



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Reinoso Araújo de Carvalho, Claudia
As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de serviços em saúde
mental
Saúde em Debate, vol. 35, núm. 88, enero-marzo, 2011, pp. 148-156
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341767017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de serviços em saúde mental

Psychiatric units in general hospitals and their role in the network of mental health services

Claudia Reinoso Araújo de Carvalho¹

¹ Mestranda em Saúde Pública pela
Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)
claudiareinoso73@gmail.com

RESUMO No Brasil, as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais não têm acompanhado a tendência de crescimento dos demais serviços substitutivos em saúde mental, apesar dos incentivos referentes à legislação. Críticas quanto à eficiência deste dispositivo não são raras e estas se baseiam na possibilidade de repetição das características asilares e na adoção de um modelo basicamente medicamentoso. A proposta deste trabalho é caracterizar a UPHG de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro e descrever seu funcionamento. Busca-se mencionar dados acerca das internações e analisar aspectos inerentes a sua articulação com as demais clínicas do hospital e com os serviços de saúde mental da região.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde mental; Hospitais gerais; Unidade hospitalar de psiquiatria.

ABSTRACT In Brazil, the Psychiatric Units in General Hospitals (PUGH) have not followed the growth trend of the other substitute mental health services despite the incentives provided by legislation. Criticism as to the efficiency of this device is not rare, and it is based on the possibility of repeating the same characteristics of nursing homes and in the adoption of a primarily drug-oriented model. This work is intended to characterize the PUGH of a public hospital in the city of Rio de Janeiro and describe its operation. Mentioning data on hospitalizations and analyzing coordination-related aspects and their relationship with the other hospital clinics and mental health services in the region is intended.

KEYWORDS: Mental health services; General hospitals; Psychiatric hospital unit.

Introdução

A assistência psiquiátrica brasileira foi, por muito tempo, baseada na internação dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos e em sua exclusão social. Nas décadas de 50 e 60, enquanto países como Estados Unidos, Inglaterra e Itália encontravam-se em um processo de profundas reflexões, resultando no advento do processo de desinstitucionalização, o Brasil vivia uma política de privatização dos hospitais psiquiátricos, caracterizada por um movimento de internação indiscriminada, que foi conhecido como 'indústria da loucura'. Os brasileiros assistiam a uma expansão dos leitos nos hospitais privados financiados pelo Estado. Somente no final da década de 1970, aproveitando o momento político de redemocratização do país, os profissionais que trabalhavam nesses hospitais, de maneira organizada, denunciaram a violência e a ausência de recursos para a área, além da negligência e da utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social, reivindicando a criação de projetos alternativos ao modelo asilar (AMARANTE, 2000). Surge o primeiro movimento organizado de questionamento acerca da política de saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Influenciada pelo modelo italiano da Psiquiatria Democrática desenvolvido nos anos 70, surgiu uma nova concepção de tratamento psiquiátrico e o início da chamada Reforma Psiquiátrica, entendida aqui como um processo de transformação que tem como base o constante questionamento de seus saberes e práticas, possibilitando mudanças nas formas de tratar e entender a loucura. Ao longo desses anos, foi criada uma rede diferenciada e normalizada de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico: hospitais-dia, centros de atenção psicossocial, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência, oficinas terapêuticas, serviços residenciais terapêuticos, entre outros.

As Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) são parte dessa rede de serviços que, articulados, tentam superar o manicômio. Sua regulamentação deu-se através das portarias 189, que em 1991 criou o procedimento 'leitos psiquiátricos em hospitais gerais', e 224, de 1992, onde são traçadas as diretrizes e normas que regulamentam, entre outros, esse dispositivo.

O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe a ampliação de leitos de curta permanência em hospitais gerais como modalidade substitutiva aos leitos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos, de caráter manicomial.

Apesar da legislação favorável e da recomendação da III Conferência, no Brasil as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não acompanharam as outras modalidades substitutivas ao modelo manicomial no que diz respeito ao crescimento e principalmente visibilidade. Não há quase nada publicado a respeito das Unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais. A pouca bibliografia existente não contempla as diversas experiências com o dispositivo, limitando-se ao relato de unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais universitários.

A proposta deste trabalho é descrever a experiência da UPHG de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro em seus dez anos de funcionamento. Busca-se caracterizar a UPHG em questão, mencionando dados como: diagnósticos mais comuns, tempo das internações, principais demandas recebidas e encaminhamentos realizados. Abordam-se ainda aspectos inerentes a sua articulação com as demais clínicas do hospital e com os serviços de saúde mental da região. Os dados foram coletados a partir dos registros constantes nos livros de admissão e alta e de outros documentos, tais como livro de comunicação interna, ata de reuniões e projeto do serviço. Anteriormente à descrição do serviço, faz-se uma breve contextualização sobre as UPHG.

Algumas considerações acerca das UPHG

As experiências com as UPHG acontecem de maneiras diversas e suas características e funcionamento dependem em grande parte da política de desinstitucionalização de cada país. Nos EUA, por exemplo, a noção de desinstitucionalização pode ser entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização e está voltada, sobretudo, para objetivos administrativos como redução de custos com a assistência aos doentes mentais. Após a década de 40 do século 20, houve no país uma crescente diminuição do setor público no financiamento dos serviços de assistência à

saúde. Atualmente nos EUA, o financiamento do sistema é com base no seguro saúde e, portanto, o atendimento e as internações dependem qualitativa e quantitativamente da seguradora à qual o paciente pertence. Somente a parcela mais pobre da população ocupa uma faixa de isenção sendo subsidiada pelo setor público. Nos EUA, as UPHG são responsáveis pela maioria das internações psiquiátricas e os principais departamentos acadêmicos de psiquiatria são baseados em hospitais gerais. Estes centros médicos acadêmicos executam a maior parte das investigações, a formação dos residentes de psiquiatria e a educação de estudantes de medicina do país (LIPTZIN; GOTTLIEB; SUMMERGRAD, 2007). De acordo com a pesquisa de Olfson e Mechanic analisando 13.086 pacientes com diagnóstico de transtorno mental primário que receberam alta de hospitais gerais em 1993, o setor público respondia por apenas 9,4% deste total. No entanto, os autores, apontando o encerramento generalizado do setor hospitalar público em geral, destacam a importância deste no atendimento aos pobres com graves problemas psiquiátricos (OLFSON; MECHANIC, 1996).

As críticas em relação ao processo de desinstitucionalização americano relacionam-se principalmente à falta de planejamento. As UPHG não conseguiram suprir toda a demanda. Outro ponto destacado por Bachrach e Lamb é a não valorização dos aspectos culturais na implementação das ações. Sobre este fato, tais autores dizem que

um tamanho único para todas as abordagens não é adequado para pessoas que precisam de cuidado em saúde mental, não só porque cada pessoa mentalmente doente é diferente de todos os outros como um indivíduo, mas também porque cada pessoa deve ser considerada dentro de um contexto cultural específico. (LAMB; BACHRACH, 2001, p. 1.045).

Na Inglaterra a desinstitucionalização ocorreu de forma mais racionalizada. A desarticulação observada nos EUA não aconteceu graças às diferenças nas políticas de saúde entre os dois países. No sistema inglês, a assistência à saúde é pública e universal, baseada na atenção primária realizada por médicos generalistas e enfermeiros.

A Inglaterra adotou uma política sanitária planejada e em 1968 o conselho central de Serviços de Saúde criou um subcomitê de reabilitação para estudar a possibilidade de prestar os serviços a todas as demandas de saúde nos hospitais distritais, inclusive casos psiquiátricos. Tal objetivo foi possibilitado pela instalação de UPHG em hospitais regionais (TAVARES, 1997; DESVIAT, 2002). Os pacientes eram inseridos em uma rede alternativa já implantada e disponível. Houve o cuidado de não apenas tratá-los nas comunidades, como muitas vezes de reintegrá-los a suas famílias (RAFTERY, 1992).

Na Itália deu-se o movimento de desinstitucionalização mais abrangente, resultando em um encerramento progressivo de todos os hospitais psiquiátricos concluído no final de 1999 (PICCINELLI; POLITI; BARALE, 2002). Franco Basaglia foi o principal impulsionador das mudanças na assistência aos doentes mentais no país. Basaglia conheceu os sistemas americano e inglês com as UPGH e, embora EUA, Inglaterra e a Itália tenham seus sistemas de saúde mental consideravelmente diferentes, é possível que tais experiências o tenham influenciado. Na Itália, o surgimento das UPHG parece ter sido produto direto da reformulação geral das políticas de saúde mental que passaram a ser focadas na assistência comunitária através de uma rede de serviços bem articulados entre si.

Em 1978, foi aprovada na Itália a Lei 180, a da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como 'Lei Basaglia'. Esta lei, que estipulava a substituição gradativa dos manicômios por dispositivos extra-hospitalares, territorializados, previa a criação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais com no máximo 15 leitos. Foram então criados na Itália os chamados Serviços Psiquiátricos de Diagnósticos e Tratamento (SDC-Servici di Diagnosi e Cura) e em diversas regiões aproveitou-se esse dispositivo para criar enfermarias nos hospitais gerais a partir desses serviços de emergência. A interpretação à lei dada em Trieste, onde o movimento de reforma começou, levou à criação de um serviço de emergência psiquiátrica ligado aos Centros de Saúde Mental, os chamados 'Serviços Fortes' que funcionavam 24 horas e atendiam qualquer demanda em saúde mental, inclusive internações. A ênfase da reforma psiquiátrica no país recaiu principalmente nos Centros de Saúde Mental (BARROS, 1994 p.114).

No Brasil, as UPHG não têm acompanhado a tendência de crescimento dos demais serviços substitutivos em saúde mental. Críticas quanto à real eficiência deste dispositivo não são raras e estas se baseiam sobretudo na possibilidade de repetição das características asilares dos hospícios e na adoção de um modelo basicamente medicamentoso.

A primeira UPHG no Brasil foi criada em 1954 no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, e contava com 6 leitos. Nas décadas de 60 e 70, várias UPHG foram sendo criadas, principalmente em hospitais universitários (BOTEGA, 2002). Apesar de existirem desde a década de 50 no Brasil, somente nos anos 90 as UPHG foram regulamentadas por lei. Na mesma década aconteceu a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina convocada pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS), onde se produziu a chamada 'Declaração de Caracas', recomendando que a atenção psiquiátrica no continente latino-americano se baseasse em serviços centrados na comunidade como alternativa à hegemonia do hospital psiquiátrico, entre eles a internação em hospitais gerais. Na sequência da Declaração de Caracas, aconteceu no Brasil a II Conferência Nacional de Saúde Mental e tal mobilização acabou influenciando também no surgimento das portarias governamentais que regulamentam e incentivam a criação de serviços substitutivos no país, tais como: Caps/Naps, UPHG e Hospital-dia. Observa-se que após as portarias houve uma grande expansão desses dispositivos, mas as UPHG não evoluíram na mesma proporção. Mais recentemente, em 2001, a lei 10.216 determina que a internação psiquiátrica somente deva acontecer quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e que o tratamento no regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa tendo como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. A mesma lei diz que é vedada a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares. Ainda no ano de 2001, o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental

propõe a ampliação de leitos de curta permanência em hospitais gerais como modalidade substitutiva aos leitos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos, de caráter manicomial.

Entre os países da América do Sul, o Brasil é o que menos investe no dispositivo. Apenas 1,3% das internações psiquiátricas por aqui acontecem nos hospitais gerais. Nos outros países, os dados são: Chile – 14%, Colômbia – 8%, Equador – 10%, Paraguai – 3%, Uruguai – 66% (BOTEGA, 2002).

Uma característica que parece contribuir para a falta de interesse em relação às UPHG no Brasil é o fato de grande parte delas, principalmente as retratadas nos poucos estudos publicados sobre o tema, serem ligadas a hospitais universitários, em geral com finalidade em seus programas próprios, nem sempre com ações claras em direção à rede de serviços.

A unidade psiquiátrica de um hospital geral da Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro

A UPHG, onde esse estudo foi realizado, é uma parte do Serviço de Saúde Mental de um hospital público da Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. O Serviço de Saúde Mental dessa unidade, tal como é hoje, foi criado em 1999 por iniciativa da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de criar na Zona Oeste da capital um dispositivo de cuidados intensivos para portadores de transtornos mentais graves.

O projeto do serviço de saúde mental do hospital foi estruturado para funcionar em quatro eixos: Unidade de internação psiquiátrica (UPHG); Serviço de interconsulta às clínicas do hospital; Atendimento ao setor de emergência; Articulação com os serviços de saúde mental da região.

Atendimento ao setor de emergência – nesta modalidade, o serviço atende às demandas da emergência através de chamados da equipe do pronto-socorro ou mesmo se antecipando aos chamados através de visitas diárias ao setor. A abordagem visa à maior resolubilidade possível.

Interconsulta – modalidade de atendimento voltado aos internos de outras clínicas do hospital que

estejam demandando alguma intervenção da Saúde Mental. É realizada mediante pedido de parecer feito pela equipe das outras clínicas. Além de uma intervenção junto aos internos, a interconsulta é um dispositivo de orientação técnica junto às equipes solicitantes, contribuindo para a integralidade das ações terapêuticas. Algumas pessoas podem ser acompanhadas diretamente pelo setor de Saúde Mental, mesmo mantendo-se internadas em outras clínicas.

Articulação com os serviços de saúde mental da região – quanto à assistência em saúde mental em nível regional, cabe ressaltar a parceria institucional existente entre o Serviço de Saúde Mental do hospital e o Caps da região, localizados próximos um do outro o que facilita por um lado o oferecimento, quando necessário, de um suporte hospitalar aos usuários do Caps e, por outro lado, a continuidade do tratamento daqueles que estiveram internados no hospital.

Unidade de internação psiquiátrica (UPHG) – a internação somente é praticada quando todos os outros recursos não foram suficientes e quando há clara situação de risco psicossocial. Pode acontecer como um desdobramento de uma das modalidades de atendimento já descritas. Sua duração deve ser a mais curta possível. Quanto às atividades desenvolvidas na enfermaria, elas não se limitam ao tratamento medicamentoso de caráter médico, mas se expandem para outras abordagens de caráter psicossocial.

A UPHG localiza-se no interior do hospital geral, ocupando parte do sexto andar do hospital. O andar é dividido entre esta e a enfermaria de clínica médica masculina. O espaço físico da UPHG compreende:

Duas enfermarias que perfazem um total de 10 leitos, distribuídos em 5 femininos e 5 masculinos. Em cada enfermaria há armários para guardar os objetos pessoais dos internos e um banheiro.

Uma sala de convivência que possui mobília básica (mesa, cadeiras, bancos, armário de material), TV e aparelho de som. Neste espaço acontecem os atendimentos em grupo, as visitas e as refeições. É um espaço de interação.

Uma sala de reuniões, onde é realizada a reunião semanal da equipe, o grupo de família, avaliações, entrevistas e outras atividades tanto grupais quanto individuais.

Uma sala para atendimento individual menor que as acima citadas, que geralmente é utilizada quando é preciso maior privacidade.

Uma sala para procedimentos de enfermagem onde são guardadas e ministradas as medicações.

Nas janelas de vidro há grades e o espaço entre a UPHG e as enfermarias da clínica médica é separado por uma divisória contendo porta de madeira que se mantém fechada.

A equipe do Serviço de Saúde Mental do hospital que atua diretamente na UPHG é constituída por cinco psiquiatras, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, sete enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, sete psicólogos e dois auxiliares de serviços gerais. A equipe diária é de no mínimo cinco técnicos e a reunião semanal conta com a participação de parte da equipe, e nela são elaborados os projetos terapêuticos individuais, discutidas as condutas de acordo com a evolução de cada caso e também assuntos relativos à estrutura e ao funcionamento do serviço. Uma vez por mês em média, a reunião de equipe conta com a presença do supervisor estadual. Quando necessário, o mesmo também é solicitado a comparecer à UPHG.

As visitas dos familiares são diárias e em geral acontecem no turno da tarde, mas podem acontecer a qualquer momento mediante acordo com a equipe.

Considerando-se o período de abril de 2008 a abril de 2009, a enfermaria contabilizou 54 internações. Dessas, 25 foram do sexo feminino e 29 do sexo masculino, segundo informações do livro de admissão e alta da equipe. No espaço de tempo considerado, a média de duração destas internações foi de 31 dias. Tendo como base os dados acima, percebe-se uma média elevada no tempo de internação. Importa destacar que no período analisado aconteceram duas internações bem mais longas do que as outras, o que influenciou significativamente na média. Essas foram de 108 dias e 142 dias, e ambas traduzem-se em casos de problemática social que foram por fim encaminhadas a um abrigo, não antes de todas as tentativas de resgate à família, o que demandou tempo. Ressalto que casos sociais não foram raros durante os 10 anos de funcionamento da referida UPHG e o quanto esses casos descaracterizam em parte a proposta do dispositivo de oferecer uma internação breve. Os esforços para a resolução das amplas questões sociais demandam tempo.

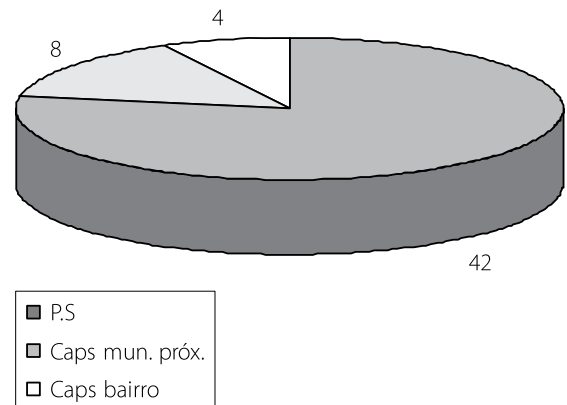
Dentre as internações praticadas no período, o diagnóstico F20 – esquizofrenia – foi o mais comum com 14 casos. Quase que na mesma proporção, encontram-se os casos de F29 – psicose não especificada. O transtorno bipolar do humor, F31, foi o terceiro diagnóstico mais comum no período (Gráfico 1).

Os principais encaminhamentos para internação durante o período analisado partiram do pronto-socorro do hospital, 42 casos; dos Caps de municípios próximos, 8 casos; e do Caps do bairro, 4 casos (Gráfico 2). É pertinente esclarecer que a única porta de entrada para a UPHG é o pronto-socorro do próprio hospital. No entanto para efeito de melhor compreensão dos dados, considero aqui demanda do pronto-socorro (PS) as pessoas que dão entrada sem contato prévio de serviços de saúde mental. É comum os serviços da área, principalmente os Caps do bairro ou de municípios vizinhos, estabelecerem contato com a equipe antes de encaminharem seus usuários. Algumas vezes também seus usuários dão entrada no PS sem nenhuma referência prévia. Assim sendo, só são considerados aqui como encaminhamento dos serviços aqueles cujo caso foi passado à equipe por contato prévio. Todo usuário sempre dá entrada na UPHG através do PS. Após o acolhimento inicial pela equipe do PS, um pedido de parecer é solicitado à equipe da UPHG, sendo esta responsável por avaliar o caso e decidir pelo encaminhamento adequado, que muitas vezes não é a internação.

Após a alta da UPHG, a maioria dos casos foi referenciada ao Caps da região e aos Caps de municípios vizinhos. Os encaminhamentos aos ambulatórios da região também não foram raros (Gráfico 3).

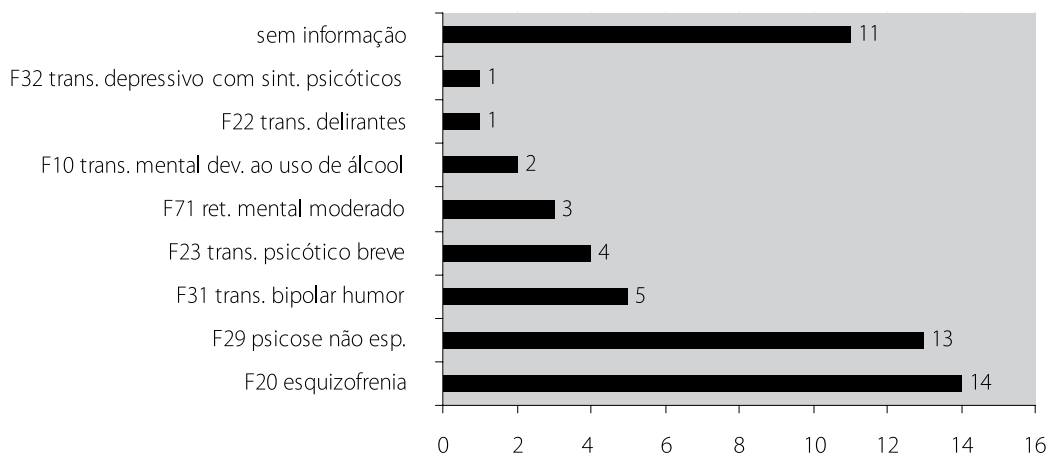
A UPHG enfrenta algumas dificuldades no que se refere a sua consolidação no hospital. Mesmo com os 10 anos de seu funcionamento, as resistências ainda acontecem. Em geral, as demais clínicas e setores do hospital demonstram não compreender a complexidade da saúde mental, pois trabalham baseados em rotinas médicas, no ritmo de plantão. O descompasso da UPHG em relação às demais clínicas pode ser consta-

Gráfico 2. Encaminhamentos para a internação (Abr 2008 - Abr 2009)



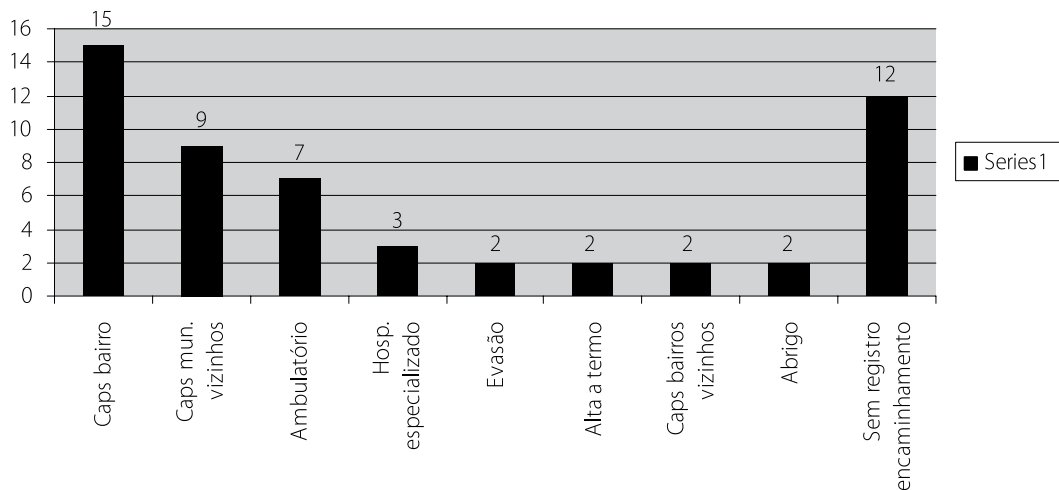
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 1. Diagnóstico das internações (Abr 2008 - Abr 2009)



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 3. Encaminhamento pós altas (Abr 2008 - Abr 2009)



Fonte: Elaboração própria.

tado, por exemplo, pela autonomia dos demais técnicos em relação aos médicos e pela coordenação que por muito tempo pertenceu a um psicólogo. No hospital, todos os demais chefes das clínicas são médicos, e os profissionais não médicos das outras equipes em geral atendem apenas mediante solicitação de parecer. Apesar da diferença no estilo do trabalho em relação às demais clínicas, observa-se que o modelo médico do hospital gera mais influências na equipe da UPHG do que se deixa influenciar por ela. Tal influência, por vezes, é percebida em algumas ações da equipe. Seja através de discussões longas acerca de medicações, como se esse fosse o único recurso para a melhora dos que lá estão, seja através do pouco uso de atividades em grupo e da pouca disponibilidade da equipe para atendimento em oficina terapêutica. Contudo, destaco uma característica do meio hospitalar que parece favorável. São as trocas de plantão e substituições tão comuns no meio hospitalar principalmente entre os profissionais da enfermagem e de serviços gerais. Tal fato pode se constituir em uma oportunidade de integração da UPHG com as demais clínicas do hospital. Mudanças temporárias e pontuais na equipe possibilitam que os outros trabalhadores do hospital entrem em contato com os usuários, funcionando como forma de aproximação e diminuição do estigma em torno da doença mental.

No hospital parece que todos ‘acostumaram-se’ à UPHG, mas a mesma ainda sofre críticas se sua equipe deixar de atender a algum pedido de transferência ou de internação, vindo de outras clínicas, que avalie ser desnecessário. Situações assim, de divergência entre as avaliações das equipes, geram questionamentos dos demais serviços do hospital em relação à UPHG. O pronto-socorro é o setor do hospital onde a equipe da UPHG trabalha de forma mais integrada, neste setor as condutas estabelecidas pela equipe são em geral aceitas e bem encaminhadas. O mesmo não se aplica às outras clínicas onde basta que um de seus internos informe o uso de alguma medicação psiquiátrica para que sua transferência para a UPHG seja imediatamente cogitada, em geral não importando a gravidade do quadro psiquiátrico em relação ao problema clínico pelo qual foi inicialmente internado. A interação com as outras clínicas acontece por meio de acompanhamento de casos em conjunto.

Pelas características do meio hospitalar, sobretudo pelas diferenças no estilo de trabalho, a UPHG parece mais integrada ao Caps e aos ambulatórios de saúde mental da região do que às clínicas do próprio hospital.

A aproximação com os demais serviços de saúde mental da região acontece no dia a dia da UPHG, através do acompanhamento de casos em comum, das

solicitações de vaga por parte dos serviços, pela demanda dos que estão internados de visitarem o Caps e lá participarem de suas atividades habituais e pela presença da equipe do Caps nas reuniões da UPHG e desta nas reuniões de equipe do Caps. Essa aproximação também acontece por meio do Fórum de Saúde Mental da área que ocorre mensalmente com a presença de todos os serviços de Saúde Mental da região: Caps, ambulatorios, equipes de PSF e equipe da referida UPHG. Um ponto a ser destacado é o fato do hospital geral onde está localizado a UPHG em questão estar situado bem próximo ao Caps, o que possibilita muitas vezes que os usuários possam frequentá-lo mesmo durante a internação. Neste caso, acompanhados de algum membro da equipe da UPHG. Alguns profissionais da UPHG trabalham também em outros serviços substitutivos, tais como Caps e residências terapêuticas, e este pode ser considerado um ponto favorável na medida em que os encaminhamentos podem ser dados com mais segurança e a continuidade do tratamento pós-alta é facilitada.

Conclusões

Uma vez que as UPHG não foram tão enfatizadas no modelo italiano e sendo a Itália o país que mais influenciou a Reforma Psiquiátrica brasileira, é possível se compreender as prováveis resistências e o pouco interesse neste dispositivo no Brasil.

Críticas quanto à real eficiência das UPHG não são raras e estas se baseiam sobretudo na possibilidade de repetição das características asilares dos hospícios. No entanto, as UPHG constituem uma das alternativas ao macro-hospital e podem ter um papel estratégico na assistência em Saúde Mental, se de fato inseridas na rede, pois a internação no hospital geral tende a evitar a cronificação, diminuir o estigma e possibilitar aos internos um acesso mais próximo e regionalizado.

O fato de a referida UPHG apresentar-se pouco integrada ao hospital no qual se situa apesar de seus dez anos de existência reflete em grande parte a contradição que permeia tal dispositivo. Para o hospital geral, a unidade psiquiátrica pode parecer um 'corpo estranho' em seu interior. Para os serviços substitutivos, o risco de as

UPHG terem suas ações focadas no modelo hospitalocêntrico e nas internações também pode se traduzir em resistências.

Fica evidente a necessidade de a equipe da UPHG pensar em estratégias para sua melhor inserção no hospital. Algumas iniciativas como sediar o fórum de saúde mental e realizar eventos de saúde mental no auditório do hospital já aconteceram e foram positivas.

A parceria com o Caps e os ambulatorios de saúde mental da região é reforçada pelos contatos diários, pelos encaminhamentos de ambas as partes e principalmente através do acompanhamento de casos em comum. O fórum de saúde mental constitui um espaço facilitador dessa relação, onde casos são discutidos e os resultados compartilhados.

Em relação às informações sobre a UPHG considerada, a ausência de registros acerca das internações foi observada. Em diversos casos não se tinha registro do diagnóstico e dos encaminhamentos realizados. Destaca-se que tal fato compromete a avaliação do serviço.

O espaço acolhedor da referida UPHG favorece em grande parte a aproximação entre usuários e equipe. O pequeno número de leitos possibilita a participação ativa dos usuários nas condutas terapêuticas, bem como de seus familiares. A equipe desta UPHG conta com número satisfatório de técnicos, o que permite diversidade em suas ações. No entanto, o número de Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Sociais é desproporcional em relação ao número de Psicólogos.

As UPHG podem ter um importante papel na assistência. Os estudos sobre esse dispositivo são necessários e devem contemplar os aspectos diversos em torno da questão, tendo em vista a possibilidade de diferentes dinâmicas em seus funcionamentos. A exemplo, a UPHG aqui considerada, cujas ações procuram articulação com a rede, em muito pouco se identifica com a dos hospitais universitários, que, com foco na formação de residentes, se parecem mais com o modelo americano. Estudos mais amplos em relação às práticas diárias das equipes, relatando as diversas experiências no país são fundamentais para um melhor entendimento do papel das UPHG na rede de serviços em Saúde Mental. Resta a cada equipe refletir sobre suas práticas, publicar seus resultados e compartilhar suas experiências. ■

Referências

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Panorama: Ensp, 2000.
- BARROS, D.D. *Jardins de Abel*. Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: USP, 1994.
- BOTEGA, N.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BOTEGA, N. J. (org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 224/92*. Brasília, 1992.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS, 2001.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- LAMB, H.R.; BACHRACH, L.L. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatry Services*, n. 52, p. 1039-1045, 2001.
- LIPTZIN, B.; GOTTLIEB, G.L.; SUMMERGRAD, P. The Future of Psychiatric Services in General Hospitals. *American Journal of Psychiatry*, v. 164, n. 10, p. 1468-72, Oct. 2007.
- OLFSON, M.; MECHANIC, D. Mental disorders in public, private nonprofit, and proprietary general hospitals. *Journal of Psychiatry*, n. 153. p. 1613-1619, 1996.
- PICCINELLI M.; POLITI P; BARALE F. Focus on psychiatry in Italy. *British Journal of Psychiatry*, n. 181, p. 538-544, 2002.
- RAFTERY, J. Serviços de saúde mental em transição: EUA e Reino Unido. *British Journal Psychiatry*, n. 161, p. 589-593, 1992.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDC). *Projeto de Trabalho do Serviço de Saúde Mental do Hospital Estadual Pedro II*. Rio de Janeiro, 2004.
- TAVARES, I.M.O. *Tratamento de Pacientes Psiquiátricos no Hospital Geral: Possibilidades e Limitações*. Tese. (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

Recebido para publicação em Outubro/2009

Versão definitiva em Abril/2010

Conflito de interesses: Não Informado

Suporte financeiro: Não Informado