcentagem da população de moradores que recebia visitas e a dos moradores que realizavam visitas. A população que realiza visitas não chega a 14% do total. Por outro lado, a que não realiza visitas representa 86,93% do total de moradores nos hospitais psiquiátricos de São Paulo (Quadro 47). Tal dado sugere que cerca de 50% dos familiares ou próximos procuravam as pessoas moradoras de forma eventual, mensal ou semanal, mas parece não se dispor a recebê-las.

**Quadro 47. Realização de Visitas pelos Moradores durante a Internação, 2008.**

VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO	N	%
Não realiza visitas	5519	86,93
Realiza visitas para outros (ordem religiosa, voluntários, não especificados)	74	1,17%
Realiza visitas para vizinhos / amigos	97	1,53%
Realiza visitas para familiares	659	10,37%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Esse é um fato relevante porque pode indicar, de um lado, certa responsabilização que caracteriza certo vínculo familiar, uma vez que as visi-







tas aconteciam ou, de outro, certa pactuação silenciosa de transferência de responsabilidade entre as instituições, familiares e moradores, uma vez que o caminho inverso não se realizava.

Os dados demonstram que quanto maior o tempo de internação, menor a possibilidade de vínculos sociais e familiares.

O desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial com os familiares para conhecer e discutir as possibilidades/impossibilidades, potencialidades, e dificuldades presentes nos contextos familiares se faz necessário.

O manicômio não revela as trocas existentes no seu interior: os dados sobre os moradores revelam trocas regulares ou esporádicas com seus familiares. Porém, outras trocas são reveladas quando o estado civil é cruzado com benefícios ou renda. Parte da população moradora consome bens materiais, dentro dos hospitais e uma parcela, fora deles. As trocas internas alimentam processos de retroalimentação institucional e expropriam os moradores do direito de escolher onde e como consumir o que lhes interessa, condição também justificada, institucionalmente, pela incapacidade de gestão da própria vida e necessidade de proteção e tutela.

O Censo identificou, também, o município de residência de familiares de 4.196 (quatro mil, cento e noventa e seis) pessoas, ou 66,09% da população moradora, como informa o Quadro 48, o que também pode se constituir num recurso para a desintitucionalização.

**Quadro 48. Município Informado de Residência do Familiar do Morador, 2008.**

Não	749	11,80
Sim	4196	66,09
Informação ignorada	1404	22,11
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Prontuário, 2008.

Quando o município de procedência dos moradores foi investigado, ficou evidente a pulverização da população por 511 (quinhentas e onze) cidades paulistas (Anexo 4).

Tal dado evidencia que os municípios sede dos hospitais psiquiátricos respondem de forma categórica ao modelo hospitalocêntrico, asilar, segregador e excludente, alvo da Reforma Psiquiátrica brasileira em curso há trinta anos, consolidada na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.





A ativação de estratégias como os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa são fundamentais e poderiam possibilitar o processo de acolhimento à terra natal, ou de procedência, dos munícipes que vivem em situação de extrema desvantagem social.

Assim, os municípios de origem, ou de última residência informada dos moradores dos hospitais psiquiátricos, poderiam inscrever em suas histórias a opção ética de sua responsabilização do repatriamento de seus filhos institucionalizados.

Além disso, um procedimento sistemático e acompanhado de contato com a família, avaliação da qualidade de vínculos familiares e sociais, distinção entre suporte afetivo responsável e apoio financeiro, por meio de incentivos estratégicos, poderia incrementar um coletivo de responsabilização solidária entre poder público e sociedade civil, num amplo processo de restituição à dignidade das pessoas que permaneceram por longo tempo, muitas vezes, por toda a vida, à margem do recente capítulo de apropriação de direitos de cidadania em curso no Brasil.

Uma ação desse porte inscreveria a população paulista entre as que se responsabilizaram pelo pagamento de uma dívida social imensurável, compartilhada por muitas nações, desde que a psiquiatria tomou para si a responsabilidade da divisão entre capazes e incapazes (do ponto de vista produtivo), arrazoados e desarazoados (do ponto de vista moral), e doentes e saudáveis (do ponto de vista médico).

Esse seria a restituição da dívida relacionada aos direitos humanos, que se sobrepõe e subsume qualquer outra classificação nosográfica ou médica.

### **SÃO CIDADÃOS?**

Os moradores de hospitais psiquiátricos dispõem de uma série de dispositivos legais que podem ser acionados com o objetivo de lhes garantir direitos fundamentais de cidadania. Dentre esses, a Lei n. 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A Lei n. 8.742/LOAS, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, garantem o acesso ao BPC e ao PVC.

Cabe destacar que no Estado de São Paulo, há o Convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Ordem dos Advogados do Brasil





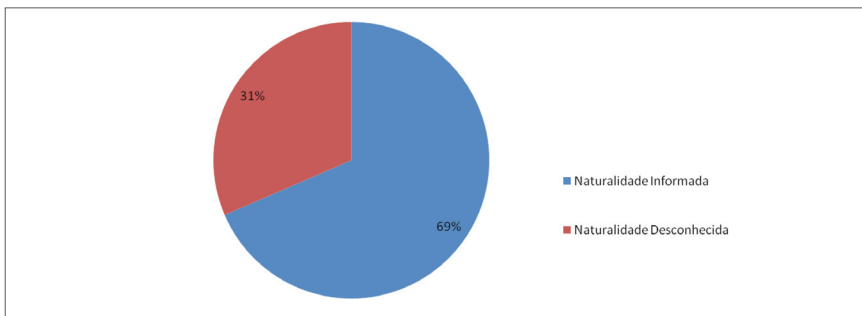
de São Paulo (OAB), de 7 de junho de 2006, que trata das Certidões Tardias para pacientes com transtornos mentais.

O Censo identificou que 1.312 (um mil trezentos e doze) moradores não possuíam documentos pessoais e, portanto, devem, inicialmente, ser alvo de ações estratégicas, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde/SES.

Faz-se necessário um melhor aprofundamento sobre a história desses moradores e o trabalho já realizado com essas pessoas, identificadas como *ignoradas*, para reverter esse cenário que não condiz com o preconizado nas políticas públicas de saúde mental e com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

Observa-se que do total de 1.312 (mil trezentos e doze) moradores sem documento, 899 (oitocentos e noventa e nove), ou 69%, contavam com alguma informação sobre sua naturalidade e 413 (quatrocentas e treze), ou 31%, não possuíam qualquer informação sobre a cidade em que nasceram (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Distribuição dos Moradores sem Documentos segundo Informação sobre sua Naturalidade, 2008.**



Fonte: Prontuário e equipe, 2008.

Do total de moradores sem documentos com naturalidade informada (Gráfico 3), 599 (quinhentos e noventa e nove) moradores, ou 66%, foram identificados como naturais do Estado de São Paulo. Outros 291 (duzentos e noventa e um) ou 33% informaram ter nascido em municípios de outros estados brasileiros, a saber: Minas Gerais com 107 (cento e sete) ou 12% dos moradores; Bahia, com 54 (cinquenta e quatro) moradores ou 6%; Paraná com 29 (vinte e nove) moradores ou 3%; Pernambuco, com 25 (vinte e cinco) moradores ou 3%; e 76 (setenta e seis) ou 6% dos moradores originários de outros 15 (quinze) Estados brasileiros.

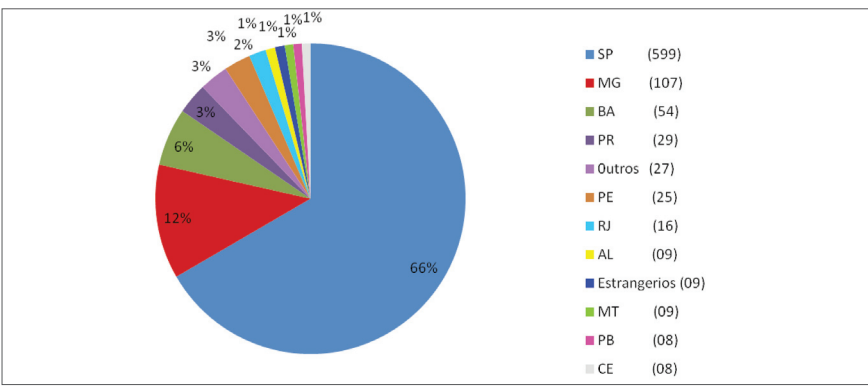
Eram estrangeiros 9 (nove) ou 1% dos moradores. Dentre os que tinham naturalidade informada como sendo do Estado de São Paulo, 145





(cento e quarenta e cinco) ou 24% dos moradores sem documentos informavam o nascimento no município de São Paulo.

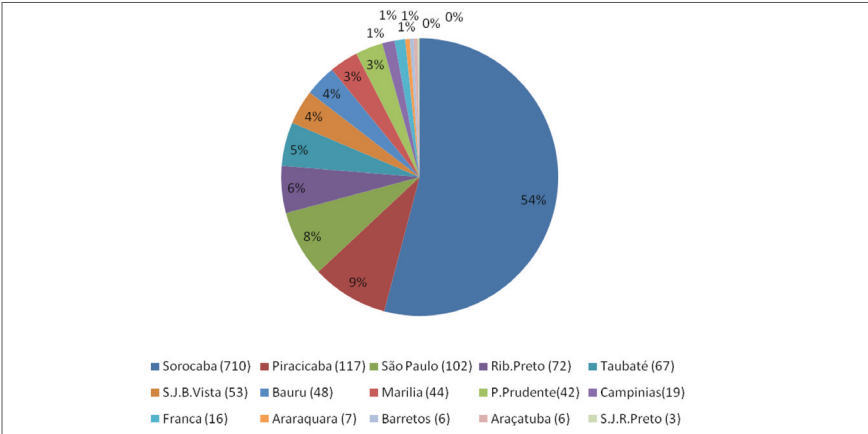
**Gráfico 3: Distribuição dos Moradores Sem Documentos, com Naturalidade Informada segundo a Unidade da Federação e Estrangeiros, 2008.**



Fonte: Prontuário, 2008.

Os dados em relação aos demais municípios são relevantes para indicar as outras cidades de origem dos moradores, principalmente considerando suas potencialidades para instalar serviços residenciais terapêuticos<sup>4</sup>. O Gráfico 4 mostra a distribuição dos moradores sem documento por DRS.

**Gráfico 4. Distribuição de Morador Sem Documento, segundo o DRS de Localização do Hospital, 2008.**



Fonte: SES – SP e Prontuário, 2008.

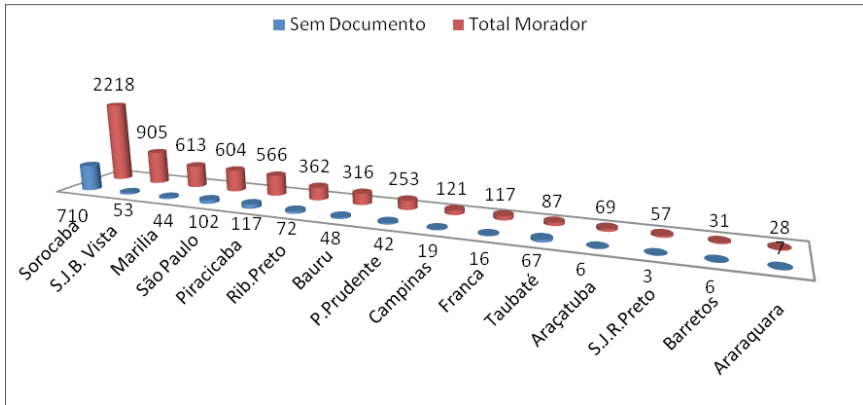
4. Os dados encontram-se disponíveis no Banco de Dados do Censo Psicossocial.





O Gráfico 5 mostra, comparativamente, o número de moradores em cada DRS e número de moradores sem documentos.

**Gráfico 5. Distribuição do Número de Moradores Sem Documento segundo o Número de Moradores no DRS de Localização do Hospital, 2008.**



Fonte: SES – SP e Prontuário, 2008.

A maioria de *ignorados*, sem documentação, eram 710 (setecentas e dez) pessoas que estavam em hospitais psiquiátricos no DRS Sorocaba (54%). Neste DRS o número de moradores, 2.218 (dois mil, duzentas e dezoito) pessoas, representava 35% dos existentes no Estado de São Paulo.

Em Piracicaba, São Paulo e Ribeirão Preto encontravam-se outras 291 (duzentas e noventa e uma) pessoas (22%), perfazendo o subtotal de 1.001 (hum mil e uma) pessoas, perto de 76%, concentradas em apenas 4 (quatro) DRS. No conjunto das outras 09 (nove) DRSs encontravam-se 311 (trezentos e onze) moradores sem documentação (24%).

Os dados consolidados indicam que, cerca de 66% ou 864 (oitocentas e sessenta e quatro) pessoas entre os 1.312 (hum mil, trezentos e doze) moradores sem documentos tinham naturalidade informada, e entre estes, 44% ou 582 (quinhentas e oitenta e duas) pessoas tinham, também, informações sobre endereços, de familiares ou de conhecidos, o que indica grande possibilidade de se encontrar referências sobre a documentação desses moradores<sup>5</sup>.

5. A relação nominal desses moradores, organizada por UF, cidade de origem, DRS e hospital psiquiátrico está no Banco de Dados do Censo Psicossocial.





Essa população de 1.312 (hum mil, trezentos e doze) moradores denominados *ignorados* deve ser alvo de um “Projeto Cidadania” visando à recuperação da documentação original ou à obtenção da Certidão Tardia de Nascimento, promovendo o resgate de histórias, de identidades e vínculos, e as condições para o acesso aos benefícios e aos direitos previstos na legislação. Um sub-grupo do GT formado para o desenvolvimento do Censo está elaborando projeto para a **Regularização da Situação Civil dos pacientes considerados “ignorados”**.

### **INSERÇÃO NO TRABALHO**

A necessidade de inclusão no processo de produção da vida material pelo *trabalho* é um aspecto fundamental das relações sociais e diz respeito aos direitos de cidadão dos usuários dos serviços de saúde mental.

O Censo revelou a situação empregatícia precária prévia à internação dos moradores dos hospitais psiquiátricos. O universo de moradores que nunca trabalhou ou que não informou esse dado alcança 3.877 (três mil, oitocentas e setenta e sete) pessoas, ou 61,07% do total. Apenas 5,48% dos moradores informaram trabalho como autônomo ou com carteira assinada (Quadro 49).

**Quadro 49. Número e Percentual de Moradores e Situação Empregatícia Anterior à Internação, 2008.**

SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA ANTERIOR À INTERNAÇÃO	N	%
Nunca trabalhou	2641	41,60%
Inativo – desempregado	906	14,27%
Inativo – com benefício (LOAS/Aposentadoria)	403	6,35%
Ativo sem carteira assinada	815	12,84%
Ativo com carteira assinada ou autônomo	348	5,48%
Informação ignorada	1236	19,47%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Os usuários de serviços de saúde mental em geral, e os moradores em particular, por características relacionadas ao baixo grau de escolaridade, à formação profissional precária, à presença de preconceitos no imaginário coletivo, à relação familiar, permeada pela desconfiança na sua capacidade produtiva, além da situação sócio-econômica, experimentam uma condição desfavorável em um jogo social caracterizado pela competição.





O *trabalho* realizado por esses moradores deve ser compreendido como um direito, como de qualquer outro cidadão, e a sociedade civil, representada por trabalhadores do campo da saúde mental, familiares, associações de usuários, deve criar dispositivos para responder a essa *necessidade*, relacionada à conjuntura mais ampla, às condições de vida das classes desprivilegiadas (Aranha e Silva, 1997).

No cenário atual, o sentido do *trabalho* do usuário não será diferente daquele presente nas instituições tradicionais, se não estiver assentado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma é importante destacar a necessidade da superação da utilização do trabalho dos moradores como forma de ocupação nas instituições psiquiátricas e considerar a inserção no trabalho em espaços do território como um dos eixos fundamentais no processo de reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999).

Os projetos de geração de trabalho e renda no contexto dos processos de desinstitucionalização deverão ser orientados na perspectiva inovadora da economia solidária, como estratégia de emancipação e produção de protagonismo dessas pessoas, historicamente exploradas pelo trabalho institucional, de acordo com as diretrizes das políticas nacionais de saúde mental e economia solidária (Brasil 2005, 2006).

### **RECURSOS PARA CUIDAR DE SI, RELACIONAR-SE E PARTICIPAR**

Nos itens referidos ao autocuidado, no instrumento do Censo, foram observados três aspectos: higiene, alimentação e vestir-se. Para verificar as possibilidades dos moradores relacionadas à higiene, foram considerados os recursos pessoais para o banho, o cuidado com os cabelos, unhas, dentes e o uso do vaso sanitário.

**Quadro 50. Número e Percentual de Moradores e Aspectos Relacionados à Higiene, 2008.**

HIGIENE	N	%
Apenas quando solicitado e com auxílio	1441	22,7%
Somente com auxílio	1262	19,87%
Apenas quando solicitado	683	10,76%
De vez em quando e por vontade própria	301	4,74%
Diariamente e por vontade própria	2662	41,93%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.





Conforme mostra o Quadro 50, os dados obtidos revelaram que os moradores apresentavam possibilidades significativas de cuidados pessoais no que se refere à higiene, sendo que um número expressivo (46,67%) mantinham hábitos regulares, sem ajuda e por vontade própria.

Em relação à alimentação a maioria (70,33%) alimentava-se à mesa e usava talheres diariamente por vontade própria, indicando níveis altos de independência, como se vê no Quadro 51.

**Quadro 51. Número e Percentual de Moradores e Aspectos Relacionados à Alimentação, 2008.**

ALIMENTAÇÃO	N	%
Alimenta-se somente quando solicitado e com auxílio	575	9,06%
Alimenta-se à mesa e usa talheres quando solicitado e com auxílio	502	7,9%
Alimenta-se à mesa e usa talheres somente quando solicitado	530	8,35%
Alimenta-se à mesa e usa talheres de vez em quando por vontade própria	277	4,36%
Alimenta-se à mesa e usa talheres diariamente por vontade própria	4465	70,33%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Sobre os aspectos relacionados ao vestir-se dos moradores, pode-se identificar no Quadro 52 que a maioria veste-se sozinho (63,24%), o que também indica o grau de independência destas pessoas para se cuidar.

O desalinho, a necessidade de estímulo devem ser avaliadas no contexto da institucionalização e na (des) motivação destas pessoas.

**Quadro 52. Número e Percentual de Moradores e Aspectos Relacionados à Capacidade de Vestir-se, 2008.**

VESTIR-SE	N	%
Não se veste sozinho, recusa a se vestir	325	5,12%
Veste-se somente com ajuda de outros e/ou estimulado por outro	2009	31,64%
Veste-se sozinho com roupas com higiene precária e desalinhadas	460	7,25%
Veste-se sozinho com roupas com boa higiene e desalinhadas	946	14,9%
Veste-se com roupas com boa higiene e alinhadas	2609	41,09%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

É importante destacar que o autocuidado, compreendido como motivação essencial para cuidar de si mesmo, expressa também a relação entre







a pessoa e seu contexto, e dessa forma no processo de institucionalização pode-se considerar que as menores possibilidades de autocuidado não são necessariamente equivalentes às impossibilidades subjetivas. Portanto, em outros contextos que produzam novos sentidos, podem ser modificadas.

Observou-se quanto à comunicação que 41,25% dos moradores comunicavam-se sempre e por vontade própria, porém os demais possuem diferentes possibilidades de comunicação denotando dificuldades relacionais (Quadro 53).

Considerando-se que a comunicação envolve também o conjunto de interações nas quais as pessoas se inserem, o empobrecimento de possibilidades de relações presente nas instituições asilares, poderia justificar as dificuldades demonstradas.

**Quadro 53. Número e Percentual de Moradores e Aspectos Relacionados à Comunicação, 2008.**

COMUNICAÇÃO	N	%
Não se comunica nem quando solicitado nem com auxílio	1049	16,52
Comunica-se apenas com auxílio	839	13,22
Comunica apenas quando solicitado verbalmente	1110	17,48
Comunica-se de vez em quando por vontade própria	732	11,53
Comunica-se sempre por vontade própria	2619	41,25
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Em relação à circulação dos moradores no ambiente hospitalar verificou-se que, entre as várias possibilidades dos mesmos, 48,8% de pessoas transitavam desacompanhadas (Quadro 54).

**Quadro 54. Número e Percentual de Moradores e Circulação no Hospital, 2008.**

CIRCULAÇÃO NO HOSPITAL	N	%
Não transita pelo hospital	623	9,8%
Transita pelo hospital somente quando acompanhado e com auxílio	773	12,18%
Transita pelo hospital somente quando acompanhado pela equipe	1667	26,26%
Transita pelo hospital somente acompanhado por outros pacientes	188	2,96%
Transita pelo hospital desacompanhado	3098	48,8%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.





No que se refere à realização de atividades no hospital, os dados indicam diferentes possibilidades de participação (Quadro 55) que, entretanto, não podem ser analisados isoladamente considerando que o instrumento utilizado não permitiu identificar a oferta de atividades e o sentido dessas para os moradores.

**Quadro 55. Número e Percentual de Moradores e Participação em Atividades Dentro do Hospital, 2008.**

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DENTRO DO HOSPITAL	N	%
Não participa de atividades	1390	21,89%
Participa de atividades quando solicitado e acompanhado	1574	24,79%
Participa de atividades quando solicitado	727	11,45%
Participa de atividades acompanhado	1212	19,09%
Participa de atividades desacompanhado	1446	22,78%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

Os dados dos Quadros 56, 57, 58 e 59 mostram percentuais muito baixos de participação social dos moradores nos componentes: circulação pela comunidade, uso de transporte coletivo, realização de compras e participação em atividades fora do hospital.

Embora sejam elementos de extrema relevância nos processos de reabilitação psicossocial, os dados sugerem baixo investimento institucional para efetivamente propiciar possibilidades de novos cenários e relações para a vida dos moradores.

**Quadro 56. Número e Percentual de Moradores e Circulação pela Comunidade, 2008.**

CIRCULAÇÃO PELA COMUNIDADE	N	%
Não sai sozinho nem acompanhado	2012	31,69%
Sai do hospital somente quando acompanhado e com auxílio	1160	18,27%
Sai do hospital somente quando acompanhado	2369	37,31%
Sai do hospital se orientado	55	0,87%
Sai do hospital desacompanhado	237	3,73%
Não se aplica	516	8,13%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.





**Quadro 57. Número e Percentual de Moradores e Uso de Transporte Coletivo, 2008.**

USO DE TRANSPORTE COLETIVO	N	%
Não usa transporte coletivo	3074	48,42%
Usa transporte coletivo apenas acompanhado e com auxílio	669	10,54%
Usa transporte coletivo apenas acompanhado	1388	21,86%
Usa transporte coletivo de vez em quando e desacompanhado	43	0,67%
Usa transporte coletivo sempre desacompanhado	83	1,31%
Não se aplica	1092	17,2%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

**Quadro 58. Número e Percentual de Moradores e Compras Realizadas, 2008.**

COMPRAS	N	%
Não faz compras	3529	55,58%
Faz compras no hospital acompanhado e com auxílio	796	12,54%
Faz compras no hospital desacompanhado	210	3,31%
Faz compras fora do hospital acompanhado e com auxílio	1076	16,95%
Faz compras fora do hospital desacompanhado	207	3,26%
Não se aplica	531	8,36%
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

**Quadro 59. Número e Percentual de Moradores e Participação em Atividades Fora do Hospital, 2008.**

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES FORA DO HOSPITAL	N	%
Não participa de atividades	2414	38,02
Participa de atividades quando solicitado e acompanhado	1482	23,34
Participa de atividades quando solicitado	219	3,45
Participa de atividades acompanhado	1711	26,95
Participa de atividades desacompanhado	188	2,96
Não se aplica	335	5,28
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

São elementos da autonomia das pessoas que, no caso dos moradores, está comprometida pois dependem da política e da autorização institucional dos hospitais para efetivar o ir e vir pela comunidade.





## ***DESEJO DE MORAR FORA DO HOSPITAL***

O Quadro 60 mostra a manifestação dos moradores sobre o desejo de morar fora dos hospitais psiquiátricos.

**Quadro 60. Número e Percentual de Moradores e Desejo de Residir Fora do Hospital, 2008.**

O USUÁRIO GOSTARIA DE MORAR FORA DO HOSPITAL	N	%
Não	1037	16,33
Impossibilitado de responder	2162	34,05
Sim, conversa sobre o tema quando indagado	750	11,82
Sim, conversa espontaneamente	150	2,36
Sim, acha que já deveria ter saído	2250	35,44
<b>Total</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Morador e Equipe, 2008.

A expressão desta vontade contradiz os dados relatados anteriormente sobre a baixa participação dos moradores na comunidade e reitera o comentário sobre a determinação institucional para esta participação. Os homens e mulheres moradores, querem enfrentar o desafio da vida “lá fora”.

Na análise dos dados do Censo, 3.150 (três mil, cento e cinquenta) pessoas expressavam o desejo de morar fora do hospital, e desses 66% ou 2.079 (dois mil e setenta e nove) pessoas têm endereço familiar conhecido.

Esses dados coloca em foco o desejo dos moradores de saírem dos hospitais. Isso quer dizer que a voz a ser ouvida é a do morador e o diálogo passa a ser com o gestor local que pode responder a este desejo de viver em liberdade.

Também se observa que nesse grupo de moradores, 1.403 (hum mil, quatrocentos e três) ou 45%, recebiam BPC/LOAS; 13%, ou seja, 419 (quatrocentas e dezenove) pessoas têm renda proveniente dos projetos de geração de renda do hospital ou de ajuda financeira de familiares ou de amigos.

Estes dados, incluindo as características daqueles que não desejam sair, apontam para a necessária proposição de ações de co-responsabilização entre poder público e sociedade civil, de *projetos intersetoriais* para a reconstrução de laços familiares, quando possível; construção de redes sociais de sustentação no entorno dos serviços residenciais terapêuticos, por meio da articulação com os Centros de Atenção Psicossocial; promoção de boa vizinhança, baseado no princípio da transferência de poder de contratualidade





social inerente aos serviços residenciais terapêuticos, garantia de acesso a renda (de forma universal), àquela que já é de direito (benefício ou trabalho) ou àquela que é administrada por terceiros.

### **RECURSOS E POSSIBILIDADES**

Como foi dito no início, este capítulo tem a finalidade de apontar as condições das pessoas por longo tempo institucionalizadas e indicar estratégias e instrumentos para transformar essa realidade, e assim identificou-se os recursos - os bens materiais e imateriais que os moradores portam e, para melhor identificar as possibilidades, aqui consideradas toda estratégia ou ação que será ativada e potencializada para responder às necessidades dessas pessoas, selecionou-se alguns indicadores que permitiram realizar uma análise, na perspectiva do planejamento, para o estabelecimento de possíveis relações com os investimentos necessários por parte dos gestores do SUS, das instituições onde hoje moram os moradores, assim como de outros setores de governos e da sociedade, para desinstitucionalização, assegurando a documentação, a atenção e reabilitação psicossocial, a moradia, e as condições para a participação nas trocas sociais.

Considerando as evidências relacionadas às potencialidades dos moradores para viverem em comunidade, são imprescindíveis intervenções direcionadas à desinstitucionalização, com investimentos imediatos, considerando que, não obstante esses recursos, ainda permanecem asiladas em ambiente hospitalar.

Com base nesses indicadores, os dados psicossociais informados sobre os moradores foram computados, combinados e calculados conforme a atribuição dos pontos correspondentes, de 24 a 0, para cada um dos 6.349 moradores. Para a análise e consolidação das informações, foi construída uma matriz tridimensional contemplando todas as combinações (208) entre os pontos obtidos: de 12 a 0 (13 possibilidades) para a dimensão pessoal Autocuidado, e de 6, 4, 2 e 0 para as duas dimensões contextuais, Cidadania e Suporte Social (CSS), e Família e Vínculos Sociais (FVS), em suas combinações possíveis (18).

Essa distribuição matricial permite identificar os diversos agrupamentos de moradores segundo o seu posicionamento de acordo com a combinação específica entre os três indicadores.







Para efeito de análise, foram feitos 6 agrupamentos, conforme a pontuação em Autocuidado (de 12 a 9, de 8 a 4, e de 3 a 0 pontos), e conforme a maior (6 e 4) e menor (2 e 0) no Indicador Cidadania e Suporte Social. Observando a distribuição dos posicionamentos, o lado esquerdo superior agrupa os moradores com menor necessidade de investimentos para desinstitucionalização. Observa-se que 78 moradores obtiveram a maior pontuação possível: 24 pontos.

No terço esquerdo da Tabela 19 estão 3.313 moradores, o que representa 52,18% da população residente nos hospitais. Esses moradores têm pontuação referente ao Autocuidado variando de 12 a 9 pontos. Considerada apenas a primeira coluna da esquerda, onde estão alocados todos os moradores que obtiveram 12 pontos, verifica-se que 31,81% (2.020) reúnem condições ótimas, para a desinstitucionalização.

Se, além disso, para os que têm entre 9 e 12 pontos em Autocuidado, forem adicionadas as combinações possíveis entre as pontuações maiores (6 e 4) obtidas para Cidadania e Suporte Social, para todos os moradores posicionados no terço esquerdo superior da Tabela 19 (inclusive para aqueles que a fragilidade de laços familiares e vínculos sociais resultou em baixa pontuação), nota-se que a variação de pontuação obtida para todos é de no mínimo 13 e no máximo 24, com média ponderada igual a 18,94, valor representativo, situado acima no quartil superior dos resultados.

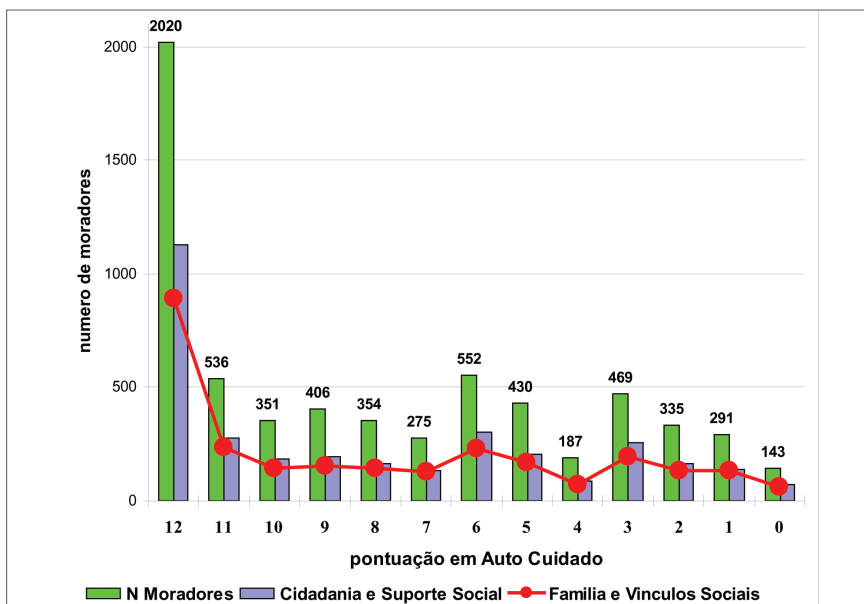
Essas evidências mostram que os recursos para desinstitucionalização desse agrupamento são importantes. Considerando exclusivamente as pontuações de Cidadania e Suporte Social, encontrou-se o percentual de 53,90% (1.786 moradores entre os 3.313 deste grupo) que tinham, além de bons indicadores de autocuidado, simultaneamente bons indicadores de cidadania e suporte social (possuir documentos, ter renda e ou lugar para morar).

Para esses, independentemente de terem vínculos familiares (que é uma variável importante, mas contém em si dificuldades já consideradas no processo metodológico de construção dos indicadores), os investimentos que se fazem necessários, potencializarão os recursos que possuem para morar fora dos hospitais psiquiátricos.

O Gráfico 6 mostra os dados relativos a todos os 6.349 moradores, organizados no eixo do Indicador Autocuidado, para as maiores pontuações em Cidadania e Suporte Social, Família e Vínculos Sociais.



**Gráfico 6. Número de Moradores de Acordo com a Pontuação, 2008.**



Fonte: Prontuário, 2008.

Ressalta-se o fato de que há um grande número de moradores, 2020, que, não obstante o processo de institucionalização, apresentam recursos para cuidarem de si, na dimensão pessoal de Autocuidado.

Essa descrição dos dados psicossociais dos moradores, segundo a combinação dos indicadores utilizados, permite dar continuidade às metas propostas pelo Plano Estadual de Saúde SES 2008-2011 e pelo Plano Operativo Anual 2009, uma vez que está disponível a listagem nominal, de acordo com as pontuações descritas acima, para cada um dos 6.349 moradores, o que permitirá elaboração de projetos coletivos e individuais e a definição dos recursos financeiros e pactos de gestão.





## CONCLUSÕES

O Censo Psicossocial perguntou a um morador de um hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo se ele gostaria de morar fora do hospital.

Ele respondeu:

*quero ir embora... mas não tenho mala.*

A Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determinou em seu Artigo 5º que as pessoas há longo tempo institucionalizadas em hospitais psiquiátricos devem ser objeto de política específica de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida.

A normativa da política nacional de saúde mental de criação dos serviços residenciais terapêuticos, em 2000, e a Lei Federal n. 10.708 de 2003 instituíram recursos fundamentais para a concretização de processos de desinstitucionalização.

Considerando a gravidade desta situação, a necessidade de dar respostas efetivas para estes cidadãos e as diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2008-2011, na área de saúde mental, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo instituiu um Grupo de Trabalho (GT), por meio da Resolução SS-294, de 29 de agosto de 2007, para a construção de proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa





permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, a partir da organização, acompanhamento, e elaboração de um diagnóstico situacional dessas pessoas.

O processo e o resultado deste trabalho é fundamentado no pressuposto que a Reforma tem como **marca distintiva e valor fundante: o reclame e a defesa da cidadania dos loucos.**

No momento da realização do Censo havia 58 (cinquenta e oito) hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, localizados em 38 (trinta e oito) municípios de 15 (quinze) Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Foi estabelecido que os sujeitos do estudo fossem os usuários de todos os hospitais psiquiátricos próprios e conveniados pelo SUS do Estado de São Paulo, com tempo de internação igual ou superior a um ano. Foi adotado como linha de base para a definição do tempo de institucionalização, todos os pacientes internados há um ano ou mais, até o momento da solicitação das informações aos Hospitais, em 30/11/2007.

Para conhecer a população internada em instituições psiquiátricas, no Estado de São Paulo, há mais de um ano, optou-se pela realização de estudo de corte transversal tipo censo, no período de 31 de março a 30 de abril de 2008.

O instrumento final utilizado no trabalho de campo é composto por três grandes tópicos:

- *Caracterização da População*
- *Dados Psicossociais*
- *Observações do Pesquisador*

Os dados obtidos por estatística descritiva, foram submetidos à análise de frequência simples das variáveis e os resultados obtidos apontam que os moradores têm **recursos, possibilidades e necessidades** para serem desinstitucionalizados.

Considerou-se que para propor estratégias já normatizadas e singulares de desinstitucionalização dessas pessoas é fundamental buscar no planejamento os instrumentos que viabilizem para os gestores, trabalhadores e usuários o processo de alocação dos moradores de hospitais na comunidade.

A população moradora em hospitais psiquiátricos é composta por 3.930 (três mil, novecentos e trinta) homens e 2.419 (duas mil, quatrocentas e dezenove) mulheres.





Os dados indicaram que 64,24% dos moradores têm menos de 60 anos, sendo que a faixa etária de maior expressividade foi de 50 (cinquenta) a 60 (sessenta) anos que também correspondeu à faixa prevalente para as mulheres, enquanto os homens concentraram-se na faixa etária entre 40 (quarenta) e 50 (cinquenta) anos.

Em relação ao estado civil e raça/cor/etnia, a maioria das pessoas é solteira (82,49% do total de moradores), 61,3% dos moradores são identificados como de cor branca, 22,0% pardos, 16,4% negros, 1,24% amarelo e 0,11% é indígena.

Quanto à religião, a informação era ignorada para 36,4% dos moradores, e entre os que informaram, 37,47% são católicos, 6,24% evangélicos, 1,45% espíritas, 2,6% dos moradores informaram outras religiões, e 16,2% não possuir religião.

É importante destacar que 62,07% da população moradora não é alfabetizada. Na população entrevistada pelo Censo I o analfabetismo atingiu mais as camadas mais jovens em proporção superior aos índices do Estado.

Recortando as faixas etárias e tempo de internação, resultaram do total de analfabetos, 24 (0,61%), crianças e adolescentes vítimas da dupla forma de exclusão: portar um transtorno psíquico e ser analfabeto. Entre os adultos jovens na faixa de 20 a 30 anos, 30,09% (254) dos moradores analfabetos, 92 (10,90%) estão internados entre 10 a 15 anos, ou seja, foram internados quando deveriam iniciar a escolarização e lhes foi negada esta possibilidade.

Os adultos analfabetos foram, em sua maioria, (69,99%), internados há mais de 10 anos. Em relação à população idosa, pode-se constatar que eles somam 30, 63% dos analfabetos e dentre eles a maioria encontra-se na faixa de 60 a 70 anos.

Em relação à nacionalidade e à naturalidade, dos 94,1% de brasileiros, a maioria (63,4%) nasceu no Estado de São Paulo, e 21,6% em outros Estados e para 9,0% não foi possível obter a informação. Dentre os paulistas, 14,4% são da capital e 49% de outros municípios. Destaca-se a presença de estrangeiros e que a informação sobre nacionalidade foi ignorada para 5,3% do total de moradores.

O Censo revelou a presença de 6.349 (seis mil, trezentos e quarenta e nove) moradores internados há mais de um ano em 56 (cinquenta e seis) hospitais psiquiátricos situados em 38 (trinta e oito) municípios e em 15 (quinze) DRS.





Excetuando-se os hospitais psiquiátricos que não possuíam moradores, 25 (vinte e cinco) desses estabelecimentos no Estado de São Paulo (43%) possuíam mais de 50% de seus leitos ocupados por moradores e a média geral de ocupação de leitos psiquiátricos SUS por moradores no Estado é de 53%.

O número de moradores por municípios variou de 10 (dez), nos municípios de Nova Granada e Amparo, a 1.039 (hum mil e trinta e nove) no município de Sorocaba, e uma variação do número de moradores de 2.219 (dois mil duzentos e dezenove) no DRS XVI Sorocaba, a 28 (vinte e oito) no DRS II Araraquara.

No que se refere ao tipo de gestão, 30 (trinta) destes hospitais encontravam-se sob gestão estadual e 28 (vinte e oito) municipal; em relação à natureza, 9 (nove) são públicos, 34 (trinta e quatro) filantrópicos e 15 (quinze) privados.

Pode-se verificar que a maioria de moradores, 4.400 (quatro mil e quatrocentas) pessoas, correspondendo a 69%, encontra-se em hospitais psiquiátricos sob gestão estadual, e desses, 28% (1.260) estão nos hospitais públicos, 31% (1.260) nos hospitais filantrópicos, e 40% (1.791) nos hospitais privados.

Nos hospitais psiquiátricos sob gestão municipal, encontram-se 31% do total de moradores (1.949 pessoas), estando 51% (990) em hospitais filantrópicos nos municípios de São Paulo, Osasco, Penápolis, Birigui, Araraquara, Jaú, Indaiatuba, Campinas, Americana, Amparo, Franca, Adamantina, Garça, Marília, Ourinhos, Araras, Rio Claro, Presidente Prudente, Espírito Santo do Pinhal, Itapira, Catanduva, Nova Granada, São José do Rio Preto, Sorocaba, São José dos Campos; e 49% (959) em hospitais privados nos municípios de São Paulo, São Bernardo do Campo, Barretos, Tupã, Pirapozinho, Presidente Prudente, Itapira, Sorocaba, Salto de Pirapora, Piedade.

As informações sobre o tipo de gestão dos hospitais psiquiátricos onde se encontram os moradores são fundamentais para a discussão e viabilização das pactuações necessárias aos processos de desinstitucionalização a serem desencadeados.

No que se refere aos diagnósticos, constatou-se que 5.770 (cinco mil setecentos e setenta) moradores, que correspondiam a 90% da população total do Censo, apresentavam apenas um diagnóstico psiquiátrico, enquanto 409 (quatrocentos e nove) e 26 (vinte e seis) tinham dois e mais que dois diagnósticos psiquiátricos, respectivamente.





No conjunto da população moradora, existiam 144 (cento e quarenta e quatro) pessoas que não possuíam diagnósticos psiquiátricos, o que pode sugerir processos de institucionalização motivados por outras questões como, por exemplo, as situações de precariedade social ou de cuidados de outra natureza, além de indicarem necessidades imediatas de reversão desses processos.

Com relação aos grupos diagnósticos na população de moradores do Censo, a faixa de F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes) esteve presente em 25,7% dos homens e 16,97% das mulheres, totalizando 42,66% e, portanto, este foi o diagnóstico prevalente entre os moradores.

O segundo grupo diagnóstico de maior expressividade foi o Retardo Mental (F70 a F79) que representou um percentual de 30,46% na população moradora, sendo que sua presença entre os homens era de 18,27% e nas mulheres 12,20%.

Um universo considerável de 2837 (dois mil e oitocentos e trinta e sete) moradores apresenta doenças clínicas associadas aos transtornos psíquicos.

Estes dados são extremamente relevantes porque permitem o dimensionamento dos investimentos necessários para o processo de desinstitucionalização da população moradora e a necessidade de avaliações clínicas.

Os problemas de saúde bucal também foram prevalentes entre os moradores. Provavelmente em função da falta de cuidados específicos no ambiente hospitalar, 42,21% da população possuía ausência total ou parcial de dentes, com conseqüentes prejuízos para a sua saúde geral, no que se refere aos aspectos da alimentação, além da aparência e a auto-estima.

Em relação aos processos de institucionalização cabe destacar, a questão da transinstitucionalização. Cerca de 43% ou 2.741 (duas mil, setecentos e quarenta e um) de moradores são procedentes de trans-institucionalização, decorrente, em sua maior parte, do fechamento de hospitais psiquiátricos pela Secretaria de Estado da Saúde, na década de 1990 e 2000, e descredenciamento de leitos pelo Ministério da Saúde, no processo de supervisão e avaliação dos hospitais conveniados, no PNASH de 2005 e 2007.

Embora a Lei 10.216 já estivesse em vigor desde 2001, o que, em princípio, deveria evitar a internação de longa permanência, a transinstitucionalização tem sido um recurso para viabilizar o processo de desinstitucionalização. Para muitos moradores, a transferência dos hospitais psiquiátricos descredenciados para outros com iniciativas de reabilitação psicossocial e reinser-





ção social, representou a oportunidade de obter a alta hospitalar, encaminhamento para famílias localizadas ou para os serviços residenciais terapêuticos.

Os dados referentes à realização de tratamento em serviços comunitários antes da internação atual são significativos para compreender a institucionalização considerando que trata-se de informação ignorada para aproximadamente 70% da população moradora e, para aqueles para os quais foi possível obter a informação, apenas 7,88% do total de moradores registra a presença de atenção em serviços comunitários, precedente à internação atual.

No que se refere à data da internação atual, embora aproximadamente 74,84% da população moradora tenha sido internada até 2000, verifica-se que 25,15% do total de moradores foram internados a partir de 2001, apontando a continuidade de internações de longa permanência mesmo após a promulgação das Leis n. 10.216/2001 e n. 10.708/2003, assim como da Portaria GM n. 106/2000, PRH, PNASH, que apresentam marcos legais, teóricos e técnicos, e, também recursos fundamentais para a implementação e o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial orientados para a desinstitucionalização.

Os dados de tempo de internação revelam que 65% da população moradora está internada há mais de dez anos, sendo a faixa prevalente a de 10 (dez) a 15 (quinze) anos, 19,31% dos moradores desvelando a gravidade do processo de institucionalização presente nos hospitais psiquiátricos do Estado e constatam que, para muitas pessoas, o hospital psiquiátrico constituiu a única possibilidade de moradia, no decurso de uma vida longa, porque permanecem internadas há 60, 50, 40, 30, 20 e 10 anos.

O acesso ao benefício do Programa “De Volta Para Casa” (PVC) instituído pela Lei 10.708/2003, pelo Ministério da Saúde e implementada no Estado de São Paulo, pode ser considerado como indicador de desinstitucionalização. Até novembro de 2008, foram cadastrados no PVC, no Estado de São Paulo, 1.122 (hum mil, cento e vinte e dois) ex-moradores, o que indica que essas pessoas estão morando na comunidade (Brasil, 2008).

Na população recenseada, 5104 (cinco mil, cento e quatro) ou 81% das pessoas têm direito ao Programa “De Volta Para Casa”, pois estavam internadas há dois anos ou mais, quando da promulgação da Lei.

Com relação aos determinantes da institucionalização, segundo informado, o maior percentual de moradores (65,27%) encontra-se internado por situação de precariedade social combinada com transtorno mental. No en-





tanto, 519 pessoas (8,17%) têm na precariedade social o motivo exclusivo de permanência na instituição, sem menção ao transtorno mental ou à doença clínica associados, o que revela a impropriedade da institucionalização.

Mesmo que precariedade social seja definida aqui como ausência de vínculos sociais e ou familiares, o fato de alguns moradores receberem renda, oriunda de benefícios ou aposentadorias, permite-lhes ter recursos para morar na cidade.

A possibilidade de habitar fora do hospital psiquiátrico está garantida pela portaria GM n.106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Atualmente estão cadastrados no Estado 194 (cento e noventa e quatro) serviços residenciais terapêuticos, onde moradores, fazendo uso da renda obtida com o BPC e o PVC, voltaram a habitar a cidade, como cidadãos de direito.

O segundo sub-conjunto de motivos relacionados ao processo de institucionalização refere-se ao tipo de internação: *compulsória* (por ordem judicial), *involuntária* ou *voluntária*.

Em relação aos direitos das pessoas com transtornos mentais cabe ressaltar a síntese de um conjunto de dados e análises. Em primeiro lugar, 77,21% das internações dos moradores são involuntárias, sendo voluntárias somente, 5,69%. Note-se, também, a presença de 6,22% de internações compulsórias.

Igualmente grave é a situação jurídica da população moradora considerando que aproximadamente 31% dela, encontram-se interdita.

Dentre os moradores, 3031 (47,7%) não tem qualquer tipo de renda. No entanto, 2.576 (dois mil, quinhentos e setenta e seis) moradores possuem benefícios da LOAS e de aposentadorias, o que anuncia possibilidades de trocas e negócios.

Mas, 1.496 (hum mil, quatrocentos e noventa e seis) moradores ou 58,07%, entre os 2.576 (dois mil, quinhentos e setenta e seis) tem curadores. Considerando que a função do curador é, entre outras, a de administrar a renda dos interditados, fica evidente que a concessão dos benefícios está intimamente relacionada com a presença de membros da rede social do morador, familiares em sua maioria.

O Censo demonstra um dado extremamente relevante, que é a informação sobre a presença de familiares.





São 5.076 (cinco mil e setenta e seis), 79,95% dos moradores que informam e comprovam por documentos a sua filiação e, ainda, a maioria, 4.067 (quatro mil e sessenta e sete) pessoas, isto é, 64,06 % da população moradora conta com família localizada, comprovada com endereço.

As informações coletadas indicaram que 3.322 (três mil, trezentas e vinte e duas) pessoas, ou 52,32% da população estudada, não contam com suporte de visitas familiares na instituição onde está internado, morando, mas quase a metade, perfazendo um total de 47,68% da população, conta com a visita de familiares ou outras pessoas.

O instrumento de coleta de dados não permitiu captar a qualidade dos vínculos familiares, entretanto, os resultados iniciais colaboram para a desconstrução da associação *a priori* institucionalização – ausência de laços familiares ou sociais.

É significativo observar que as informações sobre a última cidade de moradia do usuário e sobre o município de residência do familiar estão presentes, respectivamente, para cerca de 69% e 66% da população moradora.

Quando o município de procedência dos moradores é investigado, foi evidente a pulverização da população por 511 (quinhentas e onze) cidades paulistas. Tal dado evidencia que os municípios sede dos hospitais psiquiátricos respondem de forma categórica ao modelo hospitalocêntrico, asilar, segregador e excludente, alvo da Reforma Psiquiátrica brasileira em curso há trinta anos, consolidada na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.

Em relação à documentação, aproximadamente 55% dos moradores possuem RG e 74%, RG e outros documentos. São 1312 (hum mil, trezentos e doze) pessoas sem documento pessoais e, portanto, devem, inicialmente, ser alvo de ações estratégicas, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde/SES.

Do total de 1.312 (mil trezentos e doze) moradores sem documento, 899 (oitocentos e noventa e nove) ou 69%, contam com alguma informação sobre sua naturalidade.

Alguns desses moradores sem documentos estão em fase de aquisição de certidão tardia via o Convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Ordem dos Advogados do Brasil de São Paulo (OAB), de 7 de junho de 2006, que trata das Certidões Tardias para pacientes com Transtornos Mentais, sem Certidão de Nascimento.







Faz-se necessário um melhor aprofundamento sobre a história desses moradores, e sobre o trabalho já realizado com estas pessoas, identificadas como *ignoradas*, para reverter este cenário que não condiz com o preconizado nas políticas de saúde mental e com as diretrizes da Secretaria da Saúde / SP.

A necessidade de inclusão no processo de produção da vida material pelo *trabalho* é um aspecto fundamental das relações sociais e diz respeito aos direitos de cidadão dos usuários dos serviços de saúde mental.

O universo de moradores que nunca trabalhou ou que não informou este dado alcança 3.877 (três mil, oitocentas e setenta e sete) pessoas, ou 61,07% do total. Apenas 5,48% dos moradores informam trabalho como autônomo ou com carteira assinada.

No cenário atual, o sentido do *trabalho* do usuário não será diferente daquele presente nas instituições tradicionais, se não estiver assentado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma é importante destacar a necessidade da superação da utilização do trabalho dos moradores como forma de ocupação nas instituições psiquiátricas e considerar a inserção no trabalho em espaços do território como um dos eixos fundamentais no processo de reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999).

Os dados obtidos revelaram que os moradores apresentavam possibilidades significativas de cuidados pessoais tanto no que se refere à higiene (41,93%), como à alimentação (70,33%) e também ao vestir-se (41,09%).

É importante destacar que o autocuidado, compreendido como motivação essencial para cuidar de si mesmo, expressa também a relação entre a pessoa e seu contexto, e dessa forma no processo de institucionalização pode-se considerar que as menores possibilidades de autocuidado não são necessariamente equivalentes às impossibilidades subjetivas. Portanto, em outros contextos que produzam novos sentidos, podem ser modificadas.

No que se refere à comunicação, verificou-se que 41% dos moradores comunicava-se e por vontade própria; em relação aos que apresentaram diferentes possibilidades/dificuldades, cabe ressaltar o empobrecimento de relações significativas no contexto do asilamento.

Na análise dos dados do Censo, 3.150 (três mil, cento e cinquenta) pessoas expressaram o desejo de morar fora do hospital; a afirmação dessa vontade contradiz os dados sobre a baixa participação dos moradores na comunidade, reiterando que trata-se, sobretudo, do contexto institucional propiciar ou não esta possibilidade.





Estes dados apontam para a necessária proposição de ações de co-responsabilização entre poder público e sociedade civil, de *projetos interseoriais* para a reconstrução dos direitos de cidadania destas pessoas, aqui denominadas moradores.

Para a análise e consolidação das informações, foi construída uma matriz tridimensional contemplando todas as combinatórias (208) entre os pontos obtidos: de 12 a 0 (13 possibilidades) para a dimensão pessoal Autocuidado, e de 6, 4, 2 e 0 para as duas dimensões contextuais, Cidadania e Suporte Social (CSS), e Família e Vínculos Sociais (FVS), em suas combinações possíveis (18).

As evidências mostraram que os recursos para desinstitucionalização dos moradores são importantes e que alguns destacam-se não obstante o processo de institucionalização, por apresentarem altos recursos para cuidarem de si, na dimensão pessoal de Autocuidado.

Evidencia-se, também, que é de particular relevância a construção de projetos de reabilitação psicossocial com os familiares, favorecendo a expressão de suas necessidades, reconhecendo seus saberes e pontos de vista, a construção compartilhada de respostas, a formação de grupos/coletivos de suporte, e a avaliação, em conjunto com os moradores, das possibilidades/impossibilidades, potencialidades, e dificuldades presentes nos contextos familiares para a convivência e moradia conjunta.

Destaca-se a complexidade envolvida nas relações pessoas-contextos em processos de institucionalização e, a necessidade de reconhecer e lidar com os diferentes modos dos familiares expressarem apoio e suporte, não exclusivamente identificados a morar em conjunto.

Dessa forma, ressalte-se que a proposta de desinstitucionalização não está vinculada e não deve pressupor qualquer forma de obrigatoriedade de co-habitação, e a política nacional de saúde mental do SUS instituiu o recurso necessário, com a regulamentação de SRTs, conforme Portaria GM n. 106/2000 (Brasil, 2004).

É imperativo transformar o olhar que considera as pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos como naturalmente incapazes, inábeis e de menor valor. Trata-se, sobretudo, de ousar desconstruir esse paradigma, romper a invisibilidade social dos moradores, validar os saberes dessas pessoas, investir concretamente para restituir seus direitos de cidadania e, principalmente nas possibilidades reais de vida.





# RECOMENDAÇÕES

## **CONSIDERANDO:**

- a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e, especialmente, o artigo 5º que determina que “o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (Brasil, 2004);
- a Lei 10.708/2003 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pessoas com transtornos mentais, internadas em hospitais psiquiátricos. O auxílio constitui parte integrante do Programa de Volta para Casa da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Brasil, 2004);
- a Portaria GM n.106/2000 que cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do SUS para pessoas egressas de internações psiquiá-





tricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares (Brasil, 2004);

- o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (SES, 2008);
- as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília em 2001 (Brasil, 2002);
- as deliberações da 5ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo realizada em São Paulo em 2007 (SES, 2007);
- a presença, nos cenários nacional e estadual, de diversas experiências exitosas de desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos e de implementação de moradias, inseridas em contextos socioculturais diversos, compondo um rico repertório de práticas e de marcos conceituais e estratégias operativas;
- o Relatório sobre a Saúde no Mundo da OMS/2001 (OMS, 2001);
- que a desinstitucionalização de pessoas há longo tempo internadas em hospitais psiquiátricos constitui uma exigência ética, institucional, técnica, e social para viabilizar a garantia da reconstrução da cidadania, a restituição do direito à moradia, e do acesso à atenção psicossocial em serviços de base comunitária/territorial que promovam um cuidado eficaz e promotor de inclusão social;
- a análise de dados e as conclusões do Censo de Moradores dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo;
- a caracterização da população moradora que revela a gravidade dos processos de institucionalização nos hospitais psiquiátricos do Estado tendo em vista a presença de 6.349 moradores, e que 65% encontra-se internado há mais de dez anos;
- o conjunto de desafios implicados nos projetos de desinstitucionalização.

## RECOMENDA-SE:

1. A articulação entre os três níveis de gestão do SUS para a construção do conjunto de condições – sanitárias, institucionais, técnicas, econômicas, jurídicas, políticas – para a efetivação da desinstitucionalização das pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo assegurando o direito à moradia e a garantia de cuidado e de reabilitação psicossocial nas redes locais de atenção psicossocial.





2. A criação de incentivo estadual para os municípios que acolherem os moradores desinstitucionalizados visando a apoiar a implementação de SRTs, o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e a criação e/ou ampliação/consolidação dos serviços e das ações de base comunitária/territorial das redes locais de atenção psicossocial.
3. A inclusão, em curto prazo, do debate sobre a situação das pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo na pauta da reunião da Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde.
4. A inclusão, em curto prazo, do debate sobre a situação das pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo na pauta de reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) visando à pactuação de ações e metas para a implementação e o desenvolvimento de projetos de desinstitucionalização das pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado, considerando as necessidades de investimentos e de articulação, dentre as quais:
  - a necessidade de pactuação de transferência dos recursos financeiros referentes ao fechamento de leitos ocupados por moradores para os tetos dos municípios que acolherem os usuários egressos de hospitais psiquiátricos, a serem destinados à criação e/ou expansão de serviços de saúde mental de base comunitária/territorial, à criação e/ou ampliação de moradias assistidas (SRTs), à criação e/ou fortalecimento de projetos intersetoriais no campo da educação, cultura, e trabalho, contemplando, dessa forma, as demandas de atenção e reabilitação psicossocial. É importante destacar, que, considerando que 69% do total de moradores encontra-se em hospitais psiquiátricos sob gestão estadual, e 31% em hospitais psiquiátricos sob gestão municipal, serão necessários repasses da gestão estadual para gestões municipais e entre gestões municipais;
  - a implantação de SRTs para as pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares, conforme regulamentação da Portaria GM n. 106/2000. Considerando que a referida Portaria define, no máximo, 08 moradores/SRT, certamente será necessária a criação de cerca de 180 moradias assistidas para responder às demandas





imediatas de um grupo de aproximadamente 26% dos moradores, uma vez que a informação sobre familiares não estava disponível quando da realização da coleta de dados do Censo.

- Por outro lado, para os moradores para os quais foi identificada a existência de presença de contatos de familiares/pessoas da rede social, destaca-se que não necessariamente essa presença é equivalente à possibilidade de moradia em conjunto, considerando, sobretudo, que 65% da população moradora encontra-se internada há mais de dez anos. Portanto, é possível indicar que a necessidade de criação de SRT abrangerá, também, diversas pessoas desse grupo, não obstante as possibilidades de serem ativados processos de reabilitação psicossocial com familiares/pessoas da rede social, e nos projetos de articulação e parceria com outras políticas públicas como às dirigidas às pessoas com deficiência;
- a expansão, de acordo com as necessidades dos contextos locais, da rede substitutiva em saúde mental e dos projetos intersetoriais, em particular CAPS I, II, e III, CAPS Infantil e CAPS AD, inserção de atenção em saúde mental na atenção básica, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência, projetos de geração de renda e inserção no trabalho, projetos de alfabetização e de acesso aos bens culturais, visando a assegurar o acesso ao cuidado e à reabilitação psicossocial das pessoas desinstitucionalizadas, considerando que, com base na atual cobertura de 0,43 CAPS/100.000 habitantes no Estado de São Paulo, trata-se de rede ainda restrita frente às necessidades da demanda;
- a habilitação de municípios no Programa de Volta para Casa conforme a Portaria GM n. 2077/2003 que regulamenta a Lei 10.708/2003 nos Termos de seu Artigo 8º (Brasil, 2003);
- a elaboração e implementação de processos formativos de educação permanente, em parcerias com as universidades, que visem à qualificação das equipes dos serviços de saúde e de saúde mental de base comunitária/territorial, de apoiadores/cuidadores de SRTs, e de participantes de projetos intersetoriais para ampliação e potencialização da capacidade de atenção e de reabilitação psicossocial de pessoas com histórico de institucionalização em hospitais psiquiátricos.





5. A realização do “Projeto Cidadania”, visando à recuperação da documentação original ou à obtenção da Certidão Tardia de Nascimento dos 1.312 moradores denominados “ignorados”, operando no resgate de histórias, identidades e vínculos e promovendo as condições para o acesso aos benefícios e aos direitos previstos na legislação. Com esse objetivo, indica-se o envolvimento das equipes dos hospitais psiquiátricos, dos articuladores de saúde mental dos respectivos DRS, das equipes das redes municipais de atenção psicossocial, do Ministério Público e da Ordem dos Advogados do Brasil, e o desenvolvimento das seguintes medidas:
- junto aos hospitais psiquiátricos próprios e conveniados: encaminhamento das informações sobre as iniciativas já realizadas ou em andamento para a obtenção de Certidões de Nascimento dos moradores denominados ignorados.
  - junto aos moradores com naturalidade e endereço familiar conhecido: a equipe técnica realizará busca de documentação original, apresentando listagem nominal.
  - junto aos moradores sobre os quais não estão disponíveis as informações sobre naturalidade e localização familiar é necessário realizar levantamento detalhado no prontuário e com o próprio morador e, no caso de novas informações, proceder à busca de documentação original. Esgotadas as possibilidades, indica-se o encaminhamento para o Ministério Público/OAB de solicitação de Certidão Tardia, através da elaboração de relatório, com as providências preliminares e a indicação do Nome, de acordo com a escolha do morador.
  - O GT (Resolução SS 327/2007) propõe a criação de um novo GT, para conduzir as ações citadas, de maneira a orientar e acompanhar a obtenção das 1312 certidões de nascimento, tardias ou não.
6. Que, no desenvolvimento de projetos de desinstitucionalização orientados para a reabilitação psicossocial e nos percursos de implementação de SRTs, sejam observados a Portaria GM n. 106/2000 e os seguintes princípios:
- o habitar como um dos eixos centrais nos percursos de reabilitação como cidadania que visem à ampliação de contratualidade (Saraceno, 1996, 1999);
  - a produção de processos de desinstitucionalização pautados na validação dos moradores, no reconhecimento de seus saberes, ca-





pacidades, e direitos, e orientados para o fortalecimento do poder contratual, a potencialização de redes sociais, e a criação de condições para novas possibilidades de vida;

- a efetiva participação dos moradores na escolha da cidade na qual irá residir, considerando sua naturalidade, a última cidade de residência antes da internação atual, o município de residência do familiar, e as alternativas concretas existentes; cabe destacar a necessidade de propiciar as alternativas possíveis na singular situação de moradores de outros Estados e países;
- o respeito às interações e aos vínculos afetivos construídos entre moradores para a composição de grupos que irão habitar uma moradia assistida;
- o direito ao auxílio-reabilitação psicossocial (PVC) que, conforme a regulamentação da Lei 10.708/2003, poderá ser acessado por 81% dos moradores, isto é, aproximadamente 5.100 moradores;
- a garantia de BPC (LOAS) nas situações indicadas;
- a compreensão dos SRTs como moradias destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, atuando como unidade de suporte, e que viabilizem sua reinserção na vida comunitária (Brasil, 2004a). Dessa forma, diferente de um espaço sanitário, trata-se de implementar práticas e estratégias operativas de apoio e suporte que visem a promover o protagonismo das pessoas na vida cotidiana, a autonomia, a reapropriação do habitar, e de suas diferentes formas, e as possibilidades de conviver e participar das trocas sociais (Brasil, 2004b);
- a efetiva configuração dos SRTs como moradia requer, também, a localização na comunidade, fora dos limites dos espaços hospitalares/institucionais, um espaço físico adequado, e a produção cotidiana de ambiente acolhedor de casa e de respeito à singularidade e aos direitos dos usuários como cidadãos;
- a reafirmação que os SRTs são exclusivamente de natureza pública (Brasil, 2004);
- a garantia de cuidado e de reabilitação psicossocial dos moradores dos SRTs nos serviços de saúde e de saúde mental, assim como de inserção em projetos de políticas públicas intersetoriais, nas







formas associativas de organização de usuários e familiares e nas relações sociais e comunitárias do território.

7. A articulação do gestor estadual do SUS com o Ministério Público para a criação de Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias de acordo com a Portaria GM n. 2391/2002.
8. A articulação com as instâncias do Poder Judiciário e com o Ministério Público para a elaboração de proposições objetivando a revisão de interdições judiciais, considerando que 31% dos moradores encontra-se interdito. Cabe destacar, também, a necessidade de avaliação detalhada da condição de aproximadamente 6% dos moradores com procuradores.
9. A articulação com as instâncias do Poder Judiciário e com o Ministério Público para analisar a situação de moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo com internação compulsória.
10. A articulação, nos âmbitos estadual e municipal, com as políticas públicas e as organizações da sociedade civil que atuam no campo do trabalho e emprego, especialmente na perspectiva da Economia Solidária, para criação e fortalecimento de empreendimentos solidários com a inclusão de pessoas com transtornos mentais. Indica-se a superação de utilização do trabalho como forma de ocupação no contexto asilar e, nas proposições a serem criadas, a adoção dos referenciais e diretrizes que vêm sendo elaborados na parceria das políticas nacionais de saúde mental e de Economia Solidária para o desenvolvimento de iniciativas de inserção no trabalho (Brasil, 2005, 2006).
11. A articulação, nos âmbitos estadual e municipal, com as políticas públicas e com os projetos da sociedade civil que atuam no campo da educação e da cultura para a construção de proposições que objetivem a inclusão de pessoas com transtornos mentais em projetos de alfabetização, assim como a criação e/ou fortalecimento de projetos culturais inclusivos.
12. A articulação com as políticas públicas, estadual e municipais, de atenção à infância e juventude para a construção conjunta de estratégias de desinstitucionalização e, sobretudo, de proposições que visem à concretização das redes locais de atenção psicossocial e de projetos inter-setoriais - saúde, educação, cultura, desenvolvimento social - que superem as formas de institucionalização.





13. A articulação com as políticas públicas, estadual e municipais, de saúde da pessoa com deficiência, para aprofundamento da discussão sobre a situação de moradores com deficiência com vistas à elaboração de estratégias intersetoriais para efetivar a desinstitucionalização e a atenção à saúde no território.
14. A construção de estratégias com os gestores das políticas públicas de saúde bucal, em nível estadual e municipais, visando a garantir o acesso dos moradores aos serviços odontológicos.
15. A articulação com a Área Técnica de Saúde da População Indígena da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e com outras políticas públicas e projetos que desenvolvem programas de defesa de direitos dessa população para construir alternativas culturalmente adequadas de desinstitucionalização.
16. A constituição de Grupo de Trabalho para realização de avaliação específica das condições dos moradores acamados, de forma a aprofundar o conhecimento e a compreensão das principais necessidades desse grupo visando à formulação de alternativas e respostas adequadas para a desinstitucionalização.
17. A articulação com o gestor da política nacional de saúde mental do Ministério de Saúde para o aprofundamento da discussão e formulação de medidas sobre a problemática, evidenciada no Censo, da presença de continuidade de internações de longa permanência com data de início após a promulgação das Leis 10.216 de 2001 e 10.708 de 2003.





## BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Loucos pela vida**: trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ARANHA e SILVA, A. L.. **O projeto copiadora do CAPS**: da reprodução de coisas à produção de vida. 1997. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BARROS, D.D. A desinstitucionalização: desospitalização ou desconstrução?. **Rev. Terapia Ocup**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 101-06, 1991.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. 1996. Tese-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BARROS, S.; ELIAS, P.E.M.: Souza R. R. de (Org.) **Relatório final da 5ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo saúde e qualidade de vida**: políticas de Estado e desenvolvimento. São Paulo: Secretaria da Saúde, Conselho Estadual da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, D.F., 2003. (Série E, Legislação de Saúde).





BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Programa de volta para casa**. Brasília, D.F., 2008. Disponível em: <http://pvc.datasus.gov.br> Acesso em: 14 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do programa “de volta para casa”**. Brasília, D.F., 2003. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Relatório final do grupo de trabalho saúde mental e economia solidária**. Brasília, D.F., 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/REL\\_GT1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/REL_GT1.pdf)> Acesso em: 14 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, D.F., 2004. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, D.F., 2005. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, D.F., 2004. Caderno Informativo do Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, D.F., 2006. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1999 – 2004**. Brasília, D.F., 2004. (Série E, Legislação de Saúde).

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, D.F. Ministério da Saúde, 1988.





CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília.  
**Relatório Final.** Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 2002.

COSTA, J.F. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1984.

DELGADO, P.G.G. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Cora, 1992.

DELGADO, P.G.G. et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: Cuidar Sim, Excluir Não, 3., 2001, Brasília, D.F.  **Caderno de Textos.** Brasília, D.F.: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2001.

DELLOSI, M.E.; MATIAS, M.B.M. **Escala de avaliação psicossocial dos pacientes moradores do Hospital Psiquiátrico Pinel.** (relatório de ações). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na era clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DOS DADOS – SEADE. São Paulo, 2008. <Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>> Acesso em: 11 nov. 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

GIORDANO JUNIOR, S. **A persistência da higiene e da doença mental:** contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo. 1989. Dissertação(Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. São Paulo, 2000. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/> > Acesso em: 11 nov. 2008.





KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **O outro da reforma**: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. 2000. Tese - Faculdade de Ciências Médica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, D.F., 2001.

PITTA, A.M.F. et al **Censo clínico e psicossocial dos hospitais psiquiátricos da Bahia**: relatório de pesquisa. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 2004.

PITTA-HOISEL, A.M.F. **Sobre uma política de saúde mental**. 1984. Dissertação(Mestrado) - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

ROCHA, F. In: Giordano S. A persistência da higiene e da doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANDUVETTE, V. **Organização do trabalho e rotinas e saúde mental**: conhecimento e mudança. 2003. Tese(Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS nº 294 de 29 de agosto de 2007. Institui Grupo de Trabalho para construção de proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos





do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 25 out. 2007. Seção 1, p. 27.

\_\_\_\_\_. Resolução SS nº 327 de 09 de novembro de 2007. Dispõe sobre a designação dos membros a que se reporta o Artigo 2º da Resolução SS 294 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 10 nov. 2007. Seção 1, p.27.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual de Relações Institucionais. **Estatuto da criança e adolescente**: política para a juventude, proteção à infância. São Paulo: Secretaria Estadual de Relações Institucionais, 2007.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia, 1999.

\_\_\_\_\_. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUZA, R.R. de et al. **Plano estadual de saúde 2008 – 2011**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008.





# ANEXOS

## ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

	<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  <b>COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE</b>  <b>GRUPO TÉCNICO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>          Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – 8º andar – sala 813          Tel.: (11) 3066-8224          Email: gtae@saude.sp.gov.br</p>	
--	---	--

**CENSO PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES MORADORES DOS HOSPITAIS  
 PSIQUIÁTRICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

<b>A – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>	
<b>1. DADOS DO HOSPITAL</b> <b>RAZÃO SOCIAL:</b> <b>NOME FANTASIA:</b> <b>ENDEREÇO:</b> <b>CEP:</b> <span style="float: right;"><b>TELEFONE:</b></span> <b>Nº LEITOS EXISTENTES:</b> <span style="margin-left: 100px;"><b>Nº LEITOS SUS:</b></span> <b>2. MUNICÍPIO:</b>	
<b>1ª PARTE – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO (PRONTUÁRIO)</b>	
<b>B – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>	
<b>3. NOME COMPLETO DO USUÁRIO/APELIDO:</b> <b>4. Nº PRONTUÁRIO:</b>	
<b>5. DATA DE NASCIMENTO</b> 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>6. IDADE ATUAL OU PRESUMIDA</b> 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>8. ESTADO CIVIL</b> 1. SOLTEIRO 2. CASADO 3. SEPARADO 4. OUTRO. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	







<b>9. NATURALIDADE (CIDADE EM QUE NASCEU)</b> 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>10. UF</b> 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>11. NACIONALIDADE</b> 1. BRASILEIRA 2. OUTRA. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>12. ÚLTIMA CIDADE EM QUE RESIDIU</b> 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>13. FILIAÇÃO</b> 1. INFORMADA E COMPROVADA POR DOCUMENTAÇÃO 2. INFORMADA E NÃO COMPROVADA POR DOCUMENTAÇÃO 9. INFORMAÇÃO IGNORADA <b>NOME DA MÃE:</b> <b>NOME DO PAI:</b>	
<b>14. RG</b> 1. NÃO      2. SIM. Nº	
<b>15. OUTROS DOCUMENTOS (CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO, CPF, TÍTULO ELEITOR, CARTEIRA DE TRABALHO, CERTIFICADO DE RESERVISTA, PASSAPORTE, PIS/PASEP)</b> 1. NÃO 2. SIM. QUAIS? ANOTAR Nº	
<b>16. PROCEDÊNCIA (INSTITUIÇÃO QUE ENCAMINHOU)</b> 1. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO/CASA DE CUSTÓDIA. QUAL O TEMPO DE INTERNAÇÃO ANTERIOR: 2. OUTRA INSTITUIÇÃO. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>17. ENDEREÇO DE FAMILIAR</b> 1. NÃO 2. SIM. QUAL? BAIRRO: _____ TELEFONE: _____ 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>18. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO FAMILIAR</b> 1. NÃO 2. SIM. QUAL? . 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>19. UF /PAÍS DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO FAMILIAR</b> 1. NÃO 2. SIM. UF: _____ PAÍS (NO CASO DE ESTRANGEIROS): _____ 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>C - DADOS CLÍNICOS E PSIQUIÁTRICOS DO PRONTUÁRIO +</b>	
<b>20. DATA DE ADMISSÃO NA INTERNAÇÃO ATUAL NESTE HOSPITAL (INDEPENDENTE DA RENOVAÇÃO DA AIH)</b>	__/__/____

continua





continuação

<p><b>21. DIAGNÓSTICO(S) PSIQUIÁTRICO(S) ATUAIS: CÓDIGO CID 10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (MARCAR 1. SIM E 2. NÃO)</b>            1. F00-F09 TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS, INCLUSIVE OS SINTOMÁTICOS            2. F10-F19 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA            3. F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES            4. F30-F39 TRANSTORNOS DE HUMOR (AFETIVOS)            5. F40-F48 TRANSTORNOS NEURÓTICOS, TRANSTORNOS RELACIONADOS AO "STRESS" E TRANSTORNOS SOMATOFORMES            6. F50-F59 SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS E A FATORES FÍSICOS            7. F60-F69 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO DO ADULTO            8. F70-F79 RETARDO MENTAL            9. OUTROS. QUAIS? ...</p>	<p>1. <input type="checkbox"/>            2. <input type="checkbox"/>            3. <input type="checkbox"/>            4. <input type="checkbox"/>            5. <input type="checkbox"/>            6. <input type="checkbox"/>            7. <input type="checkbox"/>            8. <input type="checkbox"/>            9. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>22. DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS (MARCAR 1. SIM e 2. NÃO)</b>            1. HIPERTENSÃO ARTERIAL            2. DIABETIS            3. CARDIOPATIAS            4. DOENÇAS PULMONARES (Tuberculose, DPOC, Pneumonia, etc.)            5. HANSENÍASE            6. DOENÇAS DE PELE (Escabiose, Pediculose, Eczemas, etc.)            7. OUTRAS. QUAIS?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/>            2. <input type="checkbox"/>            3. <input type="checkbox"/>            4. <input type="checkbox"/>            5. <input type="checkbox"/>            6. <input type="checkbox"/>            7. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>23. DEFICIÊNCIAS FÍSICAS ASSOCIADAS (MARCAR 1. SIM e 2. NÃO)</b>            1. DEFICIÊNCIA FÍSICA            2. DEFICIÊNCIA VISUAL            3. DEFICIÊNCIA AUDITIVA            ANOTAR USO DE ÓCULOS, ÓRTESES, PRÓTESES, APARELHO AUDITIVO, ETC.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/>            2. <input type="checkbox"/>            3. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>24. TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR ANTES DA INTERNAÇÃO ATUAL</b>            1. NÃO            2. SIM. UNIDADE:            MUNICÍPIO: .            9. INFORMAÇÃO IGNORADA</p>	
<p><b>25. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (CONSULTAR PRESCRIÇÃO ATUAL)</b>            1. MÚLTIPLOS MEDICAMENTOS. QUAIS            2. MEDICAMENTO ÚNICO. QUAL?            3. NÃO FAZ USO DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E CLÍNICOS</p>	
<p><b>D - SITUAÇÃO JURÍDICA</b></p>	
<p><b>26. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO CIVIL)</b>            0. TEM CURADOR            1. NÃO TEM CURADOR/ TEM PROCURADOR            2. NÃO TEM CURADOR/ NÃO TEM PROCURADOR            9. INFORMAÇÃO IGNORADA</p>	
<p><b>27. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO PENAL)</b>            0. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. ESPECIFICAR:            1. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA            2. INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA            9. INFORMAÇÃO IGNORADA</p>	
<p><b>2ª PARTE – DADOS PSICOSSOCIAIS (USUÁRIO/EQUIPE DO HOSPITAL)</b></p>	
<p><b>E - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS</b></p>	





<p><b>28. MOTIVO DA PERMANÊNCIA DA INTERNAÇÃO</b> 0. PRECARIIDADE SOCIAL, DOENÇA CLÍNICA E TRANSTORNO MENTAL 1. PRECARIIDADE SOCIAL E TRANSTORNO MENTAL 2. PRECARIIDADE SOCIAL E DOENÇA CLÍNICA 3. TRANSTORNO MENTAL 4. DOENÇA CLÍNICA 5. PRECARIIDADE SOCIAL</p>	
<p><b>29. ESCOLARIDADE</b> 0. NÃO ALFABETIZADO 1. ALFABETIZADO (ESCREVE O NOME) 2. ESCREVE E LÊ, MAS NÃO SABE INFORMAR ESCOLARIDADE 3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO 4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO 5. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO 6. ENSINO MÉDIO COMPLETO 7. ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO 8. ENSINO SUPERIOR COMPLETO</p>	
<p><b>30. SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA ANTERIOR Á(S) INTERNAÇÃO(ÕES)</b> 0. NUNCA TRABALHOU 1. INATIVO – DESEMPREGADO 2. INATIVO – COM BENEFÍCIO (LOAS/APOSENTADORIA) 3. ATIVO SEM CARTEIRA ASSINADA. 4. ATIVO COM CARTEIRA ASSINADA OU AUTÔNOMO. 9. INFORMAÇÃO IGNORADA OBS: SE HOUVER, ANOTAR TRABALHO ANTERIOR:</p>	
<p><b>31. TIPO DE RENDA</b> 0. NÃO TEM 1. AJUDA FINANCEIRA ESPORÁDICA (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS) 2. AJUDA FINANCEIRA FREQUENTE (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS) 3. RENDA PROVENIENTE DE PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NO HOSPITAL 4. BENEFÍCIOS (LOAS/APOSENTADORIA) 5. RENDA PROVENIENTE DE BENEFÍCIO E PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NO HOSPITAL</p>	
<b>F – AUTOCUIDADO</b>	
<p><b>32. HIGIENE (BANHO, CABELOS, UNHAS, HIGIENE BUCAL, USO DO VASO SANITÁRIO)</b> 0. APENAS QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 1. SOMENTE COM AUXÍLIO 2. APENAS QUANDO SOLICITADO 3. DEVEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA 4. DIARIAMENTE E POR VONTADE PRÓPRIA</p>	
<p><b>33. ALIMENTAÇÃO</b> 0. ALIMENTA-SE SOMENTE QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 1. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 2. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES SOMENTE QUANDO SOLICITADO 3. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DEVEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA 4. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DIARIAMENTE POR VONTADE PRÓPRIA</p>	
<p><b>34. VESTIR-SE</b> 0. NÃO SE VESTE SOZINHO, RECUZA A SE VESTIR 1. VESTE-SE SOMENTE COM AJUDA DE OUTROS E/OU ESTIMULADO POR OUTRO 2. VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM HIGIENE PRECÁRIA E DESALINHADAS 3. VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E DESALINHADAS 4. VESTE-SE COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E ALINHADAS</p>	

continua





continuação

<b>G – VÍNCULOS SOCIAIS</b>	
<b>35. VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO</b> 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. RECEBE VISITAS DE OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 2. RECEBE VISITAS DE VIZINHOS/AMIGOS 3. RECEBE VISITAS DE FAMILIARES	
<b>36. REALIZA VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO</b> 0. NÃO REALIZA VISITAS 1. REALIZA VISITAS PARA OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 2. REALIZA VISITAS PARA VIZINHOS/AMIGOS 3. REALIZA VISITAS PARA FAMILIARES	
<b>37. FREQUÊNCIA DAS VISITAS</b> 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. EVENTUAL 2. MENSAL 3. QUINZENAL 4. SEMANAL	
<b>38. SITUAÇÃO DE MORADIA NO PRESENTE</b> 0. MORADOR DE ENFERMARIA NÃO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 1. MORADOR DE LAR ABRIGADO NÃO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 2. MORADOR DE ENFERMARIA TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 3. MORADOR DE LAR ABRIGADO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
<b>H – PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	
<b>39. COMUNICAÇÃO (FALA, CONVERSA, PEDE, PERGUNTA, RESPONDE QUANDO PERGUNTADO)</b> 0. NÃO SE COMUNICA NEM QUANDO SOLICITADO NEM COM AUXÍLIO 1. COMUNICA-SE APENAS COM AUXÍLIO 2. COMUNICA APENAS QUANDO SOLICITADO VERBALMENTE 3. COMUNICA-SE DEVEZ EM QUANDO POR VONTADE PRÓPRIA 4. COMUNICA-SE SEMPRE POR VONTADE PRÓPRIA	
<b>40. TRÂNSITO PELO HOSPITAL</b> 0. NÃO TRANSITA PELO HOSPITAL 1. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO PELA EQUIPE 3. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE ACOMPANHADO POR OUTROS PACIENTES 4. TRANSITA PELO HOSPITAL DESACOMPANHADO FAZ USO DE CADEIRA DE RODAS? SIM ( ) NÃO ( )	
<b>41. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DENTRO DO HOSPITAL (OFICINAS, FESTAS, JOGOS, ETC.)</b> 0. NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES 1. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO E ACOMPANHADO 2. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO 3. PARTICIPA DE ATIVIDADES ACOMPANHADO 4. PARTICIPA DE ATIVIDADES DESACOMPANHADO	
<b>I – PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	





<p><b>42. TRÂNSITO PELA COMUNIDADE</b> 0. NÃO SAI SOZINHO NEM ACOMPANHADO 1. SAI DO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. SAI DO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO 3. SAI DO HOSPITAL SE ORIENTADO 4. SAI DO HOSPITAL DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA</p>	
<p><b>43. USO DE TRANSPORTE COLETIVO</b> 0. NÃO USA TRANSPORTE COLETIVO 1. USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO 3. USA TRANSPORTE COLETIVO DEVEZ EM QUANDO E DESACOMPANHADO 4. USA TRANSPORTE COLETIVO SEMPRE E DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA</p>	
<p><b>44. COMPRAS</b> 0. NÃO FAZ COMPRAS 1. FAZ COMPRAS NO HOSPITAL ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. FAZ COMPRAS NO HOSPITAL DESACOMPANHADO 3. FAZ COMPRAS FORA DO HOSPITAL ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 4. FAZ COMPRAS FORA DO HOSPITAL DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA</p>	
<p><b>45. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES FORA DO HOSPITAL (ESCOLA, IGREJA, PASSEIOS, BANCO)</b> 0. NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES 1. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO E ACOMPANHADO 2. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO 3. PARTICIPA DE ATIVIDADES ACOMPANHADO 4. PARTICIPA DE ATIVIDADES DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA</p>	
<p><b>46. O USUÁRIO GOSTARIA DE MORAR FORA DO HOSPITAL?</b> 0. NÃO 1. IMPOSSIBILITADO DE RESPONDER 2. SIM, CONVERSA SOBRE O TEMA QUANDO INDAGADO 3. SIM, CONVERSA ESPONTÂNEAMENTE 4. SIM, ACHA QUE JÁ DEVERIA TER SAÍDO POR QUE? EM CASO AFIRMATIVO, EM QUE LOCAL OU CIDADE?</p>	
<p><b>47. O USUÁRIO SAI DE LICENÇA TERAPÊUTICA POR UMA SEMANA OU MAIS?</b> 0. NÃO, NEM PENSA NESSA POSSIBILIDADE 1. NÃO, MAS GOSTARIA DE TER ESSA POSSIBILIDADE 2. SIM</p>	
<b>J – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>	
<p><b>48. RAÇA/COR</b> 1. BRANCA 2. PRETA 3. PARDA 4. AMARELA 5. INDÍGENA</p>	

continua





<b>49. RELIGIÃO</b> 1. NÃO POSSUI 2. CATÓLICA 3. EVANGÉLICA 4. ESPÍRITA 5. OUTRA. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
<b>50. O USUÁRIO É GRABATÁRIO (CRONICAMENTE ACAMADO)?</b> 1. SIM 2. NÃO		
<b>51. TABAGISMO</b> 1. FUMANTE 2. NÃO FUMANTE		
<b>52. POSSUI DENTES OU USA PRÓTESE DENTÁRIA</b> 1. NÃO 2. SIM		
<b>K – RELATO DAS IMPRESSÕES DO PESQUISADOR SOBRE (MÁXIMO DE 700 CARACTERES):</b>		
<b>O USUÁRIO:</b>		
<b>A EQUIPE DO HOSPITAL:</b>		
<b>OS PRONTUÁRIOS:</b>		
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		
NOME DO PESQUISADOR	ASSINATURA	DATA

Instrumento de avaliação construído a partir de consulta a outros instrumentos previamente utilizados para finalidades semelhantes, com prévia autorização dos autores: Ana Maria Fernandes Pitta e colaboradores; Maria Beatriz de Miranda Matias e Mirsa Elisabeth Dellosi; Verônica Sanduvette.





## ANEXO 2: OS ENTREVISTADORES

Adriana Leão  
Adriana Neto  
Alexandra Nakano de Almeida  
Ana Flávia Petrovcic Fattore  
Ana Ligia Oliva  
Andrea Ruzzi Pereira  
Angélica Martins de Souza Gonçalves  
Aurea Maria de Oliveira Bueno  
Bianca Mara Maruco Lins Leal  
Camila Alessandra Matias  
Carla Alessandra Sartorelli  
Carla Regina Silva  
Carlos Cesar Escudeiro  
Cecília Marqueto  
Celso Aparecido Fattori Junior  
Cicera Rodrigues Yoshimoto  
Daniela Barsotti Santos  
Débora Margarete Marinho  
Denise Brandão Barletta  
Dinair Ferreira Machado  
Edson Alves de Oliveira  
Elizabeth de Sant'anna Shibuya  
Erika Goncalves Cardim  
Erika Valente Yohem  
Flávia Priscilla Gasparoto Pereira  
Flavia Ribeiro Tonon  
Henrique Guilherme Scatolin  
landra Pricila de Lima Oliveira  
Iraci Cleide da Silva  
Ivanete Boasorte Moreira  
Izilda Helena de M P Polim  
Izildinha Nunes  
Jaira Lopes Brandão Crepschi  
Janaína de Carvalho Sant'anna Ermani  
Joel Pereira Valadares  
Katia de Paiva  
Liége Ricci Martins Caldeira





Ligia Florio  
Lizandra Guena de Castro  
Luiz Carlos Lourenço Silva  
Magda Annichino Guida  
Márcio Pinheiro Machado  
Maria Aparecida Finotti Oliveira  
Maria Cristina Taveira  
Maria da Graça Barsanti Camargo  
Marilene de Cássia Sabino  
Milenne Ura Seixas Santos  
Moacyr Miniussi Bertolino Neto  
Natália Martinelli Cassim  
Oliveiros Barone Castro  
Pâmela Crepaldi  
Patrícia Carvalho Viotti  
Patrícia Santos de Souza Delfini  
Paulo Estevão Pereira  
Priscila Aparecida Grosso Jordão Pereira  
Ramon José Ayres Souza  
Rosana Aparecida Scarassatti  
Rosana Vera de Oliveira Schicotti  
Sandra Regina Garcia  
Simone Elisa Heitor Pace  
Sonia Regina Gobi  
Talita Luíza Faria  
Tania Kiehl Lucci  
Terezinha Ap F Picolo  
Thaís Cristina Lia Margara  
Valéria de Sylos Bertolini Lazzari Prestes  
Valéria Helena Spinardi Cabral  
Vanessa Fernanda Rodrigues de Campos  
Veronica Sanduvette





## ANEXO 3: MUNICÍPIO DE NATURALIDADE DOS MORADORES

	Município de Naturalidade	Número de Usuários Moradores	
		N	%
1	ADAMANTINA	7	0,17%
2	AGUAI	3	0,07%
3	ÁGUAS DA PRATA	1	0,02%
4	ÁGUAS DE SANTA BÁRBARA	2	0,05%
5	AGUDOS	7	0,17%
6	ALAMBARI	1	0,02%
7	ALFREDO MARCONDES	2	0,05%
8	ALTAIR	1	0,02%
9	ALTINÓPOLIS	1	0,02%
10	ALTO ALEGRE	1	0,02%
11	ÁLVARES FLORENCE	1	0,02%
12	ÁLVARES MACHADO	6	0,15%
13	ÁLVARO DE CARVALHO	3	0,07%
14	ALVILÂNDIA	1	0,02%
15	AMERICANA	8	0,20%
16	AMÉRICO DE CAMPOS	1	0,02%
17	AMPARO	9	0,22%
18	ANDRADINA	3	0,07%
19	ANGATUBA	12	0,30%
20	ANHUMAS	1	0,02%
21	APARECIDA D'OESTE	1	0,02%
22	APARECIDA DO NORTE	1	0,02%
23	APIAÍ	14	0,35%
24	ARAÇARIGUAMA	1	0,02%
25	ARAÇATUBA	21	0,52%
26	ARAÇOIABA DA SERRA	12	0,30%
27	ARAMINA	1	0,02%
28	ARANDU	1	0,02%
29	ARARAQUARA	26	0,65%
30	ARARAS	35	0,87%
31	AREIAS	2	0,05%
32	ARIRANHA	1	0,02%
33	ARTUR NOGUEIRA	2	0,05%
34	ARUJÁ	2	0,05%
35	ASSIS	13	0,32%
36	ATIBAIA	20	0,50%
37	AURIFLAMA	4	0,10%
38	AVAÍ	2	0,05%
39	AVANHANDAVA	3	0,07%
40	AVARÉ	13	0,32%
41	BADY BASSITY	1	0,02%
42	BÁLSAMO	2	0,05%
43	BANANAL	1	0,02%



Município de Naturalidade		Número de Usuários Moradores	
		N	%
44	BARÃO DE ANTONINA	1	0,02%
45	BARBOSA	1	0,02%
46	BARIRI	4	0,10%
47	BARRA BONITA	3	0,07%
48	BARRA DO CHAPÉU	1	0,02%
49	BARRA DO TURVO	1	0,02%
50	BARRETOS	13	0,32%
51	BARRINHA	1	0,02%
52	BARUERI	11	0,27%
53	BASTOS	2	0,05%
54	BATATAIS	5	0,12%
55	BAURU	38	0,94%
56	BEBEDOURO	9	0,22%
57	BENTO DE ABREU	1	0,02%
58	BERNARDINO DE CAMPOS	8	0,20%
59	BILAC	2	0,05%
60	BIRIGUI	10	0,25%
61	BIRITIBA	1	0,02%
62	BOA ESPERANÇA DO SUL	2	0,05%
63	BOCAINA	1	0,02%
64	BOFETE	4	0,10%
65	BOITUVA	8	0,20%
66	BOM JESUS DOS PERDÕES	1	0,02%
67	BOM SUCESSO DE ITARARÉ	1	0,02%
68	BORÁ	1	0,02%
69	BORACÉIA	1	0,02%
70	BORBOREMA	3	0,07%
71	BOREBI	1	0,02%
72	BOTUCATU	19	0,47%
73	BRAGANÇA PAULISTA	27	0,67%
74	BREJO ALEGRE	1	0,02%
75	BRODÓSQUI	4	0,10%
76	BROTAS	5	0,12%
77	BRUERI	1	0,02%
78	BURI	10	0,25%
79	BURITAMA	2	0,05%
80	CABRÁLIA PAULISTA	1	0,02%
81	CABREÚVA	2	0,05%
82	CAÇAPAVA	5	0,12%
83	CACONDE	2	0,05%
84	CAFELÂNDIA	10	0,25%
85	CAIABU	1	0,02%
86	CAIEIRAS	2	0,05%
87	CAJAMAR	6	0,15%
88	CAJATI	2	0,05%
89	CAJOBI	1	0,02%
90	CAJURU	1	0,02%





Município de Naturalidade		Número de Usuários Moradores	
		N	%
91	CAMPINAS	46	1,14%
92	CAMPO LIMPO PAULISTA	2	0,05%
93	CAMPOS DE JORDÃO	9	0,22%
94	CAMPOS NOVOS PAULISTA	3	0,07%
95	CANANÉIA	7	0,17%
96	CANDIDO MOTA	4	0,10%
97	CAPÃO BONITO	29	0,72%
98	CAPELA DO ALTO	1	0,02%
99	CAPIVARI	8	0,20%
100	CARAGUATATUBA	4	0,10%
101	CARAPICÚIBA	10	0,25%
102	CARDOSO	1	0,02%
103	CASA BRANCA	13	0,32%
104	CATANDUVA	12	0,30%
105	CATIGUA	2	0,05%
106	CERQUEIRA CÉSAR	5	0,12%
107	CERQUILHO	3	0,07%
108	CESÁRIO LANGE	4	0,10%
109	CHARQUEADA	4	0,10%
110	CHAVANTES	2	0,05%
111	COLINA	1	0,02%
112	CONCHAL	3	0,07%
113	CONCHAS	3	0,07%
114	CORDEIRÓPOLIS	1	0,02%
115	CORUMBATAÍ	2	0,05%
116	COSMÓPOLIS	1	0,02%
117	COSMORAMA	1	0,02%
118	COTIA	15	0,37%
119	CRAVINHOS	2	0,05%
120	CRISTAIS PAULISTA	2	0,05%
121	CRUZEIRO	7	0,17%
122	CUBATÃO	1	0,02%
123	CUNHA	3	0,07%
124	DESCALVADO	3	0,07%
125	DIADEMA	4	0,10%
126	DISTRITO DE PARAÍSO	1	0,02%
127	DIVINOLÂNDIA	2	0,05%
128	DOIS CÓRREGOS	5	0,12%
129	DOURADO	4	0,10%
130	DRACENA	6	0,15%
131	DUARTINA	7	0,17%
132	ECHAPORÁ	3	0,07%
133	ELDORADO	14	0,35%
134	ELIAS FAUSTO	1	0,02%
135	ELISIÁRIO	1	0,02%
136	EMBU	7	0,17%
137	EMBÚ-GUAÇU	4	0,10%





	Município de Naturalidade	Número de Usuários Moradores	
		N	%
138	ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	16	0,40%
139	ESPÍRITO SANTO DO TURVO	2	0,05%
140	ESTRELA D'OESTE	1	0,02%
141	FARTURA	2	0,05%
142	FERNANDÓPOLIS	5	0,12%
143	FERNÃO	2	0,05%
144	FERRAZ DEVASCONCELOS	4	0,10%
145	FLORA RICA	2	0,05%
146	FLÓRIDA PAULISTA	3	0,07%
147	FRANCA	26	0,65%
148	FRANCISCO MORATO	2	0,05%
149	FRANCO DA ROCHA	28	0,70%
150	GÁLIA	8	0,20%
151	GARÇA	35	0,87%
152	GAVIÃO PEIXOTO	2	0,05%
153	GENERAL SALGADO	3	0,07%
154	GETULINA	12	0,30%
155	GUAÍÇARA	2	0,05%
156	GUAIMBÊ	2	0,05%
157	GUAIRÁ	6	0,15%
158	GUAPIARA	14	0,35%
159	GUARÁ	4	0,10%
160	GUARAÇAI	2	0,05%
161	GUARACI	4	0,10%
162	GUARANI D'OESTE	2	0,05%
163	GUARANTÃ	4	0,10%
164	GUARARAPES	4	0,10%
165	GUARAREMA	4	0,10%
166	GUARATINGUETÁ	13	0,32%
167	GUARÉI	9	0,22%
168	GUARIBA	3	0,07%
169	GUARUJÁ	7	0,17%
170	GUARULHOS	28	0,70%
171	GUATAPARÁ	2	0,05%
172	GUAYÇARA	1	0,02%
173	GUZOLÂNDIA	1	0,02%
174	HERCULÂNDIA	2	0,05%
175	HORTOLÂNDIA	1	0,02%
176	IACANGA	5	0,12%
177	IACRI	1	0,02%
178	IAGARAÇU DO TIETÊ	1	0,02%
179	IBATÉ	1	0,02%
180	IBIRÁ	3	0,07%
181	IBIRAREMA	1	0,02%
182	IBITINGA	8	0,20%
183	IBIÚNA	26	0,65%
184	ICEM	1	0,02%





	Município de Naturalidade	Número de Usuários Moradores	
		N	%
185	IGARAÇU DO TIETÊ	1	0,02%
186	IGARAPAVA	6	0,15%
187	IGARATÁ	2	0,05%
188	IGUAÇU DO TIETÊ	1	0,02%
189	IGUAPE	13	0,32%
190	IGUARAÇU DO TIETÊ	1	0,02%
191	INDAIATUBA	8	0,20%
192	INDIANA	2	0,05%
193	INDIAPORÃ	1	0,02%
194	INÚBIA PAULISTA	1	0,02%
195	IPAUCU	4	0,10%
196	IPERO	1	0,02%
197	IPORANGA	6	0,15%
198	IPUÃ	4	0,10%
199	IRACEMAPOLIS	2	0,05%
200	IRAPUÃ	2	0,05%
201	ITABERÁ	12	0,30%
202	ITAI	6	0,15%
203	ITAJOBÍ	1	0,02%
204	ITANHAÉM	2	0,05%
205	ITAOCA	1	0,02%
206	ITAPECERICA DA SERRA	5	0,12%
207	ITAPETININGA	42	1,04%
208	ITAPEVA	42	1,04%
209	ITAPEVÍ	8	0,20%
210	ITAPIRA	46	1,14%
211	ITAPIRAPUÃ PAULISTA	4	0,10%
212	ITÁPOLIS	7	0,17%
213	ITAPORANGA	4	0,10%
214	ITAPUÍ	5	0,12%
215	ITAQUAQUECETUBA	13	0,32%
216	ITARARÉ	11	0,27%
217	ITARIRI	6	0,15%
218	ITATIBA	7	0,17%
219	ITATINGA	2	0,05%
220	ITIRAPINA	1	0,02%
221	ITIRAPUÃ	2	0,05%
222	ITOBÍ	3	0,07%
223	ITU	28	0,70%
224	ITUPEVA	3	0,07%
225	ITUVARAVA	3	0,07%
226	JABORANDI	1	0,02%
227	JABOTICABAL	5	0,12%
228	JACARÉ	12	0,30%
229	JACI	1	0,02%
230	JACUPIRANGA	7	0,17%
231	JAGUARIÚNA	5	0,12%





Município de Naturalidade		Número de Usuários Moradores	
		N	%
232	JALES	3	0,07%
233	JAMBEIRO	1	0,02%
234	JANDIRA	2	0,05%
235	JANIRU	1	0,02%
236	JARDINÓPOLIS	3	0,07%
237	JARINU	4	0,10%
238	JAÚ	22	0,55%
239	JERIGUARA	1	0,02%
240	JOANÓPOLIS	2	0,05%
241	JOSÉ BONIFÁCIO	2	0,05%
242	JULIO MESQUITA	2	0,05%
243	JUNDIAÍ	30	0,74%
244	JUNQUEIROPOLIS	7	0,17%
245	JUQUIÁ	5	0,12%
246	JUQUITIBA	1	0,02%
247	LAGOINHA	2	0,05%
248	LARANJAL PAULISTA	5	0,12%
249	LAVÍNIA	2	0,05%
250	LEME	8	0,20%
251	LENÇÓIS PAULISTA	1	0,02%
252	LIMEIRA	39	0,97%
253	LINS	25	0,62%
254	LORENA	6	0,15%
255	LOUVEIRA	1	0,02%
256	LUCÉLIA	4	0,10%
257	LUCIANÓPOLIS	3	0,07%
258	LUÍS ANTÔNIO	3	0,07%
259	LUPÉRCIO	1	0,02%
260	LUTÉCIA	5	0,12%
261	LUZIÂNIA	1	0,02%
262	MACATUBA	2	0,05%
263	MACAUBAL	2	0,05%
264	MAGDA	1	0,02%
265	MAIRINQUE	3	0,07%
266	MAIRIPORÃ	1	0,02%
267	MAIRIPORÃ	10	0,25%
268	MANDURI	1	0,02%
269	MARACÁI	7	0,17%
270	MARIÁPOLIS	2	0,05%
271	MARÍLIA	30	0,74%
272	MARTINÓPOLIS	7	0,17%
273	MATÃO	5	0,12%
274	MAUÁ	3	0,07%
275	MIGUELÓPOLIS	2	0,05%
276	MINEIROS DO TIETÊ	2	0,05%
277	MIRACATU	4	0,10%
278	MIRANDÓPOLIS	2	0,05%





	Município de Naturalidade	Número de Usuários Moradores	
		N	%
279	MIRANTE DO PARANAPANEMA	5	0,12%
280	MIRASSOL	9	0,22%
281	MIRASSOLÂNDIA	1	0,02%
282	MOCOCA	21	0,52%
283	MOGI DAS CRUZES	22	0,55%
284	MOGI GUAÇU	12	0,30%
285	MOGI MIRIM	11	0,27%
286	MONÇÕES	1	0,02%
287	MONTE ALEGRE DO SUL	3	0,07%
288	MONTE ALTO	5	0,12%
289	MONTE APRAZÍVEL	4	0,10%
290	MONTE AZUL PAULISTA	4	0,10%
291	MONTE MOR	2	0,05%
292	MONTEIRO LOBATO	1	0,02%
293	MORRO AGUDO	6	0,15%
294	MURUTINGA DO SUL	1	0,02%
295	NARANDIBA	2	0,05%
296	NATIVIDADE DA SERRA	2	0,05%
297	NAZARÉ PAULISTA	4	0,10%
298	NEVES PAULISTA	2	0,05%
299	NHANDEARA	2	0,05%
300	NOVA CAMPINA	1	0,02%
301	NOVA EUROPA	1	0,02%
302	NOVA GRANADA	5	0,12%
303	NOVO HORIZONTE	6	0,15%
304	NUPORANGA	1	0,02%
305	OCAUÇU	2	0,05%
306	OLÍMPIA	3	0,07%
307	ORIENTE	3	0,07%
308	ORLÂNDIA	2	0,05%
309	OSASCO	29	0,72%
310	OSVALDO CRUZ	6	0,15%
311	OURINHOS	13	0,32%
312	OURO VERDE	3	0,07%
313	PACAEMBÚ	2	0,05%
314	PALESTINA	1	0,02%
315	PALMARES PAULISTA	2	0,05%
316	PALMEIRA D'OESTE	3	0,07%
317	PALMITAL	5	0,12%
318	PANORAMA	2	0,05%
319	PARAGUAÇU PAULISTA	9	0,22%
320	PARAIBUNA	8	0,20%
321	PARAÍSO	4	0,10%
322	PARANAPANEMA	4	0,10%
323	PARAPUÃ	5	0,12%
324	PARDINHO	2	0,05%
325	PARIQUERA-AÇU	7	0,17%





Município de Naturalidade		Número de Usuários Moradores	
		N	%
326	PATROCINIO PAULISTA	2	0,05%
327	PAULICÉIA	1	0,02%
328	PAULISTÂNIA	4	0,10%
329	PEDERNEIRAS	5	0,12%
330	PEDRA BELA	3	0,07%
331	PEDRANÓPOLIS	2	0,05%
332	PEDREGULHO	10	0,25%
333	PEDREIRA	3	0,07%
334	PEDRO DE TOLEDO	1	0,02%
335	PENÁPOLIS	7	0,17%
336	PEREIRA BARRETO	4	0,10%
337	PEREIRAS	1	0,02%
338	PERUÍBE	3	0,07%
339	PIACATÚ	2	0,05%
340	PIEDADE	28	0,70%
341	PILAR DO SUL	13	0,32%
342	PINDAMONHANGABA	5	0,12%
343	PINDORAMA	1	0,02%
344	PINHALZINHO	1	0,02%
345	PIQUEROBI	1	0,02%
346	PIQUETE	3	0,07%
347	PIRACÁIA	1	0,02%
348	PIRACICABA	41	1,02%
349	PIRAJU	8	0,20%
350	PIRAJUÍ	14	0,35%
351	PIRANGÍ	3	0,07%
352	PIRAPORA DO BOM JESUS	2	0,05%
353	PIRAPOZINHO	7	0,17%
354	PIRASSUNUNGA	5	0,12%
355	PIRATININGA	3	0,07%
356	PITANGUEIRAS	1	0,02%
357	PLATINA	2	0,05%
358	POÁ	2	0,05%
359	POLONI	1	0,02%
360	POMPÉIA	7	0,17%
361	PONGAÍ	1	0,02%
362	PONTAL	2	0,05%
363	PORANGABA	5	0,12%
364	PORTO FELIZ	11	0,27%
365	PORTO FERREIRA	6	0,15%
366	POTIM	1	0,02%
367	PRADÓPOLIS	1	0,02%
368	PRAIA GRANDE	2	0,05%
369	PRESIDENTE ALVES	6	0,15%
370	PRESIDENTE BERNARDES	4	0,10%
371	PRESIDENTE EPITÁCIO	4	0,10%
372	PRESIDENTE PRUDENTE	24	0,60%







Município de Naturalidade		Número de Usuários Moradores	
		N	%
373	PRESIDENTE VENCESLAU	5	0,12%
374	PROMISSÃO	14	0,35%
375	QUADRA	2	0,05%
376	QUATÁ	3	0,07%
377	QUEIROZ	1	0,02%
378	QUELUZ	1	0,02%
379	QUINTANA	1	0,02%
380	RAFARD	1	0,02%
381	RANCHARIA	5	0,12%
382	REDENÇÃO DA SERRA	2	0,05%
383	REGENTE FEIJÓ	7	0,17%
384	REGINÓPOLIS	3	0,07%
385	REGISTRO	15	0,37%
386	RESTINGA	6	0,15%
387	RIBEIRA	1	0,02%
388	RIBEIRAO BRANCO	6	0,15%
389	RIBEIRÃO DO SUL	1	0,02%
390	RIBEIRÃO DOS ÍNDIOS	2	0,05%
391	RIBEIRÃO GRANDE	4	0,10%
392	RIBEIRÃO PIRES	9	0,22%
393	RIBEIRÃO PRETO	30	0,74%
394	RIFAINA	1	0,02%
395	RINCÃO	1	0,02%
396	RINÓPOLIS	5	0,12%
397	RIO CLARO	17	0,42%
398	RIO DAS PEDRAS	2	0,05%
399	RIO GRANDE DA SERRA	1	0,02%
400	RIOLÂNDIA	1	0,02%
401	RIVERSUL	4	0,10%
402	ROSANA	2	0,05%
403	ROSEIRA	2	0,05%
404	RUBIÁCEA	1	0,02%
405	SABINO	2	0,05%
406	SALES OLIVEIRA	2	0,05%
407	SALESÓPOLIS	5	0,12%
408	SALTO	7	0,17%
409	SALTO DE PIRAPORA	16	0,40%
410	SALTO GRANDE	1	0,02%
411	SANTA BÁRBARA D'OESTE	6	0,15%
412	SANTA BRANCA	5	0,12%
413	SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO	1	0,02%
414	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	4	0,10%
415	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	9	0,22%
416	SANTA ERNESTINA	1	0,02%
417	SANTA FÉ DO SUL	1	0,02%
418	SANTA GERTRUDES	1	0,02%
419	SANTA ISABEL	4	0,10%





	Município de Naturalidade	Número de Usuários Moradores	
		N	%
420	SANTA LÚCIA	3	0,07%
421	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	3	0,07%
422	SANTA ROSA DEVITERBO	2	0,05%
423	SANTANA DE PARNAÍBA	6	0,15%
424	SANTO ANASTÁCIO	9	0,22%
425	SANTO ANDRÉ	25	0,62%
426	SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	4	0,10%
427	SANTO ANTONIO DA POSSE	5	0,12%
428	SANTO ANTÔNIO DO ARACANGUÁ	1	0,02%
429	SANTO ANTONIO DO PINHAL	1	0,02%
430	SANTÓPOLIS DO AGUAPEÍ	1	0,02%
431	SANTOS	52	1,29%
432	SÃO BENTO DO SAPUCAI	2	0,05%
433	SÃO BERNARDO DO CAMPO	6	0,15%
434	SÃO CAETANO DO SUL	13	0,32%
435	SÃO CARLOS	9	0,22%
436	SÃO FRANCISCO	1	0,02%
437	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	17	0,42%
438	SÃO JOAQUIM DA BARRA	4	0,10%
439	SÃO JOSÉ DA BELA VISTA	2	0,05%
440	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	10	0,25%
441	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	16	0,40%
442	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	2	0,05%
443	SÃO JOSE DOS CAMPOS	27	0,67%
444	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	1	0,02%
445	SÃO LOURENÇO DA SERRA	1	0,02%
446	SÃO LUIS DO PARAITINGA	2	0,05%
447	SÃO MANUEL	10	0,25%
448	SÃO MIGUEL ARCANJO	15	0,37%
449	SÃO PAULO	915	22,72%
450	SÃO PEDRO	5	0,12%
451	SÃO PEDRO DO TURVO	6	0,15%
452	SÃO ROQUE	11	0,27%
453	SÃO SEBASTIÃO	1	0,02%
454	SÃO SEBASTIÃO DA GRAMA	6	0,15%
455	SÃO SIMÃO	5	0,12%
456	SÃO VICENTE	8	0,20%
457	SARAPUÍ	6	0,15%
458	SERRA AZUL	1	0,02%
459	SERRA NEGRA	9	0,22%
460	SERTÃOZINHO	9	0,22%
461	SETE BARRAS	7	0,17%
462	SILVEIRAS	1	0,02%
463	SOCORRO	10	0,25%
464	SOROCABA	98	2,43%
465	SUD MENUCCI	2	0,05%
466	SUMARÉ	3	0,07%





	Município de Naturalidade	Número de Usuários Moradores	
		N	%
467	SUZANO	4	0,10%
468	TABAPUÃ	2	0,05%
469	TABOÃO DA SERRA	2	0,05%
470	TACIBA	3	0,07%
471	TAGUAÍ	1	0,02%
472	TAIAÇU	2	0,05%
473	TAIUVA	1	0,02%
474	TAMBAÚ	6	0,15%
475	TANABI	5	0,12%
476	TAPIRAÍ	3	0,07%
477	TAPIRATIBA	3	0,07%
478	TAQUARITINGA	3	0,07%
479	TAQUARITUBA	3	0,07%
480	TAQUARIVAI	2	0,05%
481	TARABAI	2	0,05%
482	TARUMÃ	2	0,05%
483	TATUÍ	23	0,57%
484	TAUBATÉ	27	0,67%
485	TEJUPÁ	2	0,05%
486	TEODORO SAMPAIO	2	0,05%
487	TERRA ROXA	2	0,05%
488	TIETÊ	7	0,17%
489	TIMBURI	4	0,10%
490	TORRE DE PEDRA	1	0,02%
491	TREMEMBÉ	2	0,05%
492	TUPÃ	29	0,72%
493	TUPI PAULISTA	2	0,05%
494	UBARANA	1	0,02%
495	UBATUBA	2	0,05%
496	UBIRAJARA	1	0,02%
497	URÂNIA	1	0,02%
498	URU	1	0,02%
499	URUPES	1	0,02%
500	VALENTIM GENTIL	1	0,02%
501	VALINHOS	1	0,02%
502	VALPARAISO	8	0,20%
503	VARGEM	1	0,02%
504	VARGEM GRANDE DO SUL	10	0,25%
505	VÁRZEA PAULISTA	4	0,10%
506	VERA CRUZ	9	0,22%
507	VINHEDO	1	0,02%
508	VIRADOURO	4	0,10%
509	VISTA ALEGRE DO ALTO	1	0,02%
510	VOTORANTIM	11	0,27%
511	VOTUPORANGA	2	0,05%
512	DESCONHECIDO	35	0,87%
	Total Geral	4028	100%



## ANEXO 4: MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA DOS MORADORES

ÚLTIMA CIDADE RESIDIU		N	Total %
1	ADAMANTINA	8	0,20%
2	AGUAI	2	0,05%
3	ÁGUAS DA PRATA	2	0,05%
4	ÁGUAS DE LINDÓIA	1	0,02%
5	ÁGUAS DE SÃO PEDRO	2	0,05%
6	AGUDOS	5	0,12%
7	ALAMBARI	1	0,02%
8	ALFREDO MARCONDES	3	0,07%
9	ALUMINIO	3	0,07%
10	ALVARES MACHADO	4	0,10%
11	ALVARO DE CARVALHO	2	0,05%
12	AMERICANA	21	0,51%
13	AMERICO BRASILIENSE	1	0,02%
14	AMPARO	10	0,25%
15	ANDRADINA	1	0,02%
16	ANGATUBA	7	0,17%
17	ANHUMAS	2	0,05%
18	APARECIDA D'OESTE	1	0,02%
19	APARECIDA DO NORTE	1	0,02%
20	APIAI	13	0,32%
21	ARAÇARIGUAMA	1	0,02%
22	ARAÇATUBA	27	0,66%
23	ARAÇOIABA DA SERRA	10	0,25%
24	ARANDU	2	0,05%
25	ARARAQUARA	21	0,51%
26	ARARAS	54	1,32%
27	ARCO IRIS	1	0,02%
28	AREALVA	1	0,02%
29	AREIAS	1	0,02%
30	AREIOPOLIS	1	0,02%
31	ARTUR NOGUEIRA	1	0,02%
32	ARUJA	4	0,10%
33	ASSIS	12	0,29%
34	ATIBAIA	14	0,34%
35	AURIFLAMA	2	0,05%
36	AVAI	2	0,05%
37	AVANHANDAVA	1	0,02%
38	AVARE	14	0,34%
39	BARAO DE ANTONINA	1	0,02%
40	BARIRI	2	0,05%
41	BARRA BONITA	6	0,15%



<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	
42	BARRA DO TURVO	1	0,02%
43	BARRETOS	14	0,34%
44	BARJERI	16	0,39%
45	BASTOS	2	0,05%
46	BATATAIS	3	0,07%
47	BAURU	90	2,21%
48	BEBEDOURO	2	0,05%
49	BENTO DE ABREU	1	0,02%
50	BERNARDINO DE CAMPOS	2	0,05%
51	BIRIGUI	6	0,15%
52	BIRITIBA MIRIM	1	0,02%
53	BOCAINA	1	0,02%
54	BOITUVA	8	0,20%
55	BOM JESUS DOS PERDOES	2	0,05%
56	BOM SUCESSO DE ITARARE	1	0,02%
57	BORACEIA	1	0,02%
58	BOTUCATU	32	0,78%
59	BRAGANÇA PAULISTA	20	0,49%
60	BREJO ALEGRE	1	0,02%
61	BRODOWSKI	5	0,12%
62	BROTAS	4	0,10%
63	BURI	5	0,12%
64	BURITAMA	1	0,02%
65	CABRALIA PAULISTA	1	0,02%
66	CABREUVA	3	0,07%
67	CAÇAPAVA	5	0,12%
68	CACONDE	3	0,07%
69	CAFELANDIA	2	0,05%
70	CAIABU	1	0,02%
71	CAIEIRAS	4	0,10%
72	CAJAMAR	7	0,17%
73	CAJATI	2	0,05%
74	CAMPINAS	54	1,32%
75	CAMPO LIMPO PAULISTA	5	0,12%
76	CAMPOS DO JORDAO	7	0,17%
77	CAMPOS NOVOS PAULISTA	1	0,02%
78	CANANEIA	5	0,12%
79	CANDIDO MOTA	1	0,02%
80	CAPAO BONITO	21	0,51%
81	CAPELA DO ALTO	4	0,10%
82	CAPIVARI	6	0,15%
83	CARAGUATATUBA	3	0,07%
84	CARAPICUIBA	14	0,34%
85	CARDOSO	2	0,05%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>N</b>	<b>Total</b>
			<b>%</b>
86	CASA BRANCA	14	0,34%
87	CASTILHO	1	0,02%
88	CATANDUVA	8	0,20%
89	CERQUEIRA CESAR	3	0,07%
90	CERQUILHO	4	0,10%
91	CESARIO LANGE	3	0,07%
92	CHARQUEADA	1	0,02%
93	CONCHAL	4	0,10%
94	CONCHAS	3	0,07%
95	CORDEIROPOLIS	4	0,10%
96	CORONEL MACEDO	2	0,05%
97	COSMOPOLIS	1	0,02%
98	COTIA	7	0,17%
99	CRAVINHOS	1	0,02%
100	CRUZEIRO	7	0,17%
101	CUBATAO	3	0,07%
102	DESCALVADO	5	0,12%
103	DIADEMA	9	0,22%
104	DIVINOLANDIA	1	0,02%
105	DOIS CORREGOS	1	0,02%
106	DOURADO	1	0,02%
107	DRACENA	4	0,10%
108	DUARTINA	1	0,02%
109	ELDORADO	5	0,12%
110	ELIAS FAUSTO	1	0,02%
111	ELISIARIO	1	0,02%
112	EMBU	5	0,12%
113	EMBU GUAÇU	2	0,05%
114	ENGENHEIRO COELHO	2	0,05%
115	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	15	0,37%
116	ESPIRITO SANTO DO TURVO	2	0,05%
117	ESTIVA GERBI	1	0,02%
118	ESTRELA DO NORTE	1	0,02%
119	FERNANDOPOLIS	2	0,05%
120	FERRAZ DE VASCONCELOS	5	0,12%
121	FRANCA	58	1,42%
122	FRANCISCO MORATO	4	0,10%
123	FRANCO DA ROCHA	83	2,03%
124	GALIA	2	0,05%
125	GARÇA	50	1,23%
126	GETULINA	4	0,10%
127	GUAÍÇARA	1	0,02%
128	GUAIMBE	2	0,05%
129	GUAIRA	1	0,02%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>Total</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
130	GUAPIARA	7	0,17%
131	GUARA	1	0,02%
132	GUARAÇAI	2	0,05%
133	GUARACI	1	0,02%
134	GUARANTA	1	0,02%
135	GUARARAPES	2	0,05%
136	GUARAREMA	2	0,05%
137	GUARATINGUETA	11	0,27%
138	GUAREI	8	0,20%
139	GUARUJA	12	0,29%
140	GUARULHOS	40	0,98%
141	GUATAPARA	1	0,02%
142	GUZOLANDIA	1	0,02%
143	HERCULANDIA	1	0,02%
144	HOLAMBRA	2	0,05%
145	HORTOLANDIA	2	0,05%
146	IACANGA	1	0,02%
147	IBATE	2	0,05%
148	IBIRAREMA	1	0,02%
149	IBITINGA	4	0,10%
150	IBIUNA	27	0,66%
151	IEPE	1	0,02%
152	IGARAÇU DO TIETE	1	0,02%
153	IGARAPAVA	3	0,07%
154	IGARATA	2	0,05%
155	IGUAPE	6	0,15%
156	ILHA COMPRIDA	2	0,05%
157	INDAIATUBA	7	0,17%
158	INDIANA	1	0,02%
159	INUBIA PAULISTA	1	0,02%
160	IPERO	6	0,15%
161	IPEUNA	1	0,02%
162	IPORANGA	1	0,02%
163	IPUA	2	0,05%
164	IRACEMAPOLIS	3	0,07%
165	IRAPURU	1	0,02%
166	ITABERA	5	0,12%
167	ITAI	1	0,02%
168	ITAIM PAULISTA	2	0,05%
169	ITAJU	1	0,02%
170	ITANHAEM	1	0,02%
171	ITAOCA	3	0,07%
172	ITAPECERICA DA SERRA	4	0,10%
173	ITAPETININGA	30	0,74%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>Total</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
174	ITAPEVA	34	0,83%
175	ITAPEVI	7	0,17%
176	ITAPIRA	32	0,78%
177	ITAPIRAPUA PAULISTA	2	0,05%
178	ITAPOLIS	1	0,02%
179	ITAPORANGA	3	0,07%
180	ITAPUI	1	0,02%
181	ITAQUAQUECETUBA	25	0,61%
182	ITARARE	9	0,22%
183	ITARIRI	2	0,05%
184	ITATIBA	2	0,05%
185	ITIRAPINA	2	0,05%
186	ITIRAPUA	1	0,02%
187	ITOBÍ	2	0,05%
188	ITU	38	0,93%
189	ITUPEVA	1	0,02%
190	ITUVERAVA	10	0,25%
191	JABOTICABAL	4	0,10%
192	JACAREÍ	14	0,34%
193	JACUPIRANGA	7	0,17%
194	JALES	2	0,05%
195	JANDIRA	4	0,10%
196	JARDINOPOLIS	2	0,05%
197	JARINU	3	0,07%
198	JAU	71	1,74%
199	JOAO RAMALHO	1	0,02%
200	JOSE BONIFACIO	1	0,02%
201	JULIO MESQUITA	4	0,10%
202	JUNDIAI	31	0,76%
203	JUNQUEIROPOLIS	3	0,07%
204	JUQUIA	10	0,25%
205	JUQUITIBA	1	0,02%
206	LARANJAL PAULISTA	28	0,69%
207	LAVINIA	1	0,02%
208	LEME	12	0,29%
209	LIMEIRA	36	0,88%
210	LINS	32	0,78%
211	LORENA	2	0,05%
212	LOUVEIRA	4	0,10%
213	LUCELIA	5	0,12%
214	LUIS ANTONIO	1	0,02%
215	LUPERCIO	2	0,05%
216	LUTECIA	2	0,05%
217	MACATUBA	1	0,02%







ÚLTIMA CIDADE RESIDIU		Total	
		N	%
218	MAIRINQUE	9	0,22%
219	MAIRIPORA	10	0,25%
220	MANDURI	1	0,02%
221	MARABA PAULISTA	1	0,02%
222	MARACAI	2	0,05%
223	MARILIA	42	1,03%
224	MARTINOPOLIS	6	0,15%
225	MATAO	2	0,05%
226	MAUA	2	0,05%
227	MENDONÇA	1	0,02%
228	MERIDIANO	2	0,05%
229	MIGUELOPOLIS	2	0,05%
230	MINEIROS DO TIETE	3	0,07%
231	MIRACATU	7	0,17%
232	MIRANTE DO PARANAPANEMA	3	0,07%
233	MIRASSOL	5	0,12%
234	MOCOCA	26	0,64%
235	MOGI DAS CRUZES	21	0,51%
236	MOGI GUAÇU	15	0,37%
237	MOGI MIRIM	13	0,32%
238	MONGAGUA	1	0,02%
239	MONTE ALEGRE DO SUL	1	0,02%
240	MONTE ALTO	3	0,07%
241	MONTE APRAZIVEL	2	0,05%
242	MONTE MOR	3	0,07%
243	MORRO AGUDO	4	0,10%
244	NARANDIBA	3	0,07%
245	NAZARE PAULISTA	3	0,07%
246	NEVES PAULISTA	2	0,05%
247	NHANDEARA	4	0,10%
248	NOVA GRANADA	1	0,02%
249	NOVA ODESSA	1	0,02%
250	NOVO HORIZONTE	4	0,10%
251	OCAUÇU	2	0,05%
252	OLIMPIA	2	0,05%
253	ORIENTE	1	0,02%
254	ORLANDIA	4	0,10%
255	OSASCO	58	1,42%
256	OSCAR BRESSANE	1	0,02%
257	OSVALDO CRUZ	7	0,17%
258	OURINHOS	7	0,17%
259	OUROVERDE	2	0,05%
260	PACAEMBU	1	0,02%
261	PALMITAL	2	0,05%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>Total</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>
262	PANORAMA	1 0,02%
263	PARAISO	1 0,02%
264	PARANAPANEMA	5 0,12%
265	PARANAPUA	1 0,02%
266	PARAPUA	6 0,15%
267	PARDINHO	1 0,02%
268	PARIQUERA AÇU	4 0,10%
269	PATROCINIO PAULISTA	1 0,02%
270	PAULISTANIA	1 0,02%
271	PEDERNEIRAS	2 0,05%
272	PEDREGULHO	4 0,10%
273	PEDRINHAS PAULISTA	1 0,02%
274	PEDRO DE TOLEDO	1 0,02%
275	PENAPOLIS	5 0,12%
276	PERUIBE	4 0,10%
277	PIEADADE	23 0,56%
278	PILAR DO SUL	30 0,74%
279	PINDAMONHANGABA	4 0,10%
280	PIRACICABA	48 1,18%
281	PIRAJU	2 0,05%
282	PIRAJUI	5 0,12%
283	PIRAPOZINHO	9 0,22%
284	PIRASSUNUNGA	10 0,25%
285	POA	2 0,05%
286	POMPEIA	1 0,02%
287	PONGAI	1 0,02%
288	PORANGABA	1 0,02%
289	PORTO FELIZ	10 0,25%
290	PORTO FERREIRA	5 0,12%
291	POTIM	1 0,02%
292	PRAIA GRANDE	3 0,07%
293	PRESIDENTE ALVES	1 0,02%
294	PRESIDENTE BERNARDES	2 0,05%
295	PRESIDENTE EPITACIO	4 0,10%
296	PRESIDENTE PRUDENTE	42 1,03%
297	PRESIDENTE VENCESLAU	3 0,07%
298	PROMISSAO	55 1,35%
299	RAFARD	1 0,02%
300	RANCHARIA	3 0,07%
301	REGENTE FEIJO	6 0,15%
302	REGINOPOLIS	1 0,02%
303	REGISTRO	16 0,39%
304	RESTINGA	3 0,07%
305	RIBEIRA	2 0,05%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>		<b>%</b>
306	RIBEIRAO BRANCO	3	0,07%
307	RIBEIRAO CORRENTE	1	0,02%
308	RIBEIRAO DO SUL	1	0,02%
309	RIBEIRAO GRANDE	3	0,07%
310	RIBEIRAO PRETO	37	0,91%
311	RIFAINA	1	0,02%
312	RINCAO	2	0,05%
313	RINOPOLIS	5	0,12%
314	RIO CLARO	22	0,54%
315	RIO DAS PEDRAS	1	0,02%
316	RIVERSUL	5	0,12%
317	ROSANA	1	0,02%
318	ROSEIRA	2	0,05%
319	SABINO	2	0,05%
320	SAGRES	1	0,02%
321	SALESOPOLIS	4	0,10%
322	SALMOURAO	2	0,05%
323	SALTO	10	0,25%
324	SALTO DE PIRAPORA	19	0,47%
325	SANTA BARBARA D'OESTE	3	0,07%
326	SANTA BRANCA	2	0,05%
327	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	4	0,10%
328	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	1	0,02%
329	SANTA FE DO SUL	2	0,05%
330	SANTA GERTRUDES	1	0,02%
331	SANTA ISABEL	2	0,05%
332	SANTA MERCEDES	1	0,02%
333	SANTA RITA D'OESTE	1	0,02%
334	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	10	0,25%
335	SANTA ROSA DE VITERBO	1	0,02%
336	SANTANA	1	0,02%
337	SANTANA DE PARNAIBA	1	0,02%
338	SANTO ANASTACIO	4	0,10%
339	SANTO ANDRE	18	0,44%
340	SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	1	0,02%
341	SANTO ANTONIO DE POSSE	7	0,17%
342	SANTO ANTONIO DO ARACANGUA	1	0,02%
343	SANTO ANTONIO DO JARDIM	3	0,07%
344	SANTO EXPEDITO	2	0,05%
345	SANTOS	44	1,08%
346	SAO BERNARDO DO CAMPO	17	0,42%
347	SAO CAETANO DO SUL	9	0,22%
348	SAO CARLOS	11	0,27%
349	SAO FRANCISCO	1	0,02%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>N</b>	<b>Total</b>
			<b>%</b>
350	SAO JOAO DA BOA VISTA	10	0,25%
351	SAO JOAO DO PAU D' ALHO	1	0,02%
352	SAO JOAQUIM DA BARRA	3	0,07%
353	SAO JOSE DA BELA VISTA	2	0,05%
354	SAO JOSE DO RIO PARDO	10	0,25%
355	SAO JOSE DO RIO PRETO	18	0,44%
356	SAO JOSE DOS CAMPOS	32	0,78%
357	SAO LUIS DO PARAITINGA	1	0,02%
358	SAO LUIZ DO PARAITINGA	1	0,02%
359	SAO MANUEL	3	0,07%
360	SAO MIGUEL ARCANJO	10	0,25%
361	SAO PAULO	993	24,34%
362	SAO PEDRO	2	0,05%
363	SAO PEDRO DO TURVO	2	0,05%
364	SAO ROQUE	7	0,17%
365	SAO SEBASTIAO	4	0,10%
366	SAO SEBASTIAO DA GRAMA	2	0,05%
367	SAO SIMAO	2	0,05%
368	SAO VICENTE	6	0,15%
369	SARAPUI	5	0,12%
370	SERRA AZUL	1	0,02%
371	SERRA NEGRA	3	0,07%
372	SERRANA	2	0,05%
373	SERTAOZINHO	5	0,12%
374	SETE BARRAS	7	0,17%
375	SOCORRO	1	0,02%
376	SOROCABA	174	4,27%
377	SUMARE	7	0,17%
378	SUZANO	11	0,27%
379	TABOAO DA SERRA	4	0,10%
380	TAGUAI	2	0,05%
381	TAIAÇU	1	0,02%
382	TAMBAU	3	0,07%
383	TAPIRAI	5	0,12%
384	TAPIRATIBA	1	0,02%
385	TAQUARITINGA	3	0,07%
386	TAQUARITUBA	5	0,12%
387	TAQUARIVAI	1	0,02%
388	TARABAI	2	0,05%
389	TATUI	34	0,83%
390	TAUBATE	20	0,49%
391	TEODORO SAMPAIO	3	0,07%
392	TEOFILO OTONI	1	0,02%
393	TERRA ROXA	1	0,02%





<b>ÚLTIMA CIDADE RESIDIU</b>		<b>N</b>	<b>Total</b>
			<b>%</b>
394	TIETE	4	0,10%
395	TIMBURI	1	0,02%
396	TORRE DE PEDRA	1	0,02%
397	TREMEMBE	3	0,07%
398	TUPA	47	1,15%
399	TUPI PAULISTA	5	0,12%
400	UBATUBA	2	0,05%
401	URANIA	1	0,02%
402	URU	1	0,02%
403	VALENTIM GENTIL	1	0,02%
404	VALINHOS	3	0,07%
405	VALPARAISO	1	0,02%
406	VARGEM GRANDE DO SUL	6	0,15%
407	VARGEM GRANDE PAULISTA	3	0,07%
408	VARZEA PAULISTA	17	0,42%
409	VERA CRUZ	8	0,20%
410	VINHEDO	2	0,05%
411	VIRADOURO	1	0,02%
412	VOTORANTIM	21	0,51%
413	VOTUPORANGA	3	0,07%
<b>Total Geral</b>		<b>4079</b>	<b>100,00%</b>

## ANEXO 5: LISTA DE PAÍSES DE ORIGEM DOS MORADORES

NACIONALIDADE	NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS
BRASIL	5.972
JAPÃO	8
PORTUGAL	7
ITÁLIA	3
ARGENTINA	2
CHILE	2
LÍBANO	2
POLÔNIA	2
ANGOLA	1
ÁUSTRIA	1
BOLÍVIA	1
CHINA	1
CORÉIA	1
EGITO	1
ESTADOS UNIDOS	1
HUNGRIA	1
IRAQUE	1
LITUÂNIA	1
PERU	1
TCHECOSLOVÁQUIA	1

Fonte: Prontuário.



## ANEXO 6: RESOLUÇÕES

### **RESOLUÇÃO SS – 294, DE 29/8/2007**

Institui Grupo de Trabalho para construção de proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

A Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e em seu artigo 5º determina que “o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”;

A Lei 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

A realidade da assistência em saúde mental no Estado de São Paulo, que apresenta um quadro de 12.737 leitos em hospitais psiquiátricos, sendo mais de 50% ocupados por pacientes de longa permanência;

O quadro constatado pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) – Psiquiatria, que ainda revela condições de vida e assistência que ferem os princípios dos direitos humanos, resolve:

Artigo 1º. Constituir um Grupo de Trabalho com a finalidade de organizar, acompanhar e coordenar a elaboração de um diagnóstico situacional dos pacientes de longa permanência dos hospitais do Estado de São Paulo;

Artigo 2º. O Grupo de Trabalho ora instituído será composto por membros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) e por convidados de outros setores envolvidos na questão:

- 2 representantes do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da SES-SP, sendo um deles o Coordenador;
- 1 representante da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) da SES-SP;
- 1 representante pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da SES-SP;





- 1 representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems);
- 4 técnicos de notório saber a critério do Coordenador do grupo;
- 2 representantes dos hospitais psiquiátricos próprios do Estado;

Artigo 3º. O Grupo de Trabalho poderá solicitar a participação de outros membros do Poder Público, sempre que necessário para o bom desenvolvimento dos seus trabalhos;

Artigo 4º. O Grupo de Trabalho terá um prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da nomeação dos membros, para o desenvolvimento de suas atribuições e apresentação de relatório com o diagnóstico e proposições;

Artigo 5º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

(Republicada por haver saído com incorreções)

### **RESOLUÇÃO SS – 327, DE 9/11/2007**

Dispõe sobre a designação dos membros a que se reporta o Artigo 2º da Resolução SS-294, de 29/8/2007 e dá outras providências

O Secretário de Estado de Saúde resolve:

Artigo 1º. O Grupo de Trabalho a que se reporta o artigo 2º da Resolução SS-294, de 29/8/2007, republicada no D.O. de 25/10/2007, será constituído pelos membros abaixo indicados:

- Representantes do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da SES-SP: Sônia Barros - RG: 7.992.010, Coordenadora do Grupo, e Regina Bichaff - RG: 5.022.295-8;
- Representante da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) da SES-SP: Rogério Araújo Medeiros - RG: 15.578.924-7;
- Representante de Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da SES-SP: Maura de Souza Vasco - RG: 12.283.058-1;
- Representante do Cosems: Roberto Mardem Soares Farias - RG: 6.633.788;
- Técnicos de notório saber a critério do Coordenador do Grupo:
  - Maria Fernanda de Silvio Nicácio - RG: 7.968.944-9;







- Mirsa Elizabeth Dellosi - RG:3.998.667;
- Inês Virgínia Prado Soares - RG 55.401.182, e;
- Ana Luisa Aranha e Silva - RG 10.677.237;
- Representantes dos Hospitais Psiquiátricos próprios do Estado:
  - Jussara Chavarski de Souza - RG: 9.580.462-6;
  - Elaine Maria Covre - RG: 9.134.779-8;

Artigo 2º. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

*Secretário de Estado da Saúde*  
*Luiz Roberto Barradas Barata*



