

MAURÍCIO LUCCHESI

**A gestão de unidades de saúde mental em
hospitais gerais na grande São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Medicina.

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientadora: Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2001

À minha mulher, Ana Luíza.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Maria Malik pela dedicação.

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP, em particular à professora Hillegonda Maria Dutilh Novaes, pelos incentivos ao longo desses dois anos e meio.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da USP, em particular, à Dodô, à Djanira e à Edileuza, pela “infra”.

Ao Sr. Osmar Mikio Moriwaki e Dra. Luizemir Wolney Carvalho Lago pela autorização para a realização do trabalho de campo.

A todos os entrevistados pela colaboração.

Ao Sansão Ramos e à Valéria Terra pelas orientações sobre o Relatório Mensal de Informação Hospitalar.

Ao Carlos “Montanha” pelas transcrições das fitas.

Ao “Couto Brown” pela força nas tabelas e figuras.

À Betty Saloo pela edição do texto.

Aos professores Maria Inês Nemes e Álvaro Escrivão Júnior pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação.

Ao Milton, meu pai, à Ligia, minha mãe, e à Fernanda, minha irmã, pelas críticas e sugestões.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	
LISTA DE TABELAS & LISTA DE FIGURAS	
RESUMO	
SUMMARY	
INTRODUÇÃO	1
AS UNIDADES DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS (UHGs)	1
AVALIAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE	7
INDICADORES E O USO DE INFORMAÇÕES	13
METODOLOGIA	18
UNIVERSO DE AMOSTRA	18
ESTRATÉGIA	23
Visitas às UHGs	25
Entrevistas com os gestores	26
RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
VISÃO DOS GESTORES	32
Sobre as unidades de saúde mental em hospitais gerais	32
Sobre informação e gestão	34
CARACTERIZAÇÃO DAS UHGs	38
Estrutura geral e compromisso populacional	38
Perfil dos pacientes para os quais se destinariam as UHGs	42
INSERÇÃO NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL	48
Articulação com a rede extra-hospitalar	48
Articulação com a rede hospitalar	59
SERVIÇOS DAS UHGs	65
Pronto-atendimento	65
Observação	73
Enfermaria	81
Interconsulta	93
INFORMAÇÕES SOBRE AS OPINIÕES DOS USUÁRIOS	96
CONCLUSÃO	98
ANEXO	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

LISTA DE SIGLAS

- AIH** – Autorização para Internação Hospitalar
- CADAIS** – Centro de Acompanhamento de Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde
- CID-10** – Código Internacional de Doenças 10ª versão
- CSRMGSP** – Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo
- DATASUS** – Departamento de Informática da SUS
- DIR** – Direção Regional de Saúde
- DSM-IV** – Manual Diagnóstico Estatístico 4ª revisão
- NOAS-SUS** – Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS
- NAPS/ CAPS** – Núcleos de Atenção Psicossocial/ Centros de Atenção Psicossocial
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OSS** – Organização Social de Saúde
- FAA** – Ficha de Atendimento Ambulatorial
- FEBEM** – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
- RMGSP** – Região Metropolitana da Grande São Paulo
- SAME** – Serviço de Arquivo Médico
- SES-SP** – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- SIA** – Sistema de Informação Ambulatorial do DATASUS
- SIH** – Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS
- SRM** – Sistema de Regulação Metropolitano
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UHG** – Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Visão geral da matriz modelo, com exemplos de aspectos a serem avaliados em cada célula da matriz	11
Tabela 2	Hospitais gerais estudados e sua inserção nas Direções Regionais de Saúde ligadas à CSRMGSP	23
Tabela 3	Denominação dos agrupamentos de gestores entrevistados	24
Tabela 4	Dados registrados e informações disponíveis comuns aos serviços das UHGs estudadas	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo para o exercício da função de gestor, enquanto sujeito do processo avaliatório	17
Figura 2	Hospitais Gerais com enfermaria psiquiátrica na RMGSP (exceto Capital)	19
Figura 3	Hospitais Gerais com enfermaria psiquiátrica na DIR I – Capital	21

RESUMO

Apesar de terem surgido há mais de um século na Europa, o crescimento do número de unidades de saúde mental em hospitais gerais no Brasil veio de encontro às diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica propaladas partir da década de setenta. Desde então, essas unidades não foram submetidas a uma avaliação sistemática. O presente trabalho teve por objetivo conhecer os modos de funcionamento, a inserção na rede de assistência à saúde mental e o compromisso populacional de algumas dessas unidades na Região Metropolitana da Grande São Paulo. Para isso buscou-se obter, segundo a lógica de um processo avaliatório, as premissas que norteariam o uso de informações por gestores situados em diversos níveis em relação às unidades estudadas.

Os resultados evidenciaram falta de clareza quanto ao papel desse tipo de equipamento dentro da rede assistencial, o que parece ser fruto da ausência de uma política de saúde mental na região. As dificuldades mais freqüentemente relatadas, como a impossibilidade de garantir a vinculação de pacientes em serviços extra-hospitalares especializados após a internação e a grande proporção de pacientes que chegam aos pronto-atendimentos sem necessitarem de um cuidado de urgência, não foram tidas como passíveis de algum tipo de resposta por parte dos hospitais gerais. Nas unidades, onde se privilegiam informações sobre a produção dos serviços em detrimento da avaliação do acesso e do impacto no estado de saúde da população que reside na área de abrangência do hospital, há um funcionamento independente do restante da rede, o que contribui para a fragmentação e iniquidade da assistência à saúde mental. Um dos principais exemplos é a exclusão de pacientes das enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais, particularmente os crônicos, cuja patologia impossibilita a efetividade da terapêutica médica dentro do prazo estipulado para a internação.

Em contrapartida, foram identificadas iniciativas que pretendem resgatar a integralidade da atenção, prioritariamente aos pacientes que merecem intervenções de maior complexidade e de longo prazo. Quanto ao cuidado aos pacientes portadores de transtornos mentais mais prevalentes, uma alternativa seria utilizar mecanismos de pressão – entre os quais informações sobre a utilização dos pronto-atendimentos psiquiátricos – para que os gestores municipais passem a investir nesse sentido.

SUMMARY

Although having appeared more than a century ago in Europe, the increase in the number of mental health units in general hospitals in Brazil met the guidelines of the public health and psychiatric reforms propagated since the early seventies. Since then, these units haven't been submitted to a systematic assessment. The objective of present work was to be acquainted with the functioning modes of some of these units in São Paulo's metropolitan area, their insertion in the mental health assistance system and their commitment to the population. In order to do so, there was an attempt to obtain, according to an assessment logic, the premisses guiding the use of information by the managers situated in different levels in relation to the studied units.

The findings showed little clarity concerning the uses of such instruments inside the assistance system, which seems to be connected to the lack of a mental health policy for the studied region. The most frequently mentioned difficulties, like the impossibility to guarantee the patient the continuity of the treatment in the extra hospital services, after he has left the hospital, and the great proportion of patients that arrive at urgency services without having the need to receive urgent care, were not seen as something that general hospitals themselves could contribute to. The units, where the information about the services' production were privileged to the prejudice of the assesment of the services' access and the impact of the unit on the healthconditions of the population living under its referral areas, function independently of the rest of the mental health services, which contributes to the mental health care fragmentation and iniquity. One of the principal examples is the exclusion of patients from the the general hospitals' psychiatric inpatient services, especially the chronically mentally ill, whose pathologies make an effective treatment impossible, considering the period of time set for hospitalization.

On the other hand, there has been identified initiatives that wish to redeem the integrate care, especially for the patients that require a more complex and long run treatment. An alternative for the care of the patients that have the most prevalent disabilities would be the use of pressure mechanisms – like information concerning the uses of psychiatric urgency services – to stimulate local managers investments.