

AVALIAÇÃO DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS A PARTIR DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Evaluation of mental health beds in general hospitals from health data

Fabiana Érica Souza¹

Artigo encaminhado: 01/09/2020
Artigo aceito para publicação: 13/09/2023

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo conhecer e avaliar as ações desenvolvidas por leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais no estado de Minas Gerais nos anos de 2017 e 2018. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, realizado a partir das informações em saúde disponíveis nos sites do DATASUS e CNES. Os dados foram tabulados no programa Tabwin e posterior análise foi realizada a partir das referências bibliográficas disponíveis. Foi constatado que o procedimento com maior frequência realizado nestes leitos nos anos citados está relacionado ao atendimento de crises, seguido pelo tratamento clínico devido ao uso de álcool. O de menor frequência foi o tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack". Os dados sugerem que os leitos de saúde mental de hospitais gerais alcançaram seus objetivos pois conseguem, em espaço pequeno de tempo, produzir a melhora dos sintomas.

Palavras-chave: Saúde mental. Hospital Geral. Acesso à Informação. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This research aimed to know and evaluate the actions developed by mental health beds implemented in general hospitals in the state of Minas Gerais in 2017 and 2018. This is a descriptive and exploratory study, carried out from the health information available on the DATASUS and CNES websites. The data were tabulated in the Tabwin program and subsequent analysis was performed by the researcher based on the available bibliographic references. It was found

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora e atua em Políticas de Saúde Mental junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. fabianaerica@yahoo.com.br

that the procedure most frequently performed in these beds in the years mentioned is related to the care of seizures, followed by clinical treatment due to alcohol use. The lowest frequency was the clinical treatment of mental and behavioral disorders due to the use of crack. The data suggest that the mental health beds of general hospitals have been able to achieve their goals because they can in a small space of time produce the improvement of symptoms.

Keywords: Mental health. General Hospital. Access to Information. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

A implantação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais tem por base a crítica ao modelo manicomial de exclusão e a necessidade de integração do cuidado em saúde mental com outras clínicas em busca da integralidade da atenção (Horta *et al.*, 2015). Estes equipamentos nascem com a proposta de constituírem-se em espaços de cuidado da pessoa em sofrimento mental mediante a necessidade de práticas éticas, humanizadas, flexíveis e comprometidas com a manutenção dos usuários próximos de seus territórios. Nos mais diversos processos de reforma psiquiátrica existentes pelo mundo, eles sempre fizeram-se presentes (Echebarrena, 2018).

A internação em saúde mental é considerada um recurso de cuidado em saúde estratégico e necessário em casos em que os usuários estão em risco de vida ou situações em que serão necessárias intervenções em quadros clínicos que demandam o suporte hospitalar (Zanardo *et al.*, 2017). Segundo Dimenstein *et al.* (2013), atribui-se ainda ao serviço hospitalar de saúde mental no hospital geral, a função de acolhimento de crises, especialmente em contextos em que não há cobertura noturna e em finais de semana de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Botega (2017) sinaliza outros fatores positivos na atenção em saúde mental no hospital geral, como: o fato dos hospitais gerais serem equipados com recursos laboratoriais e de imagem que possibilitam a identificação de outros quadros orgânicos contribuindo para o alcance da compreensão biopsicossocial sobre o sujeito que sofre; a possibilidade de minimizar a

exclusão e o estigma; o fato de ser de mais fácil acesso à população e; possibilitar a proximidade com outros dispositivos territoriais contribuindo para a continuidade da assistência.

No Brasil, o hospital geral foi incentivado como ponto de atenção em saúde mental em 2009, quando o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2629, passou a remunerar melhor os procedimentos em hospitais gerais do que em hospitais psiquiátricos. Já nos anos de 2011 e 2012, quando da edição das Portarias 3088 e 148, os leitos de saúde mental em hospitais gerais (LSMHG) são integrados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com propositiva do pagamento de diária pré-fixada, independente da taxa de ocupação, estimulando a curta permanência e a possibilidade de implantação de um leito de saúde mental a cada 23 mil habitantes (Brasil, 2011; Brasil, 2012a). Tal legislação, entretanto, foi alterada em 2017 com exigência da taxa de ocupação mínima de 80% e definição de no mínimo oito leitos de saúde mental para sua implantação. Nos anos de 2017 e 2018, o Ministério da Saúde sinalizou alterações nas diretrizes que versavam sobre os serviços de saúde mental hospitalares ampliando o valor pago pelas diárias em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2017; Brasil, 2018) e uma série de disputas voltaram à cena entre investimentos em dispositivos territoriais e incremento aos hospitais psiquiátricos.

Em todo Brasil, existem 1.969 LSMHG habilitados, cujo código de reconhecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) era o 87 e 12.386 leitos de psiquiatria (código 47) em Hospitais psiquiátricos, de acordo com consulta realizada no CNES em dezembro de 2022 (BRASIL, 2022). Em Minas Gerais, a partir de 2012, houve aumento da oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais concomitante ao processo de fechamento de leitos de psiquiatria em hospitais psiquiátricos. De acordo com dados do CNES da competência dezembro de 2022, existem no Estado 381 leitos de saúde mental habilitados pelo MS distribuídos em 84 hospitais gerais e 509 leitos de psiquiatria em hospitais psiquiátricos.

Para Guljor (2013) a ampliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos representa importante

indicador da reorientação do modelo assistencial de saúde mental. Porém, para além da implantação destes dispositivos, é preciso monitorar as informações geradas de forma a avaliar a atenção ofertada, as principais situações de saúde acolhidas neles, as características dos sujeitos que acessam, o tempo de permanência nos leitos, a taxa de ocupação e outras informações necessárias à formulação e reformulação de políticas públicas.

Diante disso, este estudo propõe avaliar a situação de implantação dos leitos de saúde mental no estado de Minas Gerais e as informações referentes aos anos de 2017 e 2018 sobre as taxas de ocupação destes dispositivos, os principais procedimentos cobrados, o tempo de permanência dos usuários nos leitos e outros dados característicos da população atendida como sexo, faixa etária e diagnósticos. Tais avaliações foram feitas a partir das informações contidas no CNES e informações geradas pelos prestadores hospitalares e enviadas ao Datasus (Departamento de Informática do SUS).

2 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo exploratório, com base em fonte de dados secundárias, coletadas através do site do DATASUS, base de dados aberta do Ministério da Saúde (MS), que recebe mensalmente a informação dos prestadores hospitalares vinculados ao SUS. Para este estudo foram consideradas as informações de saúde lançadas sobre os atendimentos realizados pelos LSMHG habilitados no Estado de Minas nos anos de 2017 e 2018. Um serviço habilitado caracteriza-se por aquele aprovado pela área técnica do Ministério da Saúde e que recebe mensalmente recursos federais para sua manutenção.

Para a identificação dos prestadores hospitalares habilitados com LSMHG, bem como para a identificação do número de leitos existentes em cada prestador e data de habilitação, foi consultado o site cnes.datasus.gov.br. Através da busca neste site foram identificados 84 prestadores hospitalares que totalizaram 381 LSMHG habilitados no estado de Minas Gerais (BRASIL, 2022). Estes leitos são definidos pelo código 87 no CNES e os leitos psiquiátricos são definidos pelo código 47.

Os dados de produção dos LSMHG foram coletados pela pesquisadora nos meses de abril e maio de 2019 e tabulados através do programa Tabwin. Já as informações sobre número de leitos de psiquiatria e LSMHG foram coletadas em dezembro de 2022. Para a tabulação dos dados de produção foi utilizado o arquivo de definição “RD2008.DEF”, e definido como parâmetros de pesquisa: a) na linha – foram pesquisadas as informações de proc realiz [2008, faixa etária (9), sexo, dias permanência, motivo saída/perm; b) coluna não ativa; c) em incremento utilizou-se diárias e frequência para obtenção da informação de procedimentos e frequência para obtenção de todas as demais informações desejadas; d) em seleções disponíveis foi definido o leito de código 87; e) foram selecionados os arquivos das doze competências de 2017 e 2018. Os seis procedimentos possíveis de serem lançados nos LSMHG, de acordo com a Portaria 953 de 2012, são: 03.03.17.013-1 - Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio; 03.03.17.014-0 - Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo; 03.03.17.015-8 - Tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 03.03.17.016-6 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; 03.03.17.017-4 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do "crack"; e 03.03.17.018-2 - Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas (Brasil, 2012b).

A obtenção da taxa de ocupação em cada ano foi dada pela razão entre o número de LSMHG ocupados (diárias cobradas) pelo número de leitos disponíveis no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

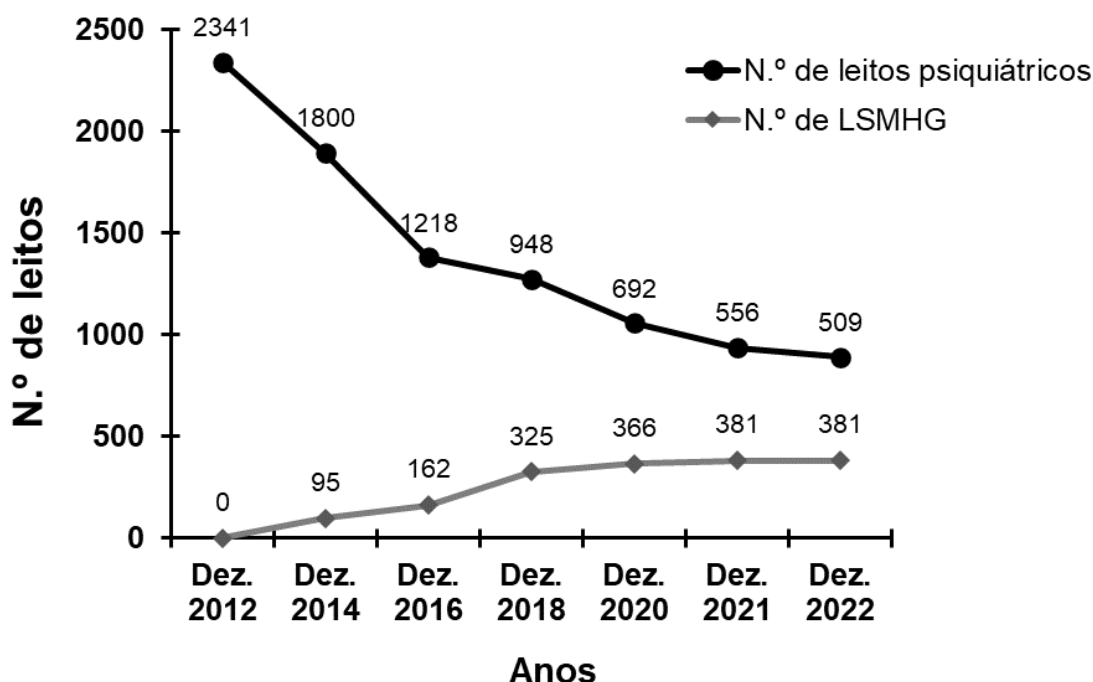
Por tratar-se de dados de acesso público e não nominais, não foi necessária apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

Entre 2012 a 2022 o número de leitos de saúde mental habilitados em hospitais gerais no estado de Minas Gerais cresceu enquanto houve redução

do número de leitos psiquiátricos. A Figura 1 demonstra, entretanto, que mesmo com uma expansão mais significativa entre 2016 a 2018 dos LSMHG, o número de leitos psiquiátricos ainda é maior.

Figura 1 – Evolução do número de LSMHG (código 87) *versus* número de leitos psiquiátricos (código 47) habilitados no estado de Minas Gerais entre 2012 a 2022.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados CNES, 2022.

Os 381 LSMHG habilitados no Estado até dezembro de 2022, encontravam-se disponíveis em 84 hospitais gerais existentes. No quesito referente ao número de leitos habilitados em cada prestador, percebe-se que em MG 80,9% do total de prestadores hospitalares possuem menos de 8 leitos de saúde mental. Dentre os 84 hospitais gerais que possuem LSMHG habilitados, 16 prestadores possuem 8 ou mais leitos, 12 possuem entre 5 a 7 leitos e a maior parte deles possui até 4 leitos, conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do quantitativo de LSMHG implantados em MG, dezembro de 2022.

N.º de leitos	N.º de prestadores	%
8 ou mais leitos	16	19,1
5 a 7 leitos	12	14,3
até 4 leitos	56	66,6

FONTE: CNES, (2022). Adaptado pela autora.

Referente à taxa de ocupação, neste estudo encontrou-se um aumento da mesma do ano 2017 para 2018. A taxa média de ocupação dos LSMHG no ano de 2017 foi de 35%, ao tempo que, em 2018, esta taxa subiu para 43%. Nos dois anos foram faturadas um total de 86.688 diárias nos leitos de código 87 em todo estado.

Estas diárias correspondem a um total de 9.907 frequências de atendimentos realizados nos dois anos considerados. Como tratamos de dados consolidados, não é possível identificar o número de indivíduos atendidos nestes leitos, pois a mesma pessoa pode ter acionado o serviço mais de uma vez nestes anos.

Nos dois anos considerados, o atendimento com maior número de frequência foi o tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e disruptivo (33,3%), seguido de tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (29,4%) e tratamento devido a risco elevado de suicídio (20,8%). Estes três procedimentos somam juntos 83,5% de todo o atendimento. O atendimento de menor frequência foi o tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack", conforme pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência dos atendimentos realizados nos LSMHG, por procedimento, nos anos 2017 e 2018, Minas Gerais:

Procedimentos	Frequência dos atendimentos	%
Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo	3.297	33,3
Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	2.913	29,4
Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio.	2.067	20,8
Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas	972	9,8
Tratamento clínico para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas	399	4,1
Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack".	259	2,6
Total	9.907	100

FONTE: DATASUS, 2019.

Na distribuição entre os sexos observou-se que o número de atendimentos para homens é superior ao número de atendimentos para mulheres, com 62,3 % e 37,7 % dos atendimentos para os dois sexos respectivamente.

No que tange ao atendimento de acordo com a faixa etária, 59,4% dos atendimentos foi destinado a pessoas entre 30 a 54 anos e 6,6% foi destinado a crianças e adolescentes de até 19 anos, sendo 83 atendimentos para crianças e adolescentes de até 14 anos e 572 atendimentos para jovens de 15 a 19 anos.

Na Tabela 3, verificamos que, em mais da metade dos atendimentos (52,7%), o tempo médio de permanência nos LSMHG do estado foi de até 6 dias e que 29 dias ou mais corresponderam a 4,3% dos atendimentos.

Tabela 3 – Dias de permanência nos LSMHG em Minas Gerais em 2017 e 2018.

Dias de permanência	F	%
0 a 1 dia	863	8,7
2 dias	1002	10,1
3 dias	981	9,9
4 dias	871	8,8
5 dias	758	7,7
6 dias	747	7,5
7 dias	753	7,6
8-14 dias	2.081	21,0
15 a 21 dias	912	9,2
22 a 28 dias	509	5,2
29 dias ou +	430	4,3
Total	9907	100

FONTE: DATASUS, 2019.

Em relação às condições de alta observou-se que alta por cura ou melhorado representa 80,6% do total de atendimentos realizados no período. Os outros motivos que mais apareceram foram alta a pedido, alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente e alta por evasão - Tabela 4.

Tabela 4 - Frequência dos atendimentos segundo motivo de saída dos LSMHG, anos 2017 e 2018, MG.

Motivo de saída	F	%
Alta curado e/ou melhorado	7978	80,6
Alta a pedido	543	5,5
Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente	383	3,9
Alta por evasão	322	3,2
Alta por óbito	61	0,6
Outros motivos	620	6,2
Total	9907	100

Fonte: DATASUS, 2019.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo, se comparado aos existentes na literatura, analisa dados característicos de LSMHG que não possuem a estrutura de enfermarias

e equipes especializadas. Conforme achados, 66,6% dos LSMHG habilitados no estado de Minas Gerais estão localizados em prestadores hospitalares que possuem até 4 leitos (tabela 1). Estes serviços foram implantados ainda na vigência da portaria 148 de 2012, quando a exigência para a habilitação destes, era de um médico clínico responsável pelos leitos, 4 técnicos de enfermagem por turno e 1 profissional de saúde mental de nível superior. Ademais, não era necessário espaço físico em separado ou mesmo o profissional psiquiatra, sendo que estes leitos deveriam se integrar às demais clínicas hospitalares e poderiam contar com os profissionais que já integravam o corpo clínico da instituição (Brasil, 2012a). Geralmente estes prestadores hospitalares com até 4 leitos contam com o apoio das equipes de CAPS presentes naqueles territórios para o manejo dos quadros que acionam os serviços, sendo esta, inclusive, uma orientação descrita na Portaria.

Esta distribuição do número de leitos que prevalece no estado é própria da divisão política territorial caracterizada por ampla maioria de municípios de pequeno porte. Minas Gerais possui 853 municípios, sendo que 78,2% deles possuem até 20 mil habitantes (Minas Gerais, 2016). Este cenário contrasta com a portaria vigente que estipula o quantitativo mínimo de 8 leitos por prestador (Brasil, 2017) e reforça a importância de revisão da portaria vigente para que possa permitir a expansão destes dispositivos em territórios semelhantes.

Quanto ao cenário de crescimento no número de LSMHG observado entre 2012 a 2018 pode ser compreendido não só como um processo de remodelagem da atenção psicossocial no estado, mas também como uma necessidade mediante a existência de vazios assistenciais de cobertura de CAPS 24 horas nos territórios (Coelho, 2022). Contar com o serviço hospitalar representa um recurso estratégico e necessário para casos de acolhimento de crises, especialmente nos territórios de pequeno porte que não contam com cobertura de CAPS noturna e em finais de semana. Ademais, conforme achados de Zanardo *et al.* (2017), algumas vezes, os hospitais são de mais fácil acesso aos usuários e familiares do que os próprios serviços CAPS.

Assim, pode ocorrer que os serviços hospitalares funcionem como porta de entrada para o acompanhamento em saúde mental.

Percebe-se, pelo gráfico 1, que houve uma redução no ritmo de implantação dos LSMHG a partir de janeiro de 2018 no Estado de Minas Gerais. Isto pode ser reflexo da publicação da portaria 3588 de dezembro de 2017 definindo a taxa de ocupação mínima de 80% e o mínimo de oito leitos de saúde mental para que possa ser possível sua implantação. Ademais, na gestão que se segue após 2016, verifica-se o retorno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com grande influência da psiquiatria clássica e retomada de investimentos nos hospitais psiquiátricos concomitante aos constantes ataques aos serviços de base territoriais, como os CAPS, os LSMHG e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Isso traz para os gestores incertezas quanto à continuidade destes dispositivos e enfraquece suas possibilidades de expansão (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Quanto à redução do número de leitos psiquiátricos observada no Estado no período de 2012 a 2022, cremos que pode estar relacionada ao fechamento de hospitais psiquiátricos dos municípios de Juiz de Fora, Leopoldina e à meta instituída no Plano Estadual de Saúde de fechamento dos Hospitais Psiquiátricos CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), Gedor Silveira, Clínica Santa Isabel e Otto Krakauer (Minas Gerais, 2016).

Em relação ao aumento do percentual da taxa de ocupação do ano 2017 para 2018, o mesmo pode ser reflexo das alterações da portaria 3588 que passou a exigir uma taxa mínima de ocupação de 80%. Cabe ressaltar que a premissa do cuidado territorial é a de que os sujeitos não sejam excluídos de seu convívio familiar e comunitário. Uma política que incentive a ampliação do tempo de internação ou mesmo incentive a internação em LSMHG choca-se com a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) e com os princípios do cuidado em liberdade. Ademais, ao se instituir uma ocupação mínima para estes leitos, reforça-se a prática da internação mesmo quando esta não se fizer necessária e o caso puder continuar em acompanhamento por outros dispositivos da RAPS (Schinemann; Zambenedetti, 2020).

Os achados relativos aos registros dos procedimentos (Tabela 2), sugerem que os leitos de saúde mental atenderam com maior frequência os casos de comportamentos desorganizados e desruptivos. O fato de 33,3 % dos registros serem relativos ao tratamento destes comportamentos denota o atendimento de um dos objetivos deste dispositivo: ser local de acolhimento de agudizações do sofrimento próximo ao território de morada dos sujeitos. Por outro lado, conforme alerta Zanardo *et.al.* (2017), pode sinalizar a persistência do entendimento tradicional da internação como “resolutiva e necessária”, prevalecendo a lógica da atenção centrada no tratamento médico e medicamentoso nos momentos de crise. Outros fatores citados pelos autores e que podem estar relacionados a este achado é o desconhecimento pelos familiares dos dispositivos CAPS existentes nos territórios ou mesmo a insuficiência destes próximos ao local de moradia dos usuários, o que faz com que o hospital seja a porta de entrada para o atendimento de crises.

Com relação ao atendimento de crise pelos serviços de urgência e emergência é importante garantir que as equipes estejam preparadas para identificar suas dificuldades de manejo e dispostas a superá-las. Jardim e Dimenstein (2007) referem que o modo de funcionamento dos serviços de urgência e emergência impossibilitam avanço no cuidado nos momentos de sofrimento intenso, pois não valorizam ou desejam o vínculo, não consideram a complexidade do sofrimento, focam o atendimento nos sintomas, não conseguem atuar garantindo a autonomia do usuário e desconsideram a potencialidade da crise enquanto um momento de possibilidade de mudança e transformação do sofrimento. Neste sentido é importante aos territórios garantir que os locais prioritários de acolhimento de crises sejam os dispositivos que mais possuem vínculos com os sujeitos como os CAPS e os dispositivos de atenção primária à saúde.

Com relação ao segundo registro que mais se destacou no grupo de procedimentos, temos o tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool corroborando com outros achados na literatura (Sousa; Silva; Oliveira, 2010; Silva *et al.*, 2014). É sabido que o uso crônico de álcool está associado a mais de 60 tipos diferentes de doenças (Brasil, 2003) e

que o álcool é a droga mais utilizada em todo o mundo (Who, 2017). Cabe ainda ressaltar que o consumo abusivo e a longo prazo do álcool está relacionado a uma série de outras doenças não captadas em nosso estudo como aquelas que atingem os aparelhos cardiovascular e digestivo, deficiências nutricionais, câncer, doenças do feto e recém nato da mãe alcoolista, doenças neurológicas, além do agravamento de outras doenças mentais e dos agravos decorrentes de acidentes e violências associadas ao consumo de bebida alcoólica (Brasil, 2003).

Os levantamentos nacionais sobre uso de drogas já realizados, revelam que álcool e tabaco são as drogas de maior prevalência de uso na vida (Laranjeira, 2014). O achado deste estudo, corrobora com a necessidade de intervenções educativas e preventivas relacionadas ao uso de álcool e a necessidade de repensar a indústria e mídia envolvida com o consumo da substância em nosso país. A indústria do álcool é uma das maiores do Brasil com potencial de ganho econômico e lucratividade crescente, mesmo sendo esta a substância psicoativa mais consumida e com maior número de problemas de saúde associados (Souza; Silva, 2018).

O atendimento para tratamento relacionado a outras drogas, excluindo o crack, representou 9,8% dos atendimentos. Já o tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devidas ao uso de crack, representou 2,6% dentre todos os atendimentos. Se consideradas todas as frequências de atendimentos que se relacionam com o uso de alguma substância psicoativa teremos que 41,8% de todos os atendimentos está relacionado ao uso de alguma substância psicoativa. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados no país que buscaram avaliar o perfil de internações hospitalares em unidades psiquiátricas implantadas em hospitais gerais (Silva *et al.*, 2014; Sousa; Silva; Oliveira, 2010; Paes; Maftum; Feliz *et. al.*, 2018).

Os padrões de consumo de drogas em cada sociedade estão relacionados com a cultura, a religião, as perspectivas familiares, a condição socioeconômica dos povos, com a acessibilidade de cada substância, o controle exercido pelo Estado sobre a circulação, o uso e a fabricação das substâncias. É essencial que se (re)conheça tais fatos, bem como as

oscilações nos padrões de uso e que se proponha intervenções públicas necessárias em cada caso de acordo com evidências científicas. Estes conhecimentos devem contribuir para orientar gestores na tomada de decisão em prol de políticas que atenuem e superem os problemas que geram e são gerados pelo uso de drogas (Bastos; Bertoni, 2014).

Os achados deste estudo, no que se refere aos atendimentos realizados para pessoas em uso de crack, podem contribuir para desmistificar a construção do senso comum e da mídia que se instalou em torno desta substância. O atendimento aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de crack estão em último lugar no que se refere à frequência dos atendimentos nos leitos de saúde mental. Tal qual as reflexões de Souza (2016), este achado sugere que o pânico social e intencional que envolve o uso de crack em nosso país, tem mais relação com a necessidade de naturalização da pobreza, desqualificação de certas camadas sociais e perpetuação de algumas práticas do que com o potencial de malefícios da substância ao organismo.

Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio foi também bastante significativo representando 20,8% dos atendimentos realizados nos LSMHG nos anos de 2017 e 2018 no estado. Com relação ao suicídio, o Atlas da Saúde Mental de 2017 refere que houve um ligeiro aumento no número de países que relataram possuir um Programa Nacional de Prevenção ao Suicídio em comparação com os dados do Atlas de 2014. Porém, somente cerca de 10% dos países de renda baixa e média-baixa renda no mundo contam com tal estratégia. A Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano (Who, 2017). Tal achado reforça a necessidade de se instituir ações de prevenção ao suicídio que envolvam os diversos dispositivos da RAPS, prioritariamente os dispositivos da atenção primária à saúde e os CAPS, estratégicos para identificação e intervenções precoces no que tange à temática (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

No que tange à prevalência de atendimentos para o sexo masculino e a faixa etária de atendimento que prevalece entre 30 a 54 anos, nossos

resultados não diferem de outros achados em estudos brasileiros em hospitais gerais (Miliauskas; Faus; Junkes *et al.*, 2019; Paes; Maftum; Feliz *et al.*, 2018; Sousa; Silva; Oliveira, 2010). Estudo realizado em 2011 no estado do Paraná encontrou que o número de internações devido ao uso de substâncias psicoativas geralmente é maior entre os homens. Já entre as mulheres, geralmente as internações estão mais relacionadas ao comportamento devido a sinais e sintomas característicos como transtornos do humor, esquizotípicos e delirantes (Silva *et al.*, 2014).

O tempo de permanência de até seis dias para 52,7% dos atendimentos possui semelhança com os achados de Schinemann e Zambenedetti (2020), que avaliaram leitos de saúde mental de hospitais gerais instituídos após a Portaria 148/2012 (Brasil, 2012). Porém, são mais comuns os achados sobre tempo de permanência maior como os de Silva *et al.* (2014) que encontraram que 53,7% dos usuários concluíram o tratamento entre 16 a 30 dias. Achados de Horta *et al.* (2015) sugerem que têm ocorrido uma redução do tempo de permanência hospitalar de pacientes em LSMHG ao longo dos anos e que isto pode ser reflexo da expansão da rede de serviços substitutivos.

O fato de nossos achados terem encontrado um curto tempo de permanência, por si só, não pode ser considerado um indicador de melhoria de cuidado. Para avaliar tal indicador e se de fato ele reflete melhorias de cuidado, conforme nos sinaliza Zanardo *et al.* (2017), são necessários estudos que avaliem outros indicadores como a ocorrência de reinternações frequentes e se os LSMHG têm conseguido garantir a vinculação do usuário com os demais dispositivos territoriais da RAPS.

Quanto ao resultado sobre a condição de alta em que 80,6% dos atendimentos foram avaliados com alta por cura, aliado ao curto tempo de permanência, podem sugerir que os leitos estejam conseguindo alcançar certa estabilização dos quadros de forma mais ágil mediante ações compartilhadas com outros dispositivos territoriais, conforme sugeriu estudos de Schinemann e Zambenedetti (2020). Porém, cabe ressaltar, que a análise da condição de alta provém de uma análise subjetiva do profissional médico. Conforme Silva e Ferigato (2020), algumas vezes, as equipes de CAPS e HG não entram em

acordo com relação às definições do momento mais adequado para a alta. Já com relação à alta por evasão (3,2%), pode incorrer em dificuldades de realização do planejamento da alta e da garantia da atenção pós-internação no sentido de vincular o usuário aos dispositivos territoriais da RAPS. Porém, tal achado também sugere que a intervenção foi realizada sem o consentimento do usuário e, neste sentido, é preciso que as equipes hospitalares e dos CAPS estejam envolvidas em estabelecer estratégias de vinculação com os usuários que acessam os leitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que, de modo geral, os LSMHG no estado de Minas, têm conseguido cumprir sua função, pois alcançam a melhora dos sintomas em tempo relativamente curto.

Não foi possível em nossa análise verificar em que medida as hospitalizações registradas representaram mais de um evento para uma mesma pessoa, sendo esta uma das limitações de nosso estudo. Não se descarta, porém, a ocorrência do fenômeno conhecido como “portas giratórias” em que internações recorrentes e em pouco período de tempo aparentam situações de redução do tempo de duração da internação. Para tal análise, são necessários estudos que acessem dados nominais das internações ocorridas nos leitos e possam acompanhar o desenvolvimento dos casos ao longo do tempo.

Considerando ainda o cenário de Minas Gerais, de prevalência de menos de 8 leitos, há que se empreender esforços e outras pesquisas que possam contribuir para a análise da atuação destes dispositivos a fim de fortalecê-los e qualificá-los como pontos de atenção, posto que já estão instituídos e ofertam assistência às populações de territórios diversos. Assim, a qualificação destes serviços apresenta-se como um dos desafios a ser enfrentado pela Política Nacional de Saúde Mental. Nossos achados sugerem que os LSMHG tem sido relevante especialmente para o cuidado das situações de crise, para as necessidades de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas e para o cuidado das situações de risco de suicídio. A “novas”

propositivas ministeriais e os retrocessos que se apresentaram na política de saúde mental do último governo, caminharam na contramão de todo processo de reforma psiquiátrica brasileira ocorrida ao longo da construção da RAPS. Retomar o hospital psiquiátrico e fortalecê-lo em detrimento dos dispositivos territoriais, apresenta-se como política funcional ao enclausuramento das massas. Impor políticas que cerceiam a expansão dos dispositivos territoriais é prejudicial aos cuidados antimanicomiais.

Esta antiga estratégia de exclusão, apesar dos fracassos que acumula ao longo de sua implementação, continua sendo utilizada por alguns governos para justificar a intervenção estatal sobre as classes que denunciam o fracasso das formas de organização social vigentes e ameaçam a ordem social, a propriedade e os espaços das “pessoas de bem”. Fortalecer instituições de cerceamento da liberdade, conforme nos sinaliza Basaglia (1968), é empoderar o disciplinamento e adaptação dos indivíduos para que aceitem o rumo das coisas. Assim, criam-se justificativas “plausíveis” para retirar de cena os que representam ameaças ao poder dominante. Com esta pretensão e assumindo esta função verificou-se o fortalecimento das comunidades terapêuticas e a retomada dos hospitais psiquiátricos na política nacional desde 2016. Cenário a ser enfrentado pelo movimento antimanicomial nos próximos anos a partir do fortalecimento dos dispositivos territoriais e investimentos em políticas públicas fortalecidas.

REFERÊNCIAS

BAEZA, F. L.; ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 1, p. 89–96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2155>

BASAGLIA, F. As instituições da violência. *In*: BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1968. p. 326. *E-book*. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-16603>. Acesso em: 19 maio. 2023.

BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas**

capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. *E-book*. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 19 maio. 2023.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 953, de 12 de setembro de 2012**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0953_12_09_2012.html. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. [s. l.], 2015. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS - DATASUS**. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. Disponível em:

<https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Acesso em: 5 de abril de 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 19 maio. 2023.

COELHO, V. A. A. **Análise da implantação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Estado de Minas Gerais**. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2022. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56138>. Acesso em: 19 maio. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. *E-book*. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 19 maio. 2023.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH>

DIMENSTEIN, M.; AMORIM, A. K. A.; LEITE, J.; SIQUEIRA, K.; GRUSKA, V.; VIEIRA, C.; BRITO, C.; MEDEIROS, I.; BEZERRIL, M. C. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 98, 2013. Disponível em:

<https://doi.org/10.22456/2238-152X.40323>

ECHEBARRENA, R. C. **Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28711>. Acesso em: 19 maio. 2023.

GULJOR, A. P. F. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13803>. Acesso em: 19 maio. 2023.

HORTA, R. L.; COSTA, J. S. D.; BALBINOT, A. D.; WATTE, G.; TEIXEIRA, V. A.; POLETTO, S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 918–929, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040019>

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e Crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007. Disponível em:
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267>

LARANJEIRA, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 19 maio. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Plano Estadual de Saúde**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em:
<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/plano-estadual-de-saude-2016-2019/?wpdmdl=6447>

MILIAUSKAS, Claudia Reis; FAUS, Daniela Porto; JUNKES, Larissa et.al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.24 (5). Pag. 1935-1944, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/jj/csc/a/6JSbHzbr8LkfdY5DkwtXknn/?lang=pt>

PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves; FELIZ, Jorge Vinicius Cestari; MANTOVANI, Maria de Fátima; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um hospital geral e de ensino. **CogitareEnferm**. N. 23 (2), 2018. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54874>

SCHINEMANN, Vanderléia; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Caracterização das internações nos leitos de saúde mental em hospital geral. **Argum.**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 141-164, maio/ago. 2020. Disponível em:
<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29165>

SILVA, T. L.; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; MANTOVANI, M. F.; MATHIAS, T. A. F.; CAPISTRANO, F. C. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 644–651, 2014. Disponível em:
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140047>

SILVA, M. C.; FERIGATO, S.H. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital

Geral. **Interface** (Botucatu), 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/SVc8SxVCYwtwg4WYyzbFqNM/?lang=pt>

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 796–802, 2010. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300035>

SOUZA, J. **Crack e Exclusão Social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. *E-book*. Disponível em:

https://cepad.ufes.br/sites/cepad.ufes.br/files/field/anexo/Livro%20Crack%20e%20exclus%C3%A3o%20social_Digital_WEB.pdf. Acesso em: 19 maio. 2023.

SOUZA, T. S.; SILVA, A. L. G. Guerra às drogas: a lógica econômica da proibição. **Em Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 221–241, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.5752/P.2595-7716.2018v1n1p221-241>

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health ATLAS 2017**. [s. l.], 2017. Disponível em:

<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514019>. Acesso em: 19 maio. 2023.

ZANARDO, G. L. P.; SILVEIRA, L. H. C.; ROCHA, C. M. F.; ROCHA, K. B. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 460–474, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>