

Maurício Lucchesi^I

Ana Maria Malik^{II}

Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil

Feasibility of general hospitals psychiatric units in Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Compreender o estigma voltado aos portadores de transtornos mentais na cultura de hospitais gerais enquanto fator limitante para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Foi delineada uma pesquisa social, de natureza qualitativa. Adotou-se como estratégia a pesquisa-ação para a implantação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral em Taubaté, SP, 2005-2006. As evidências foram obtidas por meio de entrevistas, observação participante e palestras sobre o projeto da unidade psiquiátrica para o corpo clínico do hospital.

RESULTADOS: O investimento do órgão gestor possibilitou que as concepções estigmatizantes presentes na cultura do hospital estudado (violência, fraqueza moral e intratabilidade) fossem ressignificadas por meio de discussões clínicas e sanitárias, viabilizando a implantação da unidade psiquiátrica. A análise mostrou que essas concepções eram reatualizadas pelo contexto assistencial, no qual o acesso dos portadores de transtornos mentais era restrito.

CONCLUSÕES: A postura assumida pelo órgão gestor, que decidiu pelo financiamento adequado da unidade psiquiátrica e exerceu sua ascendência sobre o hospital prestador, foi decisiva para o desfecho do caso. A principal dificuldade para a implantação das unidades psiquiátricas não é o estigma presente na cultura dos hospitais gerais, mas uma limitação de ordem estratégica: a falta de uma política afirmativa para essas unidades.

DESCRITORES: Recursos Humanos em Hospital. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Serviços de Saúde Mental. Unidade Hospitalar de Psiquiatria, organização & administração. Hospitais Gerais. Administração Hospitalar. Pesquisa Qualitativa. Política de saúde mental.

^I Disciplina de Psiquiatria. Departamento de Medicina. Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil

^{II} Departamento de Organização e Recursos Humanos. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Maurício Lucchesi
Av. Tiradentes, 101, sala 62, Centro
12030-180 Taubaté, SP, Brasil
E-mail: malucchesi@uol.com.br

Recebido: 6/12/2007

Revisado: 9/5/2008

Aprovado: 4/6/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To comprehend the stigma against people with mental disorders still persists in the culture of general hospitals and acts as a limiting factor in the implementation of psychiatric units in general hospitals in Brazil.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative social survey was outlined based on action research strategy as of the agreement to adopt a psychiatric unit in a general hospital in Taubaté, Southeastern Brazil. Data was obtained through interviews, participant observation and talks on the psychiatric unit project given to the hospital's clinical staff.

RESULTS: The investment made by the healthcare authority enabled the stigmatizing conceptions (violence, moral weakness and untreatability) present in the hospital culture in question to be resignified by means of clinical and sanitary discussions, which enabled the implementation of the psychiatric unit. The analysis showed that these concepts persist in this context because of a healthcare system that limits the access of people with mental disorders.

CONCLUSIONS: The attitude of the healthcare authority, who decided to adequately fund the general hospital's psychiatric unit and exerted his influence over the hospital, was decisive for the outcome of the case. The main difficulty in implementing psychiatric units at general hospitals is not the overcoming the existing stigma in the culture of general hospitals, but rather a difficulty which is strategic in nature: the lack of an affirmative policy for these units.

DESCRIPTORS: Personnel, Hospital. Health, Knowledge, Attitudes, Practice, Mental Health Services. Psychiatric Department, Hospital, organization & administration. Hospitals, General. Hospital Administration. Qualitative Research. Mental Health Policy.

INTRODUÇÃO

A unidade psiquiátrica em hospital geral (UPHG) consiste num conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral.³ Levando-se em conta que o principal deles é a enfermaria psiquiátrica, a criação das UPHG representa uma alternativa aos hospitais psiquiátricos para o tratamento dos portadores de transtornos mentais severos em quadro agudo. A denominação UPHG está sendo utilizada como sinônimo de enfermaria psiquiátrica.

A implantação em larga escala de UPHG teve início após a Segunda Guerra Mundial, na Europa Ocidental e na América do Norte.⁵ Contribuíram para essa mudança: 1) politicamente, a conquista de direitos por parte dos cidadãos culminou com a construção de uma rede de proteção e inclusão social, o chamado *Welfare State*, da qual fazia parte a garantia do acesso à saúde, e 2) tecnicamente, o desenvolvimento de tratamentos biológicos eficazes e o surgimento de atividades de reabilitação psicossocial.

No Brasil, a discussão sobre as UPHG iniciou-se na década de 1970, no bojo dos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica. A partir da década de 1980, surgiram trabalhos acadêmicos baseados na literatura internacional e em experiências concretas, nos quais se comprovou a adequação das UPHG à realidade brasileira¹³ e, em 1992, o Ministério da Saúde regulamentou o funcionamento das UPHG.

Em 2005, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS^a), o Brasil possuía 0,12 leitos psiquiátricos em hospitais gerais para cada 10 mil habitantes (cerca de 2210 leitos), que representava 4,7% do total de leitos psiquiátricos. Comparados aos de 180 países que disponibilizam essas informações, os dados nacionais são inferiores à média: 0,84 leito psiquiátrico em hospitais gerais para cada 10.000 habitantes, representando 21% do total de leitos psiquiátricos.

Tomando essa percentagem como referência e considerando que, segundo o Ministério da Saúde, o total de leitos psiquiátricos no País não deve exceder o índice

^a Organização Mundial da Saúde. Atlas de saúde mental; 2005.

de 2,4 para cada 10.000 habitantes,^a a defasagem de leitos psiquiátricos em hospitais gerais no Brasil seria de mais de 6.000 leitos, admitindo-se um parâmetro de 0,5 leito psiquiátrico em hospitais gerais para cada 10.000 habitantes.

Para entender as razões do ainda pequeno número de UPHG no País, utilizou-se um modelo em que se sugere haver um reforço mútuo entre os seguintes fatores: a limitação financeira e o estigma voltado aos portadores de transtornos mentais.

Considera-se que o estigma influencia negativamente os formuladores e gestores de políticas de saúde quanto a investimentos para a saúde mental, inviabilizando certas ações e interferindo na ressocialização de sua população-alvo. Isso acaba por reafirmar a crença de que não existe outro tipo de tratamento para os transtornos mentais severos que não a exclusão.

No Brasil, de acordo com Andreoli et al,¹ foi observada uma diminuição dos recursos públicos para a saúde mental em comparação com os destinados a outras áreas da saúde. O montante, que já foi da ordem de 5,8%, em 1995 – maior do que os 5% sugeridos pela OMS –, baixou para 2,3% dez anos depois.

Essa subtração incidiu na parcela do orçamento da saúde mental destinada a internações psiquiátricas, o que prejudicou sobremaneira a implantação de UPHG. Estima-se que o valor reembolsado para a diária de internação em uma UPHG (unidade de remuneração adotada atualmente pelo SUS) é cerca de seis vezes menor que o custo de um paciente-dia.^b

Esse fato é órfão de qualquer justificativa técnica por parte dos gestores, que são atores-chave na definição dos recursos para atender às necessidades de saúde da população. Explicitamente, nada sugere tratar-se de uma decisão estratégica. Alguns deles alegam que a dificuldade na implantação de UPHG é de nível operacional, supostamente inviabilizada pela resistência às mudanças propostas.^c

De fato, em certos hospitais gerais, verificou-se desinteresse pela prestação de serviços de saúde mental, sem qualquer justificativa clínica ou mesmo financeira. Exemplo disso são onze dos dezenove hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) do estado de São Paulo, que, apesar de receberem do governo estadual remuneração compatível com sua despesa, resistiram à implantação de leitos psiquiátricos a despeito da demanda por internações em suas áreas de abrangência.

Provavelmente isso ocorra em função de uma postura organizacional contrária à integração da saúde mental que, estendida a outros hospitais gerais, pode dar

margem à falta de empenho por parte dos gestores na definição de uma política para essas unidades. Essa postura organizacional, por sua vez, encontraria explicação no estigma observado na cultura dos hospitais gerais.

Em 2001, na conferência de abertura do dia internacional da saúde mental organizado pela OMS, o presidente da Organização das Nações Unidas clamou pela organização de forças-tarefas voltadas para combater o estigma. O lema “cuidar sim, excluir não” passou então a ser proferecido em diferentes países e estimulou diversas instituições a adotarem políticas afirmativas nesse sentido.

Contudo, não houve qualquer programa especificamente voltado para as organizações hospitalares gerais ainda que estudos exploratórios tenham confirmado a presença do estigma nos hospitais gerais, inclusive naqueles que já dispunham de UPHG há anos.¹⁴

Para compreender a manutenção do estigma no hospital geral, será utilizado o conceito da psicologia social de cultura organizacional da teoria das organizações. Parte-se do princípio de que as formas de expressão de um grupo (ritos, valores, discursos, etc.) se baseiam em pressupostos desenvolvidos de forma compartilhada ao longo de sua história e que o grupo aprendeu a considerar como a forma correta de pensar e agir.²⁰

Supõe-se que a reatualização das concepções estigmatizantes no hospital geral seja fruto de repetidas vivências negativas frente a situações que seriam manejadas adequadamente numa UPHG.

O presente estudo teve por objetivo compreender o estigma voltado aos portadores de transtornos mentais na cultura de hospitais gerais enquanto fator limitante para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Natureza e estratégia da pesquisa

Tratando-se de uma pesquisa social,¹⁶ foram privilegiadas as dimensões políticas, culturais e administrativas das UPHG. A produção de sentidos e significados pelos sujeitos é função estruturante crucial das práticas cotidianas,²³ nelas incluídas a já mencionada resistência às UPHG. Em função disso, optou-se pela abordagem qualitativa.¹⁰

A estratégia escolhida foi a pesquisa-ação, que reúne as condições mais adequadas para a investigação do fenômeno ao estimular os atores sociais a revelarem seus posicionamentos, evidenciando contrastes entre discurso e prática.¹¹

^a Ministério da Saúde. Pactos pela saúde. Brasília; 2006. v.5, p.140.

^b Lucchesi M. Estudo da viabilidade da implantação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2008.

^c Lucchesi M. A gestão de unidades de saúde mental em hospitais gerais na Grande São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Desenho e amostra do estudo

Escolheu-se o desenho de estudo de caso para possibilitar uma interação intensiva e de caráter processual entre o pesquisador e os demais atores envolvidos na pesquisa. Esse desenho é adequado para a compreensão de *como e por que* ocorrem fenômenos sociais complexos, que não podem ser interpretados fora do contexto. Submetido à pesquisa-ação, seu caráter é instrumental,²¹ pondo em destaque o processo de mudança e deixando em segundo plano o *locus* específico da ação.

Ainda que possa ser replicado em outros casos potenciais, o universo da pesquisa é uma proposição teórica: a insuficiência da política para as UPHG no Brasil. Ou seja, sua validade externa é fruto de uma generalização analítica.²⁵ Assim, buscou-se um caso que tivesse maior expressividade, mesmo não sendo necessariamente exemplar⁸ em relação aos hospitais gerais que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha do caso estudado considerou a possibilidade de realizar o trabalho de campo durante a implantação de uma UPHG em um hospital geral: o universitário, em Taubaté, que presta serviço prioritariamente para o SUS, por meio de um convênio com o órgão gestor estadual.

Operacionalização do trabalho de campo

O pesquisador principal era membro da instituição e atuou como coordenador técnico do projeto de implementação da UPHG. O trabalho de campo teve início em julho de 2005, com duração de um ano, em três momentos distintos: entrevistas, observação participante e palestras. Como as evidências preliminares refutavam a influência do estigma como capaz de inviabilizar o projeto em andamento, ampliou-se o foco do trabalho, que, transcendendo o nível operacional, passou a abarcar a instância estratégica, enfatizando o contexto histórico para a compreensão do caso.

O primeiro momento correspondeu à realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave dos níveis estratégico e operacional, caracterizados como: vinculados diretamente à saúde mental (grupo A), responsáveis pela integração entre as especialidades e pela interface com a cúpula administrativa da instituição (grupo B) e membros do alto *staff* institucional (grupo C), conforme observado na Tabela.

O segundo momento foi a observação participante e ocorreu concomitantemente aos demais. Como era esperado que não haveria oposição expressa à criação da UPHG, foram priorizados os contatos informais e

registradas sistematicamente as dúvidas, sugestões, histórias e piadas¹⁷ sobre o projeto da UPHG que, refletindo concepções estigmatizantes, configurassem um discurso estruturado capaz de influenciar negativamente a administração do hospital.

No terceiro momento, foram ministradas palestras sobre a UPHG, direcionadas para as clínicas do hospital universitário (clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia e dermatologia), nas quais atuou uma psicóloga observadora, tentando captar aspectos subliminares (na fisionomia dos presentes, nas conversas paralelas) durante a apresentação.

Análise dos dados

Os resultados são apresentados e discutidos em duas partes: o *contexto do caso* – fruto da ampliação do escopo da investigação para o nível estratégico –, descrito a partir das entrevistas com informantes-chave; e o *relato do caso*, a partir da observação participante e do feedback das palestras realizadas.

A descrição dos resultados segue a seqüência dos eventos, privilegiando aspectos que tiveram destaque na introdução do trabalho. Destacou-se, ainda, o papel do gestor em relação às parcerias estabelecidas com os hospitais que prestam serviços para o SUS.

Para que fizessem parte do relato, os fenômenos observados foram submetidos aos seguintes critérios de validade:¹⁵ a verificação das informações; a saturação dos conteúdos; a triangulação entre as fontes de evidência, e o grau de articulação discursiva, incluindo-se os aspectos não-verbais da comunicação (afetividade, entonação, entre outros). Considerou-se também a sintonia entre as idéias expressas pelo mesmo ator ao longo do processo, bem como o nível de coesão interna na postura das instituições envolvidas, considerando-se os grupos especificados na Tabela.

Na descrição do contexto, foram expostas as iniciativas, favoráveis e contrárias, relacionadas à saúde mental na região de Taubaté em sua vertente hospitalar, buscou-se caracterizar a forma como as necessidades dos portadores de transtornos mentais severos em quadro agudo eram retratadas na agenda do gestor,²⁴ bem como as UPHG eram propostas para atender a essas necessidades.

No relato de caso, analisaram-se práticas discursivas que pudessem influenciar negativamente o projeto em andamento, avaliando-se a possibilidade de resignificação das concepções que sustentavam esse posicionamento.

Tabela. Caracterização dos entrevistados. Taubaté, SP, 2005-2006.

Grupo	Nível estratégico / órgão gestor	n	Nível operacional / hospital universitário	n
A	Área técnica regional	2	Serviço de psiquiatria	3
B	Diretoria regional	2	Diretoria clínica	2
C	Alto <i>staff</i>	2	Administração	5

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética e pela diretoria do hospital universitário, pela Comissão de Ética da universidade e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CAPEPesq.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contexto do caso

As internações psiquiátricas dos moradores da microrregião de Taubaté (SP), com 500.000 habitantes, sempre foram realizadas em outras localidades. Em 1972, diante da inadequação desse modelo, o órgão gestor criou um programa intitulado “psiquiatria de setor”,⁶ firmando quinze convênios com instituições de ensino, dentre as quais o hospital universitário de Taubaté, que era vinculado a uma faculdade de medicina.

No início da década de 1980, quando foi incorporado por uma universidade, o hospital universitário teve sua visão docente-assistencial limitada a procedimentos de baixa e média complexidade. Isso contrariou a orientação do SUS para os hospitais universitários e comprometeu o financiamento público e privado das ações de saúde da universidade, o que resultou em menor crescimento nessa área.

Na década de 1990, com a criação das diretorias regionais, o órgão gestor distribuiu geograficamente os leitos psiquiátricos. Na diretoria de Taubaté (que abrangia as microrregiões de Taubaté, Guaratinguetá e Cruzeiro), a referência para as internações psiquiátricas passou a ser o Sanatório Jesus, em Cruzeiro, que, logo em seguida, foi descredenciado pelo órgão gestor. Nesse processo, diferentemente do que pretendiam os técnicos, membros do alto *staff* viram a oportunidade de economizar recursos para custear tecnologias para outras áreas da saúde.

O novo hospital psiquiátrico de referência – em Itapira, a 400km de Taubaté –, gerou insatisfação nos usuários e seus familiares e a diretoria regional convocou os hospitais gerais sob gestão estadual para tratar da implantação de UPHG.

O hospital universitário era visto pela diretoria regional como prioritário para a implantação de uma UPHG, pois pertencia a uma universidade com cursos na área da saúde (Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social), podendo formar recursos humanos para a região. O serviço de psiquiatria chegou a elaborar um projeto para a UPHG que não foi acolhido pela cúpula administrativa do hospital.

A primeira UPHG da região foi implantada, em 1997, na Santa Casa de Guaratinguetá, onde não havia uma equipe técnica organizada, como a do hospital universitário, mas cuja missão organizacional incluía o atendimento de grupos menos favorecidos.⁴ Embora tivesse conhecimento de que a UPHG seria deficitária, a direção da santa casa via a possibilidade de compensação do déficit por meio

de outros serviços mais rentáveis dentro do hospital.

Em 2000, o serviço de psiquiatria conseguiu o apoio do órgão gestor para o projeto da UPHG no hospital universitário. Assim, foi feito um acordo para a implantação de uma unidade psiquiátrica, cujo custeio não previa complementação da Tabela SUS. Um pedido de investimentos feito pela universidade foi negado pelo órgão gestor sob a alegação de que o valor solicitado era muito alto e o acordo ficou prejudicado.

Em 2003, o governo do estado adquiriu, em Taubaté, o Hospital Regional do Vale do Paraíba (HRVP) para ser administrado por uma entidade parceira de natureza privada. O órgão gestor reproduziu o modelo das OSS, mas nesse caso permitindo a realização de procedimentos para o Sistema Supletivo de Assistência à Saúde (SSAS).

Durante os primeiros meses de negociação entre a diretoria regional e a entidade parceira, ficou acertado que no HRVP seria implantada uma UPHG com dez leitos. Entretanto, sob a alegação de que a prioridade do HRVP seria a prestação de serviços de “alta complexidade” – que são melhor remunerados pelo SUS e pelo SSAS –, a UPHG foi descartada.

Na tentativa de fazer que o alto *staff* do órgão gestor não se omitisse diante da situação, a diretoria regional chamou a atenção para a inadequação das internações em Itapira. O paciente ficava distante de sua comunidade de origem e praticamente isolado por raramente receber visitas; as famílias não participavam do tratamento e não contribuía para o controle social dos serviços prestados. A distância prolongava muitas vezes o tempo de internação e prejudicava a integralidade da atenção. Isso acarretava, ainda, gastos desnecessários com gasolina, pedágio, motorista e manutenção de veículos pelas prefeituras. Além disso, estando em outra região, o hospital não estava subordinado à política de saúde mental nem aos conselhos municipais de saúde da região de Taubaté. Finalmente, a diretoria regional deu voz ao questionamento sobre o destino dado aos recursos economizados com o fechamento do único hospital psiquiátrico da região.

Assim, em julho de 2005, o órgão gestor anunciou a liberação de R\$ 570.000,00 (ou US\$ 237.500,00) para a construção de uma unidade psiquiátrica no hospital universitário. A universidade viu nessa parceria a perspectiva de investimentos futuros no hospital universitário e solicitou como contrapartida a “suplementação dos déficits operacionais da UPHG através de um contrato de gestão”.

A convicção dos atores envolvidos na negociação de que o custeio da UPHG estaria garantido foi de fundamental importância para a validade do presente estudo – tornando-se condição necessária para sua replicação –, pois manteve sob controle os efeitos de uma importante variável condicionante do problema da pesquisa: a remuneração dos serviços prestados pelas UPHG.

Relato de caso

A definição da capacidade instalada da UPHG ficou próxima da necessidade da microrregião de Taubaté: de acordo com o parâmetro de 0,5 leito psiquiátrico em hospital geral para cada 10.000 habitantes (estabelecido neste trabalho), 25 leitos seriam suficientes.

Desse total, o hospital universitário (que tinha cerca de 200 leitos) poderia implantar vinte leitos psiquiátricos, respeitando o denominador que regula os recursos humanos por leito das UPHG sob gerência de OSS no estado de São Paulo (dez) e seguindo a determinação do Ministério da Saúde do limite de 10% do total de leitos do hospital, para diminuir a chance de se configurar como uma estrutura anexa, dissociada do restante da organização.

Além disso, os 20 leitos resultariam em custos proporcionalmente menores que uma UPHG com dez leitos, por exemplo, em virtude da relação entre psiquiatras plantonistas por leito e da possibilidade de compra de medicamentos em maior quantidade, com preços mais baratos, proporcionando ainda melhor suporte à residência médica em psiquiatria e aprimoramento em saúde mental.

No entanto, logo após a liberação de recursos para a UPHG a administração do hospital universitário manifestou receio de que a unidade pudesse ser financeiramente desvantajosa. Afinal, o HRVP – administrado por uma OSS vista como um modelo de gerência eficaz – tinha recém-excluído esse tipo de serviço. Para a universidade, “haveria um preço a pagar” pela parceria com o órgão gestor, e incorporar a saúde mental no hospital universitário passou a ser sinônimo de “comer o pão que o diabo amassou”.

Configurou-se, então, a oportunidade para que o pesquisador fundamentasse tecnicamente a proposta de implantação da UPHG no hospital universitário, uma vez que isso não tinha sido feito durante a negociação. Essa fase do trabalho de campo revelou um receio de mudança, que se caracterizava como uma ansiedade antecipatória, fruto da tentativa de se situar no processo. Ainda que fosse possível perceber a presença do estigma, não se identificou na cultura do hospital universitário nada que, de forma velada ou explícita, fosse capaz de prejudicar a implantação da UPHG. Para confirmar esse achado, foi feita uma análise das concepções estigmatizantes²² mais frequentes – violência, fraqueza moral e intratabilidade –, que foram submetidas a uma tentativa de ressignificação.

A associação entre violência e transtornos mentais devia-se à possível ocorrência de quadros de agitação psicomotora, supervalorizando a frequência e a gravidade dessa manifestação clínica sob a alegação de que a integridade física da população do hospital ficaria ameaçada. Isso explica o medo e os questionamentos caricatos que surgiram, como “E se o paciente fugir

da UPHG, invadir a obstetrícia ou o berçário, e causar um grande tumulto?”.

Mencionava-se àqueles que manifestavam esse tipo de apreensão a existência de condutas protocoladas para o manejo da agitação psicomotora, comum nos serviços de saúde, onde muitas vezes é negligenciada (ou mal conduzida), devido à expectativa da obrigatoriedade da atuação de profissionais especializados. Chamava-se atenção, ainda, para o fato de que os episódios de violência não eram a regra nesses casos;¹² além do que a circulação dos pacientes ficaria restrita à UPHG.

Essas orientações foram bem recebidas pelos profissionais de saúde do hospital, que expressaram seu consentimento, reavaliando a posição anterior e solicitando que os procedimentos nesse tipo de emergência médica fossem aprofundados em treinamento específico.

O julgamento de que os portadores de transtornos mentais tinham uma fraqueza moral apareceu de forma velada no discurso de algumas pessoas que perguntavam, de forma recorrente, se haveria “vaga” na futura UPHG para esse ou aquele colega do hospital, aparentemente submetido a uma situação de estresse. Geralmente falavam em tom de piada, o que deixava claro que não pretendiam concretizar a internação, mas alertar o indivíduo para que não enlouquecesse.

Analisando esse discurso, veio à tona o entendimento de que o autocontrole podia dar conta de comportamentos indesejados, restando aos indivíduos moralmente fracos a internação psiquiátrica como medida disciplinar. Pôde-se observar, no entanto, o temor latente de que o próprio autocontrole falhasse, permitindo a identificação dessas pessoas com os indivíduos que realmente viriam a ser internados na UPHG. Assim, foi possível discutir os critérios que levariam a uma internação psiquiátrica,¹⁹ destacando-se a impossibilidade de o indivíduo nessa condição de se reorganizar satisfatoriamente sozinho.

Finalmente, a idéia de intratabilidade dos transtornos mentais, particularmente no hospital geral, trouxe à tona a marca da degeneração atribuída sobretudo aos portadores de transtornos mentais severos. Já “cronificados”, esses pacientes supostamente demandariam cuidados hospitalares ininterruptos, afetando negativamente a imagem da instituição.

De fato, havia o risco de que o atendimento inadequado na UPHG⁷ – com internações prolongadas e frequentes reinternações – fortalecesse essa concepção. Foi enfatizada, portanto, a necessidade de uma reestruturação integral do modelo de atenção na microrregião de Taubaté afim de que a UPHG pudesse funcionar adequadamente.

Nesse debate sobre a efetividade das intervenções em saúde mental, foi possível notar a contribuição do serviço de interconsulta psiquiátrica² do hospital universitário que, na década de 1990, promoveu uma experiência assistencial adequada na cultura do hospital.

CONCLUSÕES

A resistência histórica da universidade, bem como do hospital universitário, à implantação de uma UPHG não se devia ao estigma ou a qualquer outra especificidade relativa à saúde mental, mas a uma visão auto-referenciada, alheia ao sistema de saúde, que restringia a incorporação de serviços mais sofisticados no hospital universitário. Essa visão é semelhante a das demais instituições de saúde do município de Taubaté,^a que até 2006 não havia obtido o estatuto de gestor pleno do SUS, nem assumido o papel de sede do módulo assistencial microrregional.

A expressão dessa resistência era reforçada por uma postura deliberadamente passiva do órgão gestor que, apesar de ter descredenciado do SUS os hospitais psiquiátricos, não estabeleceu políticas indutoras para a criação da rede alternativa em saúde mental.

É emblemática a não-implantação de uma UPHG no HRVP, deixando claro que, nas negociações bem sucedidas, o fator decisivo foi o interesse do prestador. Apesar de esse hospital ter orçamento compatível com seus custos, não se levou adiante a idéia de implantação de uma UPHG provavelmente pela sua baixa rentabilidade.

No hospital universitário, o investimento feito pelo órgão gestor possibilitou a abertura de um canal de comunicação com a organização hospitalar para a ressignificação das concepções estigmatizantes que eram reatualizadas pelo contexto assistencial, no qual o acesso dos portadores de transtornos mentais é restrito.

Assim, diferentemente do que se aventou na hipótese deste trabalho, o estigma não foi o fator limitante para a implantação da UPHG. A superação dessa forma de resistência foi determinada pela postura assumida pelo órgão gestor, que exerceu sua ascendência sobre o hospital prestador e, principalmente, decidiu pelo financiamento compatível da UPHG, equiparando os custos de funcionamento com os da receita prevista. Observe-se que, se o hospital visasse a melhores resultados financeiros, essa medida teria que ser aperfeiçoada.

Concretamente, isso significa rever o valor reembolsado pelo governo federal (de acordo com a Tabela SUS), e sistematizar os incentivos das outras esferas de governo, mas pensar também em alternativas para

a forma de remuneração das UPHG de modo a recomensar pela eficiência do serviço. Isso poderia ser feito se a unidade de remuneração fosse, não a diária de internação, mas a internação como um todo, variando conforme o diagnóstico do paciente e com tempo de permanência pré-estabelecido, na qual poderiam ser incluídos, quando necessário, procedimentos de alto custo, disponíveis nos hospitais gerais.

Assim, se houvesse necessidade de internação por um período menor do que o previsto, o hospital teria alguma margem de retorno e, em contrapartida, a interface da UPHG com a rede extra-hospitalar seria intensificada. Para inibir altas precoces – que incitariam reinternações frequentes –, deveriam ser estabelecidos indicadores de resultado, como a efetivação da continuidade do tratamento na rede extra-hospitalar.

A maior utilização de produtos industriais,⁹ por sua vez, poderia favorecer os hospitais na negociação com os fornecedores e, em contrapartida, faria com que setores interessados nesse mercado consumidor passassem a reivindicar o acesso à saúde mental. Para inibir gastos desnecessários com exames complementares e medicamentos de alto custo, deveriam ser estabelecidos indicadores de processo a partir de protocolos clínicos referendados.¹⁸

No entanto, na vigência de uma postura deliberadamente passiva do gestor em relação aos prestadores de serviço, tais iniciativas podem desvirtuar a finalidade das UPHG. Afinal, a atuação estratégica inadequada constitui terreno fértil para o desenvolvimento de concepções (estigmatizantes, mercantil, auto-referenciada) que ganham grandes proporções e contribuem para a reprodução das disparidades já estabelecidas, reforçando a exclusão da saúde mental e favorecendo interesses daqueles que detêm mais poder, diferentemente do que é preconizado pelos os princípios do SUS.

Em investigações futuras, será preciso estudar variáveis de nível estratégico relacionadas à atuação do gestor que perpetuam a falta de uma política afirmativa para as UPHG.

AGRADECIMENTOS

A José Henrique Artigas Godoy do Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba, pelas sugestões à pesquisa.

^a Sandini ELL. A constituição do ambulatório de saúde mental no município de Taubaté, nas décadas de 1980 a 2000 [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002

REFERÊNCIAS

1. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):43-6.
2. Botega NJ, Dalgalarrodo P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
3. Botega NJ, organizador. Serviços de saúde mental no hospital geral. Campinas: Papirus; 1995.
4. Botega NJ. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int J Soc Psychiatr.* 2002;48(2):97-102. DOI: 10.1177/002076402128783145
5. Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências; p.17-34.
6. Cerqueira L. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo: Atheneu; 1984. Tentativas de psiquiatria de setor; p.257-64.
7. Dalgalarrodo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Saude Publica.* 2003;37(5):629-34. DOI: 10.1590/S0034-89102003000500013
8. Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000. p.152.
9. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2003;8(2):521-35. DOI: 10.1590/S1413-81232003000200015
10. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ.* 1997;315(7110):740-4.
11. Greenwood DJ, Levin M. Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa-ação. In: Lincoln YS, Denzin NK. O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.
12. Jacintho ACA, Stella F, Laurito Jr JB. Agitação psicomotora. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.211-24.
13. Larrobla C, Botega NJ. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. *Rev Saude Publica.* 2006;40(6):1042-8. DOI: 10.1590/S0034-89102006000700012
14. Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003;11(5):672-7. DOI: 10.1590/S0104-11692003000500016
15. Miles BM, Huberman. Qualitative data analysis (an expanded sourcebook). 2. ed. London: Sage; 1994. Introduction; p.1-15.
16. Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
17. Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996. As organizações vistas como culturas. p.115-44.
18. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saude Publica.* 2000;34(5):547-59. DOI: 10.1590/S0034-89102000000500018
19. Sánchez AE. Habilitación de camas para hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. In: Almeida JMC, Gonzáles FT. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington: OPS; 2005. p.49-55.
20. Schein E. Organizacional culture and leadership. São Francisco: Jossey-Bass; 1986.
21. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994. p.236-47.
22. Stuart H, Arboleda-Flórez H, Sartorius N. Stigma and mental disorders: international perspectives. *World Psychiatry.* 2005;4(Supl 1).
23. Turato ER. Conceitos de pesquisa qualitativa em saúde mental. In: Barros NF, Cecatti, JG, Turato ER, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde mental: múltiplos olhares. São Paulo: Komedi; 2005. p.27-35.
24. Viana, AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Rev Adm Publica.* 1996;30(2):5-43.
25. Yin RK. Estudo de caso. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.53.

Artigo baseado na tese de doutorado de M Lucchesi apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2008.