

# I. INTRODUÇÃO

## 1 UNIDADES DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS (UHGs)

Desde o século XIX, na Europa, há notícia da existência de serviços de saúde mental em hospitais gerais, mas foi só a partir da segunda metade do século XX, que as *unidades de saúde mental em hospitais gerais*, que aqui passarão a ser chamadas de *UHGs*, começaram a desempenhar um papel significativo na atenção psiquiátrica mundial. O crescimento no número dessas unidades teve início predominantemente nos países desenvolvidos do hemisfério norte e deu-se basicamente por causa da experiência de pequenas enfermarias psiquiátricas nos hospitais militares durante a segunda guerra mundial, dos movimentos pelos direitos civis do doente mental e pela humanização do atendimento psiquiátrico, do desenvolvimento de tratamentos biológicos eficazes para os transtornos mentais, do reconhecimento da importância do ensino da psiquiatria na prática médica e da possibilidade de diminuir os custos da assistência psiquiátrica (GRENHILL, 1979; MAYOU, 1989; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

Assim, já na década de cinquenta, deliberações dos órgãos legislativos preconizavam a criação de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais nos Estados Unidos e na Inglaterra. Nos anos oitenta, esses

países contavam, respectivamente, com 59% e 40% de seus leitos de internação psiquiátricas em unidades de hospitais gerais (GRENHILL, 1979; MAYOU, 1989). Nos outros países tal desenvolvimento foi mais modesto e, apesar do estímulo da OMS, restringiu-se às estruturas acadêmicas (VANSAN, 1994).

No Brasil, as primeiras enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais surgiram em 1954: uma na Bahia, coordenada pelo Prof. Nelson Pires e ligada à Universidade Federal, e outra em São Paulo, criada pelo Dr. Laertes Ferrão no Hospital dos Comerciários. Posteriormente, criaram-se outras unidades, particularmente nos hospitais universitários.

Na década de setenta, as UHG's ganham novo impulso com o surgimento da reforma psiquiátrica. Esse movimento, liderado por trabalhadores de saúde mental, propunha a criação de modelos alternativos aos hospitais psiquiátricos tradicionais, seguindo os princípios e as diretrizes da reforma sanitária – uma reestruturação mais ampla do sistema de atenção à saúde que já vinha sendo discutida havia algum tempo – e levantando questões sobre os direitos humanos do doente mental. O desenvolvimento das então novas tecnologias (medicamentosas e de reabilitação) era fator fundamental para a viabilização da proposta.

O lema era desinstitucionalização, ou seja, evitar que o indivíduo portador de doença mental desenvolvesse uma longa história de dependência junto às instituições psiquiátricas e rompesse seus vínculos com a sociedade. Para isso, deveriam ser criados serviços em parceria com

a comunidade, ficando as internações, preferencialmente em UHGs, como último recurso terapêutico (NASCIMENTO ALVES et al, 1994).

As UHGs passaram a ser, portanto, vistas como uma das peças fundamentais da reforma psiquiátrica, pois prestavam-se a internações curtas e previam o rápido retorno do doente à comunidade. Com isso se evitariam, tanto a institucionalização, quanto a perda dos vínculos sociais dos pacientes. Ao mesmo tempo, o fato de os doentes mentais serem atendidos em um hospital geral, bem como de a psiquiatria estar junto das demais especialidades médicas, diminuiria a estigmatização da doença mental (DELGADO, 1997).

Apesar de os documentos oficiais que surgiram nas décadas seguintes – dentre os quais se destacam o Projeto de Lei 3657 (BRASIL, 1989), a Declaração de Caracas (1990), a Portaria nº 224 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992) e o Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994) – explicitarem a necessidade da criação das UHGs e outros equipamentos assistenciais alternativos ao hospital psiquiátrico, avançou-se muito pouco nesse sentido.

Levantamento da Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde apontou que apenas 2% dos leitos de internação psiquiátrica se encontravam em hospitais gerais em 1987 (DALGALARRONDO & BOTEGA, 1993) e dez anos depois, outro estudo feito – BOTEGA (1997) – mostrou que esse percentual não passava de 2,5%.

Esse aumento pouco expressivo deve-se provavelmente à falta de adesão da rede privada e à resistência por parte dos profissionais dos

hospitais gerais. Tanto as empresas vinculadas ao sistema suplementar de assistência à saúde quanto os prestadores privados do Sistema Único de Saúde (SUS) defendem – inclusive através de pressão política no Congresso Nacional – a continuidade do antigo modelo assistencial.

Além disso, encontraram-se dificuldades dentro do próprio hospital geral (SONENREICH & ESTEVÃO, 1996). A maioria dos profissionais desses hospitais não pertence à área da saúde mental; poucos tiveram contato com pacientes que necessitam de cuidados em saúde mental ou participaram das discussões sobre a "reforma psiquiátrica". A proposta criou um impacto muito grande e gerou muita resistência mesmo nos poucos hospitais onde as UHGs foram implantadas – sendo seu funcionamento diretamente afetado pela organização do hospital.

Para além dos limites do hospital, está o restante da rede de atenção à saúde mental, composta de um lado pelos serviços extra-hospitalares e, de outro, pelos hospitais psiquiátricos. As decisões tomadas para as UHGs – que nem sempre são regidas por uma política de saúde mental – dependem da capacidade da retaguarda da rede extra-hospitalar e dos hospitais psiquiátricos.

Articuladas com o restante da rede assistencial, as UHGs parecem sempre ter tido como linha mestra de seu funcionamento a busca da manutenção dos vínculos sociais, permitindo que o doente mental fique em sua comunidade de origem o máximo de tempo possível e “minimizando a cronificação do quadro clínico” (BACHARACH, 1985). Para isso, privilegiaram a redução do tempo de internação, que paulatinamente passou

a ser um critério determinante para a admissão de pacientes nas UHGs (MILLER, 1981).

Muitos profissionais, principalmente do grupo ligado à reforma psiquiátrica, defendiam o atendimento de todos os pacientes que necessitassem de cuidados hospitalares em saúde mental pelas UHGs, sem restrição, pois elas deveriam estar articuladas com serviços extra-hospitalares especializados e equipamentos de apoio social. Essa proposta para a inserção de UHGs na rede de assistência à saúde mental, na qual o hospital psiquiátrico teria um papel bastante restrito, foi chamada de modelo de "pivô" (RICHMAN & HARRIS, 1985).

A proposta foi bastante questionada. De um lado, poderia permitir que se criassem minimanicômios sem a devida integração na comunidade, na rede assistencial e no próprio hospital, para o qual uma dinâmica diversa da do restante das clínicas traria indesejáveis problemas organizacionais. De outro, poderia impedir que se atendessem adequadamente pacientes que demandassem excessiva atenção, como por exemplo, nos quadros de agitação, comportamento violento e suicídio. Isso geraria a necessidade de criação de critérios para restringir a internação aos pacientes que pudessem obter uma melhora clínica mais rápida, encaminhando os outros casos para os hospitais psiquiátricos (BACHARACH, 1981; CASSORLA, 1996; GENTIL, 1998). Assim, propunha-se um outro modelo, chamado de "acessório" para a inserção de UHGs na rede de assistência à saúde mental (RICHMAN & HARRIS, 1985).

Predominante nos Estados Unidos e em algumas regiões da Inglaterra e Itália, este modelo parece ser o mais praticado. E talvez seja hegemônico no Brasil, onde internações de curta duração para todos os casos mostram-se inviáveis.

Os doentes crônicos, com mais tempo de disfunção social, sem um suporte extra-hospitalar capaz de dar continuidade ao tratamento, acabam necessitando de períodos mais longos no hospital e, por isso, sendo encaminhados aos hospitais psiquiátricos tradicionais, onde permanecem como um subgrupo de pacientes ainda mais estigmatizados e excluídos da proposta das UHG's (BACHARACH, 1981).

No entanto, é provável que no nosso país haja também modelos intermediários – entre o pivô e o acessório –, para dar conta, de um lado, da necessidade de reestruturar globalmente a atenção psiquiátrica, e de outro, da possibilidade de promover internações em um breve espaço de tempo. Assim, encontra-se uma variedade de formas de organização que torna controversa a finalidade e a forma de funcionamento ideal das UHG's. Relatos mostram inúmeras possibilidades para, por exemplo, número de leitos, relação entre equipe e número de leitos, restrições ao tipo de paciente atendido (crônicos, involuntários, violentos, suicidas, psicopatas, dependentes de substâncias, entre outros), relação com os outros serviços do hospital (urgência, interconsultas), tempo médio de internação, porcentagem de transferências para os hospitais psiquiátricos, taxa de ocupação, taxas de reinternação, resultados e continuidade do tratamento.

(LUCENA, 1978; MAHADEVAN & FORSTER, 1982; FORTES & INFANTE, 1986; VANSAN, 1994; SONENREICH & ESTEVÃO, 1996).

Pensando nessa possível heterogeneidade de modelos de inserção das UHGs na rede de assistência à saúde mental, pretende-se neste estudo conhecer os modos de funcionamento das UHGs e a sua relação com o impacto no estado de saúde da população, já que esses e outros aspectos das UHGs não foram sistematicamente avaliados no Brasil.

## **2 AVALIAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE**

As avaliações na área da saúde desenvolveram-se de maneira significativa nas últimas quatro décadas, especialmente nos países desenvolvidos. Atualmente, constituem um campo complexo que se organiza de forma muito diversificada (HARTZ, 1997). NOVAES (2000) propõe a classificação desse conjunto de práticas em três grandes grupos – (1) avaliação de programas, (2) avaliação tecnológica e (3) avaliação, gestão e garantia de qualidade.

A avaliação de programas teve início nos Estados Unidos em virtude, entre outras coisas, da necessidade de medir a eficiência dos grandes programas de intervenção social propostos na época. A avaliação tecnológica, por sua vez, estava associada ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. A idéia de *avaliação, gestão e garantia de qualidade* surge pela necessidade de garantir características adequadas aos produtos, e está diretamente relacionada com o objeto deste estudo, pois, a partir dos anos 60, os serviços – aí incluídos os de saúde em geral e os de saúde

mental – passaram a ser pensados também como produtos – passíveis, portanto, de serem julgados quanto ao seu valor segundo determinados critérios.

Nos Estados Unidos, na década de 70, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) desenvolveu padrões específicos para programas de atenção psiquiátrica e, mais recentemente, para hospitais psiquiátricos. Na Inglaterra, na década de 80, medidas governamentais passaram a estimular a avaliação e o controle de qualidade nos serviços de saúde mental. Além desses, outros países desenvolvidos colocaram em prática iniciativas desse tipo (POMPEI, 1997).

No Brasil, um dos projetos sobre avaliação que fizeram parte de estudos multicêntricos propostos pela OMS foi realizado em quatro cidades brasileiras e publicado por PITTA (1996a) – "Determinantes de Qualidade de Serviços de Saúde Mental".

Dentre os raros profissionais brasileiros que trabalham com avaliação em saúde mental, destaca-se BERTOLOTE (1994), que atua junto à OMS, ressaltando que a avaliação deve ser feita em três níveis: (1) o da política local, responsável pelos programas de saúde mental; (2) o de serviços de saúde mental, e (3) o do cuidado direto ao paciente.

Comparando a tipologia de NOVAES (2000) aos três níveis de avaliação de BERTOLOTE (1994), nota-se que a *avaliação, gestão e garantia de qualidade* tem como foco principal os serviços de saúde, neste estudo representados pelas UHGs, ainda que possam estar inseridos numa política de saúde.



Neste estudo, *avaliar* significa "formar um juízo, baseado nas premissas daquele que avalia, sobre o aspecto que se pretende avaliar"; e qualidade, "uma característica positiva do aspecto avaliado", de tal modo que, se se disser que isto ou aquilo possui qualidade, ou é de qualidade, está-se afirmando que o aspecto avaliado foi julgado como bom e adequado. Portanto, a presença ou a ausência da qualidade é atributo que resulta de uma avaliação (MALIK, 1996).

Em um processo avaliatório é importante considerar *quem* são os sujeitos de uma avaliação e *para que* fazem a avaliação, pois o julgamento não se faz apenas na análise dos resultados, já que as premissas devem ser estabelecidas *a priori*. Quem define os aspectos que serão avaliados e os critérios utilizados, ou seja, quem faz o recorte daquilo que será avaliado e para que será avaliado é o sujeito da avaliação, que tem em mente uma idéia de qualidade, diretamente relacionada aos objetivos da avaliação.

Assim, se a idéia é, por exemplo, obter mais recursos, o sujeito da avaliação, ao prestar contas para um órgão financiador, pode-se ater a questões econômicas favoráveis ou então fugir delas, ressaltando questões de efetividade técnica ou satisfação dos usuários. É esperado, contudo, que objetivos mais nobres estejam em jogo (POSSAS, 1994).

Para tentar evitar esse tipo de recorte, DONABEDIAN (1990) preconiza que a avaliação leve em conta diferentes dimensões das práticas nos serviços de saúde, por meio da adoção dos seus "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitação, ética e

eqüidade. Esses sete conceitos envolvem o cumprimento dos objetivos, os custos da intervenção, a aceitação (e particularmente o acesso) individual ou coletiva da prática implementada, e as questões éticas e de justiça social envolvidas.

Por meio deles, o sujeito da avaliação deverá julgar articuladamente a estrutura (os recursos), o processo (os meios) e os resultados (a finalidade) de um serviço de saúde (DONABEDIAN, 1988). Foi a partir dessa idéia que, levando em conta os três níveis de avaliação já mencionados, TANSELLA & THORNICROFT (1998) construíram a seguinte "matriz modelo" (Tabela 1):

**TABELA 1 – VISÃO GERAL DA MATRIZ MODELO, COM EXEMPLOS DE ASPECTOS A SEREM AVALIADOS EM CADA CÉLULA DA MATRIZ**

Dimensão geográfica	Dimensão temporal		
	(A) Insumos (estrutura/ planejamento)	(B) Processo	(C) Resultados
(1) Nível nacional/ regional	<b>1A</b> Legislação em saúde mental Diretrizes governamentais Interesses de grupos representantes de patologias Conselhos de saúde Papel da mídia	<b>1B</b> Indicadores tradicionais de referência populacional Taxas de tratamento compulsório	<b>1C</b> Taxas de suicídio População de rua Episódios de violência Inquéritos específicos Taxas de reinternação
(2) Nível local/ distrital (área de abrangência de serviços)	<b>2A</b> Características da população Pesquisa das necessidades da população Orçamentos Equipes de saúde mental Participação dos usuários	<b>2B</b> Políticas locais Padrões de utilização dos serviços (número de usuários, taxa de procedimentos)	<b>2C</b> Melhor acesso aos serviços Diminuição do estigma local
(3) Nível dos usuários	<b>3A</b> Necessidades individuais Demandas dos pacientes Demandas das famílias	<b>3B</b> Frequência e duração dos tratamentos Continuidade da assistência Apoio financeiro	<b>3C</b> Redução dos sintomas Satisfação Qualidade de vida (local de residência, nível de incapacidades, reabilitação ocupacional) Incômodo aos cuidadores

FONTE: modificado de TANSELLA & THORNICROFT (1998)

A avaliação em saúde mental deve seguir as mesmas linhas gerais expostas. Porém, cabe ressaltar um ponto que se torna *sui generis* na avaliação em saúde mental: a definição de um projeto comum.

Segundo Pitta (1996b), a grande questão segue sendo como construir o consenso do bom, do justo, do padrão a ser seguido – questão crucial, já que é o ponto de partida de uma intervenção e o parâmetro que possibilita seu julgamento. Vale dizer que esse impasse, em maior ou menor grau, é comum a todo o campo da avaliação.

Talvez a especificidade do trabalho em equipe multiprofissional na saúde mental, onde se agregam diferentes visões e referenciais teóricos sobre a doença mental seja responsável por tal particularidade. Como os campos de conhecimento se inter cruzam, são colocadas em evidência propostas terapêuticas divergentes. A dificuldade no consenso reside muitas vezes na impossibilidade de travar uma discussão em um mesmo plano teórico, resultando em uma mistura de conceitos biológicos, psicanalíticos, sociológicos e outros.

De qualquer forma, devem ocorrer negociações em busca de um plano de ação definido que contemple os pontos de vista dos vários indivíduos ligados à organização (GREGORY & CHOWANEC, 1994; ZUSMAN, 1988). Deve-se levar em conta as experiências anteriores, a opinião de “experts”, a literatura científica, as posições ideológicas, o contexto político e o interesse dos usuários. Explicitadas as premissas, teremos então a prática prescrita que irá nortear o restante da avaliação (VUORI, 1991)

Neste estudo, os sujeitos das avaliações são os *gestores de serviços de saúde* (“gerente”, de acordo com a NOB96 – BRASIL, 1996) e os *gestores de políticas de saúde* (“gestor”, de acordo com a NOB96 –

BRASIL, 1996), que, por serem responsáveis pela condução da organização sob sua responsabilidade rumo à prática prescrita – e, conseqüentemente, à qualidade –, constituem peças-chave no processo de avaliação.

### **3 INDICADORES E O USO DE INFORMAÇÕES**

Após a construção do modelo de prática ideal, subentende-se que, na avaliação, serão utilizados instrumentos que permitam apreender características da prática a ser avaliada e compará-la com a prática prescrita. A esses instrumentos, dá-se o nome de indicadores, aos quais, na prática prescrita, já se atribuíram critérios, ou *standards* (DONABEDIAN, 1986).

Selecionar indicadores não é tão simples quanto parece: primeiro, porque devem ser representativos da realidade que se pretende apreender; segundo, porque podem não alcançar uma medida válida, e terceiro porque podem ser interpretados como algo que compromete o funcionamento do serviço a ser avaliado (DONABEDIAN, 1986).

É evidente que nenhum indicador é plenamente representativo da realidade que se pretende apreender, pois “o todo é inapreensível” (JASPERS, 1979). Para superar esse limite, o desafio é garantir que os recortes da realidade tenham relação com a finalidade da prática a ser avaliada.

Feito isso, é preciso garantir ainda se realmente está sendo medido aquilo que se quer medir, ou seja, se existe validade dos indicadores para os respectivos recortes da realidade. Para isso, é preciso levar em

conta a diferença entre os aspectos tidos como objetivos e os tidos como subjetivos da realidade – ainda que MINAYO (1997) questione essa dicotomia. Tal questão é central na saúde mental, cujo objeto de estudo são as manifestações psíquicas.

Normalmente, não se põe em dúvida a validade da medida de aspectos tidos como objetivos, mas a medida da pressão arterial como um indicador de resultado no tratamento da hipertensão, por exemplo, pode estar comprometida por um esfigmomanômetro defeituoso. Nesse caso, os resultados obtidos teriam de ser comparados com medidas realizadas por cateter arterial de precisão impecável.

Diferentemente do exemplo citado para a validação na medida com o esfigmomanômetro, não há *standards* de natureza subjetiva que tenham o *status* de verdade para que se façam comparações. Assim, nos últimos anos, novas técnicas precisaram ser desenvolvidas para contornar as dificuldades inerentes à validação de medidas de aspectos tidos como subjetivos na área de saúde.

Essas técnicas passaram a ser utilizadas em larga escala para verificar a eficácia terapêutica de intervenções em relação ao impacto na qualidade de vida, por exemplo. Os resultados obtidos mostraram-se bastantes satisfatórios. Dessa forma conclui-se que, apesar de ser necessária a utilização de uma metodologia sofisticada, o fato de lidar com aspectos subjetivos não pode tornar inviável a avaliação em saúde mental.

É necessário ainda garantir uma linguagem unificada entre aqueles responsáveis pela coleta dos dados para que, numa mesma

situação, obtenham dados semelhantes. Isso se chama confiabilidade e deve estar garantida antes do início da avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

O terceiro cuidado que se deve ter na seleção de indicadores é sua aplicabilidade. Questões de ordem prática podem inviabilizar a utilização de certos indicadores. A coleta de dados, na medida do possível, não deve comprometer o funcionamento do serviço. Se a idéia for implementar uma avaliação contínua, todo o processo deverá fazer parte da rotina. Como é necessário um envolvimento da equipe, quanto menor o incômodo trazido pela avaliação, mais fácil será sua implementação. Pode ser até preferível construir indicadores a partir de dados já habitualmente colhidos no serviço.

Podemos resumir o processo de seleção de indicadores da seguinte forma: os indivíduos que definiram as premissas com as quais irão trabalhar e construíram um modelo ideal – e válido – de estrutura, processo e resultados da prática prescrita, selecionarão recortes – aspectos-chave – da prática a ser avaliada. Esses aspectos-chave são aqueles que, na medida do possível, possuem uma relação mais direta – ou válida – com a finalidade da prática. Definidos tais aspectos-chave, o próximo passo é garantir uma maneira válida e confiável de apreendê-los através de indicadores. Então, deve-se levar em consideração se é possível utilizar tais indicadores para questões de ordem prática. Todos esses passos podem acontecer de forma concomitante.

Essa sistematização, porém, pode não fazer parte do cotidiano dos gestores, quando: (1) desconhecem a metodologia; (2) existem outras

questões com as quais se preocupam; e, (3) utilizam indicadores sem ter em mente o fundamento que levou à sua construção. Neste último caso, a utilização dos indicadores pode estar dissociada da finalidade da prática prescrita.

Assim, para poder apreender o ponto de vista dos gestores, deixou-se de usar o termo *indicador*, privilegiando a idéia de informação, que, em sua acepção genérica, não tem o caráter técnico daquele termo, bem como de outros como *garantia de qualidade e avaliação*, que ficaram implícitos.

Utilizou-se o conceito de informação de MORAES (1995) – “representação de fatos ou idéias potencialmente capaz de alterar o estado de conhecimento de alguém, permitindo apoiar uma ação” – aplicado à prática prescrita, de acordo com os princípios da avaliação aqui expostos. Assim, quando utilizadas pelos gestores, as informações deveriam, de um lado, permitir que se verificasse se a organização sob sua responsabilidade estava adequada à prática prescrita e, de outro, subsidiar ações que conduzissem a organização rumo à prática prescrita (Figura 1).



**FIGURA 1 – MODELO PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DE GESTOR, ENQUANTO SUJEITO DO PROCESSO AVALIATÓRIO**



FONTE: modificado de FOWKES (1982)

Neste estudo, pretende-se conhecer a situação atual – modelos de inserção na rede de assistência à saúde mental, modos de funcionamento e o impacto esperado no estado de saúde da população – das Unidades de Saúde Mental em Hospitais Gerais por meio das premissas que norteiam a sua gestão.

## II. METODOLOGIA

### 1 UNIVERSO E AMOSTRA

A área escolhida foi a Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP) que, com 39 municípios e aproximadamente 18 milhões de habitantes, conta com número de UHGs superior ao de outras regiões metropolitanas do Brasil (BOTEGA, 1997). Em janeiro de 2000 havia 15 UHGs com enfermaria psiquiátrica na RMGSP (Figuras 2 e 3).

A Figura 2 mostra as UHGs da RMGSP (com exceção da Capital) nos hospitais: (1) Franco da Rocha; (2) Regional de Osasco; (3) Pirajussara; e, (4) Regional de Ferraz de Vasconcelos. Mostra também, em janeiro de 2000, as UHGs que estavam em implantação nos hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSSs): (1) Itapevi; (2) Carapicuíba; (3) Itapeirica da Serra; (4) Diadema; (5) Itaquaquetuba; e, (6) Guarulhos. Em maio de 2001 somente três delas – Itaquaquetuba, Carapicuíba e Guarulhos, nessa ordem – haviam sido implantadas. Todos esses hospitais são próprios estaduais. Na Figura 2 é possível visualizar, ainda, as Direções Regionais de Saúde (DIRs) ligadas à CSRMGSP: DIR I – Capital, ao centro; DIR II – Santo André, a sudeste; DIR III – Mogi das Cruzes, a leste; DIR IV – Franco da Rocha, ao norte e DIR V – Osasco, a oeste.

FIGURA 2 – Hospitais gerais com enfermaria psiquiátrica na  
RMGSP (exceto Capital)

A Figura 3 mostra as UHGs da DIR I – Capital. Nela é possível observar:

(1) os três hospitais gerais municipais com UHGs que contam com enfermagem psiquiátrica: Hospital de Ermelino Matarazzo, Hospital Waldomiro de Paula (Planalto) e Hospital do Campo Limpo;

(2) os quatro hospitais universitários: Hospital das Clínicas da FMUSP que conta com um Instituto de Psiquiatria como anexo, Hospital São Paulo, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que conta com uma unidade de saúde mental cadastrada fora de seu complexo hospitalar – o CAISM Vila Mariana e Hospital do Servidor Público Estadual (este último não é ligado ao SUS – foi considerado como universitário por ser um centro formador em saúde mental);

(3) os hospitais estaduais: Taipas, Mandaqui, Itaim Paulista e Guaianazes; e,

(4) os Hospitais Pedreira e Grajaú que não haviam implantado suas UHGs até maio de 2001.

FIGURA 3 – Hospitais gerais com enfermaria psiquiátrica  
na DIR I – Capital

Desses hospitais gerais, foram escolhidos seis, de acordo com os seguintes critérios:

(1) as UHG's deveriam estar ligadas todas a um mesmo órgão administrativo, onde seria possível identificar gestores em diferentes níveis;

(2) as UHG's deveriam estar localizadas na mesma edificação das demais unidades do hospital geral, e

(3) as UHG's não poderiam atender exclusivamente pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas.

De acordo com o critério (1), seria possível escolher as UHG's sob administração das Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde. Optou-se, então, pelas UHG's ligadas à Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (CSRMGSP) da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), por reunir um maior número de unidades – oito, contra três da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) – e, portanto, de gestores.

Os critérios (2) e (3) eliminaram duas das oito UHG's ligadas à CSRMGSP: o Hospital de Clínicas de Franco da Rocha e o Hospital Geral de Taipas, respectivamente.

As seis UHG's estudadas – Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Geral de Guaianazes, Hospital Geral do Itaim Paulista, Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, Hospital Regional de Osasco e Hospital Geral do Pirajussara – estão distribuídos em três das cinco subunidades da CSRMGSP: as Direções Regionais de Saúde (DIRs) I, III e V (Tabela 2).

**TABELA 2 – HOSPITAIS GERAIS ESTUDADOS E SUA INSERÇÃO NAS DIREÇÕES REGIONAIS LIGADAS À CSRMGSP**

Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana Da Grande São Paulo (CSRMGSP)					
DIR I – Capital			DIR III – Mogi das Cruzes	DIR V – Osasco	
Conjunto Hospitalar do Mandaqui	Hospital Geral de Guaianazes	Hospital Geral do Itaim Paulista	Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos	Hospital Regional de Osasco	Hospital Geral do Pirajussara

## 2 ESTRATÉGIA

Determinou-se que para cada uma das seis UHGs deveria haver: dois gestores hospitalares (o coordenador da unidade de saúde mental do hospital e o diretor do hospital), dois gestores regionais (o articulador de saúde mental e o diretor da DIR à qual cada uma das UHGs está subordinada) e dois gestores centrais (o coordenador de saúde mental e o coordenador geral da CSRMGSP).

Os gestores hospitalares atuam no âmbito de serviços de saúde e os demais são responsáveis por políticas de saúde. Nesses três pares, há sempre um gestor da área da saúde mental e um da área da saúde em geral, o que possibilitaria evidenciar pontos de vista distintos.

Como os seis hospitais fazem parte da mesma Coordenadoria e cinco deles estavam ligados a duas DIRs (três à DIR I e dois à DIR V), o número de entrevistados total foi 20 gestores (Tabela 3).

**TABELA 3 – DENOMINAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DE GESTORES ENTREVISTADOS**

<b>GRUPOS DOS GESTORES</b>	<b>ÁREA DA SAÚDE</b>	<b>NÍVEL DE ATUAÇÃO</b>	<b>CAMPO DE ATUAÇÃO</b>	<b>Nº DE ENTREVISTADOS</b>
<b>1 Coordenadores das UHGs</b>	saúde mental	<b>Serviço de saúde</b>	<b>Hospital</b>	<b>6</b>
<b>2 Diretores dos Hospital Gerais</b>	saúde geral			<b>6</b>
<b>3 Articuladores de saúde mental</b>	saúde mental	<b>Política de saúde</b>	<b>Regional</b>	<b>3</b>
<b>4 Diretores de DIR</b>	saúde geral			<b>3</b>
<b>5 Coord. de Saúde Mental da CSRMGSP</b>	saúde mental		<b>Central</b>	<b>1</b>
<b>6 Coordenador da CSRMGSP</b>	saúde geral			<b>1</b>

A estratégia de pesquisa escolhida foi o estudo de casos. É preciso lembrar, porém, que as UHGs escolhidas constituíram antes de tudo um subconjunto da CSRMGSP onde, em eventual replicação do estudo, seria necessária a existência de outras UHGs dentro de uma estrutura administrativa equivalente – com gestores de serviços de saúde e de políticas de saúde. Além disso, as generalizações não foram obtidas por meio de comparações entre as seis UHGs, mas a partir da óptica dos diferentes grupos de gestores ligados a essas unidades. Assim, este estudo de casos seria do tipo “embutido” (YIN, 1984) ou “instrumental” (STAKE,



1995), nos quais o conhecimento obtido diz mais respeito ao aspecto estudado – a gestão das UHGs – do que aos casos em questão.

## **2.1 Visitas às UHGs**

Preliminarmente, com o objetivo de subsidiar a realização e a análise das entrevistas, foram realizadas, de janeiro a março de 2000, duas visitas a cada uma dos UHGs com a presença do coordenador da unidade de saúde mental do hospital. A primeira resultou na elaboração de diários de campo, que permitiram a construção de um roteiro para a segunda visita (anexo). Esse roteiro se baseou no Manual do Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar do Estado de São Paulo (CQH, 1992), nos instrumentos do Programa de Garantia de Qualidade em Saúde Mental da OMS (PITTA, 1992) e no roteiro de visitas do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA, 1998).

Nas visitas, além do contato com o coordenador da unidade de saúde mental no seu próprio local de trabalho, verificou-se também, no Serviço de Arquivo Médico (SAME) de cada hospital, como era feito o registro dos dados referentes aos serviços prestados pelas UHGs, bem como o tratamento e o destino que recebiam esses dados pelo sistema de informações do hospital.

Foram consultados também outros sistemas de informação que faziam referência a alguns dos serviços em questão – o fluxo dos

instrumentos de coleta de dados do DATASUS (Ficha de Atendimento Ambulatorial – FAA e laudo médico para emissão de Autorização para Internação Hospitalar – AIH), o Relatório Mensal de Informação da CSRMGSP e os bancos de dados das centrais de regulação regional.

## **2.2 Entrevistas com os gestores**

Para melhor apreender os diversos pontos de vista dos gestores em seu trabalho cotidiano (GREENHALGH & TAYLOR, 1997), foram realizadas, de abril a junho de 2000, entrevistas semi-estruturadas (PATTON, 1995).

### **2.2.1 Forma de realização**

O tempo médio das entrevistas foi de cinquenta minutos. A entrevista mais curta durou 35 minutos e a mais longa, 65. Todas as entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com o consentimento prévio do entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo entrevistador e a transcrição das fitas, por um único indivíduo. Inicialmente foram entrevistados os seis coordenadores de unidade, depois os seis diretores de hospital, em seguida os três articuladores, os três diretores de DIR, o coordenador de saúde mental da CSRMGSP e, por último, o coordenador da CSRMGSP.

Em todas elas, depois de expor os objetivos da pesquisa e explicar qual seria o formato das entrevistas, o entrevistador conceituava

"informação", de acordo com MORAES (1995), insistindo na importância de o gestor ater-se ao exercício cotidiano de sua função gerencial. Em seguida, eram feitas duas perguntas básicas referentes às UHGs.

A primeira, sobre as informações que os gestores utilizavam, ou seja, "tudo aquilo que procuravam saber, conhecer ou apreender com relação às UHGs estudadas que estavam sob sua responsabilidade administrativa", e a segunda, sobre as informações que gostariam de utilizar.

Em nenhum momento, o entrevistador utilizou os termos técnicos *indicador, avaliação e qualidade*.

O entrevistado era alertado para o fato de que as informações poderiam não provir necessariamente da UHG ou UHGs aos quais ele se referia. Informações provenientes de um hospital psiquiátrico, por exemplo, poderiam servir para um gestor hospitalar pensar sobre a UHG do hospital onde trabalhava, assim como para um gestor de política de saúde pensar sobre as UHGs sob sua responsabilidade.

Aos gestores de políticas, especificamente, a quem competia a gestão de uma rede de serviços, era ainda explicitado no início da entrevista que eles poderiam, por exemplo, utilizar informações provenientes das UHGs sob sua responsabilidade para avaliar o restante da rede de assistência à saúde mental.

Dadas as explicações iniciais, a entrevista dividia-se em dois momentos. Num primeiro momento, propunha-se que o entrevistado falasse sobre sua realidade de trabalho, já que lhe era solicitado responder a seguinte questão: "Que informações você *utiliza* no exercício da função

gerencial?”. Num segundo momento, o entrevistado era convidado a pensar sobre outras possibilidades para a realização de seu trabalho, quando o entrevistador propunha a segunda questão: “Que informações você *gostaria de utilizar* no exercício da função gerencial?”.

Tanto no primeiro quanto no segundo momento da entrevista, a cada resposta do entrevistado, o entrevistador propunha uma nova questão, que podia ser: “O que você faz com essa informação?” “Para que você utiliza essa informação?”, “Com que finalidade você utiliza essa informação?” ou “Que medida você toma diante dessa informação?”. Essas perguntas eram feitas somente uma vez, de forma que o entrevistador não constrangia o entrevistado a falar de algo que não parecia importante para ele.

Se o entrevistado não citasse o sistema no qual ele obtinha as informações mencionadas, o entrevistador pedia que ele explicitasse a fonte de informação. O mesmo ocorria quando o entrevistador identificava qualquer outro tipo de imprecisão ou contradições no discurso do entrevistado.

Não está descartada a presença de algum viés de informação por parte dos entrevistados. Uma das possíveis explicações seria o fato do entrevistador ser sabidamente ligado à área de saúde mental da CSRMGSP, levando os entrevistados a manifestarem uma preocupação maior do que aquela que eles têm de fato com relação à importância do uso de informações. O mesmo pode ter ocorrido com relação aos gestores ligados à saúde em geral, no momento em que se referiam à área da saúde mental.

### 2.2.2 Análise

Os referenciais teóricos utilizados ao longo da exposição e da análise dos resultados constam do capítulo anterior. Não houve a intenção de inserir os achados em nenhum modelo explicativo mais amplo nem, como sugere BARDIN (1985), em nenhum quadro de referência da totalidade social. Não que se desconsidere a determinação sócio-histórica das manifestações individuais, mas apenas porque abordar essas questões não foi o objetivo do estudo.

Foi realizada uma *análise de conteúdo* (MINAYO, 1997), a partir do conteúdo manifesto das entrevistas. Conteúdos latentes, no entanto, surgiram na evidência das contradições entre informações mencionadas pelos entrevistados e: (1) os resultados das visitas, particularmente no que toca aos sistemas de informação relativos às UHGs; (2) sua finalidade prática; (3) seus significados (os aspectos que pretendiam representar), e (4) os resultados das entrevistas com os demais gestores.

Procurou-se não fazer nenhuma inferência a partir de eventuais contatos anteriores do entrevistador com os entrevistados para que isso não interferisse nos resultados.

Primeiramente, as entrevistas transcritas foram separadas de acordo com os seis grupos de gestores expostos na Tabela 3.

As categorias inicialmente utilizadas para organizar os dados foram definidas após a análise dos resultados das visitas: (1) caracterização

das UHGs – o que, para que e para quem são; (2) inserção na rede de assistência à saúde mental; e, (3) os serviços das UHGs.

Nem todo o material obtido a partir das entrevistas versava sobre as duas questões básicas utilizadas ao longo das entrevistas – (1) informações utilizadas pelos gestores e (2) informações que os gestores gostariam de utilizar.

Assim, uma outra categoria foi criada a partir da análise do material empírico onde o conteúdo não se refere estritamente ao uso de informações, mas acabou por revelar crenças dos entrevistados sobre temas ligados diretamente ao objeto deste estudo: *UHGs e informação e gestão*. Essa categoria foi intitulada *opinião dos gestores*.

Dentro de cada uma das categorias, os conteúdos poderiam ser dispostos de acordo com os agrupamentos de gestores explicitados na Tabela 3. Optou-se por não se fazer nenhuma referência isolada aos “grupos” coordenador de saúde mental e coordenador da CSRMGSP, pois tratam-se na verdade de conjuntos unitários onde o sigilo dos entrevistados poderia estar comprometido.

### III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das visitas às UHGs e das entrevistas com os gestores, bem como a discussão desses resultados, serão apresentados simultaneamente neste capítulo.

O item número um – *visão dos gestores* – faz referência apenas às entrevistas e apresenta tópicos não levantados explicitamente pelo entrevistador, ou seja, não dizem respeito ao uso de informações propriamente dito e sim a outros pontos de vista dos gestores. Tornaram-se evidentes a partir da análise dos resultados e não são menos importantes já que os assuntos tratados – *unidades de saúde mental em hospitais gerais e informação e gestão* – estão diretamente relacionados a este estudo.

Os demais itens descrevem, sob a óptica da gestão, as UHGs da seguinte forma: estrutura geral, compromisso populacional, pacientes para os quais se destinariam, relações que estabelecem com os outros equipamentos de saúde mental e funcionamento dos quatro serviços predominantes: (1) *pronto-atendimento*, (2) *observação*, (3) *enfermaria* e (4) *interconsulta*.

Os registros, dados e informações que se relacionam com os serviços ligados às UHGs, pesquisados durante as visitas, e também o relato sobre a utilização de informações pelos gestores, serão dispostos ao longo dos itens com os quais se articulam

Quanto ao item cinco, *opinião dos usuários*, ainda que este possa estar ligado de diferentes formas aos demais itens deste capítulo, aparecerá de maneira distinta devido à sua relevância.

## **1 VISÃO DOS GESTORES**

### **1.1 Sobre as unidades de Saúde Mental em Hospitais Gerais**

Apesar de nenhum dos gestores não ligados à saúde mental ter-se declarado contrário à inserção de unidades de saúde mental em hospitais gerais, a maioria deles referiu que essa apresenta algumas dificuldades, dentre as quais se destaca o preconceito e a estigmatização do doente mental por parte dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. Segundo os gestores, isso fica evidenciado nas falas, que eles ouvem freqüentemente, do tipo “o doente mental incomoda”, “atrapalha”, “causa tumulto” e “destrói”. Para enfrentar essa dificuldade, os gestores propuseram trabalhos de sensibilização da sociedade, educação junto às famílias e às comunidades, e mudanças no processo de formação médica.

Além dessa, outras dificuldades foram levantadas: a negação da doença mental, a desvantagem financeira desse tipo de unidade e a falta de normatização para a estrutura física das UHG.

Alguns gestores acreditam que o psiquiatra ainda é visto como “médico que não trata doença”; um deles relaciona essa questão com o fato de a própria equipe de saúde mental “negar” a existência da doença mental, o que “contraria a própria missão dos hospitais”.



A maioria dos gestores não tratou de questões financeiras, mas houve dois diretores de hospital que mencionaram uma possível "desvantagem financeira da UHG". Além desses, dois outros gestores disseram ter interesse em saber o custo das internações psiquiátricas em hospitais gerais, para fazer uma comparação com o custo das internações nas demais clínicas do hospital – no caso de um coordenador de unidade – e em hospitais psiquiátricos – no caso de um diretor de hospital.

Entre os gestores ligados à saúde mental foram levantadas questões sobre a relação com os demais gestores e a falta de estrutura da rede extra-hospitalar. Essa última, segundo os coordenadores de serviço, prejudica a continuidade do tratamento após a hospitalização e aumenta a procura pelo pronto-atendimento das UHGs.

Os gestores de política de saúde queixaram-se da pouca ascendência que têm sobre os hospitais gerais. Um deles afirma que os hospitais são "independentes", "autônomos" e que sente dificuldades em fazer com que os mesmos cumpram as deliberações. Um desses gestores, por outro lado, reconhece que faltam instrumentos e parâmetros – "não há política de saúde mental" – para a avaliação dessas unidades. Também aposta em uma certa complacência – "ninguém exige" – por parte dos gestores regionais e centrais

De acordo com esse último ponto de vista, dois coordenadores de unidade afirmam que nunca receberam de qualquer instância superior atribuições ou competências claras quanto àquilo que deveriam fazer. Um deles refere ainda que desconhece documentos que versem sobre as

políticas de saúde mental regional e central. Além desses, dois outros dizem não serem solicitados a responder por nada e tampouco são cobrados de qualquer coisa, sendo raras as reuniões entre os diversos níveis. Um desses coordenadores acredita que isso se deve ao fato dos gestores de políticas de saúde não desejarem arcar com problemas de natureza técnica – “estão mais preocupados com o programa do Ratinho”, completa. Um outro coordenador de unidade refere freqüentar as reuniões promovidas pelos gestores de política de saúde, mas critica o desrespeito por parte desses mesmos gestores das determinações acordadas nesses fóruns, por motivos “políticos” ou “particulares”.

## **1.2 Sobre informação e gestão**

A maioria dos gestores considera imprescindível a utilização de informações na prática gerencial. As informações serviriam para permitir um melhor conhecimento da realidade e tomar decisões seletivas. Seriam úteis, ainda, para verificar o impacto das ações. São feitas críticas aos que orientam suas ações baseando-se em “achismos”, “fantasias” e “imaginações”. Um dos diretores de hospital ressalta que as informações acerca das necessidades em saúde evitariam que “iluminados por idéias brilhantes inventem moda”, referindo-se a serviços criados a partir somente de interesses particulares, principalmente aqueles excessivamente especializados e com alto custo. “Nem todos podem querer tocar trombone em uma mesma orquestra”, completa.

Dois diretores regionais queixam-se quando os gestores de saúde dos municípios não utilizam informações, criticando as reivindicações dos municípios feitas a partir de um “feeling qualquer” e os equipamentos municipais criados “não se sabe para quê, nem para quem”. Já três diretores de hospital afirmam que elaboram documentos e acionam os níveis superiores com reivindicações baseadas em dados sistematizados que alertam para necessidades. Um deles refere encaminhar aos níveis superiores evidências de falhas na rede extra-hospitalar e sugestões quanto às medidas a serem tomadas.

Porém, segundo os gestores, as dificuldades para a obtenção de informações são inúmeras. Vários afirmam que os sistemas de informação existentes na rede assistencial, assim como os demais recursos, são precários e pouco estruturados. Esta fala aparece com maior frequência entre os gestores de política de saúde, ao fazerem referência aos relatórios provenientes das centrais de regulação regionais e ao DATASUS (Departamento de Informática da SUS). Um deles afirma que pouco pode ser obtido a partir dos bancos de dados deste órgão, pois se tratam de “dados frios” que privilegiam os procedimentos e não os indivíduos. Dois outros gestores também fazem críticas ao DATASUS, mas acreditam que algumas informações valiosas poderiam ser obtidas a partir dele caso houvesse uma maior dedicação por parte dos gestores e os dados fossem melhor trabalhados. Diferente dos demais, um gestor é categórico em afirmar que os sistemas de informação existentes são suficientes, mas pouco utilizados pelos gestores.

Entre os diretores de hospital, com algumas exceções, não são feitas críticas aos sistemas de informação internos dos hospitais. Aqui a carência de informação estaria relacionada a dados de utilização e efetividade de práticas provenientes dos outros equipamentos da rede assistencial.

Os coordenadores de unidade apresentam um ponto de vista semelhante aos diretores de hospital, exceto pelo fato de acreditarem que os dados sobre atendimentos internos poderiam ser melhor analisados pelos respectivos SAMEs.

Em virtude das dificuldades na obtenção de informações, vários gestores mencionaram procedimentos tais como: observações diretas e contatos informais no cotidiano, com a finalidade de apreender informações de interesse.

Os coordenadores de unidade mantêm uma relação muito próxima com a equipe de saúde mental e realizam tanto reuniões clínicas formais, como reuniões para a discussão de questões administrativas. Além disso, um dos coordenadores disse que “apesar das reuniões, as informações provenientes da equipe chegam antes, através de contatos do dia a dia”. Dois coordenadores afirmaram que a comunicação e a troca de informações podem ser úteis para motivar a equipe. O mecanismo utilizado por um dos coordenadores seria a apreensão de informações subjetivas do ambiente, do “clima”, para compreender e intervir nas relações dentro da equipe. Outro coordenador utiliza-se de um livro onde situações cotidianas e recados são registrados pelos membros da equipe.

Nesse sentido, dois diretores de hospital afirmam possuir uma relação semelhante à citada acima com o coordenador da unidade de saúde mental – “diretoria de portas abertas”, expressou um deles. Um outro diretor refere realizar reuniões semanais com os coordenadores de unidade, entre eles o de saúde mental, onde as informações de interesse dos coordenadores são relatadas. Esse tipo de relação raramente foi citado pelos gestores regionais e centrais.

Outras dificuldades gerais sobre o provimento de informações estariam relacionadas a: (1) não cooperação por parte dos profissionais de saúde, particularmente os médicos, no preenchimento dos instrumentos que geram informação; (2) existência de instrumentos de informação que não são analisados pelos gestores do nível superior e rapidamente caem em descrédito; e, (3) não divulgação das informações.

Sobre esse último ponto, dois gestores de políticas de saúde acreditam que os hospitais resistem em transmitir as informações. Um deles diz que recebe pedidos por parte da rede extra-hospitalar de informações a respeito das internações de seus pacientes, mas que não tem meios de colocá-las à disposição. Esse último faz menção ainda ao nível superior, afirmando que as poucas informações sobre as UHGs ficam restritas ao nível central e não são compartilhadas.

## 2 CARACTERIZAÇÃO DAS UHG's

### 2.1 Estrutura geral e compromisso populacional

Quatro hospitais estão sob administração direta da CSRMGSP e dois, mais novos, de Organizações Sociais de Saúde (OSSs). A área de abrangência de cinco UHG's coincide com a dos hospitais gerais: em quatro, possui por volta de 600 mil habitantes e, na quinta, 400 mil. A sexta UHG é a única referência hospitalar formal em saúde mental para uma população de 2 milhões de habitantes.

Com exceção de uma UHG, que não tem observação para pacientes com transtornos mentais, as outras cinco, como já foi dito, os quatro serviços básicos: (1) *pronto-atendimento*, (2) *observação*, (3) *enfermaria* e (4) *interconsulta*.

Nos três hospitais cujas UHG's foram implantadas na segunda metade da década de oitenta, a observação dos pacientes com transtornos mentais é feita separadamente da observação das outras especialidades; nos dois outros hospitais, cujas UHG's existem desde a segunda metade da década de noventa, os pacientes compartilham com as outras clínicas os mesmos leitos de observação.

O pronto-atendimento e a observação constituem serviços de urgência psiquiátrica e fazem parte do pronto-socorro, localizando-se no andar da entrada principal dos hospitais, e as enfermarias psiquiátricas encontram-se no andar imediatamente acima da entrada do hospital.

Nenhuma enfermagem psiquiátrica ultrapassa 8% do número total de leitos do hospital nem possui mais do que 30 leitos, o que está de acordo com a portaria 224 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992).

### 2.1.1 Informações mencionadas pelos gestores

Durante as entrevistas, a maioria dos gestores não fez menção à área de abrangência sob responsabilidade das UHGs. Um dos gestores de política de saúde, ligado à saúde mental, afirmou desconhecer as áreas de abrangência das UHGs sob sua responsabilidade, enquanto somente um coordenador de unidade, dois diretores de hospital e um articulador mencionaram a região e o número de habitantes das áreas das respectivas UHGs. Isso revela pouca preocupação com o conjunto de pessoas que vai além das que efetivamente chegam ao hospital.

Para avaliar o acesso à enfermagem psiquiátrica do hospital geral, por exemplo, somente um dos gestores referiu analisar rotineiramente as transferências efetuadas, a fim de verificar para onde são encaminhadas as internações de pacientes que residem na área de abrangência da UHG. Ainda assim, deixa de buscar dados sobre pacientes internados nos hospitais psiquiátricos em outra região, o que permitiria identificar uma eventual migração de usuários para uma área de abrangência que não é a sua própria em busca de melhores condições no acesso à internação.

As estimativas populacionais são pouco ou mal utilizadas. Os gestores hospitalares mencionaram casos em que as taxas de utilização da UHGs evidenciavam a existência de leitos ociosos, mas apenas um gestor

supôs que, na enfermaria psiquiátrica, isso poderia representar uma dificuldade de acesso do paciente ao serviço. Em situações opostas, quando reconhecem que a estrutura da UHG se mostra insuficiente, os gestores geralmente responsabilizam os hospitais psiquiátricos e as centrais de vagas das DIRs, sem levar em conta o seu próprio compromisso populacional.

A estimativa mais freqüentemente citada – e apenas pelos gestores de política de saúde – foi a necessidade de leitos psiquiátricos por habitante, de acordo com o parâmetro da Organização Mundial da Saúde, segundo o qual para cada 2000 habitantes seria necessário um leito psiquiátrico.

Definido há mais de vinte anos, época em que a importância que se dava aos serviços extra-hospitalares era menor, esse parâmetro está muito distante da realidade: dois articuladores referiram que as respectivas DIRs tinham 3% e 14% do número de leitos recomendados pela OMS. Assim, o uso deste parâmetro chega a ser discutível, embora os gestores de uma DIR e um outro articulador afirmem que esse dado poderia ser utilizado para “barganhar” a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Se esse parâmetro fosse levado a sério, a cidade de São Paulo, por exemplo, necessitaria de 3.600 novos leitos, já que, com 10 milhões de habitantes, possui apenas 1.400 leitos psiquiátricos, 28% do que deveria ter. Mesmo considerando que a maioria da população não tem acesso aos serviços de saúde, é interessante notar que durante o ano de 1999 somente 35% – e não 72%, como seria de se esperar – das internações psiquiátricas dos paulistanos foram feitas fora da Capital e, além



disso, 10% das internações psiquiátricas realizadas na cidade de São Paulo foram para pacientes que residem em outros municípios (DATASUS). Enfim, é mais do que necessária a definição de um novo parâmetro que indique a necessidade do número de leitos psiquiátricos por habitante.

Outro parâmetro fundamental, que não foi mencionado por nenhum gestor, apesar de um diretor de hospital ter manifestado interesse, é o número de internações psiquiátricas que devem ser realizadas por mês para um determinado número de habitantes. O índice mais facilmente disponível em nosso meio, certamente ultrapassado pois baseia-se no parâmetro da OMS mencionado há pouco, consta no manual do CADAIS (SÃO PAULO, 1992). Recentemente, com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS (BRASIL, 2001), um novo parâmetro vem sendo discutido.

Apenas um gestor, diretor de hospital, tinha a estimativa do número de consultas em geral planejadas para o pronto-atendimento. Trata-se de um hospital sob administração de uma OSS que possui uma cota fixa de atendimentos contratados pela SES-SP. Esse gestor não soube referir como esse índice foi calculado, mas acabou por responsabilizar a rede extra-hospitalar quando havia excedentes.

Entre as demais estimativas populacionais está a dos usuários potenciais das UHGs. Apenas um coordenador de unidade disse ter realizado alguns cálculos dessa natureza, mas acredita que os números encontrados não condizem com a realidade. Imaginando que a dificuldade no acesso não poderia explicar a disparidade, tal gestor deixou essa

estimativa de lado e passou a inferir as estimativas de necessidades a partir da “demanda na porta”.

De fato obter essa estimativa é uma tarefa difícil; em primeiro lugar, porque não existem parâmetros ou estudos epidemiológicos que possam ser plenamente transpostos para cada uma dessas unidades. Nos casos que demandam internação, por exemplo, deveriam ser levadas em consideração variáveis populacionais como o nível sócio-econômico, a capacidade instalada da rede extra-hospitalar e estudos epidemiológicos mais específicos e detalhados. Além disso, não há uma definição clara do perfil dos pacientes que devem ser atendidos nas UHGs e, como estas compartilham a área de abrangência com os hospitais psiquiátricos fica ainda mais prejudicada a utilização de estimativas. As dificuldades, porém, não devem desestimular esforços nesse sentido.

Ainda sobre as estimativas, dois dos gestores, um diretor de hospital e um coordenador central, acreditam serem as séries históricas dos atendimentos suficientes para o planejamento e avaliação, mas não mencionaram nenhum exemplo prático.

## **2.2 Perfil dos pacientes para os quais se destinariam as UHGs**

Os projetos que versam sobre o perfil dos pacientes para os quais as UHGs estudadas estariam mais adequadas fazem referência à enfermaria e, com menos frequência, à observação do pronto-socorro. Quanto ao pronto-atendimento, está implícito que neste se deveria atender

somente os casos de urgência. Ainda que existam estudos sobre a prevalência de transtornos mentais nas diversas clínicas dos hospitais e sobre os principais motivos que levam à solicitação de interconsultas (MARTINS, 1995), nada disso consta dos projetos desse serviço e tampouco foi mencionado pelos gestores.

Na fala dos gestores, principalmente nos diretores de hospital, fica claro que o critério mais importante para definir o pacientes para os quais se destinaria a enfermaria é a “possibilidade de remissão do quadro psiquiátrico em um curto espaço de tempo”. Foram comuns as falas “hospital geral não é depósito” e “não nos cabe fazer o papel do antigo manicômio”. Apenas um dos diretores de hospital referiu não fazer restrições à demanda que necessite de internação psiquiátrica – apesar do projeto terapêutico instituído pelo coordenador de serviço seguir a linha geral exposta acima. Entre os coordenadores de unidade aparecia também, como justificativa da restrição, a ausência de referências extra-hospitalares para o seguimento dos pacientes, o que acabaria aumentando ainda mais o tempo de internação.

Para um dos articuladores a discussão do perfil dos pacientes com transtornos mentais atendidos nos hospitais gerais não faz sentido já que é tão reduzida a disponibilidade de leitos psiquiátricos em geral que “quem deve internar, interna de qualquer jeito e em qualquer lugar” – ponto de vista que contradiz os demais. Os outros gestores regionais não fizeram menção ao perfil dos pacientes atendidos nos hospitais gerais.

Os principais critérios para internação – o diagnóstico e o conceito de cronificação – convergem para, ou têm como ponto de partida, a possibilidade de remissão do quadro e conseqüente alta hospitalar em um curto espaço de tempo – por volta de 15 dias. Um dos gestores, ainda, mencionou como critério a idade dos pacientes, sugerindo que a internação psiquiátrica de adolescentes deve acontecer em hospitais gerais.

Quanto ao diagnóstico, com exceção dos transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e da prioridade aos pacientes com comorbidades clínicas, esse é bastante semelhante ao das internações efetuadas em hospitais psiquiátricos – enfim, das internações psiquiátricas em geral. São basicamente quadros psicóticos esquizofreniformes e transtornos do humor. Sobre esses últimos, alguns dos projetos consideram como não sendo ideais para a internação em hospitais gerais aqueles que são secundários a lesões irreversíveis – quadros de deficiência mental e demências, por exemplo – e sim os casos ditos “funcionais”.

Somente são internados nas enfermarias os transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas que apresentarem manifestações psicóticas ou afetivas secundárias ou concomitantes ao uso de substâncias – e somente se o paciente estiver em vigília. Não são internados quadros de abstinência ou intoxicações agudas – esses aparecem de maneira explícita como casos que devem permanecer na observação da UHG ou mesmo em pronto-socorros gerais.

A justificativa mais comumente citada para a não internação de quadros decorrentes do uso de álcool e drogas foi a ausência de um

programa específico nessas enfermarias para o tratamento de tais pacientes. Uma outra explicação advém dos baixos índices de efetividade terapêutica – inúmeras recaídas em um curto espaço de tempo – em tais situações. Também foi dito que poderia ser prejudicial para pacientes psicóticos a convivência com dependentes de álcool e drogas devido à alta prevalência de “comportamentos psicopáticos” nesses últimos. Um diretor de hospital chegou a afirmar que os “dependentes químicos não são doentes”.

Já um gestor de política de saúde, em contraste com os demais, acha que alguns desses hospitais gerais deveriam possuir enfermarias específicas para o tratamento de pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas, pois os “hospitais psiquiátricos não são adequados para tal fim”.

Quanto aos diagnósticos clínicos associados, apesar de ter sido uma das bandeiras utilizadas para a inserção de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, a proporção de comorbidades clínicas, segundo alguns coordenadores de unidade, é pequena. Assim como DALGALARRONDO (1995), porém, acredita-se que nas UHGs a “saúde física” dos doentes mentais seria melhor cuidada que nos hospitais psiquiátricos. Os pedidos de interconsultas solicitadas a partir das enfermarias psiquiátricas permitiriam o aprofundamento dessa questão – porém, nenhum hospital possui qualquer informação nesse sentido. Um dos diretores de hospital refere avaliar os cuidados clínicos fornecidos durante a internação psiquiátrica através do número de transferências internas

realizadas a partir da enfermagem psiquiátrica para as outras clínicas – porém, não entrou em maiores detalhes.

A impossibilidade de internar pacientes “cronificados” foi mencionada inúmeras vezes pelos gestores. Não fica claro e chega a ser controverso entre os serviços o que isso quer dizer. De um lado, parece significar o “prejuízo no funcionamento individual global” e suas consequências, assim como foi descrito por KRAEPELIN (1981), que seriam inerentes a algumas formas de esquizofrenia. De outro, estaria mais ligado à problemática sócio-familiar do doente do que à sua psicopatologia. Não há definição clara do que seria “prejuízo no funcionamento” ou “problemática sócio-familiar”. De qualquer forma, dessas duas conceituações emerge de fato uma clientela de “cronificados”. Esta população, ao que parece, possui necessidades ainda maiores. Não é difícil inferir que, além das intervenções clínicas, seria preciso que atividades de reabilitação e intervenções sociais fossem implementadas. O que acontece é que, quando chegam às UHGs, tais pacientes são transferidos para hospitais psiquiátricos.

Os coordenadores centrais compartilham do ponto de vista da maioria dos gestores hospitalares, sendo que um deles ressalta que devem ser priorizados pacientes que estejam em seus “primeiros surtos psicóticos” e adolescentes – ou seja, aqueles que ainda “não se cronificaram”.

Sobre os adolescentes, dois coordenadores de unidade apontaram dificuldades na internação dessa população que, segundo deliberação do nível central em questão, devem ser internados somente nos hospitais gerais. Disseram que isto estaria levando a uma sobrecarga do

serviço. Também por conta desta orientação do nível central, os gestores de um dos hospitais sob administração direta da CSRMGSP relataram dificuldades adicionais no recebimento de pacientes provenientes da FEBEM por causarem “ainda mais desconforto na equipe do hospital”. Deixando de lado o preconceito que paira sobre os internos dessa instituição, é possível que a presença de patologias psiquiátricas do Eixo II (DSM-IV) – os transtornos de personalidade – contribuam para essa dificuldade. Esses pacientes costumam estabelecer relações conturbadas com a instituição e com membros da equipe onde são tratados.

Por esse motivo, talvez, da mesma forma que ocorre com os demais pacientes excluídos das UHGs, suscitam questionamentos acerca do potencial das intervenções médicas, aumentando o tempo de internação e podendo descaracterizar, na opinião de alguns gestores, o hospital geral como lugar ideal para o tratamento.

Retomando a classificação proposta por RICHMAN & HARRIS (1985) acerca da inserção das UHGs numa determinada rede assistencial, os projetos dos serviços estudados, bem como o ponto de vista da maioria dos gestores hospitalares, aproximam-se do “modelo acessório” no qual a retaguarda de um hospital psiquiátrico frente aos casos mais complicados é fundamental para as UHGs.

Esse modelo vai contra um dos princípios do SUS e um dos 7 pilares da qualidade de DONABEDIAN (1990) – a equidade – já que os hospitais psiquiátricos, na atual conjuntura, possuem nítidas dificuldades em relação às UHGs.

Isso porque os primeiros: (1) funcionam com uma equipe proporcionalmente menor em relação ao número de pacientes internados; (2) são pior remunerados pelas internações; (3) possuem, em média, 15 vezes mais leitos, o que dificulta a individualização do tratamento; e, (4) são referência para macrorregiões – o que, além de ir contra a diretriz da regionalização do SUS, dificulta a participação da família no tratamento, a articulação com os recursos comunitários, de saúde ou não, e o controle pela sociedade da qualidade da assistência prestada.

Assim, os pacientes que precisam mais, são encaminhados para serviços que podem oferecer menos.

### **3 INSERÇÃO DAS UHGs NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL**

#### **3.1 Articulação com a rede extra-hospitalar**

Este subitem será dividido de acordo com a seguinte orientação: em primeiro lugar, serão discutidas questões ligadas ao atendimento dos pacientes que eventualmente necessitam de internação psiquiátrica; e, em segundo lugar, dos pacientes que raramente necessitam de internação psiquiátrica.

Quanto aos primeiros, trata-se fundamentalmente dos antigamente chamados “transtornos psiquiátricos maiores” – o transtorno afetivo bipolar e as psicoses esquizofreniformes. Estão aqui incluídos também os transtornos mentais orgânicos persistentes que secundariamente apresentam quadros psicóticos ou de humor. Os transtornos mentais



decorrentes do uso de álcool e drogas, ainda que eventualmente necessitem de internação, não serão discutidos aqui. Isso se justifica pelo fato de tais pacientes utilizarem as UHG's, particularmente o serviço de observação, apenas como "rota de passagem": dos pronto-socorros gerais para os hospitais psiquiátricos.

Quanto aos demais, trata-se principalmente de episódios depressivos leves e moderados, transtornos de ansiedade e transtornos somatomorfos.

Mais do que etiológica ou psicopatológica esta subdivisão justifica-se pela forma com que esses dois grupos utilizam, ou deveriam utilizar, a rede de assistência à saúde mental. Os primeiros, além de cuidados hospitalares, necessitam de cuidados extra-hospitalares em serviços especializados de saúde mental. Aqui se inserem as psicoses de evolução pior – os crônicos – que raramente se vinculam à rede extra-hospitalar. Os demais, apesar da alta prevalência, padecem da ausência de uma política de saúde mental explícita. Andam perambulando pelos vários serviços de saúde – entre eles os pronto-atendimentos das UHG's, em busca de um cuidado adequado, o que raramente obtêm.

### 3.1.1 Em relação aos pacientes que mais freqüentemente necessitam de internação psiquiátrica

Nesses casos, a relação das UHG's com a rede extra-hospitalar – serviços especializados como ambulatórios de saúde mental e unidades

com procedimentos do tipo NAPS/ CAPS – seria feita, teoricamente, tanto no encaminhamento quanto no contra-referenciamento dos casos.

Quanto ao encaminhamento, os pacientes que necessitam de cuidados hospitalares não passam antes em seu serviço de referência extra-hospitalar para daí serem encaminhados aos hospitais gerais.

Em primeiro lugar porque vários desses pacientes, geralmente os que mais necessitariam, não fazem qualquer tipo de seguimento extra-hospitalar.

Em segundo, porque os serviços extra-hospitalares nas regiões estudadas não trabalham em regime de vinte e quatro horas e, mesmo em seu horário de funcionamento, não possuem recursos para lidar com as situações de urgência de seus pacientes. Como as internações eletivas são raras para esse tipo de paciente, os casos que necessitam cuidados hospitalares geralmente apresentam-se em situações de crise – ou reagudizados – e chegam às UHGs sem um encaminhamento formal.

No hospital geral, o psiquiatra plantonista que fica no pronto-atendimento não dispõe de quaisquer informações sobre o doente que poderiam contribuir na sua conduta. Também a rede extra-hospitalar não verifica se os pacientes de sua região de abrangência estão buscando os hospitais gerais. Enfim, não existe o que se chama de encaminhamento na prática.

A contra-referência dos pacientes que permanecem internados nos hospitais gerais, particularmente na enfermaria, é feita com um pouco mais de cuidado. Apesar de não existir um mecanismo formal, onde o

serviço extra-hospitalar de referência é diretamente comunicado, na pior das hipóteses, todos os pacientes – mesmo os que ficam somente em observação – saem com uma cartinha de encaminhamento escrita pelo médico. Nesse encaminhamento, porém, não consta nem o nome e nem o endereço do serviço para onde o paciente está sendo encaminhado.

Ficou evidente na fala dos gestores o desconhecimento sobre a estrutura e o funcionamento do restante da rede de assistência à saúde mental. Como exemplo, um coordenador de unidade, um diretor regional e um coordenador central disseram não ter informações sobre os equipamentos de saúde mental disponíveis na área sob sua gestão.

Após a carta de contra-referência, nada mais é feito pelo hospital. A impressão que os coordenadores de unidade têm é que grande parcela desses pacientes contra-referenciados não chega aos serviços extra-hospitalares. Vários gestores revelaram tal preocupação ao referirem que a rede extra-hospitalar não absorve os casos que mereceriam seguimento quando não internados.

Os gestores hospitalares, particularmente os coordenadores de unidade, afirmam ter conhecimento desse fato através de informações indiretas, não sistematizadas, provenientes dos próprios atendimentos nas UHGs.

Um deles, frente a tais situações, refere formalizar queixas na forma de “relatos de casos”, para a diretoria do hospital e, eventualmente, em reuniões com os gestores de políticas de saúde. Esse coordenador diz

que não entra em contato diretamente com os serviços extra-hospitalares pois acredita que “não é seu papel dizer o que os outros devem fazer”.

As vivências mais comuns a partir das quais é feita a inferência de que a rede extra-hospitalar não é continente provém do contato com pacientes freqüentemente reagudizados e com seus familiares que, quando existem, fazem “pressão para internar” - “de preferência em hospitais psiquiátricos onde o paciente pode ficar bem uns dois meses”.

A preocupação com o seguimento extra-hospitalar após a hospitalização também foi relatada pelos gestores regionais e, particularmente, pelos articuladores. Um desses afirma que isso pode redundar em uma “carreira de internações” – o que é indesejável. Acredita que tal situação pode relacionar-se ao número de suicidas, homicidas e andarilhos na região. O entrevistado não soube dizer de que forma comprovaria esta hipótese.

Já os gestores centrais afirmam que “falta integração na rede” como se relatassem algo que é de domínio público e inevitável.

Alguns gestores sugerem que esse indício de inefetividade na assistência, particularmente aos portadores de transtornos psicóticos de pior evolução, evidencia que os recursos devem ser redirecionados à rede extra-hospitalar de saúde mental, de outra forma permaneceriam os gastos desnecessários com as reinternações e com os pacientes que se transformam em moradores dos hospitais psiquiátricos.

A maior parte dos gestores hospitalares acaba por responsabilizar os gestores de políticas de saúde e os próprios serviços

extra-hospitalares. De acordo com essa última idéia, um coordenador de serviço refere ter interesse em conhecer os serviços extra-hospitalares que “mais internam sua população”, e que por isso são “deficitários”. Essa informação seria remetida ao nível regional para providências.

Com raras exceções, os gestores hospitalares afirmaram que garantir a continuidade do tratamento na rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental após a internação, apesar de desejável, não é um compromisso das UHGs. Quanto aos gestores de políticas de saúde, é unânime o ponto de vista de que isso não é responsabilidade dos hospitais gerais.

A maioria dos gestores que entende que a continuidade do tratamento é de responsabilidade estrita da rede extra-hospitalar, fez menções vagas, desarticuladas de questões práticas, quanto às formas de solucionar esse problema. Segundo eles, seriam necessárias “intervenções familiares e sociais junto à comunidade de origem”, “intervenções mais intensivas” e “interações com a comunidade”.

Outras propostas, um pouco mais concretas, seriam: (1) agendamento automático de consultas na rede extra-hospitalar para os pacientes que recebem alta hospitalar; (2) comunicação imediata, por parte dos serviços extra-hospitalares, assim que o paciente chegar a sua contra-referência; (3) comparações entre as saídas e os encaminhamentos a partir dos hospitais gerais e os registros das consultas na rede extra-hospitalar; e, (4) buscas ativas de pacientes que não chegam à rede extra-hospitalar por

parte do Programa de Saúde da Família ou dos próprios serviços extra-hospitalares.

Um diretor de hospital chegou a sugerir que fosse obrigatório que o paciente estivesse vinculado aos serviços extra-hospitalares, caso contrário, não poderia mais ser internado. Para isso deseja ter a relação de todos os pacientes matriculados nos serviços extra-hospitalares da região e diz que assim poderia melhor contra-referenciar os pacientes.

Alguns gestores hospitalares, diferente da maioria, acreditam ser responsabilidade do hospital garantir a inserção dos pacientes na rede extra-hospitalar. Sugerem, ainda, que este poderia ser um indicador de efetividade da unidade de saúde mental do hospital. Segundo eles, o próprio hospital poderia buscar informações, por exemplo, através de um “*follow up*” por parte do serviço social, sobre a continuidade do tratamento de pacientes que passaram pela enfermaria do hospital. Além da vinculação, um dos diretores de hospital, acredita que dados sobre a reinserção social dos pacientes egressos podem avaliar o impacto das práticas de reabilitação implementadas dentro do próprio hospital - não houve maiores especificações.

Indo ainda mais longe quanto à responsabilidade das UHGs frente aos pacientes psicóticos, particularmente os de pior evolução, alguns gestores sugerem que o próprio hospital geral deveria dar continuidade ao tratamento e não simplesmente passar a bola para os poucos serviços extra-hospitalares especializados e, em última análise, para os hospitais psiquiátricos onde tais pacientes acabam sempre parando.

Assim, tendo em mente o compromisso com a integralidade da atenção, metade dos hospitais criaram, ainda que informalmente em dois deles, serviços para o seguimento dos egressos de internações. Trata-se de um tipo de acompanhamento, proposto para ter duração limitada, que visa garantir a inserção do indivíduo na rede extra-hospitalar. Em uma das UHGs trata-se de um hospital-dia improvisado na enfermaria, nos demais chama-se “ambulatório de egressos” – denominação que será utilizada ao longo desse trabalho. Um diretor de hospital, baseando-se nessa mesma premissa, sugeriu ainda a implementação de intervenções domiciliares a partir do hospital o que “contribuiria para a desospitalização”.

### 3.1.2 Em relação aos pacientes que menos freqüentemente necessitam de internação

Muitos gestores, particularmente os hospitalares, disseram que é grande o número de pacientes que chegam aos pronto-atendimentos das UHGs que não configuram casos de urgência. Tais pacientes, que também chegam sem um encaminhamento formal, acabam por superlotar a porta.

Dois diretores de hospital estimam que entre 75 e 80% dos casos em geral atendidos no pronto-atendimento não são urgências. Com relação à saúde mental, uma forma simples de aferir esse problema seria através da proporção de casos que a partir de um pronto-atendimento ficam em observação ou geram uma internação. Apenas um coordenador de serviço possui esse dado, mostrando que tais casos giram em torno de 8% dos pronto-atendimentos.

Os demais coordenadores de unidade disseram possuir essa informação advinda da experiência. Reclamam que os pacientes aparecem constantemente para trocar receitas de benzodiazepínicos vencidas – prescritas nos vários serviços ambulatoriais. Dizem ainda que são freqüentes os quadros de depressão e ansiedade que não conseguem agendar consultas na rede extra-hospitalar.

Alguns gestores regionais também disseram ter conhecimento, muitas vezes informal, da grande parcela desse tipo de paciente que procura os pronto-atendimentos das UHGs. Porém, apenas um diretor regional afirmou possuir um levantamento evidenciando que grande parte das “urgências” psiquiátricas que chegava aos pronto-socorros era proveniente da demanda reprimida da rede extra-hospitalar.

Essa demanda, necessita com bem menos freqüência de cuidados de urgência ou internação, ou seja, não constituem, em tese, casos que necessitam de cuidados hospitalares em psiquiatria. Por outro lado, sua importância deve-se a sua magnitude – uma prevalência que gira em torno de 15% (ALMEIDA FILHO, 1992).

Segundo um articulador, tal população não é atendida nos equipamentos extra-hospitalares especializados em saúde mental. Tais serviços, em virtude de estarem sobrecarregados, acabam priorizando os quadros psicóticos – assim, nunca há vagas para esse tipo de atendimento. Um coordenador de unidade queixou-se de que esses serviços raramente dão alta a seus pacientes e disse, ainda, ter curiosidade em conhecer os diagnósticos dos mesmos.



Alguns serviços que acabam por atender esses pacientes são as unidades básicas de saúde onde se encontram apenas clínicos gerais, que nem sempre atendem adequadamente os pacientes psiquiátricos. Daí surgem os pacientes dependentes de benzodiazepínicos e as queixas depressivas crônicas – as últimas, muitas vezes resultantes de subdoses de antidepressivos e da ausência de intervenções psicoterápicas. Dever-se-ia, no mínimo, haver algum treinamento desses profissionais que inevitavelmente vão continuar recebendo tais pacientes.

Frente a essa problemática não há consenso entre os gestores. Os gestores de políticas de saúde acreditam que essa demanda é de competência da rede extra-hospitalar municipal – sem maiores especificações. Já as opiniões dos gestores hospitalares sobre essa prática são divididas. Alguns acreditam que o hospital deve continuar tentando atender somente às urgências, já outros acham que “é o hospital mesmo que tem que fazer, não tem jeito”.

Em alguns hospitais é possível observar ações que partem da premissa de que nunca existirá um programa de atenção aos “transtornos psiquiátricos menores” nos municípios. Dessa maneira, cabe ao próprio hospital tomar as providências para assistir essa população.

Um dos hospitais contratou por conta própria médicos psiquiatras para que fossem fazer atendimentos ambulatoriais na rede municipal. O diretor desse mesmo hospital acredita que esse serviço pode ser estendido para outros municípios.

Já alguns coordenadores de unidade incorporaram o que se chama de “ambulatórios de crise” onde, dentro do próprio pronto-socorro, são agendados retornos para os pacientes menos graves no pronto-atendimento psiquiátrico. Como será visto adiante, ainda que seja uma atitude louvável, aparenta ser inadequada.

A pouca preocupação dos gestores de políticas de saúde com tal questão evidencia a ausência de uma política de atenção a essa população. Os gestores não ligados à saúde mental provavelmente não se deram conta da enorme carga global que representa, por exemplo, a depressão na população (LIMA, 1999); já os ligados à saúde mental, talvez por conta do legado da reforma psiquiátrica, acabam preocupando-se somente com os transtornos psicóticos, que habitavam, e ainda habitam, os hospitais psiquiátricos.

Apenas um gestor regional referiu encaminhar dados sobre os pacientes dos pronto-atendimentos, com base no local de residência dos pacientes atendidos, para a esfera municipal – teoricamente responsável pelo atendimento a essa população (BRASIL, 2001). Essa medida tem tido efeito questionável, pois os municípios da região desse gestor não implementaram nenhum novo recurso extra-hospitalar em saúde mental.

Conformado, um diretor regional disse que não sente a saúde mental como preocupação dos municípios, e explica: “eles (municípios) vêm exigir um tomógrafo ou um berçário, mas nada para a saúde mental” e “dizem que não vão gastar em saúde mental se podem continuar utilizando os serviços de sempre”.

### 3.2 Articulação com a rede hospitalar

As relações das UHGs com o restante da rede hospitalar são gerenciadas pelas centrais de regulação regional ligadas a cada uma das DIRs. Na RMGSP tais centrais fazem parte do Sistema de Regulação Metropolitano (SRM) vinculado à CSRMGSP.

As centrais de regulação foram criadas, com base nas diretrizes de integração e hierarquização do sistema de saúde, objetivando tornar racional a utilização dos vários serviços de saúde. Trata-se de uma atividade meio, que propicia a incorporação de instrumentos básicos de gestão como o controle, a supervisão, o planejamento e avaliação. Ainda que necessite de aprimoramentos, constitui-se em um mecanismo valioso, particularmente para os gestores de políticas de saúde. Porém, sua utilização pelos gestores aqui entrevistados, em relação às UHGs, ainda é pequeno.

As centrais de regulação regional efetuam as transferências inter-hospitalares por meio: (1) do sistema que atende às urgências e emergências e (2) das centrais de vagas que controlam determinados leitos hospitalares.

Gerenciam, ainda, dentro da mesma lógica, alguns procedimentos de alto custo como hemodiálise e ressonância magnética – aspectos sobre os quais não iremos nos ater aqui. Cabe ressaltar, porém, que trata-se de um precedente que pode estimular a futura regulação de outros recursos extra-hospitalares – questão importante vista a situação crítica evidenciada no item anterior.

A regulação das urgências e emergências transfere pacientes de unidades hospitalares e pronto-socorros de menor para os de maior complexidade. Sucintamente, seu objetivo é, de um lado, garantir o acesso rápido aos serviços de maior complexidade e, de outro, evitar que os serviços de menor complexidade livrem-se de casos que teriam condições de atender, lotando as portas dos serviços de maior complexidade.

As UHG's recebem em seu pronto-atendimento pacientes cuja central de regulação da sua região concluiu que havia necessidade para uma avaliação especializada. Tais casos provêm de pronto-socorros que não contam com serviço de urgência psiquiátrica.

As centrais de vagas recebem e avaliam as solicitações para a realização de transferências para os leitos especializados sobre os quais detêm controle. O objetivo desse mecanismo é garantir o acesso à internação, encaminhando o paciente, de acordo com suas necessidades e com o princípio da regionalização do SUS, ao recurso mais adequado.

Todos os hospitais psiquiátricos ligados à CSRMGSP mantêm seus leitos sob regulação das centrais – isso não acontece com os leitos psiquiátricos dos hospitais gerais e universitários. Ao contrário da regulação das urgências e emergências, as UHG's, particularmente o serviço de observação, constituem aqui unidades solicitantes – não de destino – das transferências. Muitos dos pacientes que ficam em observação nas UHG's seguem para os hospitais psiquiátricos que possuem seus leitos sob regulação da central de vagas.

### 3.2.1 Prontos-socorros gerais

Os pronto-socorros gerais, sem serviço de urgência psiquiátrica eventualmente recebem pacientes com transtornos mentais. Caso seja constatada a necessidade de uma avaliação especializada o médico do pronto-socorro geral solicita a transferência a para a central de regulação.

Isso acontece com mais freqüência na terça parte dos municípios da RMGSP, que não possui nenhum serviço de urgência psiquiátrica. Nos demais municípios, normalmente, os pacientes – trazidos por familiares, vizinhos, bombeiros ou policiais – aparecem diretamente nos serviços de urgência psiquiátrica.

Na DIR I – Capital, que conta com 17 serviços de urgência psiquiátrica, os casos psiquiátricos que chegam aos pronto-socorros gerais e são encaminhados para os pronto-socorros psiquiátricos pelas centrais de regulação constituíram 0,6% das transferências de urgência realizadas por esse sistema entre 01/05 e 31/08/00, e tais encaminhamentos foram providenciados em menos de uma hora, segundo o SRM.

Existe um protocolo clínico para a realização desse tipo de transferência, aprovado em maio de 2000 pelo SRM. Em linhas gerais, tal protocolo define aos pronto-socorros gerais duas atribuições: (1) fazer o diagnóstico diferencial e tratar patologias orgânicas que estejam causando as manifestações psiquiátricas de urgência – incluindo as síndromes de abstinência alcólicas e as intoxicações exógenas agudas e (2) realizar um exame clínico completo no paciente que apresenta transtornos mentais,

diagnosticando e orientando a conduta médica para possíveis patologias orgânicas, mesmo que não estejam relacionadas às manifestações psiquiátricas de urgência.

O referenciamento formal feito pela regulação das urgências e emergências ainda não supre a falta de comunicação com a rede extra-hospitalar, que é idêntica à citada no item sobre a articulação com a rede extra-hospitalar. Nem o pronto-socorro que referenciou o caso, nem a central de regulação e nem o pronto-atendimento da UHG possuem qualquer informação advinda da utilização da rede assistencial pelos pacientes.

### 3.2.2 Hospitais Psiquiátricos

Há mais de dez anos a Legislação Estadual (CIS/35, 1989) proibiu a internação psiquiátrica a partir dos hospitais psiquiátricos. Assim, todas as internações devem passar antes por outros serviços e a partir destes ser feita a indicação para internação. Hoje, por orientação do SRM, tais serviços contam necessariamente com uma urgência psiquiátrica. Portanto, os seis hospitais estudados podem encaminhar pacientes para hospitais psiquiátricos. Eventualmente, porém, nem todas as solicitações de transferências partem da observação. Alguns casos são transferidos a partir da enfermagem – geralmente quando o tempo de internação se prolonga.

O médico da Central de Regulação avalia a pertinência da solicitação e, na disponibilidade da vaga, autoriza a transferência. Ainda não há um protocolo clínico que sirva de referência, porém, um grupo técnico instituído pela SES-SP (SÃO PAULO, 2001), seguindo as orientações da

portaria 799 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), artigo 1º, item d – *“elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as centrais de regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população”* (BRASIL, 2000a) –, tem esta como uma de suas incumbências.

Caso a transferência seja efetivada, vai para o hospital psiquiátrico um pequeno resumo clínico que consta na ficha de solicitação à central de vagas e o laudo médico para autorização de AIH, ambos preenchidos e enviados a partir do hospital geral. Não é feito nenhum tipo de contato formal com o hospital psiquiátrico que recebeu o doente após a transferência.

Os hospitais psiquiátricos, por serem referência, em média, para populações de dois milhões de habitantes, acabam ficando mais distantes da comunidade de origem dos pacientes.

Dois diretores de hospital afirmaram que, ao contrário do que se propõe, a central de vagas da DIR I – Capital pratica uma “desregionalização” com os pacientes transferidos. Em outras palavras, não priorizam as internações em hospitais psiquiátricos próximos à residência do paciente. Por esse motivo, inúmeras famílias recusam-se a levar os pacientes para os hospitais devido à enorme distância geográfica.

Com relação às informações disponíveis junto às centrais de vagas de psiquiatria das centrais de regulação regionais, em apenas uma o registro é informatizado. Nessa central, são raros os relatórios de rotina produzidos que, quando existem, dizem respeito ao número total de solicitações e a resolutividade das mesmas. Resolutividade aqui significa o fornecimento de uma vaga nos hospitais psiquiátricos frente às solicitações que, nesse caso, apresenta um índice que gira em torno de 60%.

Por esse motivo, as unidades solicitantes, aqui no caso as UHGs, enviam diariamente novas solicitações para um mesmo caso até que seja conseguida uma vaga. Como a lógica desse sistema de informações privilegia as solicitações e não os pacientes, solicitações repetidas são igualmente registradas no banco de dados da referida central, comprometendo a análise das demais variáveis.

Também não é possível diferenciar quem saiu da observação e quem saiu da enfermaria. Esta última possibilidade, mesmo sendo infrequente, poderia permitir uma análise cuidadosa desses casos para os quais, posteriormente, optou-se pelo tratamento em hospitais psiquiátricos.

De qualquer forma, nenhum relatório proveniente dessa ou de outra central foi evidenciado nas unidades estudadas. É possível que pela falta de interesse dos gestores (afinal não fizeram nenhuma crítica ou sugestão), os sistemas de informação das centrais de regulação seguem aquém de suas possibilidades. Potencialmente, poderiam caracterizar os pacientes para os quais foram solicitadas vagas para internação por meio das (1) condições clínicas e sócio-econômicas, (2) formas de utilização dos



serviços que prestam assistência à saúde mental e (3) localidades onde residem.

#### **4 SERVIÇOS DAS UHGs**

Serão expostos aqui os resultados das visitas, da consulta aos sistemas de informação e das entrevistas com os gestores, relativos aos quatro serviços: pronto-atendimento, observação, enfermaria e interconsulta. No subitem “funcionamento” serão apresentados alguns dados de estrutura, particularmente de recursos humanos, além da dinâmica que opera em cada serviço. Quanto aos sistemas de informação serão discutidos: (1) os sistemas de informação dos hospitais, através dos setores de registro, internação e remoção; (2) o SIA e o SIH ligados ao DATASUS; e, (3) o Relatório Mensal de Informação Hospitalar da CSRMGSP. O subitem “informações mencionadas pelos gestores” é resultado direto do que foi explicitamente questionado durante as entrevistas.

##### **4.1 Pronto-atendimento**

###### **4.1.1 Funcionamento**

O pronto-atendimento psiquiátrico é realizado nos pronto-socorros dos hospitais e compartilha com os serviços das outras clínicas a estrutura e os recursos. O pronto-atendimento psiquiátrico é realizado pelo

psiquiatra plantonista; em nenhum dos hospitais os demais profissionais da equipe do pronto-socorro possuem treinamento em saúde mental.

Quatro hospitais atendem pacientes que comparecem espontaneamente aos serviços. Os outros dois – que pertencem a uma mesma DIR, estando um deles sob a administração direta da CSRMGSP e o outro, de uma OSS – fazem somente o pronto-atendimento de pacientes que tenham sido transferidos por meio do sistema de regulação de urgência e emergência. Essa medida diminuiu significativamente a procura do pronto-atendimento em casos que não constituem urgência.

Apesar desse impacto, nem todos os gestores de políticas de saúde sabiam quais eram as UHGs que possuem as portas do pronto-atendimento “abertas” e quais recebem apenas casos referenciados.

Em apenas um dos seis hospitais não se pode manter na observação pacientes com transtornos psiquiátricos, que, após a avaliação psiquiátrica, são encaminhados para a enfermaria, se houver vaga, ou de volta para o pronto-socorro geral que acionou o sistema de regulação de urgência e emergência. Lá ficam aguardando uma transferência para um hospital psiquiátrico, o que acaba comprometendo o acesso da população de referência ao serviço de internação do hospital geral e provavelmente diminui a taxa de ocupação da enfermaria.

Esse hospital é justamente um dos que atendem somente casos referenciados pelo sistema de regulação das urgências e emergências (pacientes teoricamente mais graves); nos outros cinco hospitais, os casos

que necessitam de acompanhamento contínuo permanecem na observação aguardando um novo destino.

Os pacientes que não necessitem de cuidados contínuos naquele momento são orientados (1) a procurar na sua região um serviço extra-hospitalar que possua profissionais de saúde mental ou (2) a retornar no próprio pronto-atendimento.

No primeiro caso, apesar de possuírem a listagem – ainda que desatualizada – das unidades extra-hospitalares da região, ninguém, nem o serviço social do hospital, explicita para o paciente que serviço deve procurar. Além disso, como foi visto anteriormente, na prática o atendimento extra-hospitalar a essa população não existe.

No segundo caso, observa-se uma transformação de um serviço de urgência em um serviço ambulatorial, que, em três dos hospitais estudados, é chamado de “ambulatório de crise”. Segundo um coordenador de unidade, essa prática hoje institucionalizada surgiu espontaneamente a partir da constatação dos psiquiatras plantonistas de que grande número desses pacientes – sem qualquer quantificação mais precisa – não conseguia atendimento na rede extra-hospitalar.

É provável, porém, que tal medida seja iatrogênica, pois é difícil conceber a efetividade de um tratamento para pacientes que raramente necessitam de internação junto com urgências e emergências de todo o tipo e sem acompanhamento psicoterápico. Um coordenador de unidade observou como evidência de baixa resolutividade que, apesar de

constituírem casos menos graves, o psiquiatra dificilmente dá alta para esse tipo de pacientes.

#### 4.1.2 Sistemas de informação

As informações disponíveis nos sistemas de informação começam a ser geradas no setor de registro de cada hospital. Depois do registro o paciente passa por consulta na qual o médico preenche a FAA. Esta retorna ao setor de registro onde os dados da consulta são integrados ao sistema de informação do hospital. A FAA segue para o setor de faturamento do hospital e depois percorre as várias instâncias dos órgãos gestores até que se autorize o pagamento da consulta médica. Só então o procedimento passa a constar no Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS (SIA).

O registro do paciente, feito logo na entrada, em três hospitais é informatizado; nos outros, é feito manualmente em um livro. São registrados: nome do paciente, sexo, a data de nascimento, local de residência, especialidade em que será atendido, destino dado ao paciente e diagnóstico (Tabela 4).

**TABELA 4 – DADOS REGISTRADOS E INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS COMUNS AOS SERVIÇOS DAS UHGs ESTUDADAS**

UHGs/ SERVIÇOS		Pronto-atendimento	Observação	Enfermaria	Inter con sulta
			(não há como diferenciar os dois serviços)		
DADOS REGISTRADOS	Setor de Registro	Nome, sexo, idade e local de residência do paciente, Especialidade de atendimento, Destino dado ao paciente e Diagnóstico	Nos hospitais que possuem bancos de dados informatizados, os dados registrados neste setor podem ser acessados pelo Setor de Internação		
	Setor de Internação		Nome, sexo, idade e local de residência do paciente, Tipo de Internação, Tipo de alta e Diagnóstico		
	Setor de Remoção		Nome, sexo, idade e local de residência do paciente, diagnóstico, Serviço para onde será transferido		
	Central de Regulação	Unidade solicitante, Nome, sexo e idade do paciente, Serviço para onde será transferido (UHG)	Unidade solicitante (UHG), Nome, sexo e idade do paciente, Serviço para onde será transferido		
INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS	Sistema de informação do Hospital	Número de pronto-atendimentos psiquiátricos realizados	Número de internações e altas realizadas pela psiquiatria		
	DATASUS	Número de pronto-atendimentos psiquiátricos realizados (SIA)	Número de internações psiquiátricas por sexo, idade, diagnóstico e tempo de permanência (SIH)		
	Central de Regulação	Número de urgências psiquiátricas transferidas com base nas unidades de solicitantes e de destino (UHG)	Número de transferências para hospitais psiquiátricos com base nas unidades solicitantes (UHG) e de destino		
	Relatório Mensal de Informação Hospitalar		Taxa de ocupação, Média de permanência, Índice de rotatividade, Intervalo de substituição, Taxa de mortalidade e Taxa de infecção hospitalar		

Nos hospitais que possuem banco de dados informatizado, o registro do paciente pode ser acessado toda vez que ele retorna ao hospital,

o que propicia maior agilidade e evita duplicação de prontuários, como ocorre nos hospitais com registro manual.

O registro do local de residência é feito por município. Para os hospitais que são referência para apenas uma parte de um município esse dado tem pouco valor; melhor seria fazer o registro por bairro ou, pelo menos, por distrito, de tal modo que fosse possível, para fins de análise, agrupar indivíduos dentro de um mesmo município.

Somente a especialidade na qual o paciente deu entrada é registrada. Se o paciente for encaminhado para um pronto-atendimento de outra especialidade, o dado não é alterado. Assim, segundo um coordenador de unidade, pode haver um número subestimado de pacientes de fato atendidos pela psiquiatria. Por esse motivo, registra em um livro próprio da UHG, todas as consultas, como precaução frente a eventuais questionamentos por parte da direção do hospital.

Tanto o destino quanto o diagnóstico são registrados pelo médico na Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), padronizada pelo SIA. Para o primeiro, as possibilidades são basicamente internação ou alta para casa; em nenhum dos serviços fica registrado, como já foi dito, se o paciente foi contra-referenciado para a rede extra-hospitalar e para qual serviço.

Para o diagnóstico, prevê-se a utilização do Código Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> versão (CID10). Por falta de controle sistemático, no entanto, alguns psiquiatras, em todos os serviços, não utilizam essa anotação padronizada e geralmente escrevem denominações quase ilegíveis e não-padronizadas das doenças.

O único relatório de rotina produzido mensalmente em todos os hospitais a partir das FAAs é uma planilha do número de consultas médicas do pronto-atendimento da psiquiatria. Os hospitais que possuem banco de dados informatizado poderiam produzir outro tipo de relatórios (*número de consultas por local de residência dos pacientes atendidos, diagnóstico dos pacientes atendidos, taxa de retorno de determinados pacientes, etc*), mas, pelo menos na saúde mental, isso não ocorre sob a alegação de que seria necessário contratar os serviços das empresas que elaboraram os sistemas de informação para construir ferramentas que permitam analisar os dados.

Paradoxalmente, os três hospitais que não possuem banco de dados informatizado conseguem produzir outros relatórios que incluem dados sobre o local de residência, a idade, o sexo e o diagnóstico dos pacientes que passam pelo pronto-atendimento da psiquiatria, utilizando, ao invés de um *software*, um funcionário para fazer um consolidado dos dados.

Contudo, no que toca ao diagnóstico, a utilidade desses relatórios é bastante questionável. No relatório de um dos hospitais, por exemplo, todos os pacientes aparecem com o pretense diagnóstico de “transtorno mental e comportamental” – ou seja, o quinto capítulo do CID10 –, pela dificuldade de tabular as anotações, que normalmente não obedecem a padronização proposta pelo SIA, como se viu acima.

No relatório de um outro hospital, distinguem-se os “alcoolistas” – F10, de acordo com o CID10 – dos outros pacientes, que apresentariam o dito “transtorno mental e comportamental”. Em um terceiro hospital, aparecem coisas como “insônia”, “neurose”, que não constam no CID10.

No DATASUS, é possível acessar somente o número total de consultas psiquiátricas de cada hospital. Ainda assim, esse número não inclui casos que passaram pelo pronto-atendimento e foram internados. Isso porque essas FAAs são bloqueadas a partir da emissão das AIHs correspondentes. Os diagnósticos não estão disponíveis – talvez por não influírem na forma de remuneração.

É preciso considerar que, entre as informações provenientes do setor de registro, estão aquelas relativas aos chamados “ambulatório de crise” e “ambulatório de egressos” – este último ligado ao funcionamento da enfermaria –, que comprometem qualquer análise de dados do pronto-atendimento.

#### 4.1.3 Informações mencionadas pelos gestores

A única informação mencionada pelos gestores sobre os pronto-atendimentos foi o local de residência dos pacientes atendidos. Falas do tipo: “a informação sobre o local de residência é útil como uma estimativa das necessidades regionais que devem nortear as ações” e “pode revelar o grau de dependência que cada município possui em relação ao serviço” sugerem que a preocupação aqui diz respeito ao papel dos municípios no atendimento a essa população. Dois diretores de hospital afirmam enviar esses dados para que os gestores de sua DIR tomem algum tipo de providência; já um articulador, como já foi dito, encaminha essa informação diretamente aos municípios – tais medidas não surtiram efeitos observáveis.



Nenhum gestor disse que pretendia obter informações sobre os diagnósticos dos pacientes que utilizam o pronto-atendimento. A começar pela ausência dessa variável clínica, a possibilidade de saber quem são os pacientes que utilizam esse serviço fica bastante limitada. Caracterizar os reais usuários desse serviço – de onde vêm, quais são suas necessidades e para onde são encaminhados –, seria o mínimo para replanejar o atendimento pelo próprio hospital geral e tornar consistentes as sugestões aos níveis superiores para o estímulo à rede municipal.

Por ora os profissionais do pronto-atendimento psiquiátrico continuam se ocupando sistematicamente de casos ambulatoriais em função da demanda espontânea ou de encaminhamentos não pertinentes para o atendimento em serviços de urgência. Os gestores seguem apostando no conhecimento proveniente da prática cotidiana para a tomada de decisões. Quanto aos “ambulatórios de crise”, não foi relatado qualquer interesse no sentido de avaliar os resultados de sua implantação.

## **4.2 Observação**

### **4.2.1 Funcionamento**

O profissional responsável pelos casos da observação também é o psiquiatra plantonista. Nos hospitais onde a observação é separada das demais clínicas, existe uma equipe de apoio que permanece no setor. Assim como os demais profissionais dos pronto-socorros, essa equipe não possui treinamento em saúde mental.

Os pacientes chegam à observação sempre a partir do pronto-atendimento. Posteriormente, o paciente pode ser encaminhado à enfermaria, ser transferido para um hospital psiquiátrico através da central de vagas regional ou receber alta. Esta última possibilidade é mais freqüente entre os pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas sem sintomas psicóticos associados. Mais raramente isso também ocorre com: reações a estresse, transtornos da adaptação, transtornos dissociativos e transtornos psicóticos agudos e transitórios.

Em um dos hospitais, onde a observação é compartilhada com outras clínicas, existe uma pressão por parte dos clínicos gerais para que os alcoolistas em síndrome de abstinência, devido ao quadro de agitação, fiquem internados na enfermaria psiquiátrica – ainda que tais situações necessitem prioritariamente de cuidados clínicos constantes.

#### 4.2.2 Sistemas de informação

As entradas e saídas da observação são registradas em um livro para fins de controle cotidiano e eventuais checagens nominais que se façam necessárias – não é feito o registro informatizado desses dados. Apesar da limitação para fins de planejamento e avaliação, este é o registro mais fidedigno dos pacientes que passam pela observação.

Qualquer destino dado ao paciente antes de 24 horas fica registrado somente no livro da observação e, no caso das transferências externas, também no chamado setor de remoção ou nas centrais de vagas. Para um paciente que tenha ficado, por exemplo, dezesseis horas na

observação e saiu de alta, constará apenas o registro do pronto atendimento e sua respectiva FAA.

Quanto ao setor de remoção, apenas dois hospitais possuem o registro das transferências externas em um banco de dados informatizado – um deles é separado do sistema de informações do hospital. Nesse último são registrados: nome do paciente, data de nascimento, sexo, local de residência por bairro (segundo a padronização do correio), diagnóstico psiquiátrico (padronizado pelo CID10) e hospital de destino. O fato de ter sido elaborado em uma linguagem mais simples permitiria a realização de análises sem a necessidade da contratação de serviços especializados. Porém, esse banco é subutilizado. Em quatro hospitais os relatórios de rotina do setor de remoção mostram apenas o número total de tais transferências efetuadas pela psiquiatria.

Após 24 horas de observação o psiquiatra plantonista preenche o laudo médico para emissão da AIH que é registrado no setor de internação e passa a fazer parte do sistema de informação do hospital e posteriormente do SIH (Tabela 4). Os registros nesse setor não permitem a análise diferenciada da observação psiquiátrica – isso também acontece com relação ao DATASUS. Em ambos os casos, os registros das AIHs da observação são semelhantes aos que dizem respeito à enfermaria psiquiátrica – constam simplesmente como “internações psiquiátricas”.

Além de não permitir qualquer análise diferenciada da observação psiquiátrica, essa fusão dos dados da observação com os da enfermaria compromete a validade das informações nesse último serviço.

Por exemplo, uma internação de três dias na observação será computada no cálculo da média de permanência da enfermaria, evidentemente baixando-a. Em outro exemplo, com relação ao diagnóstico, a proporção de alcoolistas na observação estaria diluída entre os casos da enfermaria onde essa população é praticamente inexistente.

#### 4.2.3 Informações mencionadas pelos gestores

A preocupação dos gestores hospitalares com relação à observação é quanto à efetivação do destino dado aos pacientes, particularmente as transferências externas. Esse ponto de vista fica evidente na fala de um dos coordenadores de unidade que, “para verificar o potencial de resolutividade da observação psiquiátrica”, gostaria de saber qual seria o tempo de espera, de acordo com o destino dado a esses pacientes.

Diariamente, os coordenadores de unidade verificam *in loco* a situação da observação do pronto-socorro. Aqui o principal intuito é verificar se as solicitações feitas à central de vagas foram atendidas e se os pacientes foram transferidos; e, também se os hospitais psiquiátricos, por algum motivo, recusaram-se a receber os pacientes cuja vaga foi cedida pela central.

Baseado na mesma noção de resolutividade, um dos diretores de hospital, sobre o fluxo das transferências externas, questiona a própria lógica de funcionamento da central de vagas que inviabiliza as internações “de porta” nos hospitais psiquiátricos – lembrando que todos os casos

devem passar antes por serviços com urgência psiquiátrica, entre eles, a observação das UHG's.

Segundo esse diretor, isso compromete a capacidade do hospital geral em dar “vazão” à sua demanda e resulta em uma sobreutilização da observação psiquiátrica. O motivo seria a pouca disponibilidade de leitos psiquiátricos na central de vagas devido à baixa rotatividade dos mesmos nos hospitais psiquiátricos. Caso esses hospitais voltassem a fazer internações de “porta”, segundo esse diretor, a pressão da demanda acabaria por forçar uma maior rotatividade, disponibilizando mais leitos e deixando as observações psiquiátricas dos hospitais gerais menos lotadas.

Alguns gestores de política de saúde disseram utilizar informações provenientes das centrais de vagas a respeito das transferências efetuadas. Na maioria das vezes, somente o número total de transferências, com base nas unidades que solicitam vagas à central de vagas – entre elas as UHG's –, é analisado.

Caso esse número seja excessivo, um gestor acredita que esse seria um sinal de que o hospital geral “não está segurando a demanda”. Quando isso acontece, sugere que a central de vagas não priorize as solicitações para internação provenientes do hospital geral em questão, esperando que a demanda da porta acabe forçando alguma resposta por parte das UHG's. Um dos problemas é que essa unidade em particular não possui leitos para a observação de “pacientes psiquiátricos”, assim essa tal pressão acaba não sendo sentida.

Além disso, mais do que ficar atento às unidades que solicitam vagas para a central, seria importante evidenciar o local de residência dos pacientes transferidos. Afinal, esse último dado pode não coincidir com a área de abrangência das unidades solicitantes. Esse tipo de preocupação, porém, surgiu somente com relação aos pacientes que vêm de – não que vão para – outras regiões.

Assim, um diretor regional, que afirma ter tido uma convivência bastante próxima com a central de regulação, acredita que deve estar havendo uma intensa utilização – uma “invasão” – dos leitos de referência da sua região por pacientes provenientes de outras DIRs – mas não dispõe dessas informações de forma sistematizada.

Acha que isso vai contra a diretriz de regionalização do SUS e que mecanismos de regulação mais rígidos deveriam ser instituídos. Considera que seria necessário que a central de vagas de psiquiatria de sua DIR, que hoje leva em consideração apenas a unidade solicitante para efetuar as transferências, observasse também o local de residência dos pacientes – afinal, “se o paciente mora na DIR X e vem para uma urgência psiquiátrica na DIR Y, facilmente pode conseguir uma vaga nos hospitais psiquiátricos dessa última”.

Também preocupado com os pacientes oriundos de outras regiões, um dos articuladores afirma verificar o local de residência dos pacientes internados nas UHGs, a partir da autorização dos laudos para emissão do AIH, para saber se estão sendo priorizados, em respeito à regionalização, os pacientes que residem naquela região.

Para utilizarem forma mais adequada a diretriz da regionalização do SUS, avaliando o acesso à(s) UHG(s) sob sua gestão com base na área de abrangência, além de verificar as transferências efetuadas a partir das UHGs, caberia aos gestores saber também se esses pacientes foram internados em outras regiões. Nesse caso, seria necessário: (1) checar se outras unidades estão solicitando vaga para os pacientes daquela região junto à central de regulação respectiva ou junto às centrais de regulação de outras DIRs e (2) checar o dado sobre o local de residência dos pacientes internados no SIH, que registra os dados de todas as internações psiquiátricas do SUS, seja em hospital psiquiátrico ou hospital geral – nesse último caso, tal consulta estaria comprometida na DIR I – Capital pois o SIH não diferencia o local de residência por bairro ou distrito, somente município.

Além disso, os gestores de políticas de saúde poderiam, com a contribuição do Programa de Saúde da Família – que apresenta vantagens no que tange às dificuldades no acesso –, tentar obter outros dados que fossem indicadores de maior ou menor acesso às UHGs.

Ainda sobre o local de residência dos pacientes transferidos pela central de regulação, dois gestores de políticas de saúde acreditam que esse dado também serviria para avaliar o acesso e a vinculação dos pacientes à rede extra-hospitalar – ambulatórios de saúde mental e unidades com procedimentos do tipo NAPS/ CAPS – porém, não utilizam essa informação.

A maioria dos gestores não percebe o serviço de observação como um lugar privilegiado para se olhar o sistema de atenção à saúde mental. Em primeiro lugar, esse serviço estabelece uma relação direta com as centrais de regulação o que permite estudar o acesso aos vários serviços de saúde mental e, em particular, às UHGs.

Em segundo lugar, a observação funciona como se fosse um “distribuidor” dos casos de urgência psiquiátrica. É a partir dele que se decide quem fica no hospital geral, quem vai para os hospitais psiquiátricos e quem recebe alta. Tais possibilidades ao serem correlacionadas com outras variáveis de interesse podem trazer informações valiosas.

A confusão de papéis entre os hospitais gerais e os hospitais psiquiátricos, por exemplo, poderia começar a ser elucidada com a comparação entre os diagnósticos dos pacientes transferidos através das centrais de vagas e daqueles que permanecem nas enfermarias dos hospitais gerais. Esse poderia ser um dos caminhos para entender e precisar melhor o termo cronificação, garantindo a uniformização desse conceito entre os membros das equipes dentro de uma mesma UHG e nas várias UHGs.

Mesmo hoje, como já há um indicativo do perfil ideal para internação nas enfermarias das UHGs, poderia ser imediatamente verificado, junto ao setor de remoção dos hospitais ou à central de regulação, por exemplo, se os pacientes transferidos para hospitais psiquiátricos são somente aqueles que possuem transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas ou quadros psicóticos com pior evolução.



### 4.3 Enfermaria

#### 4.3.1 Funcionamento

As enfermarias psiquiátricas dos hospitais visitados possuem, em média, dezesseis leitos. A maior delas possui vinte e cinco leitos, a menor dez. Não há divisão de leitos entre masculinos e femininos, desde que pacientes de sexos diferentes não fiquem no mesmo quarto.

A equipe é geralmente composta de dois psiquiatras assistentes que, em quatro dos seis serviços estudados, revezam-se em dias alternados. Quatro hospitais possuem duas psicólogas na enfermaria, um deles possui apenas uma psicóloga que atende também as outras enfermarias do hospital e o último estava sem nenhuma psicóloga na época da visita. Apenas em um dos hospitais há duas terapeutas ocupacionais na enfermaria, nos outros todos há apenas uma – sendo que um desses compartilha tal profissional com as demais clínicas. Em dois hospitais há uma assistente social com treinamento em saúde mental exclusiva para a enfermaria de psiquiatria. Os outros quatro compartilham tal profissional, sem treinamento em saúde mental, com o restante do hospital. Com exceção de um hospital, que não possui enfermeira exclusiva, todos os outros contam com enfermeira própria. Quando esta não está presente, os cuidados de enfermagem ficam sob responsabilidade da equipe auxiliar. Para esta última, somente um hospital providenciou treinamento formal.

São realizadas intervenções por todos os técnicos da enfermaria. Os pacientes contam com atendimento psicológico, individual ou grupal, e com atividades de terapia ocupacional, geralmente em grupo. A

enfermeira e a assistente social também conduzem grupos de orientação junto aos pacientes. Alguns serviços promovem atividades, eventuais ou rotineiras, fora da enfermaria. Todos os serviços realizam intervenções junto aos familiares – individualmente ou em grupo. Alguns pacientes recebem licenças para ir para casa nos finais de semana.

Após a alta hospitalar, três hospitais oferecem a possibilidade de dar continuidade ao tratamento para determinados pacientes – particularmente aqueles com transtornos psicóticos de pior evolução. Esse serviço – ambulatório de egressos – que em dois hospitais chega a ser sofisticado, possuindo inclusive algumas atividades de reabilitação, foi inicialmente proposto para ter duração limitada, visando garantir a inserção do indivíduo na rede extra-hospitalar. Tal objetivo, quando for atingido, deve ser informado pelo próprio paciente – a não ser que este simplesmente desapareça.

Apesar da implementação dessa intermediação entre o hospital e a rede extra-hospitalar, a continuidade do tratamento após a passagem pelo ambulatório de egressos poderá encontrar dificuldades semelhantes às aquelas mencionadas anteriormente. Vale dizer que tal prática não teve seu principal objetivo avaliado, o que deixa dúvidas quanto a sua efetividade.

É, porém, uma iniciativa que começa a levar em conta o princípio de integralidade da atenção e de maior responsabilidade pelos usuários das UHGs – mas precisaria ir além. Esperar que dezenas de novos serviços extra-hospitalares especializados sejam implantados ou que um

paciente portador de transtorno mental grave finalmente compreenda a lógica da hierarquização do sistema de saúde é se esquivar do problema.

Os hospitais gerais, pelo dever de atender as situações de saúde com maior complexidade nas respectivas áreas de abrangência, deveriam assumir um compromisso para com pacientes psicóticos de pior evolução – já que as evidências de inefetividade do atendimento a essa população são inúmeras.

Nesse caso, sem entrar em detalhes de estrutura, as UHGs deveriam contar com recursos onde a definição do projeto terapêutico para cada um desses pacientes seja implementado de acordo com suas necessidades – seja ele uma consulta médica mensal ou a participação diária e a longo prazo em todos os procedimentos que o serviço oferecer. Nessa situação o processo não fica “engessado” como em um ambulatório, que funciona apenas com consultas marcadas, ou mesmo como em um hospital-dia, que obriga os pacientes a comparecer diariamente às atividades por um período limitado. Poderiam ser implementados, ainda, programas para: (1) fornecimento de neurolépticos atípicos, (2) realização de visitas domiciliares quando necessário e (3) supervisão de casos atendidos em unidades não especializadas, incluindo o Programa de Saúde da Família.

De fato, trata-se de uma proposta que inverte aquilo que se pensou para as UHGs, que hoje pactuam com a lógica perversa de excluir ainda mais os mais excluídos. Não fossem as diferenças já mencionadas entre as UHGs e os hospitais psiquiátricos, poder-se-ia pensar em, no

mínimo, uma população idêntica para os dois tipos de serviços – com exceção da priorização das comorbidades clínicas nos hospitais gerais. Na atual conjuntura, de acordo com o princípio da equidade, as UHGs devem tratar os casos mais difíceis.

Não que as UHGs devam ser povoadas por pacientes moradores – até porque portarias recentes do Ministério da Saúde criaram e normatizaram um tipo de serviço específico para essa população (BRASIL, 2000b). O que está se falando aqui é que não se pode mais passar todo o problema para os hospitais psiquiátricos da RMGSP que podem fazer menos pela melhora clínica desses doentes.

#### 4.3.2. Sistemas de informação

Os registros que remetem à enfermaria – provenientes do setor de internação –, além de algumas potencialidades e restrições quanto à análise desses dados, já foram relatados em parte. Vale ressaltar que o DATASUS e seus sistemas – SIA e SIH –, com exceção dos respectivos instrumentos que geram os dados – FAA e AIH –, são quase desconhecidos dentro dos serviços visitados.

Na análise informações provenientes dos registros efetuados pelo setor de internação dos hospitais, mais uma vez, os três hospitais sem bancos de dados informatizados saem na frente. Os três produzem relatórios mensais com os diagnósticos das internações – porém, como já foi dito, misturados com os da observação. Dois destes possuem ainda dados sobre o município de residência (esses hospitais são referência para mais de um município), o sexo e a idade dos pacientes internados. Quanto aos demais

hospitais, apesar de terem esses dados registrados nos sistemas de informações, não contam com nenhum desses relatórios de rotina. A produção de relatórios excepcionais esbarra na dificuldade da criação de ferramentas pelas empresas de *softwares*.

Os dados sobre o número de entradas, saídas e leitos disponíveis são obtidos pelos coordenadores de unidade por meio de um censo diário realizado pela equipe de enfermagem, já que os SAMEs não fornecem o relatório dos pacientes internados por clínica em “tempo real”. Nos quatro hospitais sob administração direta da CSRMGSP, tal censo dá origem ao chamado Relatório Mensal de Informação Hospitalar (CSRMGSP, 1995).

Tal relatório apresenta indicadores tradicionais de todas as clínicas de internação desses hospitais. Os principais indicadores são: taxa de ocupação, média de permanência, índice de rotatividade, intervalo de substituição, taxa de mortalidade e taxa de infecção hospitalar – todos eles diferenciados por clínica (Tabela 4).

Como acontece no setor de internação e com os dados apresentados no DATASUS, dois dos hospitais “misturam” no relatório consolidado os dados da observação com os da enfermaria, comprometendo particularmente os quatro primeiros indicadores listados. Os outros dois hospitais mantêm a especificidade dos dados da enfermaria. Por outro lado, não mostram separadamente os dados sobre a observação dos casos psiquiátricos – estes vão em conjunto com a chamada observação adulto.

### 4.3.3 Informações mencionadas pelos gestores

#### *Indicadores tradicionais/ Relatório Mensal de Informação Hospitalar*

Os gestores que mais citaram esse tipo de informação foram os diretores de hospital. Apenas um coordenador de unidade e um gestor regional mencionaram tais índices, mas desconheciam a existência do Relatório Mensal de Informação Hospitalar. As opiniões dos gestores centrais quanto a esse instrumento são divergentes.

O indicador mais citado foi, de longe, a média de permanência; em segundo lugar, veio a taxa de ocupação. Nenhum dos gestores citou o uso dos indicadores ‘índice de rotatividade’ e ‘intervalo de substituição’.

Os diretores de hospital não utilizam nenhum outro instrumento específico para a unidade de saúde mental do hospital, referindo utilizar os indicadores acima nas várias clínicas, inclusive na saúde mental, analisados de forma diferenciada. Dois diretores de hospital, porém, queixam-se que, de maneira diferente das outras clínicas, a evolução dos quadros e as condutas tomadas frente às patologias psiquiátricas são menos “protocoladas” e não possibilitam uma análise mais aprofundada dos índices por parte de não psiquiatras. Esses dois diretores afirmam que, por esse motivo, acabam olhando com menos cuidado para os “números” da saúde mental. Uma fala ilustrativa é a de que “raramente nós intervimos na psiquiatria, mas já na clínica X (clínica de especialidade do diretor) eu entro chutando”.

O único indicador visto com mais atenção é a média de permanência “por volta” de 15 dias – trata-se de um número “cabalístico”.

Não há, ao menos no âmbito da CSRMGSP, um protocolo clínico que forneça uma estimativa do tempo de internação por patologia – talvez até por não ser essa a lógica de remuneração das internações vigente no SUS. Assim, avalia-se aleatoriamente a média de permanência global da clínica psiquiátrica. Um dos diretores possuía a média de permanência do mês anterior, 14 dias, e acreditava que seria possível baixá-la. “O paciente deve ser devolvido para a comunidade em um curto espaço de tempo” – este é o lema.

Dois diretores afirmam acionar os coordenadores de saúde mental quando a média de permanência ultrapassa o valor esperado. Porém, pela fala dos demais gestores, a impressão é de que essa comunicação formal não é muito utilizada nos hospitais.

Quanto à taxa de ocupação, não houve menção de um índice ideal por parte dos diretores de hospital. Um deles disse que as taxas de ocupação que excedem 100% conduzem à verificação da existência de demanda reprimida ou de “pacientes fora do protocolo do hospital cujo tempo de internação é elevado”. Tal afirmação ressalta que é justamente o tempo de internação elevado que determina os pacientes “fora do protocolo” para internação na enfermaria. Já outro diretor de hospital comentou de maneira positiva que a taxa de ocupação na psiquiatria foi 93% no mês anterior, contrastando com a taxa geral do hospital que havia sido 70%.

As taxas de mortalidade e infecção hospitalar foram referidas por dois diretores de hospital como eventos sentinela que devem conduzir a averiguações quando forem diferentes de zero. Não foram citadas as

referências em que se baseavam e nem informações dos respectivos hospitais.

Dos coordenadores de unidade apenas um fez referência a indicadores tradicionais. Sobre a média de permanência, afirmou que esta permite “verificar se a enfermagem está cumprindo o seu papel”, ou seja, “introduzindo a medicação e resolvendo rapidamente as situações de crise” – não foram feitas correlações com variáveis clínicas dos pacientes. Sobre a taxa de ocupação, disse que, caso esse índice estivesse alto, serviria para avaliar a necessidade de aumentar leitos e, caso estivesse baixo, para verificar o acesso da população ao serviço – faltaria só colocar a teoria em prática. Os cinco coordenadores de unidade restantes, além de não mencionarem a utilização desses indicadores, também não disseram que pretendiam fazê-lo

Apenas um gestor regional, diretor regional, fez menção ao uso de um dos índices aqui tratados. No caso, a taxa de ocupação serviria para verificar a utilização dos leitos dos serviços prestadores. Não ficou claro como obtinha essa informação, pois, assim como os demais gestores regionais, não mencionou o Relatório Mensal de Informação Hospitalar.

Um dos gestores centrais refere não utilizar esses indicadores em seu trabalho, principalmente porque os índices “não mostram o perfil da população atendida”. Já o outro gestor central afirma analisar o Relatório Mensal de Informação Hospitalar com frequência. Disse, por exemplo, que a taxa de ocupação teria a finalidade de mostrar a agilidade na reutilização dos leitos e que seu valor ideal é 100%. Conta que, a partir de séries



históricas desses indicadores, analisa comparativamente os hospitais e que as disparidades encontradas funcionariam como “sinalizadores”, implicando em “questionamentos” e até “verificações in loco” – não foram citados exemplos práticos. Concretamente, referiu apenas lançar mão desse tipo de informação para avaliar a pertinência dos pedidos por mais recursos feitos pelos hospitais.

Esse mesmo gestor central, afirma que o Relatório Mensal de Informação Hospitalar encontra-se disponível aos demais gestores que tenham interesse em utilizá-los. Desconhecendo tal possibilidade, dois coordenadores de unidade e um diretor de hospital disseram ter interesse nos dados do Relatório Mensal de Informação Hospitalar provenientes de outras UHGs para que pudessem fazer comparações – *benchmarking* – e avaliar sua performance.

### *Reinternações*

Quando falam de reinternações, os gestores remetem-se à população de pacientes crônicos, que raramente vinculam-se à rede extra-hospitalar sendo fortes candidatos a se transformarem em moradores de hospitais psiquiátricos.

As reinternações ocorrem mais freqüentemente nos hospitais psiquiátricos, porém, como é a partir da observação psiquiátrica dos hospitais gerais que são efetuadas as transferências, as passagens pelas UHGs também se repetem.

A maior parte dos gestores hospitalares conhece pelo menos “de vista” os pacientes que costumam reinternar. Um diretor de hospital refere ter efetuado um levantamento que buscava saber se os pacientes internados em determinado mês já o haviam sido anteriormente. Ao ver que sua hipótese havia sido confirmada o diretor comentou “eu sabia, estou aqui há dez anos e são sempre os mesmos”.

Porém, nenhum dos hospitais possui essa informação sistematizada. Em outras palavras, a taxa de reinternações psiquiátricas nesses hospitais não é conhecida. O número de internações anteriores, no próprio hospital, somente pode ser obtido a partir do nome e do número do prontuário do paciente.

Um coordenador de unidade e dois diretores de hospital disseram que seria importante ter disponível esse dado. Um deles acredita que seria um indicador de eficiência da internação, principalmente no que se refere às altas precoces. Nenhum desses gestores hospitalares fez qualquer menção sobre o que poderia ser feito para que essa informação passasse a estar disponível.

Os gestores de políticas de saúde não utilizam dados sobre as reinternações, nem em cada um dos hospitais individualmente, nem da rede como um todo. Porém, um diretor regional e um coordenador central referem ter interesse no dado global das reinternações psiquiátricas e acreditam que esse dado pode ser obtido a partir do DATASUS através dos “homônimos” – mas ainda não fizeram nenhum movimento nesse sentido.

Vale lembrar, porém, que essa informação apresentará *viés*es importantes caso não sejam especificados os pacientes moradores de hospitais psiquiátricos. Em tais situações, os pacientes recebem uma nova AIH a cada 107 dias – o que pode ser confundido com uma nova internação.

Um articulador acredita que as reinternações, tomando-se por base o local de residência dos pacientes, podem ser utilizadas para avaliar a “continência” da rede extra-hospitalar. Outro articulador discorda, pois diz que a sobrecarga nos serviços especializados é tão grande que praticamente todos estão trabalhando no limite. Essa informação, porém, remeteria a uma análise mais aprofundada nesses serviços extra-hospitalares e poderia confirmar, inclusive, a sobrecarga mencionada.

O excesso de reinternações, ainda que sem qualquer sistematização, foi provavelmente a informação mais objetiva que levou os vários gestores a se darem conta das falhas no tratamento a longo prazo de grande parte dos pacientes com transtornos psicóticos.

#### *Outras informações*

Outras informações sobre as UHGs, particularmente a enfermagem, foram citadas como preocupação de alguns gestores, principalmente os hospitalares. Tais questões, que poderiam caminhar no sentido do aprofundamento de indicadores e parâmetros – mais próximos da efetividade clínica – acabam revelando, em determinadas situações, uma incapacidade de transcender os cuidados clínicos individuais o que

impossibilita análises de âmbito do serviço e, em outras, uma falta de pragmatismo na implementação de propostas e resolução de problemas.

Alguns exemplos são: (1) o uso de “informações subjetivas” provenientes da prática clínica para fins de diagnóstico e programação terapêutica que, quando registradas, ficam disponíveis nos prontuários; (2) o registro de questões clínicas cotidianas sobre as várias modalidades de atendimento no hospital em um livro que fica sob os cuidados da equipe de plantonistas; e, (3) um pequeno resumo de todos os casos internados, que fica arquivado na própria enfermaria.

Outros gestores manifestaram preocupação com a realização de atividades – “além do simples fornecimento de medicações” – para os pacientes internados na enfermaria. Falas do tipo “não podem ficar sem fazer nada”, “precisam de ocupação”, “atividades ocupacionais” sugerem que tal preocupação, por parte de alguns desses diretores, pode estar relacionada mais ao entretenimento dos pacientes do que a atividades de reabilitação propriamente ditas. Esses mesmos gestores, ainda, disseram que teriam interesse em saber se as famílias dos pacientes estão participando do tratamento, esperando que esse tipo de trabalho aumente a probabilidade do paciente seguir tomando a medicação e freqüentar a rede extra-hospitalar. Interessante notar que não se tratam de dados de difícil obtenção.

Por iniciativa da unidade de saúde mental, alguns hospitais possuem outros registros sobre os pacientes que utilizam a enfermaria. Variáveis do tipo estado civil, inserção no mercado de trabalho, local de

nascimento, número de internações psiquiátricas anteriores, tempo de doença e outras estão disponíveis em arquivos próprios dessas unidades. Apenas uma delas possui um banco de dados – que ainda não foi analisado.

Um dos articuladores disse que gostaria de ter disponível os seguintes dados sobre os pacientes que permanecem internados nos hospitais gerais: (1) serviço extra-hospitalar ao qual o paciente estava vinculado; (2) diagnóstico, condutas tomadas; e, (3) intervenções familiares realizadas. O objetivo seria enviar essas informações para o serviço extra-hospitalar para que, na medida do possível, houvesse continuidade na conduta, minimizando as divergências, ou “esse samba do crioulo doido”, como ilustrou o articulador.

Um outro articulador ainda acredita que seria importante diferenciar – não soube dizer como – as internações resultantes de motivos clínicos daquelas “motivadas por problemas sociais e/ou familiares”. O objetivo seria o de “repensar as intervenções e caminhar no sentido da implantação de programas comunitários”.

#### **4.4 Interconsulta**

##### **4.4.1 Funcionamento**

As solicitações provenientes de outras clínicas para este tipo de avaliação são atendidas exclusivamente pelos psiquiatras. Em três hospitais as interconsultas são realizadas pelo psiquiatra plantonista, em dois outros hospitais, pelo psiquiatra assistente da enfermagem psiquiátrica, e

no outro hospital existe um psiquiatra exclusivamente encarregado para tal fim.

O serviço de interconsultas psiquiátricas, diferentemente dos demais serviços de saúde mental, revela um maior compromisso por parte dos coordenadores de unidade. Para eles, está claro que cabe a esse serviço atender toda e qualquer solicitação feita pelas várias clínicas do hospital. Também por ser mais controlado e reivindicado pela estrutura interna do hospital, o serviço de interconsultas parece ser mais acessível.

O objetivo da avaliação é apenas verificar a presença de algum diagnóstico psiquiátrico e, a partir daí, sugerir a conduta a ser tomada – são raras as intervenções familiares e a abordagem da relação entre a equipe solicitante e o paciente em questão.

Em alguns hospitais a interconsulta acaba não funcionando como um subsídio para que o médico responsável melhor conduza o caso. Nessas situações, a equipe solicitante acaba por se desresponsabilizar da “parte psiquiátrica” do paciente e os interconsultores acabam inclusive prescrevendo diariamente os psicotrópicos.

#### 4.4.2 Sistemas de informação

Não há registro das interconsultas em nenhum dos sistemas de informação dos hospitais visitados – a avaliação do interconsultor é diretamente anexada ao prontuário.

Apenas algumas unidades de saúde mental possuem alguns dados registrados em livros “para que possam mostrar a produção do

serviço caso venham a ser questionadas”. Segundo um coordenador de unidade, essa informação poderia servir também como justificativa para a solicitação de mais recursos. Eventualmente, tal registro poderia servir para a busca de algum indivíduo em especial.

Alguns hospitais também fazem tal registro, independente do serviço de saúde mental e das outras clínicas, apenas para garantir que o pedido de interconsulta seja entregue à clínica responsável.

A carência de informações acerca desse procedimento provavelmente está ligada à lógica do faturamento. Como as interconsultas fazem parte do “pacote” da AIH, não há o que faturar e, portanto, não há porque fazer registros de forma sistemática.

#### 4.4.3 Informações mencionadas pelos gestores

Não foram mencionados, durante as entrevistas com os gestores, exemplos práticos do uso de informações provenientes dos serviços de interconsultas psiquiátricas nos hospitais em questão.

Apenas um coordenador de unidade acha que seria interessante ter o dado acerca das interconsultas realizadas pelo serviço por diagnóstico e por clínica solicitante para que “intervenções educativas” nas últimas pudessem ser implementadas – mas não o faz.

Dentro dessa idéia, a caracterização não só dos usuários, como também dos serviços solicitantes de interconsultas, permitiria ampliar a atuação das UHGs. Assim, por exemplo, seria possível traçar estratégias de desenvolvimento para profissionais que estivessem solicitando um

número excessivo de avaliações para um determinado tipo de caso, ou então implementar, se necessário, um determinado tipo de interconsulta que não se restringisse à equipe de psiquiatras.

Apesar de tratar-se de um serviço que contribui para a inserção da saúde mental nos hospitais gerais, através do reconhecimento institucional, nenhum outro gestor fez menção a este procedimento. Nesse sentido, parece ser uma estratégia política ainda pouco explorada pelos gestores ligados à saúde mental.

## **5 INFORMAÇÕES SOBRE AS OPINIÕES DOS USUÁRIOS**

A opinião dos usuários sobre as UHGs, ainda que o controle e a participação social sejam diretrizes do SUS, foi pouco citada como informação utilizada no cotidiano dos gestores. Os gestores hospitalares foram os únicos que mencionaram utilizá-la, mas não a obtém de maneira ativa em relação à saúde mental.

Desses, apenas um diretor de hospital disse realizar reuniões com o conselho popular local, ficando atento às necessidades trazidas pelos usuários – não houve menções específicas à saúde mental ou às UHGs. De qualquer forma, esta foi a única citação onde o usuário apareceria enquanto sujeito do planejamento das ações em saúde; os demais gestores que se manifestaram sobre a opinião dos usuários referem apreende-la do ponto de vista da assistência prestada.

Dois coordenadores de unidade obtêm informações sobre as opiniões dos usuários através de contatos diretos nos serviços, e outros



dois, dizem receber tais informações através da ouvidoria/ serviço de atendimento ao usuário. Referem que normalmente trata-se de queixas de familiares, quanto a altas precoces ou quanto à não internação dos pacientes. Segundo tais coordenadores, esse tipo de questionamento é prontamente respondido através de justificativas clínicas. Não há qualquer tipo de registro, que permita quantificar e qualificar as queixas mais freqüentes.

Um diretor de hospital disse que busca saber, em reuniões com a comunidade, se o atendimento fornecido foi de “qualidade” e se o usuário foi tratado como cidadão. Ao deparar-se com respostas negativas, o diretor imediatamente aciona o coordenador da unidade respectiva para que este tome providências.

Para esses gestores hospitalares, a ausência de reclamação parece sugerir usuários satisfeitos com as UHGs.

Nenhum gestor regional ou central referiu, durante a entrevista, utilizar informações sobre a opinião dos usuários – dos conselhos de saúde ou de outros setores organizados da sociedade – a respeito das UHGs.

## IV. CONCLUSÃO

A finalidade de um serviço de saúde é causar impacto no estado de saúde da população para a qual se destina. Nesse sentido, o papel das UHGs enquanto equipamentos de uma rede de assistência à saúde mental parece ser incerto. A partir da fala dos gestores entrevistados, ficou evidente a falta de clareza sobre o compromisso populacional e o local adequado para das UHGs no sistema de saúde.

Nas 20 entrevistas realizadas não foi mencionada a utilização de informações que diriam respeito ao objeto de intervenção das UHGs – em outras palavras, sobre o motivo para o qual serviriam os serviços em questão. Poucas foram as menções feitas a parâmetros de referência populacional como estudos epidemiológicos e estimativas de utilização dos serviços de saúde mental, que poderiam constituir, na lógica de planejamento de um serviço de saúde, o passo inicial para caracterizar necessidades e prioridades no enfrentamento de uma situação problemática.

É certo que contar *a priori* com informações desse tipo, aplicáveis às diversas realidades, não é possível, pois essas dependem de variáveis como nível sócio-econômico da população e capacidade instalada do restante da rede assistencial – além daquelas estritamente clínicas. Mas como seu papel é fundamental, essa busca deveria ser meta nos serviços – mesmo que através de taxas indiretas. Porém, não houve manifestações de

interesse dos gestores em saber, por exemplo, como a população das respectivas áreas de abrangência das UHGs está utilizando os equipamentos de saúde ou se consegue ter acesso aos serviços oferecidos.

O local de residência dos pacientes que utilizam os serviços de saúde, por exemplo – segundo a diretriz da municipalização e dos sistemas locais de saúde na qual parâmetros de necessidades e de utilização estão sendo propostos pelo Ministério da Saúde – é um dado fundamental, particularmente para os gestores de políticas de saúde. Porém, os sistemas de informação do DATASUS e das centrais de regulação regionais, que poderiam produzir informações desse tipo, não foram mencionados pelos gestores como eventual fonte de informação e apenas dois hospitais estudados dispõem dessa informação de rotina.

A dificuldade de se conhecer o papel das UHGs talvez seja o resultado da ausência de uma política de saúde mental na RMGSP e, quiçá, em outras regiões do Estado de São Paulo e do Brasil. As questões relacionadas à saúde mental, outrora impulsionadas pelos princípios das reformas sanitárias e psiquiátrica, parecem ter saído da cena nos últimos anos. Hoje a pauta gira em torno dos medicamentos genéricos e dos programas de saúde da família e de atendimento aos portadores do vírus HIV.

Apesar disso, motes como o "fim dos manicômios" e a "substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços extra-hospitalares" parecem ter sido incorporados ao discurso de muitos. Mesmo assim, no ano internacional da saúde mental – 2001 (mesmo ano em que foi

aprovada a lei Paulo Delgado cuja tramitação levou 11 anos no congresso nacional), ainda não se viu garantida a efetivação dessas diretrizes.

O fechamento de milhares de leitos psiquiátricos em todo o Brasil, incluindo a RMGSP (Instituto Psiquiátrico Morumbi, Casa de Saúde Santana, Instituto IMIL de Itaquaquecetuba, Casa de Repouso Borda do Campo e outros), não redundou na implementação de serviços tipos NAPS/CAPS ou mesmo UHGs na medida da necessidade anteriormente prevista.

Em determinado momento na história desse recente processo houve quem acreditasse que as UHGs substituiriam completamente os hospitais psiquiátricos. Nenhum dos gestores entrevistados parece acreditar em um ponto de vista semelhante nas atuais circunstâncias.

A maioria desses gestores culpa, de maneira genérica, a precariedade da virtual rede extra-hospitalar por tal fato. Aparentando conformismo e uma pretensa inevitabilidade das coisas, acabam por não responsabilizar ninguém explicitamente – corroborando, talvez, a falta de clareza na divisão dos vários papéis. As evidências de falhas na rede de atenção à saúde mental são certamente inúmeras e não podem ser ignoradas. É preciso, porém, qualificar e quantificar as dificuldades, rever as premissas e, principalmente, desencadear ações.

O número imenso de pacientes que comparecem aos pronto-atendimentos psiquiátricos das UHGs e não configuram urgência, geralmente aqueles portadores de transtornos psiquiátricos que raramente necessitam de cuidados hospitalares – que muitas vezes vão apenas trocar receitas vencidas –, exige uma resposta adequada. Atender no pronto-

atendimento somente casos referenciados pela central de regulação é uma alternativa, mas esta deve, contudo, estar acompanhada de medidas de outra ordem, como a garantia do atendimento básico em saúde mental prestado pelo nível municipal.

Os registros sistemáticos dessas situações, que poderiam resultar em informações passíveis de serem utilizadas como forma de pressão política, não existem. Somente uma das UHGs estudadas correlaciona o perfil dos pacientes que buscam o pronto-atendimento com o seu local de residência ou serviço extra-hospitalar de referência. O articulador vinculado a esta UHG, porém, diz que pouco pode fazer frente a essas informações, já que não dispõe de outros instrumentos para pressionar os municípios cujos habitantes utilizam o serviço dessa maneira.

Vale dizer que alguns instrumentos existem, como leis, propostas e normatizações feitas pelos diversos órgãos gestores e, entre elas a recente NOAS-SUS, que obriga os municípios a prestarem atendimento aos "transtornos mentais e psicossociais mais frequentes". Fazer essa negociação não é um trabalho fácil, nem mesmo garante qualquer resultado – até porque envolve, além da falta de vontade política, dificuldades de ordem técnica e financeira – mas não pode ser deixada de lado.

Outra evidência da baixa efetividade do atual modelo de atenção à saúde mental é o constante retorno, muitas vezes precoce, dos indivíduos portadores de transtornos psicóticos de pior evolução aos hospitais gerais. Isso acontece sem que eles tenham se vinculado a um

serviço extra-hospitalar especializado após a hospitalização – fenômeno da “porta giratória”. Conclui-se o óbvio: um modelo de atendimento não integral a esses pacientes é ineficaz.

Cientes disso, metade dos gestores entrevistados, nos vários níveis de atuação, disseram que gostariam de contar com informações sobre a inserção do paciente na rede extra-hospitalar após a alta da enfermagem das UHGs (ainda que pouco façam nesse sentido). A preocupação, nas diversas falas, seria ver garantida a efetivação do vínculo mencionado há pouco.

Metade das UHGs estudadas já mostram trabalhos nesse sentido e assumem a responsabilidade pela continuidade e integralidade do tratamento, fundamental para grande parte dos pacientes que um dia precisaram de uma internação psiquiátrica. Esse tipo de contraposição a uma prática fragmentada parece ser um caminho promissor ainda que, vale a pena frisar, não tenha tido seu impacto avaliado.

Contrário a essa proposta está o fato de que, segundo o discurso da maioria dos gestores, os pacientes mais comumente excluídos dos hospitais gerais são justamente aqueles portadores de transtornos mentais e psicossociais mais graves – os crônicos. O problema é que são justamente esses pacientes que mais necessitam de atendimento integral, com intervenções de maior complexidade, a longo prazo.

Imaginando que essa população – transtornos psicóticos de pior evolução – seja representada, em grande parte, pelos até 40% de esquizofrênicos que não obtêm qualquer melhora após 30 anos de doença

(JABLENSKY, 2000), um serviço de referência para o seu atendimento poderia abranger uma área com até 400.000 habitantes em regiões metropolitanas – levando-se em conta a magnitude epidemiológica e a complexidade necessária para o tratamento desses casos.

Dependendo da região onde estariam inseridos, tais serviços podem ser referência para mais de um município, o que exige uma negociação entre os diversos gestores. Por contarem com recursos hospitalares – urgência e enfermaria – as UHGs, estando fortemente associadas a estruturas que possibilitam a continuidade do tratamento com enfoque na reabilitação psicossocial, talvez possam se constituir em alternativa para o seguimento dessa clientela. As UHGs, ainda, podem favorecer o cuidado médico global do paciente a elas vinculado, por terem mais facilidade em incorporar novas tecnologias, inclusive psiquiátricas.

Quanto aos pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas, que também não seguem seu tratamento nas UHGs estudadas, foi também possível evidenciar uma falta de clareza quanto à melhor forma para o seu atendimento. Esses, quando permanecem nos hospitais gerais, ficam somente na observação do pronto-socorro e daí podem receber alta médica ou serem transferidos para os hospitais psiquiátricos. Mais uma vez, não há critérios claros para diferenciar os que devem permanecer internados daqueles que recebem alta. Há quem diga que esta última possibilidade é a mais adequada, devendo o paciente, após a desintoxicação, seguir para tratamento ambulatorial, muitas vezes em serviços do tipo NAPS/ CAPS. Quanto à internação, alguns julgam-na

pertinente, particularmente para os pacientes "motivados" a mudar seu comportamento frente ao álcool e às drogas.

Não é intuito aqui tratar especificamente desta questão já que nenhuma das UHGs estudadas se presta a esse tipo de cuidado. A idéia aqui é sublinhar, mais uma vez, como a ausência de uma política de saúde mental, em suas várias vertentes, acaba repercutindo nas unidades estudadas. Para ressaltar e ao mesmo tempo finalizar esse ponto vale lembrar a questão do aumento da demanda de adolescentes, diretamente relacionada ao uso de álcool e drogas, onde não há consenso – técnico ou jurídico – sobre a forma de tratamento ideal para esses casos. Novamente, algumas UHGs prestam-se a esse tipo de atendimento de maneira um tanto quando dissociada e desarticulada do restante da rede de atenção.

As poucas diretrizes que indicam o perfil dos pacientes para os quais se destinariam as UHGs, ainda assim, com exceção dos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas, para os quais há uma maior precisão diagnóstica, parecem não estar sendo seguidas. A confusão de papéis com os hospitais psiquiátricos, que compartilham a mesma área de abrangência, faz com que a decisão de internar na enfermaria da UHG ou solicitar uma transferência à central de regulação seja meramente circunstancial, resultante de outras restrições nem sempre explícitas.

Enfim, não estando claro o recorte que irá caracterizar a clientela potencial do serviço torna-se impossível dimensioná-la para planejar e verificar com maior propriedade se esta vem utilizando a rede de assistência à saúde mental conforme o esperado. Já que é difícil determinar



*a priori* a população que poderá necessitar de determinada intervenção, contrastar algumas premissas com a situação observada na prática cotidiana pode auxiliar nessa tarefa e, na verdade, tal seria o papel de cada gestor em seu respectivo nível de atuação.

Um começo seria colocar em prática a responsabilidade das UHGs por todas as urgências psiquiátricas de sua região, buscando caracterizar essa demanda, definindo critérios para nortear as internações na enfermaria. Também, procurar conhecer quais são as atribuições dos outros equipamentos da rede de assistência à saúde mental, encaminhando críticas e sugestões aos demais gestores. Enfim, medir a real efetividade das UHGs frente aos pacientes com transtornos psicóticos, particularmente os de pior evolução, segundo a diretriz do atendimento integral.

É evidente que nada disso é fácil. As dificuldades, cujo enfrentamento é complexo, são inúmeras e caminham no sentido de manter o atual estado das coisas. Entre elas, a carência de recursos para as áreas sociais como a saúde, o *lobby* de hospitais psiquiátricos de qualidade questionável, o estigma ao doente mental e a falta de solidariedade de nossa sociedade em geral. Há outro nó crítico, porém, que talvez possa ser mais facilmente abordado a partir da argumentação de uma racionalidade técnica e ética: a resistência dos vários gestores ligados à saúde em geral – diretores de hospital e gestores de políticas de saúde – frente à necessidade real, de investir em saúde mental, o que pode nem sempre trás prestígio político.

Por tudo o que já foi exposto, os modos de funcionamento das UHGs ocorrem dissociados da realidade da região onde se inserem. Basta verificar que a grande maioria das informações e indicadores utilizados referem-se à quantidade e agilidade de procedimentos realizados – dados de produção que suprem a lógica de financiamento desses hospitais, mas que pouco refletem o estado de saúde da população sobre a qual atuam.

Assim, a população que chega à porta das UHGs é confundida com a totalidade daqueles que necessitam de atendimento de maior complexidade na área de abrangência sob responsabilidade das UHGs. Um exemplo claro disso é a utilização de indicadores de estrutura e capacidade instalada segundo a demanda aparente e não segundo parâmetros de referência populacional.

As informações utilizadas – tanto clínicas quanto estritamente administrativas – sobre o funcionamento das UHGs, ao apenas quantificarem alguns procedimentos, sugerem que a efetividade das práticas é tida como uma decorrência natural da conduta clínica. Além disso, esta não segue qualquer protocolo, e o resultado esperado das intervenções – a melhora clínica pontual dos pacientes – não é avaliado diretamente pelos coordenadores de unidade e demais gestores.

Os gestores hospitalares preocupam-se com o número de consultas médicas, transferências, altas e interconsultas – aparentemente indicadores de resultados, meros indicadores de processo, na verdade. Ainda assim, não estão incluídas enquanto procedimentos as intervenções

psicossociais – dentro e fora da enfermaria – em pacientes internados ou ambulatoriais.

Chamam excessivamente a atenção dos gestores hospitalares, ainda, os problemas cotidianos que poderiam comprometer a realização dos procedimentos. São eles: o excesso de demanda, a demora nas transferências para os hospitais psiquiátricos, a dificuldade em dar alta para pacientes com problemas sócio-familiares e os desentendimentos com as demais equipes do hospital.

Os coordenadores de unidade fazem da prática cotidiana seu principal instrumento nesse sentido. As dificuldades, as queixas e os comentários provenientes da equipe de saúde mental, dos demais funcionários do hospital e dos usuários são fontes fundamentais de informação. Estas acabam chegando naturalmente, sem que uma busca ativa seja premeditada.

As informações que mais freqüentemente remetem à eficiência dos serviços são expressas pela relação entre o número de procedimentos realizados e a unidade de tempo. O parâmetro de eficiência mais citado, além de ser o único quantificado, foi o tempo de permanência médio na enfermaria, que é de 15 dias.

Nenhum dos gestores, porém, deu qualquer explicação ou justificativa técnica para a adoção desse número, além da afirmação de que "hospital geral não é depósito, não é manicômio e não é voltado para o atendimento de pacientes com problemas sociais".

Não bastasse isso, os gestores utilizam essa taxa indiscriminadamente, independentemente do quadro clínico de cada um dos pacientes internados. Segundo um dos diretores de hospital, isso decorre da falta de um protocolo clínico explícito que permita uma melhor avaliação da enfermaria – mas não se pode esquecer que o pagamento das internações psiquiátricas é feito, pelo SUS, na forma de diárias.

Nesse caso, para a fixação de um parâmetro válido, seria indicada inicialmente a utilização de séries históricas da média de permanência ajustadas pelo diagnóstico. Os coordenadores de unidade, apesar de terem manifestado interesse em informações desse tipo – mais próximas da prática clínica – não explicitaram formas de operacionalizar sua obtenção.

Informações que fizessem referência aos serviços das UHGs – aos seus resultados ou ao seu processo – não foram mencionadas pelos gestores de política de saúde. Exceção a esse fato é o caso de um gestor central que disse utilizar os indicadores que constam no Relatório Mensal de Informação Hospitalar da CSRMGSP (entre os quais a taxa de ocupação e a média de permanência) com o intuito de avaliar os hospitais para, por exemplo, tomar decisões na liberação de recursos.

Nenhum gestor questionou a importância do uso de informações para uma melhor condução de seu trabalho. Se não o fazem, segundo eles próprios, isso seria devido a uma carência generalizada de recursos na área da saúde, inclusive dos sistemas de informação. Esta fala foi mais comum entre os diretores de hospital e os diretores regionais.

Com relação às informações disponíveis acerca dos quatro serviços de saúde mental das seis UHGs estudadas, há uma certa precariedade. Os relatórios produzidos a partir destes são variáveis, mas todos estão aquém de suas possibilidades. Os hospitais com banco de dados informatizados tornaram-se dependentes das respectivas empresas de *softwares*, o que contribuiu para as demais dificuldades citadas ao longo do texto.

Três gestores acreditam que tais fatos resultam de um certo desinteresse no uso de informações e, um desses, diferente dos demais, acredita que os sistemas de informação existentes são suficientes para a boa prática de gestão.

Para os coordenadores de unidade, os comentários acerca da precariedade estrutural dos sistemas de informação vinham acompanhados da justificativa de que não estaria em seu campo de atuação qualquer intervenção dessa ordem – isto caberia aos diretores de hospital e aos gestores de políticas de saúde. Estes, além do mais, não orientariam e nem exigiriam do nível subordinado as informações para as quais deveriam estar atentos. Aqui, parece ficar claro que seria mais fácil que alguém fizesse as coisas "de cima" - o que demonstra, em parte, uma certa acomodação e falta de motivação. As iniciativas próprias, por parte dos coordenadores de unidade, ainda que existentes, são raras.

São várias as informações que os gestores disseram que gostariam de ter disponíveis. Não houve qualquer tendência que pudesse diferenciar os agrupamentos de gestores. O que chama a atenção são as

menções feitas a informações que já estão disponíveis ou seriam facilmente acessíveis a partir de mudanças organizacionais mínimas.

Por exemplo, dois diretores de hospital manifestaram interesse em obter a taxa de reinternações na enfermaria psiquiátrica. É certo que nos hospitais sem um banco de dados informatizado será muito difícil obter esse dado retrospectivamente. Porém, não seria difícil passar a registrar de maneira diferenciada cada vez que os pacientes internem novamente.

Em outro exemplo, também com relação aos diretores de hospital, três deles disseram que se preocupam em saber se outras intervenções, além do tratamento médico, estão acontecendo dentro do próprio hospital. Provavelmente estes procedimentos não são registrados de rotina, pois estão inclusos no pagamento da diária de internação psiquiátrica. Por outro lado, isso não impede que sejam registrados para outros fins.

Quanto aos gestores de políticas de saúde – regionais e centrais –, surpreendeu o fato de que alguns deles parecem não se dar conta de que implementar mecanismos que lhes forneçam as informações citadas como sendo de interesse pode depender da vontade política deles próprios.

Vale lembrar, porém, que antes de ter acesso a informações é preciso conhecer as premissas que norteiam a gestão das UHGs. Nesse sentido, há ainda muito que se discutir e negociar sobre a finalidade dessas unidades. Só assim, elas poderão ser sistematicamente avaliadas.

## ANEXO

### ROTEIRO DE VISITAS ÀS UNIDADES DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS

#### CARACTERIZAÇÃO

NOME DO HOSPITAL:  
TIPO DE PRESTADOR:  
PORTE:

DESDE QUANDO FUNCIONA O SERVIÇO DE PSIQUIATRIA (ANO)?  
DO PRONTO-SOCORRO?  
DA ENFERMARIA?

EXISTE UMA ÁREA DE REFERÊNCIA PRÉ-DEFINIDA? SIM OU NÃO?  
DEFINIDA POR: BAIRRO, DISTRITO, NÚCLEO OU MUNICÍPIO?  
QUAL A POPULAÇÃO ESTIMADA (NÚMERO)?

EXISTE UMA LISTAGEM DAS REFERÊNCIAS EXTRA-HOSPITALARES EM SAÚDE MENTAL NA REGIÃO? SIM OU NÃO?

#### PRONTO-ATENDIMENTO E OBSERVAÇÃO

A DEMANDA CHEGA AO PS ATRAVÉS DE: ENCAMINHAMENTO, PROCURA DIRETA OU AMBOS?

EXISTE CONSULTÓRIO EXCLUSIVO PARA O ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO? SIM OU NÃO?

EXISTEM LEITOS PARA A OBSERVAÇÃO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS? SIM OU NÃO?

QUANTOS MASCULINOS?

QUANTOS FEMININOS?

SÃO COMPARTILHADOS COM OUTRAS CLÍNICAS? SIM OU NÃO?

EQUIPE:

QUAL A EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO NO PS/OBSERVAÇÃO (PROFISSIONAL/HORA)?

A EQUIPE É EXCLUSIVA DA PSIQUIATRIA OU TAMBÉM RESPONDE PELAS OUTRAS CLÍNICAS?

A EQUIPE POSSUI TREINAMENTO EM SAÚDE MENTAL?

- A- MÉDICO PSIQUIATRA:
- B- ENFERMEIRA:
- C- ASSISTENTE SOCIAL:
- D- PSICOLOGIA:
- E- EQUIPE AUXILIAR:

EXISTEM CRITÉRIOS CLÍNICOS EXPLÍCITOS PARA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES NA ENFERMARIA A PARTIR DO PS/OBSERVAÇÃO? SIM OU NÃO?  
EXISTEM CRITÉRIOS CLÍNICOS EXPLÍCITOS PARA A SOLICITAÇÃO DE VAGAS PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ESPECIALIZADOS (VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO)? SIM OU NÃO?

### **ATENDIMENTO AMBULATORIAL INFORMAL**

MODALIDADE: "AMBULATÓRIO DE CRISE", "GRUPO DE EGRESSOS/SEGUIMENTO PÓS-ALTA" OU OUTROS?  
EXISTEM CRITÉRIOS CLÍNICOS EXPLÍCITOS QUE DEFINAM O ENCAMINHAMENTO PARA O "AMBULATÓRIO DE CRISE"? SIM OU NÃO?  
TODOS OS PACIENTES EGRESSOS DA ENFERMARIA SÃO ENCAMINHADOS PARA O GRUPO DE EGRESSOS/SEGUIMENTO PÓS-ALTA? SIM OU NÃO?  
NÚMERO MÉDIO DE ENCONTROS NO GRUPO DE EGRESSOS/SEGUIMENTO PÓS-ALTA:  
COM O MÉDICO:  
COM TÉCNICOS NÃO MÉDICOS:

### **ENFERMARIA**

QUAL O NÚMERO DE LEITOS OPERACIONAIS NA ENFERMARIA?  
QUANTOS FEMININOS?  
QUANTOS MASCULINOS?  
QUANTOS QUARTOS?  
MÉDIA DE LEITOS POR QUARTO:  
QUANTOS CONSULTÓRIOS?  
EXISTE:  
QUARTO PRÓPRIO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE CUIDADO MAIS DIRETO (AGITAÇÕES, COMPLICAÇÕES CLÍNICAS)? SIM OU NÃO?  
SALA DE ESTAR (TV, MÚSICA)? SIM OU NÃO?  
SALA PARA GRUPOS TERAPÊUTICOS? SIM OU NÃO?  
ESPAÇO AO AR LIVRE? SIM OU NÃO?  
LOCAL PARA VISITAS? SIM OU NÃO?  
POSTO DE ENFERMAGEM? SIM OU NÃO?  
SALA PARA OS TÉCNICOS? SIM OU NÃO?  
PROGRAMA DE ATIVIDADES AO AR LIVRE? SIM OU NÃO?

EQUIPE:  
QUAL A EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO NA ENFERMARIA (PROFISSIONAL/HORAS DE TRABALHO NA ENF. PQ)?  
A EQUIPE É EXCLUSIVA DA PSIQUIATRIA OU TAMBÉM RESPONDE PELAS OUTRAS CLÍNICAS?  
A EQUIPE POSSUI TREINAMENTO EM SAÚDE MENTAL?  
A- MÉDICO PSIQUIATRA:  
B- ENFERMEIRA:  
C- ASSISTENTE SOCIAL:  
D- PSICOLOGIA:  
E- TERAPIA OCUPACIONAL:  
F- EQUIPE AUXILIAR:



SÃO FEITAS REUNIÕES CLÍNICAS PARA DISCUSSÃO DOS CASOS INTERNADOS PERIODICAMENTE? SIM OU NÃO?  
 COM QUE FREQUÊNCIA?  
 SÃO FEITAS REUNIÕES ADMINISTRATIVAS?

#### **PRONTUÁRIOS**

NOS PRONTUÁRIOS ENCONTRAM-SE:  
 O CONSENTIMENTO INFORMADO, SIM OU NÃO?  
 A HISTÓRIA CLÍNICA, SIM OU NÃO?  
 PRESCRIÇÕES DIÁRIAS, SIM OU NÃO?  
 AS EVOLUÇÕES MÉDICAS, SIM OU NÃO?  
 QUAL A FREQUÊNCIA DAS ÚLTIMAS?  
 EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM, SIM OU NÃO?  
 EVOLUÇÕES DE OUTROS TÉCNICOS, SIM OU NÃO?  
 A INDICAÇÃO PRECISA DO LOCAL PARA ONDE O PACIENTE FOI ENCAMINHADO APÓS ALTA (DESTINO)? SIM OU NÃO?

#### **ENCAMINHAMENTOS**

É FORNECIDA UMA FICHA PADRÃO PARA O PACIENTE QUANDO DO ENCAMINHAMENTO UM SERVIÇO EXTRA-HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL? SIM OU NÃO?  
 O SERVIÇO EXTRA-HOSPITALAR É COMUNICADO DIRETAMENTE DO ENCAMINHAMENTO? SIM OU NÃO?  
 É FEITO ALGUM TIPO DE SEGUIMENTO (FOLLOW UP) DOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA A REDE EXTRA-HOSPITALAR, SIM OU NÃO?

#### **INTERCONSULTAS PSIQUIÁTRICAS**

QUEM É RESPONSÁVEL PELAS INTERCONSULTAS?  
 NO PS?  
 NAS ENFERMARIAS?

#### **VISITAS DOMICILIARES**

SÃO REALIZADAS? SIM OU NÃO?  
 COM QUE FREQUÊNCIA?  
 EXISTEM CRITÉRIOS EXPLÍCITOS PARA A INDICAÇÃO DESSE PROCEDIMENTO? SIM OU NÃO?

#### **OUTROS RECURSOS**

SÃO FORNECIDAS MEDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS ALÉM DAS BÁSICAS (ITENS DA LISTA DA SES-SP)? SIM OU NÃO?  
 O SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DISPÕE DOS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES NO PRÓPRIO HOSPITAL (SIM OU NÃO):  
 TOMO?  
 EEG?  
 DOSAGENS DE LITIO?  
 DOSAGENS DE CBZ?  
 EXISTE SERVIÇO DE NEUROLOGIA NO HOSPITAL? SIM OU NÃO?

## **SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

EXISTE UM ÚNICO REGISTRO GERAL DO PACIENTE NO HOSPITAL? SIM OU NÃO?  
INFORMATIZADO? SIM OU NÃO?

NOME DO ÓRGÃO/EMPRESA QUE ELABOROU O PROGRAMA:

EXISTE COMPUTADOR NA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA? SIM OU NÃO?

ALGUM TIPO DE ESTUDO/RELATÓRIO É PRODUZIDO DE ROTINA POR INICIATIVA PRÓPRIA DA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL? SIM OU NÃO?

## **INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS NO SAME**

RO: RELATÓRIOS PRODUZIDOS DE ROTINA PELO SAME (SE PRODUZIDOS EM OUTRO LOCAL, ESPECIFICAR)

RE: RELATÓRIOS QUE PODEM SER OBTIDOS EXCEPCIONALMENTE A PARTIR DO BANCO DE DADOS DO SAME (SE O BANCO DE DADOS ESTIVER EM OUTRO LOCAL, ESPECIFICAR)

RA: INFORMAÇÕES QUE PODEM SER OBTIDAS MANUALMENTE NOS ARQUIVOS DO SAME (SE ESTIVEREM ARQUIVADAS EM OUTRO LOCAL, ESPECIFICAR)

NE: NÃO PODEM SER OBTIDAS

### **1. PRONTO-ATENDIMENTO:**

1.1- **VOLUME TOTAL DE ATENDIMENTOS:**

1.2- **POR SEXO:**

1.3- **POR IDADE:**

1.4- **POR DIAGNÓSTICO:**

1.5- **POR PROCEDÊNCIA:**

1.5.1- **POR BAIRRO, DISTRITO, NÚCLEO OU MUNICÍPIO?**

1.6- **DESTINO:**

1.6.1- **ALTA PARA CASA:**

1.6.2- **ENCAMINHADO PARA A REDE EXTRA-HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL (QUAL SERVIÇO)**

1.6.3- **AMBULATÓRIO DE CRISE:**

1.6.4- **OBSERVAÇÃO:**

### **2. OBSERVAÇÃO:**

2.1- **NÚMERO DE PACS-DIA:**

2.2- **POR SEXO:**

2.3- **POR IDADE:**

2.4- **POR DIAGNÓSTICO:**

2.5- **POR PROCEDÊNCIA:**

2.5.1- **POR BAIRRO, DISTRITO, NÚCLEO OU MUNICÍPIO?**

2.6- **TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA OBSERVAÇÃO:**

2.7- **“REINTERNAÇÕES” – PASSAGENS REPETIDAS PELA OBSERVAÇÃO:**

2.8- **DESTINO:**

2.8.1- **ENCAMINHAMENTO PARA A REDE EXTRA-HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL (QUAL SERVIÇO):**

2.8.2- **EVASÃO:**

2.8.3- **TRANSFERÊNCIA EXTERNA VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO:**

2.8.4- **ENFERMARIA:**

2.8.5- **ÓBITO:**

**3. ENFERMARIA:**

- 3.1- **NÚMERO DE PACS-DIA:**
- 3.2- **NÚMERO DE INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS (DET. JUDICIAL):**
- 3.3- **POR SEXO:**
- 3.4- **POR IDADE:**
- 3.5- **POR DIAGNÓSTICO:**
- 3.6- **POR PROCEDÊNCIA:**
- 3.6.1- **POR BAIRRO, DISTRITO, NÚCLEO OU MUNICÍPIO?**
- 3.7- **TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO:**
- 3.8- **NÚMERO DE REINTERNAÇÕES:**
- 3.9- **DESTINO:**
- 3.9.1- **AMBULATÓRIO DE EGRESSOS:**
- 3.9.2- **REDE EXTRA-HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL (verificar item 15):**
- 3.9.3- **TRANSFERÊNCIA EXTERNA VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO:**
- 3.9.4- **TRANSFERÊNCIA INTERNA (PARA OUTRA CLÍNICA):**
- 3.9.5- **ÓBITO:**
- 3.9.6- **EVASÃO:**
- 3.9.7- **ALTA A PEDIDO:**
- 3.9.8- **TUTELA JUDICIAL SOB REGIME DE INTERNAMENTO:**

**4. INTERCONSULTAS:**

- 4.1- **VOLUME TOTAL DOS PEDIDOS**
- 4.2- **PROCEDÊNCIA DA SOLICITAÇÃO (PS OU ENFERMARIA)**
- 4.3- **PROCEDÊNCIA DA SOLICITAÇÃO POR CLÍNICA**
- 4.4- **POR SEXO**
- 4.5- **POR IDADE**
- 4.6- **POR DIAGNÓSTICO**

**5. AMBULATÓRIO (ESPECIFICAR):**

- 5.1. **NÚMERO DE PACIENTES ATIVOS:**
- 5.2. **VOLUME TOTAL DE ATENDIMENTOS:**
- 5.3. **POR SEXO:**
- 5.4. **POR IDADE:**
- 5.5. **POR DIAGNÓSTICO:**
- 5.6. **ÍNDICE DE INTERNAÇÕES:**
- 5.7. **ÍNDICE DE ABSENTÉISMO:**
- 5.8. **ÍNDICE DE ABANDONO:**
- 5.9. **NÚMERO DE ALTAS:**

**6. GERAL**

- 6.1. **INTERCORRÊNCIAS OCORRIDAS NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA (EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA, AGITAÇÕES QUE CULMINEM EM CONTENÇÃO FÍSICA, EFEITOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS, TENTATIVAS DE SUICÍDIO, EVASÕES)?**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLLI, S.B.; BUSNELLO, E.A. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre) **Revista ABP-APAL**, v.14, p.93-104, 1992.

ALVES, D.S.N.; SEIDL, E.F.; SCHECHTMAN, A.; CORREIA E SILVA, R. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994, p.197-203.

AMARANTE P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994, p.73-84.

BACHARACH, L.L. General hospital psychiatry: overview from a sociological perspective **American Journal of Psychiatry**, v.138, p.879 - 87, 1981.

BACHARACH, L.L. General hospital psychiatry and deinstitutionalizations: a system view **General Hospital Psychiatry**, v.7, p.239-248, 1985.

BARUZZI, M. **Estudo da aplicabilidade do modelo-prêmio nacional da qualidade - na avaliação de serviços de saúde mental**. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.

BERNARDO, A.C. Previdência social e assistência psiquiátrica no Brasil In: D'INCAO, M.A. **Doença mental e sociedade**. Rio de Janeiro, Graal, 1992, p.162-76.

BERTOLETE, J.M. Garantia de qualidade em cuidados de saúde mental **TEMAS**, v.47, p.7-15, 1994.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo, Hucitec, 1993.

BOTEGA, N.J. A assistência em saúde mental nos hospitais gerais: a atual situação no Brasil. **Cadernos IPUB**, v.6, 1997.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.8, de 1991 (n.3657, de 1989 – na casa de origem)**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224**, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para os atendimentos ambulatorial e hospitalar em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª CONFERÊNCIA DA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**, de 6 de novembro de 1996. Promove e consolida o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redifinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 106**, de 11 de fevereiro de 2000b. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 799**, de 19 de julho de 2000a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

CASSORLA, R.M.S. Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos. **Revista ABP-APAL**, v.18, p.1-8, 1996.

CHOWANEC, G.D. Continuous Quality Improvement: Conceptual Foundations and Application to Mental Health Care. **Hospital and Community Psychiatry**, v.45, p.789-93, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1997.

CQH – Controle de qualidade do atendimento médico hospitalar no Estado de São Paulo. **Manual de orientação aos hospitais participantes**, São Paulo, 1992.

DECLARAÇÃO DE CARACAS In: **Trancar não é tratar**. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, p.6-8, 1997.

DALGALARRONDO, P. Enfermarias de psiquiatria In: BOTEGA, N.J. **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas, Papirus, 1995, p.23-34.

DELGADO, P.G. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos do IPUB**, v.6, 1997.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Quality Review Bulletin**, v.12, p.99-108, 1986.

DONABEDIAN, A. The quality of care - how can it be assessed? **JAMA**, 260(12): 1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology and laboratorial medicine**, v.11, p.1115-9, 1990.

FORTES, S.L.; INFANTE, R.G.G. A questão da saúde mental - a redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral para além da psicossomática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.35, p.273-8, 1986.

FOWKES, F.G.R Medical audit cycle. **Medical Education**, v.16, p.228-38, 1982.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, p.57-63, 1995a.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa - tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, p.20-9, 1995b.

GODOY, A.S. A pesquisa Qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, p.65-71, 1995c.

GREENHALG, T.; TAYLOR, R. Papers that goes beyond numbers (qualitative research). **British Medical Journal**, v.315, p.740-3, 1997.

GREENHILL, M.H. Psychiatric units in general hospital. **Hospital and Community Psychiatry**, v.30, p.169-82, 1979.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde - dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

JABLENSKY, A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v.250, p.274-78, 2000.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1979.

KRAEPELIN, E. **Clinical psychiatry**. New York, Scholars' facsimiles & reprints Delmar, 1981.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, p.1-5, 1999.

LUCENA, J.; LIMA, M.D.C.; OLIVEIRA, G.S.; ALBUQUERQUE, J.F. Unidade psiquiátrica em um hospital geral. **Neurobiologia**, v.41, p.455-66, 1978.

MAHADEVAN, S.; FORSTER, D.P. Psychiatric units in district general hospitals and traditional mental hospitals: some recent evidence. **British Journal of Psychiatry**, v.140, p.160-5, 1982.



MALIK, A.M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos Fundap**, 19: 7-24, 1996.

MARTINS, L.A.N.; BOTEGA, N.J. ; CELERI, E.H.R.V. Interconsulta psiquiátrica. In: BOTEGA, N.J. **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral**, Campinas, Papyrus, 1995, p.55-70.

MAYOU, R. The history of general hospital psychiatry **British Journal of Psychiatry**, v.155, p.764-76, 1989.

MILLER, R.D. Psychiatric units in general hospitals: elitism revisited. **Hospital and Community Psychiatry**, v.32, p.804-5, 1981.

MINAYO, M.C. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.

MORAES, I.H.S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo, HUCITEC-abrasco, 1995.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.34, p.547-59, 2000.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, p.206-13, 1998.

PATTON, M.Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Londres, Sage, 1995.

PITTA, A.M.F.; GIORDANO JÚNIOR, S.; CIPPOLA, A.M.B.; PEREIRA, L.M.F.P.; FIGUEIREDO JÚNIOR, M.; VALENTINI JÚNIOR, W.; NASCIMENTO, A.F. **Garantia de qualidade em saúde mental**. Lista de checagem, glossário e

questionário – unidade de internação psiquiátrica. São Paulo, 1992. (Doc.:WHO/MNH/MND/90.11)

PITTA, A.M.F. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.45, p.313-21, 1996a.

PITTA, A.M.F. Cuidados com o cuidar em saúde mental. **Cadernos do IPUB**, v.3, 1996b. suplemento.

POSSAS, C.A. Prioridades sanitárias, ciência e tecnologia In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1., Brasília, 1994. **Anais**. Brasília, Ministério da Saúde, 1994. p.243-57.

RICHMAN, A.; HARRIS, P. General hospital psychiatry: are its roles and functions adjunctive or pivotal. **General Hospital Psychiatry**, v.7, p.258-66, 1985.

PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. **Proposta de roteiro genérico de observação – unidade**, São Paulo, 1998.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. CADAIS. **Saúde mental – planejamento e organização de serviços**. São Paulo, 1992.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SS 18** de 19 de fevereiro de 2001. Institui o Grupo Técnico de Regulação em Saúde Mental.

SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G. Psiquiatria no Hospital Geral: atividades no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira. **TEMAS**, v.52, p.189-208, 1996.

STAKE, R.E. Case studies. in: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Londres, Sage, 1994. p.236-47.

TANSELLA, M.; THORNICROFT, G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. **Psychological Medicine**, v.28, p.503-8, 1998.

VANSAN, G.A. A unidade de internação psiquiátrica no hospital geral. **Neurobiologia**, v.57, p.19-26, 1994.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em saúde para debate**, v.3, p.17-25, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Quality assurance in mental health**. Genebra, 1990. (Doc.:WHO/MNH/MND90.11)

YIN, R.K. **Case study research**. Beverly Hills, Sage, 1984.

ZUSMAN, J. Quality assurance in mental health care **Hospital and Community Psychiatry**, v.39, p.1286-90, 1998.