OSMAR RATZKE

BIBLIOTECA CENTRAL
PUC-PR

IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Orientador: Prof. Dr.JAYME FERREIRA BUENO

CURITIBA

1997

SUMÁRIO

SUMÁRIO ..... p. i

RESUMO ..... p. iii

ABSTRACT ..... p. iv

1. INTRODUÇÃO p.1

1.1 Justificativa p.1

1.2 Objetivos p.2

1.3 Delimitação do Problema p.2

1.4 Metodologia p.4

2. OS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAIS GERAIS p.6

2.1 O Ambulatório de Psiquiatria p.15

2.2 A Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral p.17

- Vantagens da Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral p.20
- Desvantagens das Enfermarias Psiquiátricas no Hospital Geral p.21
- Resistências a Internamento Psiquiátrico no Hospital Geral p.23

2.3 A Consultoria ou Interconsulta Psiquiátrica no Hospital Geral p.25

- Conceituação p.27
- Resistências à Solicitação de Consultoria p.29
- Razões Comuns para Solicitar uma Consultoria Psiquiátrica p.32
- Fatores que Influenciam o Encaminhamento ao Psiquiatra p.34
- Atendimento de Emergências pelo Serviço de Consultoria p.36

3. O ENSINO DE PSIQUIATRIA COMO ATIVIDADE INTEGRADA À MEDICINA p.41

3.1 Tendências na Educação Médica p.41

3.2 O Ensino de Psiquiatria e a Medicina p.47

3.3 O Hospital Geral Universitário como Unidade de Ensino p.54

3.4 O Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UFPR p.57

4. A IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS p.62

4.1 Psiquiatria e Administração p.63

- A Gestão nos Serviços Tradicionais p.63
- O Psiquiatra como Administrador p.66

4.2 Estrutura de Autoridade e Liderança na Gestão de Serviços Psiquiátricos p.70

4.3 Estratégias Administrativas em Psiquiatria p.72

4.4 Administração Psiquiátrica e o Hospital Geral p.78

- Gestão do Ambulatório Psiquiátrico no Hospital Geral p.80
- Gestão da Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral p.82
- Gestão do Serviço de Consultoria Psiquiátrica no Hospital Geral p.87

4.5 Estratégias para a Implantação de uma Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral p.92

5. CONCLUSÃO p.98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS p.103

ANEXO p.110

RESUMO

Este trabalho visa descrever a importância da integração do ensino de Psiquiatria dentro do curso médico, por meio da implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais universitários. Procura, também, demonstrar a viabilidade do atendimento psiquiátrico, em suas várias formas, em hospitais gerais.

De início, descreve os vários tipos de serviços psiquiátricos em hospitais gerais, enfatizando o ambulatório, as enfermarias psiquiátricas e o serviço de interconsulta. Posteriormente, aborda o ensino da psiquiatria e a necessidade de integrá-lo à Medicina, a posição do hospital geral universitário como unidade de ensino e a necessidade de a Psiquiatria inserir-se neste sistema. Por último, enfoca aspectos da gestão de serviços psiquiátricos, principalmente no que se refere à organização de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

O trabalho defende a idéia de que a Psiquiatria seja integrada à Medicina e sugere estratégias para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

RESUMO

Este trabalho visa descrever a importância da integração do ensino de Psiquiatria dentro do curso médico, por meio da implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais universitários. Procura, também, demonstrar a viabilidade do atendimento psiquiátrico, em suas várias formas, em hospitais gerais.

De início, descreve os vários tipos de serviços psiquiátricos em hospitais gerais, enfatizando o ambulatório, as enfermarias psiquiátricas e o serviço de interconsulta. Posteriormente, aborda o ensino da psiquiatria e a necessidade de integrá-lo à Medicina, a posição do hospital geral universitário como unidade de ensino e a necessidade de a Psiquiatria inserir-se neste sistema. Por último, enfoca aspectos da gestão de serviços psiquiátricos, principalmente no que se refere à organização de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

O trabalho defende a idéia de que a Psiquiatria seja integrada à Medicina e sugere estratégias para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

ABSTRACT

The purpose of this work is to describe the importance of integration of psychiatric education inside the medical school, by means of the introduction of psychiatric units in university general hospitals. It wishes to demonstrate, too, the practicability of the psychiatric care, in various forms, inside general hospitals.

In the beginning of the work, it describes the various kinds of psychiatric services in general hospitals, stressing the outpatient and inpatient care and the consultation-liaison service. It deals then with the psychiatric education issue and the necessity for integration with Medicine, the status of the university general hospital as a teaching unit and the need for Psychiatry to integrate itself in this system. Last, it deals with the administrative aspects of psychiatric services, particularly in what refers to the organization of general hospital psychiatric units.

The work defends the idea that Psychiatry should be integrated to Medicine and sugests strategies for the introduction of general hospital psychiatric units.

ABSTRACT

The purpose of this work is to describe the importance of integration of psychiatric education inside the medical school, by means of the introduction of psychiatric units in university general hospitals. It wishes to demonstrate, too, the practicability of the psychiatric care, in various forms, inside general hospitals.

In the beginning of the work, it describes the various kinds of psychiatric services in general hospitals, stressing the outpatient and inpatient care and the consultation-liaison service. It deals then with the psychiatric education issue and the necessity for integration with Medicine, the status of the university general hospital as a teaching unit and the need for Psychiatry to integrate itself in this system. Last, it deals with the administrative aspects of psychiatric services, particularly in what refers to the organization of general hospital psychiatric units.

The work defends the idea that Psychiatry should be integrated to Medicine and sugests strategies for the introduction of general hospital psychiatric units.

1. INTRODUÇÃO

1.1- JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa se justifica diante das modificações que o atendimento psiquiátrico vem sofrendo nas últimas décadas. De um atendimento centralizado no internamento em hospitais psiquiátricos tradicionais, asilos ou manicômios, passa a se realizar, de forma mais diversificada, em diferentes serviços psiquiátricos de natureza hospitalar e extra-hospitalar.

O grande modelo de atendimento psiquiátrico, até recentemente, centralizou-se no hospital especializado. Com vários nomes, como "asilo", "manicômio", "sanatório para doentes mentais", "clínica de repouso", etc., o hospital psiquiátrico tem apresentado inúmeras variantes em sua estrutura básica de funcionamento. Esse atendimento, chamado "hospitalocêntrico", ou seja, cuja base era o hospital psiquiátrico, principalmente em suas formas tradicionais, permaneceu até recentemente, quando novas tendências surgiram no tratamento especializado.

Uma das tendências mais importantes neste campo foi a progressiva aproximação e integração à Medicina, que, por sua vez, favoreceu a criação de unidades psiquiátricas dentro dos hospitais gerais.

Pretende-se com este trabalho justificar a criação dessas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, principalmente universitários, que, além de promover uma mudança no enfoque assistencial, cumpre também com os objetivos de promover a integração do ensino de psiquiatria com as demais áreas da Medicina.

1.2 - OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivos:

1. Demonstrar a necessidade de se criar unidades psiquiátricas em hospitais gerais universitários, dentro de um espírito de multidisciplinariedade.
2. Sensibilizar e envolver também os médicos, residentes e demais membros das diversas equipes no processo de atendimento psiquiátrico.
3. Incentivar o aluno de Medicina a incorporar os conhecimentos de Psiquiatria, não como algo separado e dissociado da realidade médica, mas dentro da moderna visão integrada do homem como ser biopsicosocial.

1.3- DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Resume-se o problema da seguinte forma: como integrar a Psiquiatria à Medicina nos hospitais gerais?

A implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais universitários e a conseqüente integração da Psiquiatria à Medicina geral enfrenta dificuldades naturais e obstáculos que refletem os já conhecidos preconceitos de toda a sociedade, e não só da comunidade médica do hospital geral frente ao doente mental. As resistências demonstram, de um lado, o desconhecimento técnico a respeito da ciência psiquiátrica atual, e, de outro, as dificuldades ligadas a fatores pessoais, emocionais, sociais e culturais que se traduzem pela não-aceitação do paciente psiquiátrico no âmbito do hospital geral.

Embora considerando-se a magnitude do problema, não se pode deixar de propor soluções para modificar a cultura organizacional e superar os obstáculos à implantação dessas unidades nos hospitais gerais.

Para a superação das resistências, recomenda-se procurar conhecê-las em profundidade, e, por meio de um trabalho intensivo, propor estratégias para superá-las. Com a participação de pessoas envolvidas no funcionamento do hospital geral, recomenda-se, também, informar, de forma dinâmica e prática, a respeito da Psiquiatria como especialidade médica, e divulgar sua importância para o funcionamento do hospital geral.

A implantação de unidades psiquiátricas representa um trabalho de gestão, com aspectos administrativos que envolvem o planejamento, a superação dos obstáculos, a execução propriamente dita, e os processos de avaliação contínua dos resultados obtidos.

Para obtenção da integração às demais especialidades médicas, sugere-se considerar o enfoque multidisciplinar, por meio de um trabalho com

médicos residentes e outros profissionais da equipe do hospital geral, criando uma gestão participativa no serviço de Psiquiatria.

Além disso, há necessidade de o hospital geral universitário adaptar-se às modificações que o tratamento institucional psiquiátrico vem sofrendo nos últimos anos. Neste sentido, observa-se uma progressiva redução de leitos hospitalares psiquiátricos em instituições asilares e ênfase no atendimento extra-hospitalar. Casos que necessitam internamento poderiam, pela nova ótica, ser atendidos em unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

1.4- METODOLOGIA

Esta Dissertação baseou-se, fundamentalmente, em análise bibliográfica de trabalhos nacionais e estrangeiros, que descrevem aspectos organizacionais, características, estrutura e resultados de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Com esta análise, busca-se demonstrar a viabilidade do atendimento psiquiátrico em hospitais gerais, e, no caso de hospitais universitários, demonstrar a importância dessas unidades para o ensino de Psiquiatria, tanto na graduação como na pós-graduação. Foram analisados também trabalhos relacionados à gestão de serviços médicos e de unidades de ensino, bem como de aspectos gerais de administração psiquiátrica.

No levantamento das experiências, procurou-se avaliar as estruturas das unidades psiquiátricas, as resistências à sua implantação, as estratégias a serem utilizadas, tanto para a implantação como para a superação dos obstáculos, as relações com o ensino e a pesquisa, os possíveis resultados

apresentados, e buscou-se descrever padrões de serviços psiquiátricos em hospital geral, que pudessem servir de referência assistencial em saúde mental.

2. OS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAIS GERAIS

Os hospitais podem ser classificados em gerais ou especializados. O hospital geral, como o nome indica, representa a concentração, no mesmo edifício, ou conjunto de edifícios, de clínicas ou serviços das diversas especialidades médicas.

Os hospitais especializados atendem somente a uma especialidade médica ou apenas a uma classe de doenças. Até recentemente, havia hospitais para tuberculose, para lepra e para casos de isolamento. A maioria dessas instituições fecharam ou perderam o caráter de atendimento especializado e se transformaram em hospitais gerais. Tal evolução ocorreu, sem dúvida, em função do avanço tecnológico na área do tratamento farmacológico dessas doenças.

Os hospitais psiquiátricos ainda são remanescentes do atendimento especializado de doentes mentais, numa fase em que os recursos terapêuticos eram escassos.

Na realidade, a reaproximação da Psiquiatria à Medicina começou a ocorrer, principalmente, após a descoberta, na década de 50, dos primeiros

psicofármacos, medicamentos que, agindo no sistema nervoso central, promovem a melhora de uma série de doenças do campo psiquiátrico.

Os bons resultados obtidos com os novos medicamentos permitiram o atendimento dos pacientes junto à comunidade, o que levou a um processo de desospitalização e à redução de leitos psiquiátricos (EATON JR., 1980).

Todo este progresso permitiu uma redução drástica do número de casos cuja indicação seria de internação especializada. Acreditamos que cerca de 95% dos atendimentos possam ser hoje conduzidos de forma exclusivamente extra-hospitalar, com a permanência do paciente junto a seus familiares e sem a estigmatização de uma internação psiquiátrica.

McDUFF & KEILL (1992) acreditam que, não só avanços científicos e tecnológicos, mas também movimentos sociais e políticos, forçaram a reestruturação de um sistema de atendimento e gestão centralizado para um sistema descentralizado, que paulatinamente foi utilizando unidades psiquiátricas em hospital geral.

Na medida em que surgiam conceitos biológicos dentro da Psiquiatria, a tendência natural seria justamente a aproximação com as ciências médicas. A Psiquiatria passa a ser efetivamente uma especialidade médica, como as demais, e não uma atividade esotérica, afastada da Medicina.

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da Informática trouxe, a partir da década de 80 , inovações tecnológicas importantes, como o desenvolvimento de novos equipamentos para o exame do funcionamento cerebral, que, pouco a

pouco foram sendo utilizados em centros de pesquisa, para o diagnóstico psiquiátrico.

Os métodos de diagnóstico e tratamento psiquiátrico aproximam-se, então, dos utilizados na Medicina. A linguagem, antes considerada um jargão ininteligível para a maioria dos médicos, torna-se semelhante e permite que o psiquiatra possa trabalhar dentro de uma estrutura médica convencional, permitindo o surgimento de unidades psiquiátricas dentro do hospital geral. O postulante a uma especialização na área de Psiquiatria , é, novamente, o acadêmico de Medicina em seu último ano de curso, que também gosta da Clínica Médica e da Medicina como um todo, e não aquele que, antigamente, queria exercer a Psiquiatria por detestar os procedimentos médicos.

Do ponto de vista histórico, houve tentativas de se implantar unidades psiquiátricas no hospital geral, anteriores à introdução da moderna psicofarmacologia.

Em 1728, Thomas Guy, em Londres, fundou uma unidade psiquiátrica no Hospital St. Thomas, a que chamou de "Lunatic House". Outras dependências semelhantes surgiram em diversos hospitais ingleses, não sobrevivendo, porém, além da metade do século XIX (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

Em 1783, Benjamin Rush, médico e fundador da Associação Psiquiátrica Americana (APA), e o único psiquiatra a assinar a Declaração de Independência dos Estados Unidos, estabeleceu a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral no Pennsylvania Hospital. Foi encorajado por Benjamin

Franklin, que considerava que a unidade, no porão do hospital, seria útil para "lunáticos ou pessoas com mentes destemperadas" (KEILL, 1992).

No Brasil do início do século passado, muitas Santas Casas possuíam, em geral em seus porões, quartos fortes para doentes mentais (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

A primeira unidade de internação psiquiátrica no hospital geral, com características terapêuticas mais modernas e integradas à Medicina geral, foi instalada em Albany, no estado de Nova York, no começo do século (1902), no Albany Medical Center (DETRE & KUFTER, 1975; MILLAN e col. 1986; McDUFF & KEILL, 1992; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Em centros universitários americanos, essas unidades surgiram após a década de 30 (BOTEGA, 1995).

No Brasil, as primeiras unidades psiquiátricas modernas em hospitais gerais surgiram na década de 50. No entanto, até agora, segundo a Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, apenas 2,5% dos leitos psiquiátricos no Brasil são no hospital geral, vinculados, em sua maioria, a centros universitários (hospitais-escola) e a algumas instituições públicas (BOTEGA, 1995). Um levantamento da Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde, realizado em 1987, indicou a existência de 68 unidades psiquiátricas com um total de 2.190 leitos, principalmente em hospitais-escola (GUILHERMANO, 1988; DALGALARRONDO, 1990 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

Aparentemente, a existência de uma cultura de ensino ou de uma cultura universitária favorece a instalação de uma unidade psiquiátrica no hospital geral.

Em 1991, foi criado o Departamento de Interconsulta e de Psiquiatria de Hospital Geral, da Associação Brasileira de Psiquiatria. A portaria 224 do Ministério da Saúde, de 29 de janeiro de 1992 (VIDE ANEXO), enfatiza o atendimento psiquiátrico em unidades extra-hospitalares, como os hospitais-dia, em centros de atenção psicossocial, e também reorganiza o atendimento em regime de internação, colocando exigências mínimas para o funcionamento dos antigos hospitais psiquiátricos e normatizando o funcionamento das unidades de internação no hospital geral com até 30 leitos. Graças ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (FIDEPS, portaria conjunta MS-MEC n. 001 (94), hospitais de ensino que atendem a determinados parâmetros, entre os quais se inclui enfermaria psiquiátrica com pelo menos 4 leitos, ou hospital-dia, podem obter um adicional de 75% sobre a receita das internações (BOTEGA, 1995).

Para BOTEGA & DALGALARRONDO (1993), entre as causas da existência de poucas unidades psiquiátricas no hospital geral, no Brasil, as mais importantes podem ser as seguintes:

- a rede de hospitais gerais conveniados, predominantemente privada, tem manifestado pouco interesse em participar da assistência psiquiátrica, talvez por estar sempre com seus leitos ocupados com pacientes não-psiquiátricos;

- o setor público, principalmente as secretarias municipais e estaduais de saúde, tem enfatizado mais os serviços extra-hospitalares em Psiquiatria, acreditando que ambulatórios iriam diminuir automaticamente a necessidade de internações, o que, pelo menos de início, não acontece. A existência do ambulatório, às vezes, favorece de início a demanda para internamento;

- o setor público tem enfrentado dificuldades operacionais internas, devido à exigüidade de recursos, clientelismo, etc..

- o setor acadêmico-universitário tem estado mais voltado para projetos teóricos e modelos de aplicação restrita, do que para a aplicabilidade desses modelos na realidade assistencial mais ampla.

- o vínculo estreito de uma parte dos profissionais universitários ao consultório particular e um certo elitismo acadêmico parecem, igualmente, dificultar a integração da visão e práticas universitárias à saúde pública.

Para autores, como DETRE & KUPFER (1975), as superstições, preconceitos sociais e idéias errôneas a respeito da doença mental diminuíram muito e já não haveria motivos para deixar de atender pacientes psiquiátricos no hospital geral.

Deve-se considerar que, na realidade, mesmo hospitais gerais que não têm unidade psiquiátrica formal, atendem pacientes psiquiátricos, seja em regime ambulatorial, seja em regime de internação. A internação psiquiátrica, nestes casos, não se dá em enfermaria específica, mas se espalha em leitos pertencentes a outras unidades, de outras especialidades. O atendimento de pacientes psiquiátricos nos pronto-socorros ligados a hospitais-gerais também

ocorre de qualquer forma, mesmo que não exista serviço psiquiátrico especializado no hospital. O atendimento, nestes casos, é realizado da melhor maneira possível e com toda boa vontade por parte de médicos plantonistas, não-psiquiatras, os quais procuram resolver a crise e encaminhar o paciente para um serviço especializado. A tendência, nestes casos, é o encaminhamento rápido para um hospital psiquiátrico, onde a permanência do paciente tende a ser por tempo prolongado.

Acreditamos que a não existência de psiquiatras em atividade, nesses hospitais, faz com que o atendimento seja realizado por neurologistas ou por outros especialistas. No Brasil, muitos hospitais gerais sem serviço psiquiátrico, possuem serviços de psicologia, que prestam atendimento de consultoria, orientando paciente e equipe. No caso de necessidade de medicação psicofarmacológica, solicitam médicos não-psiquiatras para fazer a prescrição.

Nos Estados Unidos e Canadá, os grandes hospitais universitários já possuem unidades de internamento psiquiátrico, que, em geral, recebem os pacientes oriundos das unidades de emergência. O pronto-atendimento, ou pronto-socorro destes hospitais atende pacientes em crise aguda, como, por exemplo, em estado de pós-tentativa de suicídio, ou intoxicação por drogas ou álcool. São pacientes que necessitam de atendimento e de acompanhamento psiquiátrico imediato, mas, ao mesmo tempo, de cuidados médicos gerais, devido ao comprometimento físico associado. Geralmente estes casos não são eficientemente atendidos nos hospitais exclusivamente psiquiátricos, por estes não possuirem equipamentos clínicos nem UTI.

Nos Estados Unidos, a redução drástica no número de leitos psiquiátricos nos chamados *State Hospitals* (hospitais estaduais para doentes mentais), foi acompanhada de incremento no número de leitos nos hospitais gerais, que, de 7.000, passaram a mais de 48.000. Atualmente, os hospitais para Veteranos (hospitais gerais) fornecem 21.000 leitos para Psiquiatria. Os hospitais gerais não-universitários, porém, estão menos equipados para o atendimento de casos mais graves de Psiquiatria, e encaminham ainda muitos destes pacientes para hospitais públicos (ELPERS, 1995).

O *State Hospital* , nos Estados Unidos, é o exemplo de como ainda hoje o hospital psiquiátrico tradicional permanece como fazendo parte do sistema de saúde mental. Apesar de todos os esforços para implantar serviços psiquiátricos comunitários, o hospital estadual americano ainda resiste; a tendência atual é a de se procurar integrar o *State Hospital* dentro do sistema geral de atendimento psiquiátrico comunitário, evitando-se, o mais possível, a fragmentação (BACHRACH, 1996).

No futuro próximo, parece que os *State Hospitals* continuarão a reduzir suas populações internadas, embora num ritmo menor que no passado, e continuarão a cuidar de grande número de pessoas que tenham sido internadas involuntáriamente, ou que não tenham alternativa de moradia. Contudo, sem dúvida, sua importância dentro do sistema de saúde mental será menor (WITKIN, 1996).

No Brasil, o processo de redução da importância do hospital psiquiátrico está sendo mais lento ainda que nos Estados Unidos. Assim, ainda

na década de 70, houve, pelo contrário, grande incremento no credenciamento de leitos psiquiátricos pelo então INAMPS, numa fase em que, praticamente no resto do mundo, já havia a tendência de redução no número desses leitos. Somente a partir de 1991, a Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde inicia um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, estimulando o financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar, e apoiando a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Com estas medidas, nestes 5 anos, o número de hospitais psiquiátricos tradicionais diminuiu de 313 para 280 e o número de leitos de 87.000 para 69.000, enquanto se abriam cerca de 2.000 leitos em hospitais gerais e se implantavam aproximadamente 200 hospitais-dia no país (SCHECHTMAN e col., 1996).

Existe atualmente uma grande variedade de serviços psiquiátricos em hospitais gerais. No entanto, as unidades psiquiátricas nestes hospitais estão estruturadas, em sua maioria, de forma a oferecer três tipos de atendimentos:

1- ambulatorial, para atendimentos de pacientes externos e egressos de serviços de internamento integral;

2- enfermarias, para internamento integral de pacientes com patologia psiquiátrica, em alas exclusivas, dentro do hospital geral. Em alguns hospitais gerais a ala psiquiátrica ocupa um andar inteiro; em outros, envolve apenas duas ou três enfermarias de final de corredor. A "porta de entrada" destes pacientes ocorre, em geral, pelos serviços de emergência do hospital geral e pelo sistema ambulatorial.

3- consultoria, interconsulta ou "psiquiatria de ligação" (*liaison psychiatry*), para o atendimento de pacientes de outros serviços do hospital geral, e que apresentam intercorrência psiquiátrica;

Alguns hospitais gerais oferecem também outros tipos de serviços psiquiátricos, como, por exemplo, o hospital-dia (hospitalização parcial), em que o paciente freqüenta o serviço somente no período diurno, de segunda a sexta-feira, participando de atividades terapêuticas.

2.1 O AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

O serviço ambulatorial psiquiátrico pertence, em geral, a uma mesma estrutura ambulatorial do hospital geral, onde são atendidas as diferentes especialidades. Nos hospitais gerais universitários, voltados ao ensino e à pesquisa, é comum a estruturação ambulatorial por classes de patologia psiquiátrica, conforme as modernas classificações de doenças mentais, como o DSM-IV (da Associação Psiquiátrica Americana) e o CID-10 (da Organização Mundial de Saúde). No Brasil, na USP, na UFRJ e na UNICAMP, existem programas de estudo e de atendimento para casos com doenças afetivas, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, doenças alimentares e dependências químicas. Esse atendimento funciona com a participação de estudantes, estagiários, médicos residentes e professores ligados às disciplinas da área psiquiátrica.

Para FORTES, PEREIRA & BOTEGA (1995), a população atendida no ambulatório é majoritariamente feminina, entre 20 e 45 anos, com

predominância de quadros ansiosos e depressivos, não-psicóticos (pacientes que mantêm bom contato com a realidade), com alta incidência de quadros somatoformes (pacientes com sintomatologia apenas aparentemente física, em que os exames complementares não demonstram doença orgânica). São comuns os pacientes da clínica da dor, os com doenças reumatológicas (lúpus, artrite reumatóide), os pacientes dermatológicos, os com disfunções sexuais, AIDS, câncer, etc.., pacientes oriundos das clínicas neurológica e geriátrica.

No Ambulatório Geral de Adultos, que funciona como triagem inicial e geral, do Hospital das Clínicas da UNICAMP, levantamento feito por BOTEGA e col.(1988) mostrou a ocorrência de distúrbios psiquiátricos em 18,9% dos casos.

Na maioria dos ambulatórios de Psiquiatria no hospital geral, os pacientes são encaminhados por intermédio do ambulatório geral do hospital (triagem geral e comunidade), dos serviços de emergência, das enfermarias tanto psiquiátrica quanto não psiquiátrica (pacientes que receberam alta), dos ambulatórios de outras especialidades. Torna-se importante a agilização do fluxo e marcação das consultas (primeiro atendimento), principalmente de pacientes que já são clientes do hospital (SOLOMON & PATCH, 1969; FORTES, PEREIRA & BOTEGA, 1995).

Os serviços prestados pelo ambulatório psiquiátrico devem abranger:

a- pronto atendimento. Consiste em avaliação inicial, rápida e sem demora para agendamento, que contempla os seguintes pontos: hipótese diagnóstica e

tratamento iniciais, definição da urgência do caso e do tipo de tratamento a ser seguido;

b- atendimento especializado, propriamente dito, que envolve o diagnóstico e a proposta terapêutica;

c- mecanismos de alta e de retorno: o retorno ao ambulatório, quando necessário, deve ser viabilizado na alta, facilitando o acesso de pacientes antigos. Esse cuidado tranqüiliza os usuários, facilitando a alta (FORTES, PEREIRA & BOTEGA, 1995).

2.2 A ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL

> "Idealmente, a internação psiquiátrica tem por função o fornecimento temporário de um ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado, que forneça asseguramento e tratamento para indivíduos em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si e para os outros" (DALGALARRONDO, 1995 - p.26).

Esta internação pode ser realizada, ou em serviços psiquiátricos tradicionais- os hospitais psiquiátricos, asilos, manicômios,etc.- ou em unidades de internação psiquiátrica no hospital geral.

A partir da Segunda Grande Guerra, a experiência de atendimento de pacientes psiquiátricos em enfermarias de hospitais gerais acentuou-se, principalmente nos chamados "Hospitais para Veteranos", que recebiam muitos "neuróticos de guerra", nos Estados Unidos. Estas unidades apresentavam planejamento terapêutico, integração à medicina geral, internações breves, serviços de interconsulta e emergência. Estatísticas compiladas nos anos 40

mostraram que, embora a média de permanência dos pacientes psiquiátricos nesses hospitais fosse de 60 dias, muitos casos de pacientes que apresentavam pânico, depressão e episódios agudos requeriam apenas hospitalização breve, recebendo alta hospitalar em tempo muito menor que se fossem internados em hospitais psiquiátricos. Ao mesmo tempo, não havia evidência de que a presença de pacientes psiquiátricos atrapalhasse o resto do hospital. Pelo contrário, o *staff* hospitalar de outras especialidades adquiriu conhecimentos em lidar com problemas psicológicos na prática médica, o que se provou ser particularmente benéfico no manejo dos problemas de um vasto contingente de pacientes com problemas psicossomáticos.

Segundo DETRE & KUPFER (1975), em 1961, a "Joint Comission on Mental Illness and Health of the United States"(Comissão de Saúde e Doença Mental dos Estados Unidos), determinou que:

1- nenhum hospital comunitário (geral) pode oferecer serviços médicos completos, a menos que aceite doentes mentais; e

2- cada hospital deve tornar-se um ponto de referência para um programa psiquiátrico orientado para a comunidade.

Esta orientação oficial do governo americano deu ímpeto maior à implantação de serviços psiquiátricos no hospital geral. Em 1952, 205 dos 1600 maiores hospitais gerais americanos já dispunham de unidades psiquiátricas com internamento com 15 ou mais leitos. Atualmente, o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais excede o número de leitos nos hospitais psiquiátricos, e corresponde a cerca de 60% das internações psiquiátricas.

Em 1989, segundo a APA (Associação Psiquiátrica Americana), havia cerca de 1400 unidades nos Estados Unidos (BOTEGA, 1995 ; MCDUFF & KEILL, 1992).

Algumas razões para este desenvolvimento foram:

- a experiência, já citada , nos Estados Unidos, das pequenas enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais militares ("Veteran Hospitals"), nas quais se tratavam soldados com distúrbios mentais agudos; com médicos, técnicos e administração percebendo a viabilidade do tratamento de doentes mentais em hospitais gerais;

- a crítica aos macro-hospitais psiquiátricos, como instituições semelhantes a grandes prisões ou "campos de concentração";

- a legislação, na grande maioria dos países, que favorece a criação de unidades psiquiátricas no hospital geral;

- a idéia, adotada por muitos psiquiatras, de que a internação psiquiátrica não deveria mais ser o centro da assistência;

- a idéia da regionalização e integração da internação psiquiátrica a estruturas extra-hospitalares, como ambulatórios e centros de saúde;

- o fato de que os macro-hospitais psiquiátricos tendem a se situar em áreas distantes da área urbana;

- o fato de que os hospitais gerais, por sua vez, tendem a se situar dentro da área urbana e próximos à residência do paciente e familiares, favorecendo o atendimento regionalizado;

- o advento da psicofarmacoterapia, a partir da década de 50, que permitiu a remissão rápida de sintomas agudos;

- o reconhecimento da importância crescente do ensino de psiquiatria no curso de Medicina, ressaltando a importância de unidades psiquiátricas no hospital geral universitário, local-base do ensino médico (DETRE & KUPFER, 1975; BOTEGA, 1995; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

- **Vantagens da Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral.**

Existem estigmas no internamento de doentes mentais no hospital psiquiátrico tradicional; além disso, a localização rural de muitos destes hospitais dificulta a visita de familiares e aumenta a sensação de isolamento. O serviço psiquiátrico do hospital geral é muito menos amedrontador e um local mais conveniente para uma hospitalização psiquiátrica breve. O paciente aceita muito mais este tipo de internamento e tende a iniciar o tratamento antes, o que evita emergências catastróficas, cronificação e deterioração do quadro, e permite o retorno mais rápido à comunidade (SOLOMON & PATCH, 1969).

Para autores como BOTEGA (1993) e DALGALARRONDO (1995), no hospital geral, em comparação com o hospital psiquiátrico tradicional, ocorrem:

- menor estigma da doença mental: o paciente psiquiátrico pode ser visto como qualquer outro paciente do hospital geral;

- proximidade maior dos hospitais gerais de sua clientela: melhor acesso;

- melhor atenção à saúde física do paciente e mais recursos diagnósticos: a disponibilidade de médicos de outras especialidades e a existência de recursos

laboratoriais, exames como eletroencefalografia, tomografia, etc. facilita o diagnóstico e tratamento de intercorrências ou outras doenças físicas; estudos epidemiológicos demonstram que entre doentes mentais há prevalência maior de doenças físicas;

- melhores condições de se estudar a sintomatologia do paciente psiquiátrico e estabelecer um diagnóstico mais adequado de sua patologia;

- melhores condições de vigilância ou fiscalização do procedimento psiquiátrico, uma vez que o profissional atua dentro de sistema hospitalar mais amplo, com a presença de inúmeras pessoas do ambiente do hospital geral;

- maior intercâmbio interdisciplinar, favorecendo a assistência e a pesquisa;

- visão menos estigmatizada da Psiquiatria, ensinada ao estudante de Medicina e outros (enfermagem,etc..).

- **Desvantagens das Enfermarias Psiquiátricas no Hospital Geral.**

As principais desvantagens que alguns autores apontam são:

- problemas com espaço físico limitado: os hospitais psiquiátricos contam em geral com áreas externas, pátios, áreas verdes, áreas para esportes, etc.. (DALGALARRONDO, 1995). Em nossa opinião, porém, deve-se levar em conta, que o modelo da enfermaria psiquiátrica no hospital geral é o de internação breve, enquanto o do hospital psiquiátrico tradicional é o de internamentos de longo prazo, que exigem pátios, áreas verdes,etc.. para a longa permanência do paciente;

- em muitas enfermarias psiquiátricas, devido a uma excessiva adesão ao modelo médico, o tratamento é demasiadamente centrado em farmacoterapia. A ênfase em tratamentos biológicos pode inibir a atenção à subjetividade dos pacientes (DALGALARRONDO, 1995). Na realidade, novamente, acreditamos que o internamento por breve período de tempo não permite a aplicação de técnicas psicoterápicas que impliquem maior tempo de tratamento; tais técnicas são mais adequadas ao atendimento em regime ambulatorial. O objetivo do internamento psiquiátrico no hospital geral é o de tirar o paciente da crise o mais rápido possível pela psicofarmacoterapia, associada a trabalho psicoterápico apenas de apoio ou de breve duração.

Alguns autores apontam como pontos positivos do hospital psiquiátrico tradicional, em detrimento das enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais:

> "O hospital psiquiátrico poderia contemplar melhor algumas especificidades da doença mental, não tendo que se ajustar à lógica do objetivismo médico, onde tudo o que foge de um modelo estritamente biológico é rejeitado como inoportuno e anticientífico" (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993 - p. 51).

Nossa opinião, porém, é a de que atualmente existe uma tendência na Medicina de levar em consideração também as características humanas e subjetivas do paciente, e assim o papel da Psiquiatria no hospital geral é o de colaborar com esta tendência.

Para DALGALARRONDO (1995), a existência de um sistema assistencial duplo, em que as unidades psiquiátricas no hospital geral ficariam

com os casos agudos, enquanto que os casos crônicos ficariam em hospitais psiquiátricos, pode fazer com que os alunos de áreas médicas e os residentes de psiquiatria não entrem em contato com o subgrupo de doentes crônicos, pois as enfermarias psiquiátricas no hospital geral universitário tenderiam a ser o campo exclusivo de aprendizagem e de pesquisa nas escolas médicas. Isto pode criar um círculo vicioso, no qual as novas gerações de profissionais em formação não lidariam com doentes crônicos, aprofundando o abandono desses doentes e a manutenção da ignorância relativa às possibilidades reais de reabilitação.

Por esta razão, o ensino prático de Psiquiatria pode abranger a participação de uma maior gama de serviços, além daqueles do hospital geral: o hospital psiquiátrico tradicional, o hospital-dia, os centros comunitários de saúde mental (instituições que agregam vários tipos de serviços, como internamento de emergência, ambulatório, hospital-dia), etc.. Esta participação em serviços da comunidade integra-se no "espírito" da "integração docente-assistencial".

- **Resistências ao Internamento Psiquiátrico no Hospital Geral.**

Outro aspecto a ser considerado é o problema das possíveis resistências à implantação de unidades de internação psiquiátricas no hospital geral. Em alguns hospitais gerais aceita-se apenas a existência de um ambulatório, e, eventualmente, serviços de interconsulta psiquiátrica.

Para BOTEGA & DALGALARRONDO (1995) , os principais motivos para não aceitação de enfermarias psiquiátricas podem ser os seguintes:

- preconceitos e estigmas relacionados à doença mental. Muitos profissionais do hospital geral acreditam que o tratamento de "loucos" deva ser conduzido em hospícios ou asilos;

- medos e preconceitos diante de possível periculosidade dos doentes mentais, pelos possíveis riscos de agressão à equipe de trabalho e outros pacientes do hospital geral. A experiência de mais de 50 anos de unidades psiquiátricas em hospitais gerais em outros países não confirma estes temores;

- a Psiquiatria, enquanto disciplina teórica, careceria de padrão médico-científico, "não cabendo trazer para o hospital geral, lugar de crescente tecnicidade, um problema que nada mais seria que uma forma de 'desvio social' ". Este argumento traz em si, de um lado, uma visão reducionista e positivista da Medicina, e, do outro lado, uma visão reducionista psico-social da Psiquiatria;

- receio de que possa vir um grande volume de pacientes psiquiátricos, sobrecarregando todo o sistema; temor de que possam ser admitidos pacientes crônicos, ocupando leitos preciosos do hospital geral;

- problemas relacionados a formas de pagamentos: em vários países, seguros médicos tendem a pagar menos por leitos psiquiátricos. No Brasil, a maioria dos seguros médicos privados não cobre assistência psiquiátrica em regime de internação.

Deve-se ressaltar que as resistências ao internamento psiquiátrico no hospital geral ocorrem principalmente no âmbito das equipes não psiquiátricas e da administração; pacientes e seus familiares, no entanto, têm opinião

exatamente oposta: preferem o hospital geral, em vez de um internamento em hospital psiquiátrico.

2.3 A CONSULTORIA OU INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL

É nossa opinião que a consultoria, interconsulta ou Psiquiatria de ligação pode ser considerada, em seu conjunto, como o serviço mais importante da unidade psiquiátrica no hospital geral. Esta importância advém de vários fatores, como, por exemplo, ser o elemento de integração ("ligação") com o restante do hospital geral, e integração entre a própria psiquiatria e as demais especialidades médicas. Além disso, deve-se considerar o fato de que, em muitos hospitais gerais que não contam com uma unidade psiquiátrica formal, a presença de um psiquiatra em seu corpo clínico, atendendo a pedidos de consulta das outras áreas, já pode ser o primeiro passo para o início de uma unidade psiquiátrica completa dentro do hospital geral.

Em diversos centros universitários do Brasil, já se observa uma tendência de aproximação da Psiquiatria em relação ao hospital geral, por meio da interconsulta psiquiátrica. Após o funcionamento da interconsulta, surgem leitos para internação, emergência psiquiátrica e serviços integrados ("ligação") com outras unidades do hospital (BOTEGA, 1995). A interconsulta psiquiátrica pode favorecer o estabelecimento e a integração de serviços de saúde mental no hospital geral (MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995).

A consultoria psiquiátrica teve início concomitantemente ao desenvolvimento do movimento de medicina psicossomática nos Estados Unidos, principalmente a partir da década de 30 e, em conjunto, também, com o surgimento das unidades psiquiátricas no hospital geral (ENELOW, 1980; WISE & RUNDELL 1993; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995; SOUZA, 1995).

Durante a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, os psiquiatras, trabalhando em estreita colaboração com seus colegas clínicos e cirurgiões, demonstraram capacidade de tratar pacientes militares que sofriam de fadiga de combate e distúrbios psicossomáticos. Os clínicos e cirurgiões viram que o trabalho dos psiquiatras ajudava os pacientes, e puderam aprender também algo sobre Psiquiatria. Para SCHWAB (1981), muitos pacientes com problema físico sentem-se aliviados durante a consulta psiquiátrica no hospital-geral, afirmando que finalmente têm a oportunidade de falar livremente de situações que realmente os incomodam.

Em 1930, Edward Billings iniciou um trabalho pioneiro de consultoria no Colorado General Hospital. Nas três décadas seguintes, a consultoria psiquiátrica desenvolveu-se lentamente com a formação de serviços em numerosos departamentos de Psiquiatria nos Estados Unidos (POPKIN, 1995).

Atualmente, a maioria dos hospitais de médio e grande porte naquele país contam com serviço de interconsulta (LIPOWSKI, 1986 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

No Brasil, hospitais universitários, em sua maioria, já possuem serviço de consultoria.

- **Conceituação**

O termo "consultoria-ligação" surgiu na literatura, principalmente, a partir de 1930 (ENELOW, 1980). A consultoria psiquiátrica refere-se ao atendimento, por parte do médico psiquiatra, de pedidos de consulta de outros médicos, referentes a pacientes com outras patologias, mas que apresentam sintomatologia psiquiátrica concomitante.

A Psiquiatria de Consultoria e Ligação é uma área especial de conhecimento que se ocupa da assistência, ensino e pesquisa, propondo uma abordagem integrativa entre a Psiquiatria e a Medicina, e que envolve três aspectos inseparáveis: o biológico, o psicológico e o social (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; MELEIRO & FRÁGUAS, 1995). Na realidade, inclui todas as atividades terapêuticas, de ensino e de pesquisa realizadas por psiquiatras, na parte não psiquiátrica do hospital geral, atendendo à solicitação de um profissional de outra área (ENELOW, 1980; LÓPEZ, 1986).

No Brasil, tem sido usada também a expressão interconsulta psiquiátrica, empregada de forma genérica, para indicar o conjunto de atividades desempenhadas por profissionais de saúde mental junto a diversos serviços do hospital geral (SHAVITT e col., 1989 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995).

Os serviços de consultoria ou interconsulta psiquiátrica, em geral, prestam três tipos de atendimento:

a) o de pedidos de consulta, propriamente dito, em que, após uma avaliação do caso pelo médico psiquiatra, este transmite a orientação necessária para que o médico assistente, ou responsável pelo paciente, conduza adequadamente o tratamento;

b) o de solicitação para que o próprio médico psiquiatra consultor avalie o paciente e conduza diretamente o tratamento especializado, prescrevendo, fazendo as visitas médicas de comum acordo com o médico responsável pelo paciente.

c) o de ligação, ou *"liaison-psychiatry"*, que enfatiza a orientação de toda uma equipe ou departamento do hospital por parte de um psiquiatra, o qual trabalha em estreita ligação com essa equipe.

A presença do psiquiatra, no caso de consultoria, propriamente dita, é episódica e responde a uma solicitação específica. A ligação, porém, já implica um contato de forma contínua com serviços do hospital geral, como uma enfermaria ou unidades especializadas. Nesse caso, o psiquiatra passa a ser membro efetivo da equipe médica, participando de reuniões clínicas, atendendo pacientes e lidando com aspectos do relacionamento entre equipe assistencial, paciente e instituição (LIPOWSKI, 1967 e GLICKMAN, 1980 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

Ressalta-se, contudo, que atualmente estas áreas estão agrupadas sob o nome de "consultoria/psiquiatria de ligação" , em que se juntam os dois

modelos. A consultoria/psiquiatria de ligação é hoje uma área de sub-especialização na Psiquiatria, em pleno desenvolvimento (WISE & RUNDELL, 1994; MARTIN, 1995; POPKIN, 1995; MELEIRO & FRÁGUAS, 1995).

Alguns dos problemas psiquiátricos dos pacientes são transitórios, secundários às condições físicas e ao momento da internação. Tendem a atenuar com a melhora do quadro clínico e com a internação hospitalar. Outros são mais graves, a ponto de causarem considerável sofrimento e de prejudicarem a evolução do paciente (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Em nossa opinião, estes últimos são os casos que, na maioria das vezes, exigem a presença do psiquiatra.

- **Resistências à Solicitação de Consultoria**

A consultoria psiquiátrica em hospitais gerais ainda é pouco utilizada, em relação à quantidade enorme de problemas psiquiátricos nesse tipo de hospital (GOLDBERG & BLACKWELL, 1970 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

WISE & RUNDELL (1994) citam, como possível causa para a sub-utilização, a pouco eficiente organização dos serviços psiquiátricos em alguns hospitais gerais, em que os psiquiatras demoram para atender aos pedidos de consulta, e os resultados nem sempre satisfazem os médicos solicitantes desses pedidos (WISE & RUNDELL, 1994).

Já MARTINS, BOTEGA & CELLERI (1995) citam outras causas para esta sub-utilização, como:

-os pacientes tendem a se queixar somente do corpo, não relatando problemas "psicológicos" (só demonstram sintomas psíquicos se questionados diretamente, o que nem sempre é lembrado pelo médico assistente ou residente);

- as "pistas" fornecidas pelo paciente a respeito de seu estado emocional não são percebidas pelo médico;

- a falta de privacidade de alguns ambientes do hospital geral para realizar a entrevista;

- ao perceber o problema físico principal, os médicos tendem a se dar por satisfeitos e suspendem o restante da investigação;

- certos sintomas, como fadiga, insônia, taquicardia (aceleração dos batimentos cardíacos), falta de ar, anorexia (perda do apetite), diminuição da libido, etc.., podem ser decorrentes de patologia tanto orgânica quanto mental, confundindo o diagnóstico;

- considerados "compreensíveis" ou "fazendo parte" do quadro clínico, certos quadros depressivos deixam de receber tratamento específico; os médicos tendem a perceber os sintomas como naturais: "se eu estivesse vivendo uma situação tão difícil, também eu ficaria perturbado";

- mesmo quando suspeitam da presença de um problema psíquico, os profissionais podem se sentir inseguros para o aprofundamento do exame e o manejo do problema.

SCHWAB (1981) acrescenta ainda outros fatores que concorreriam para essa sub-utilização:

- estigma de doença mental, que, no entanto, tem diminuído com a tendência atual de se encarar a doença mental como um problema médico. A prática médica aceita a consultoria psiquiátrica mais favoravelmente do que outros serviços psiquiátricos (como o hospital especializado, por exemplo). Quando a equipe e o médico que encaminham têm atitudes favoráveis frente à Psiquiatria, o paciente também terá a mesma atitude;

- dúvidas quanto à eficiência da Psiquiatria: muitos médicos questionam quanto aos resultados ou mesmo o valor da Psiquiatria. No entanto, os resultados terapêuticos desta especialidade têm sido ultimamente cada vez melhores, graças a novos medicamentos, que possibilitam a muitas pessoas um retorno à vida ativa;

- a mística da Psiquiatria: alguns elementos de mistério ainda cercam a psiquiatria. Muitos médicos não informam seus pacientes em termos específicos de como o Psiquiatra trabalha. Existe uma lacuna entre a Medicina e a Psiquiatria, devido às diferenças de formação, diferenças de conceito de doença e problemas de comunicação. Muito freqüentemente, os médicos ignoram o comportamento humano; e os psiquiatras desfazem-se de seus conhecimentos médicos, ou chegam mesmo a renegá-los;

- diagnóstico: os estudantes de Medicina são ensinados a exercer uma habilidade de enquadrar toda a sintomatologia do paciente num único diagnóstico. Quando o paciente tem doença mental e física concomitantes, há sempre o risco de se enfatizar uma ou outra, ou de encarar uma delas como causa da outra;

- fator social, como causa dessa sub-utilização: como os médicos, muitas vezes, provêm de uma classe social mais elevada, pode haver dificuldade de identificar certos sintomas psíquicos em pacientes de classes mais pobres. Ocorre dificuldade de comunicação nestes casos.

Diversos estudos nacionais indicam que, em hospitais que contam com serviço de interconsulta, somente de 1 a 2,5% dos pacientes internados são avaliados pelo psiquiatra. Essa taxa tende a crescer à medida que o trabalho do psiquiatra for reconhecido como importante e eficaz. Com o amadurecimento do serviço, surgem diversas demandas de trabalho conjunto, de participação em projetos de pesquisa e em encontros científicos (MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995).

- **Razões Comuns para Solicitar uma Consultoria Psiquiátrica.**

Existe uma pluralidade de motivos, dentro de uma organização complexa como o hospital geral universitário, para solicitar a presença de um psiquiatra-consultor junto a um serviço de outra especialidade ou paciente originalmente não-psiquiátrico do hospital. Alguns destes motivos podem ser: orientação quanto ao uso de psicofármacos, avaliação quanto à transferência para serviços psiquiátricos, necessidade de apoio emocional, reações de ajustamento ao adoecer e à internação com sintomatologia predominantemente depressiva, estados confusionais agudos (confusão mental) associados a quadros cérebro-orgânicos, dificuldades de ajustamento, intoxicações, psicose puerperal, anorexia nervosa (doença alimentar com emagrescimento intenso),

bulemia (doença em que há excesso alimentar com aumento de peso e vômitos), doenças psicossomáticas, acompanhamento de pacientes submetidos a procedimentos traumatizantes (como amputações e grandes cirurgias), pacientes que criam dificuldades para a equipe hospitalar (envolvem-se em conduta litigante e ameaçam processar médico e hospital), pacientes com doenças clínicas ou cirúrgicas graves que decidem abruptamente abandonar o hospital, pacientes hostis que se recusam a seguir o esquema médico prescrito, e pacientes com distúrbios de personalidade (SOLOMON & PATCH, 1969; SCHWAB, 1981; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; WISE & RUNDELL, 1994; MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995).

Cerca de 20% dos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário apresentam síndromes depressivas (FURLANETTO, 1996).

Depressão é, portanto, a manifestação mais freqüente no hospital geral. Por esta razão, atenção especial deve ser dedicada a este problema. Alguns pacientes apresentam sintomas depressivos com gravidade suficiente para receber o diagnóstico de episódio depressivo maior. A persistência de sintomas como anedonia (perda do interesse e de prazer) indicam a necessidade de tratamento específico. Na escolha do antidepressivo devem pesar aspectos como efeitos adversos, contra-indicações e interação medicamentosa (MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995; MELEIRO & FRÁGUAS, 1995).

A taxa de suicídio na maioria dos hospitais gerais é menor que a da população geral, variando entre 3,2 e 15,0 por 100.000 por ano (na população

geral americana é de 12 por 100.000). Esta taxa é menor, na maioria das vezes, porque o acesso aos meios de suicídio é mais difícil, e pacientes que demonstram claramente sinais de suicídio são em geral prontamente atendidos. O método mais utilizado pelo suicida do hospital geral é pular da janela, de andares altos (WISE & RUNDELL, 1984). Acreditamos que a existência de uma unidade psiquiátrica poderá colaborar com a prevenção de suicídio no hospital geral.

A presença de problemas psiquiátricos em doentes com problemas físicos no hospital geral é muito superior que na população geral; talvez isto se deva por uma maior susceptibilidade à doença física, para doença do comportamento e o processo de somatização em si (MELEIRO & FRÁGUAS, 1995).

Para MARTIN (1995), o principal motivo pelo qual o médico assistente do paciente pede uma consultoria psiquiátrica é o mesmo para qualquer outra especialidade: pedir uma opinião especializada sobre um aspecto do problema do paciente, que ele não consegue resolver. Assim, uma boa consultoria dá ao médico solicitante ajuda no tratamento do paciente. Se na consultoria não se fornece uma opinião diagnóstica e sugestões para a continuidade do tratamento, a ajuda será muito limitada ou inútil.

- **Fatores que Influenciam o Encaminhamento ao Psiquiatra.**

Quanto mais uma alteração orgânica esteja na base de um distúrbio de comportamento, menor a probabilidade de o paciente ser encaminhado (PRITCHARD, 1972 e FAUMAN, 1981 em: BOTEGA & DALGALARRONDO,

1993). Para BOTEGA & DALGALARRONDO (1993), em situações de patologia cerebral evidente, o médico não-psiquiatra tende a assumir sozinho o tratamento, por não estar convencido da ajuda que o psiquiatra poderia prestar.

Em nossa opinião, em hospitais gerais, que, até recentemente, não possuíam unidade psiquiátrica, as equipes médicas habituaram-se a não necessitar do especialista, procurando resolver os problemas psiquiátricos e a medicar os pacientes sem a ajuda do psiquiatra.

A decisão de encaminhar um paciente ao psiquiatra é definida por médico não-psiquiatra, o qual às vezes pode encaminhar paciente que não necessitaria ser enviado ao especialista. CORDIOLI (1989) recomenda que, nestes casos, o psiquiatra interconsultor não deve simplesmente devolver o paciente com a informação de que foi um encaminhamento inadequado. Mesmo não encontrando sinais de transtorno psiquiátrico, o psiquiatra deve, pelo menos, preocupar-se em esclarecer as razões do encaminhamento.

A gravidade dos sintomas, principalmente os que interferem na rotina da equipe assistencial, é um fator que pesa no encaminhamento. O paciente deprimido, mais calado, de comportamento discreto, chama menos a atenção de médicos e enfermeiras. É diferente, se ele manifestar idéias de suicidio ou negar-se a continuar o tratamento. Há também maior probabilidade de ser encaminhado, quando o paciente internado traz um antecedente de internação psiquiátrica, ainda que apresente boas condições mentais (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

Fatores ligados à pessoa do médico são também importantes e interferem na decisão de encaminhar pacientes ao psiquiatra (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Cada médico tem um nível pessoal de tolerância. A solicitação de uma avaliação psiquiátrica tenderia quase sempre a ser evitada, pelo menos até o ponto de o paciente perturbar seriamente seu tratamento, ou de provocar considerável grau de incerteza no médico (MENDELSON & MEYER, 1961 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

A freqüência e o tipo de encaminhamentos parecem igualmente diferir entre as diversas especialidades médicas. Clínicos valorizam e solicitam mais interconsultas (FAUMAN, 1981, 1983; MILLAN e col.,1986; BOTEGA e col., 1992b; em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Cirurgiões reportam menor freqüência de depressão, síndrome orgânico-cerebral e transtornos psicossomáticos entre seus pacientes. Distintamente dos clínicos, os cirurgiões tendem a não considerar casos de agitação psicomotora como emergência psiquiátrica. Por outro lado, situações em que o paciente não adere às regras hospitalares são vistas como emergenciais (FAUMAN, 1981 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

- **Atendimento de Emergências pelo Serviço de Consultoria.**

Ao se organizar um serviço de consultoria, deve-se considerar o aspecto de que a interconsulta, na maioria das vezes, tem características de atendimento de emergência, devido à natureza aguda dos problemas no hospital geral. São exemplos os estados confusionais agudos.

MENDES, PAULIN & MENON (1995 - p.72) definem emergência psiquiátrica como:

> "uma súbita desorganização do indivíduo, em nível de comportamento, humor ou pensamento, levando à incapacidade, mesmo que momentânea, de controlar ou desempenhar suas atividades usuais pessoais, laborais e sociais. O caráter emergencial pode ser assim considerado pelo próprio paciente, em decorrência de seu sofrimento psíquico, ou pelos familiares, amigos e profissionais de saúde, em virtude da evidência de sinais e sintomas".

A maioria dos serviços psiquiátricos de emergência, nos Estados Unidos, encontra-se junto aos pronto-socorros dos hospitais gerais (HILLARD, 1994; PAULIN, 1996).

Dentro de um serviço organizado de consultoria, o atendimento pode ser mais formal e abranger a mesma equipe de plantão da unidade psiquiátrica no hospital geral, a qual estará preparada para atender a pedidos de consulta, tanto dos demais serviços do hospital, quanto do próprio pronto-socorro do hospital geral. Nos hospitais universitários, o papel de médicos-psiquiatras plantonistas é, em geral, executado pela equipe de residentes em Psiquiatria.

Considera-se que o serviço psiquiátrico de emergência junto ao hospital geral é um importante fator de contenção das internações psiquiátricas convencionais (PAULIN, 1996).

O médico não deve esquecer-se de que, em alguns casos, é difícil delimitar a emergência psiquiátrica de uma emergência clínica, pois existem condições nas quais se misturam sintomas somáticos e psiquiátricos; além disto,

existem emergências clínicas que se apresentam ao médico apenas sob a forma de perturbação psiquiátrica, pelo menos no inicio do quadro, mas escondem problemas orgânicos graves. Outras emergências psiquiátricas se "escondem" atrás de queixas puramente somáticas, sem causa física (MENDES, PAULIN & MENON, 1995).

O hospital geral é complexo, se considerarmos o modelo biopsicossocial em Medicina. A interconsulta psiquiátrica vem ampliando seu campo de ação junto ao hospital geral, representando a saída da Psiquiatria de uma estrutura asilar, para benefício de todos os envolvidos no processo, e colaborando na humanização do atendimento médico-hospitalar (MELEIRO & FRAGUAS JR., 1995), bem como na sua integração às demais áreas da Medicina.

Problemas psiquiátricos prolongam a estadia do paciente clínico no hospital geral, aumentam seus custos e prejudicam a adesão do paciente ao tratamento. Condições médicas, por sua vez, como doenças crônicas, aumentam a possibilidade de o paciente desenvolver distúrbios psiquiátricos. A consultoria psiquiátrica no hospital geral reduz a mortalidade, a morbidade, a duração da estadia, os custos de hospitalização, melhora a aderência ao tratamento, aumenta a satisfação da equipe e do paciente, trazendo abordagem e tratamento mais humanos, educação dos médicos quanto a aspectos psico-sociais, maior integração departamental e abertura da possibilidade de pesquisas dentro da

área psiquiátrica (SOLOMON & PATCH, 1969; WISE & RUNDELL, 1994; MELEIRO & FRÁGUAS, 1995).

FORTES, PEREIRA & BOTEGA (1995) acreditam que a inserção de um psiquiatra exercendo papel de ligação facilita a integração entre as especialidades, dentro de uma visão multidisciplinar. Segundo estes autores, as regras de ouro da conduta de um interconsultor são: estar disponível, sem ser agressivo na conquista de espaços; demonstrar, pela presença e pela eficiência, a vantagem de sua participação; evitar posturas arrogantes, sabendo-se portador de conhecimento diferente; respeitar o saber dos outros profissionais.

Segundo ENELOW (1980), o papel do psiquiatra de ligação seria o de assegurar que o conhecimento científico social, psicológico e biológico seja aplicado de forma integrada no diagnóstico e tratamento médico. Recomenda, também, que o psiquiatra colabore na prevenção da despersonalização e desumanização dos cuidados médicos.

Concluindo, em nossa opinião, as reações contra o tradicional sistema psiquiátrico "hospitalocêntrico" não eliminaram, ainda, o hospital psiquiátrico tradicional. No entanto, permitiram que surgisse uma multiplicidade de serviços, que, embora tornassem a tarefa dos gestores em saúde mental mais complexa, tiveram a vantagem de satisfazer, de forma mais completa, as necessidades da clientela.

Acreditamos que, dentro dessa multiplicidade, as unidades psiquiátricas em hospitais gerais possam ser consideradas como **um** dos tipos de serviços psiquiátricos a serem oferecidos à comunidade. Não podemos pretender

que possam merecer a exclusividade no atendimento. Na realidade, cada tipo de instituição tem seu papel importante dentro do sistema de atendimento ao doente mental, e nenhuma instituição, sozinha, poderá abranger toda a diversidade de casos e situações que ocorrem no âmbito psiquiátrico.

3. O ENSINO DE PSIQUIATRIA COMO ATIVIDADE INTEGRADA À MEDICINA

3.1 TENDÊNCIAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A história da ciência, inclusive a médica, vem-se desenvolvendo por fases de polarização reducionista.

A Psiquiatria, como especialidade, não foge a esta regra, tendo passado por várias fases em que predominaram reducionismos, como o organicista/ positivista do século passado, o reducionismo psicológico/ psicanalítico da primeira metade do século XX, o reducionismo social das décadas de 60/70 deste século, até o reducionismo biológico/ tecnológico de nossos dias.

Cada vez mais, a Medicina enfrenta um paradoxo: de um lado ocorre um enorme progresso tecnológico, com a introdução de técnicas computadorizadas de diagnóstico e o desenvolvimento de novos medicamentos e tratamentos, levando à necessidade de especialização, e, de outro lado, a

necessidade de superar a antiga ênfase organicista do século passado, procurando agora, quase no século XXI, valorizar a relação médico-paciente, os aspectos emocionais e afetivos que interferem ou desencadeiam inúmeras enfermidades.

CLEMENTINO FRAGA FILHO, já em 1984, afirmava que uma das influências mais importantes para o ensino médico, no futuro, seria o avanço tecnológico. De lá para cá, o progresso tecnológico desenvolveu-se mais rapidamente ainda, com novos equipamentos para o diagnóstico de doenças, trazendo mais segurança ao médico, mas ao mesmo tempo trazendo também uma maior alienação do médico em seu relacionamento com o paciente. A solicitação excessiva de exames complementares leva o médico, muitas vezes, a se afastar do paciente, e a "desaprender" habilidades no exame físico. Este aspecto reflete-se automaticamente no ensino médico, no qual os estudantes tendem a aprender apenas o encaminhamento para exames complementares.

A Psiquiatria é ainda uma especialidade que, comparativamente às outras especialidades médicas, utiliza relativamente poucos exames complementares. Embora ocorra, nesta especialidade, o progresso tecnológico no lançamento de novos e cada vez mais eficientes medicamentos, valoriza-se ainda o contato humano com o paciente. A psicoterapia ainda faz parte do "arsenal" terapêutico do psiquiatra.

Por êstes motivos, o papel da Psiquiatria no processo de superação dos reducionismos na Medicina pode ser considerado relevante, por suas próprias características. Talvez tenha sido, até agora, a única especialidade

médica que sempre procurou, salvo exceções, valorizar o paciente como ser humano, observando não apenas as características objetivas de suas queixas e sofrimentos, mas também a subjetividade e as reações individuais de cada pessoa frente à patologia e aos problemas do dia-a-dia que enfrenta.

REDLICH & LEVITIN (1975 - p.877) descrevem as tendências para o futuro da educação médica, considerando importante ensinar Psicologia Médica, Sociologia Médica, Economia Médica e Ética Médica para os estudantes do curso de Medicina. Para estes autores:

> "A maior tarefa dos psiquiatras ao ensinar estudantes de Medicina não é o ensino da Psiquiatria como especialidade, mas antes o ensino de fatores psicológicos e sociais no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. É notável e até alarmante observar que atitudes de cinismo aumentam e as atitudes de compaixão diminuem no decorrer do estudo da Medicina. O objetivo final é a manutenção da 'relação médico-paciente' ".

Acreditamos que, durante o curso de Medicina, facilmente o estudante adquire defesas contra as dificuldades biológicas, psicológicas e sociais dos pacientes que examina, tornando-se distante, "mecânico", e utilizando mecanismos de racionalização no relacionamento profissional. Ocorre, então, a super-valorização do aspecto técnico, em detrimento de aspectos pessoais, afetivos e emocionais. Esquece-se o lado empático da atividade médica, fundamental para uma boa relação médico-paciente. A argumentação muitas vezes utilizada é a de que o volume de atendimento e o pouco tempo que sobra para cada paciente impede um contato mais pessoal e humano.

Cada vez mais surgem, porém, reações a este tipo de distorção, em parte por exigência do próprio paciente, que hoje vai assumindo o papel de um consumidor de serviços médicos, cada vez mais exigente. A pressão do cliente, que quer ser tratado como pessoa, tende a contrabalançar o crescimento da tecnologia. Esta deve ser acompanhada de uma boa relação médico-paciente, buscando o necessário equilíbrio entre técnica e afeto, tão importante no atendimento médico.

Outro aspecto da educação médica é a questão do tipo de médico que deverá ser formado. SILVA (1987) afirma que, desde a década de 50, tem-se apregoado a necessidade de se formar o médico generalista. No entanto, o que se observa ainda em muitas escolas médicas é o reforço à especialização. Também as propostas de se integrar o médico às comunidades, em atividades de atenção primária, não se concretizaram de forma intensiva. A prática médica continua sendo mais individualizada no hospital, muitas vezes com excesso de tecnologia. A pesquisa é muitas vezes limitada e pouco integrada ao ensino. SILVA (1987) relata que, embora a recomendação seja ainda o ensino prático em pequenos grupos, o que ainda se observa é o ensino formal, por meio de grandes aulas teóricas. Dificuldades no mercado de trabalho do médico contrastam com a formação do generalista. Segundo o autor, "o mercado parece exigir o especialista".

Segundo LEITÃO (1983 - p.135), uma das tônicas do XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em 1979, em Poços de Caldas (MG), foi a integração docente-assistencial, conceituada como "o

estabelecimento de uma relação de trabalho entre uma instituição de ensino e uma instituição prestadora de serviços de saúde, relação essa de caráter contínuo e prolongado, que possibilite aos alunos e professores, da primeira, trabalhar em conjunto com o pessoal da segunda, em uma área de comum acordo e que, daí por diante, passa a ser chamada área docente-assistencial".

O ensino das profissões de saúde e o exercício da prestação de cuidados à população são práticas indissociáveis (FRAGA, 1984). A nosso ver, porém, a evolução histórica da universidade tem levado a um processo de individualização e de separação do campo de atuação dos organismos que se encarregam dessas atividades. O academicismo e o "encastelamento" em algumas universidades têm afastado as instituições de ensino superior das verdadeiras necessidades da comunidade. A tendência, no entanto, é a de, cada vez mais, a sociedade exercer "cobrança" sobre como seus recursos são gastos com o ensino superior, e quais os resultados para o bem-estar geral da comunidade.

A integração docente-assistencial envolve a participação do aluno e professores em serviços da comunidade. A educação médica tem, portanto, também o papel de melhorar as condições de saúde da populaçào.

Em contrapartida, a carência de recursos em muitos hospitais universitários fez com que estes passassem a valorizar mais o atendimento assistencial, puro e simples, priorizando o volume de trabalho em detrimento da qualidade, para obter recursos do Sistema Único de Saúde. Neste caso, o aspecto "ensino" fica para um segundo plano. Gerações de estudantes de

Medicina, no Brasil, passaram por esta distorção de objetivos do hospital universitário. Na área de Psiquiatria, o problema pode ser considerado pior, pois, na ânsia de gerar recursos, os ambulatórios desta especialidade, no hospital geral universitário, realizam muitas vezes um atendimento de volume, de quantidade, em detrimento da qualidade. A entrevista psiquiátrica, principalmente na primeira consulta, demanda tempo, o que se contrapõe à necessidade de atender à grande quantidade de pacientes em poucas horas de trabalho.

A Psiquiatria tem muito a colaborar na educação médica, uma vez que, tradicionalmente, lida com princípios da psicologia educacional e de relacionamento interpessoal, trazendo idéias importantes para uma humanizaçào maior do atendimento médico, e, por conseguinte, do ensino.

CONRADO (1986 - p.107) descreve aspectos importantes para o desenvolvimento de um ensino médico adequado. Dentre eles, citamos:

a) é importante a formação global do aluno, não apenas técnica, mas também filosófica e didática;

b) o diálogo franco e objetivo com os alunos melhora o relacionamento professor-aluno, pois este passa a ser elemento participativo do sistema de ensino;

c) o aluno pode contribuir muito para o ensino, oferecendo sugestões valiosas;

d) deve-se substituir o sistema paternalista pelo sistema participativo na relação docente-discente, pois isto melhora o aprendizado;

e) a formação do aluno deve ser não apenas teórica, mas deve também englobar princípios de ética profissional e relação médico-paciente;

f) o interesse e o aprendizado do aluno estão diretamente ligados, não apenas ao potencial didático do docente, mas também às qualidades do professor como exemplo profissional e humano.

3.2 O ENSINO DE PSIQUIATRIA E A MEDICINA

O médico-psiquiatra passa, durante o curso de Medicina, pela mesma experiência educacional que os demais médicos. A identidade básica do médico parece formar-se principalmente nos últimos 2 anos do curso médico, com intenso envolvimento emocional do estudante, uma vez que passa a atender pacientes e sentir a responsabilidade de seu trabalho, com dificuldades advindas do pouco conhecimento teórico ainda, e à pouca habilidade.

No período de Residência em Psiquiatria, o recém-formado médico passa a sentir as peculiaridades da área em que vai especializar-se, sem perder, porém, sua cultura médica. Tem condições de aliar o raciocínio clínico, aprendido durante o curso de Medicina, com os aspectos humanísticos e interpessoais tão próprios da formação psiquiátrica. Aliás, esta é uma grande contribuição da Psiquiatria para a Medicina: ajudar os médicos a entenderem a importância da observação objetiva e subjetiva e a auto-observação no contexto da entrevista médica e da relação médico-paciente.

Para EATON JR. (1980), o psiquiatra tem mais liberdade pessoal na abordagem do paciente, em coletar dados, efetuar um diagnóstico e instituir um

tratamento. Para este autor, o estilo pessoal do psiquiatra assume maior importância que, por exemplo, o de um oftalmologista, cujas abordagens ao paciente e métodos de coleta de dados são muito mais estereotipados. A grande diferença reside no interesse do psiquiatra em estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente. Em outras especialidades, a postura médica é, às vezes, muito mais autoritária ("o médico sabe mais"), embora já existam sinais de mudança nesta posição tradicional da Medicina.

A decisão de escolher a Psiquiatria como especialidade é feita geralmente durante o curso médico. Um fator importante e positivo, nesta escolha, é o desafio intelectual oferecido por esta especialidade. Mais que qualquer outro especialista, os psiquiatras podem usar suas próprias personalidades como um instrumento terapêutico. De uma maneira geral, o psiquiatra tem maior preferência pela leitura e atividades introspectivas ou intelectuais (EATON JR., 1980). Em nossa opinião, outro fator, não tão positivo, pode ser a necessidade inconsciente de o estudante "tratar" seus próprios problemas emocionais. Acreditamos, no entanto, que a escolha da especialidade depende também da maneira como a Psiquiatria foi ensinada durante a graduação médica.

Cursos de Medicina, cujo hospital geral universitário tem unidade psiquiátrica ou serviço de consultoria psiquiátrica, ou seja, cujas aulas não são realizadas em hospitais psiquiátricos distantes da realidade médica, tendem a atrair mais alunos para a especialidade. A causa disto provavelmente reside no fato de que os valores da Psiquiatria, neste caso, conflitam menos com a Medicina em geral.

Segundo EATON JR. (1980), cerca de 25% dos estudantes de Medicina nos Estados Unidos, ou submetem-se pessoalmente a algum tratamento psiquiátrico, ou têm algum familiar próximo em tratamento. Este fator provavelmente aumenta o interesse do aluno pela especialidade.

Atualmente, em média, os departamentos de Psiquiatria, nos Estados Unidos, têm cerca de 400 horas de tempo curricular durante os 3 primeiros anos de escola médica (EATON JR., 1980). Já no Brasil, cursos como o de Medicina da Universidade Federal do Paraná ampliaram a carga horária de disciplinas da área psiquiátrica, compreendendo a Psicologia Médica, a Psicopatologia e a Psiquiatria, com cerca de 200 horas, no total. Além disso, oferece-se o Estágio Eletivo em Psiquiatria, no 12^0 período, para estudantes interessados na matéria, com carga horária que se aproxima a 440 horas.

A maioria dos autores americanos concorda que um currículo mínimo de Psiquiatria, durante o curso de Medicina, deveria incluir:

1. os aspectos biológicos, psicológicos e sociais das ciências do comportamento, que são necessários para o estudante desenvolver uma base teórica para entender o comportamento humano na saúde e na doença;
2. conhecimento básico em psicopatologia e habilidade em entrevista;
3. assuntos relacionados às necessidades humanas dos pacientes (EATON JR., 1980).

Na Psiquiatria tem havido uma tendência entre os professores em basear o ensino menos em aulas teóricas e mais em aulas para pequenos grupos. Esta forma permite maior diálogo entre professor e aluno e um ensino mais

criativo e participante. Ao mesmo tempo, embora sem caráter terapêutico formal, o ensino em pequenos grupos permite um contato mais próximo da realidade emocional do estudante.

De forma crescente, tem sido usada também a interconsulta ou consultoria psiquiátrica no hospital geral para o ensino pragmático de psiquiatria clínica. O papel do hospital geral universitário, neste caso, é de fundamental importância. É nele que o estudante de Medicina terá um contato integrado com a Psiquiatria.

Uma revisão (ORLEANS & HOUPT, 1979, em: EATON JR., 1980) do ensino de Psiquiatria na graduação concluiu que:

1. o envolvimento maior do aluno com pacientes e o esforço em tornar a Psiquiatria mais relevante para a Medicina geral aumenta a eficácia do ensino e a satisfação do aluno;
2. ajuda eletrônica ou tecnológica não deve tomar o lugar de experiências interpessoais de ensino;
3. mais esforços são necessários para integrar a Psiquiatria ao resto do currículo médico.

No Brasil, o ensino de Psiquiatria nos cursos de Medicina tem-se realizado, em sua parte prática, quase que exclusivamente por meio de visitas e aulas práticas em hospitais psiquiátricos tradicionais.

Alguns destes hospitais, isolados não só do resto da Medicina, mas também da própria comunidade, representam um ensino prático muitas vezes alvo de chacotas por parte dos alunos. Nas aulas práticas são mostrados doentes

mentais como se estivessem num *"show-room"*, provocando risos e sendo alvos de pilhéria.

Isto contrapõe-se à tendência moderna dentro do campo psiquiátrico, que é a de integração cada vez maior com a Medicina geral. Assim, além das visitas a hospitais psiquiátricos e a serviços extra-hospitalares, como o ambulatório e o hospital-dia, deve-se oferecer ao aluno, pelo menos em parte, um ensino de Psiquiatria dentro de seu proprio ambiente usual de ensino: o hospital geral universitário.

As coordenações da maioria dos cursos de Medicina brasileiros têm adotado a filosofia de formar o médico generalista e não o especialista. O ensino da especialidade deve ficar para as Residências e Cursos de Especialização.

No caso específico da Psiquiatria, o enfoque deverá ser o de ensinar as questões básicas de interesse e mais comuns para o clinico geral, como o atendimento de quadros depressivos/ansiosos, doenças psicossomáticas e condições que poderão ocorrer em situações de atendimento emergencial, sem que haja possibilidade de encaminhamento imediato ao especialista.

O ensino médico, além de procurar transmitir uma quantidade imensa de informações teóricas, baseia-se na vivência prática do atendimento ambulatorial e hospitalar. Todas as áreas específicas da Medicina, ensinadas a partir do 5° ou 6° semestre do curso, enfatizam o ensino prático. Na pós-graduação, os cursos de Residência são eminentemente práticos, e realizam-se tendo por base os correspondentes serviços existentes no hospital geral.

A Psiquiatria, na medida em que se aproxima da Medicina, terá que motivar o futuro médico para a valorização dos aspectos gerais da especialidade. A aproximação da Psiquiatria à Medicina não representa uma submissão ao "orgânico" ou "biológico". Acreditamos que a própria Medicina possa ter hoje uma concepção global, integrativa e antropológica. A visão médica deve ser hoje biopsicosocial, e o ensino de Psiquiatria deverá ser mais apropriado à formação do médico generalista.

Em nossa opinião, a inserção da Psiquiatria no hospital geral universitário representa uma evolução importante no ensino desta especialidade para o estudante de Medicina, cuja formação terá que ser menos voltada à especialização precoce. A existência de poucas unidades psiquiátricas nos hospitais gerais universitários brasileiros explica, em parte, o esvaziamento na procura da Psiquiatria como especialidade a ser escolhida pelos estudantes do último ano de Medicina, na busca de uma possível Residência. O ensino da especialidade, em nível de Pós-Graduação, é realizado no Brasil em alguns poucos serviços que oferecem Residência em Psiquiatria. Levantamento feito por BOTEGA (1991 - p.419) revelava a existência de 23 programas de Residência no país, sendo que apenas 35% deles contavam com unidade psiquiátrica no hospital geral (compreendendo enfermaria, consultoria e ambulatório). Isto significa que o restante das Residências pesquisadas realizam-se em hospitais especializados, fora, portanto, do hospital geral. Segundo o autor do levantamento, "a disponibilidade de um psiquiatra junto a serviços médicos em

geral pode incentivar atividades conjuntas,com reflexos na assistência, ensino e pesquisa".

Para BOTEGA (1991), não há dúvida quanto às possibilidades de ensino de Psiquiatria no âmbito do hospital geral. Acredita, no entanto, haver muitas resistências e obstáculos que devem ser superados para uma maior difusão destes serviços, além de "uns poucos hospitais públicos e universitários".

A integração da Psiquiatria com as demais disciplinas do Curso Médico apresenta, então, dificuldades naturais que devem ser levadas em conta sempre que se propõe instituir um processo de mudança.

Acreditamos que, o advento e desenvolvimento da Psicanálise, principalmente na primeira metade deste século, e sua adoção por muitos psiquiatras, embora tenha tido o grande mérito de facilitar a humanização do atendimento ao doente mental, trouxe por outro lado um certo reducionismo psicológico, uma vez que reforçou a antiga separação dicotômica mente-corpo, na medida em que colocou os psiquiatras na posição de quem lidaria apenas com a mente, e os demais médicos como os que lidariam somente com o corpo. Com essa posição, muitos psiquiatras afastaram-se da Medicina, dedicando-se apenas a atividades psicoterápicas.

Para MELEIRO & FRÁGUAS (1995), esse dualismo reforçou-se com o incremento tecnológico a partir do século XIX e com o ensino médico baseado na crescente especialização.

Diante destas considerações, a integração do ensino de Psiquiatria às demais áreas, pela implantação de unidades psiquiátricas em hospital geral universitário, poderá enfrentar os seguintes obstáculos:

1- Cultura "anti-psiquiatria" das equipes médicas e de dirigentes de muitos hospitais-gerais universitários;

2- Tendência que ainda existe em alguns setores da Medicina de ver o homem de forma reducionista, como simples objeto;

3- Fantasias a respeito do "louco" perigoso que poderia significar uma ameaça à sociedade, aos demais pacientes do hospital e às equipes de tratamento.

4- Tendência, ainda existente em alguns setores da própria Psiquiatria, de se colocar como algo afastado da Medicina (posição "anti-Medicina" de alguns psiquiatras).

É necessário propor soluções para a superação destes obstáculos, como condição para se conseguir mudanças significativas do atendimento de pacientes psiquiátricos no hospital geral.

3.3 O HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO COMO UNIDADE DE ENSINO

Os hospitais de ensino foram paulatinamente implantados no Brasil a partir da década de 40, seguindo principalmente modelos dos Estados Unidos. Apesar da importância social dos hospitais universitários, pela contribuição na formação de pessoas, na pesquisa clínico-laboratorial e na prestação de serviços a parcelas mais carentes da população, o alto custo de sua manutenção e a

reposição de equipamentos criam dificuldades político-administrativas para a realização de seus objetivos (NERY, 1987).

A solução parcial deste problema, no Brasil, tem sido, a partir da Constituição de 1988, a integração cada vez maior destes hospitais ao Sistema Único de Saúde. Isto tem permitido complementar as cada vez mais escassas verbas para sustentação destas instituições com recursos provenientes do Ministério da Saúde.

Assim, o hospital geral universitário enfrenta desafios dentro de sua tríplice missão: ensino, pesquisa e assistência. O que parece, à primeira vista, compartimentos estanques, reflete atividades que, na realidade, são indissociáveis.

ROCHA (1985) acredita que a separação entre ensino e trabalho esteja baseada na divisão social do trabalho em manual e intelectual. Este autor critica o modelo educacional do hospital universitário, afirmando que este estaria, muitas vezes, centrado na produção do conhecimento, e não na sua aplicação para a comunidade. Para ele, o hospital universitário não pode ser meramente um fornecedor de serviços. A atividade universitária implica reflexão e produção de conhecimentos. E esta só poderá realizar-se pelo compromisso acadêmico com a sociedade. O trabalho de estruturação do modelo assitencial à população requer a participação de todas as áreas docentes.

Neste sentido, o hospital geral universitário está sempre na vanguarda do conhecimento médico, na medida em que alia fontes do saber com sua transmissão a estudantes e residentes e aplicação prática imediata na

assistência à comunidade. Também não é simplesmente uma instituição reprodutora de conhecimentos, mas exerce sua função altamente criadora, na medida em que pesquisa causas e soluções para o sofrimento humano.

Para BOTEGA (1991), o hospital-escola tem objetivos mais ampliados que o hospital geral comum; trata-se, portanto, de organização mais complexa. Isto ocorre pela presença de alunos e residentes, serviços de triagem, ambulatórios especializados, equipes multidisciplinares, protocolos de pesquisa, etc..

Segundo VELOSO (1985), até recentemente, a equipe do hospital universitário ficava restrita ao médico e à enfermagem. Atualmente compreende, além destes, outros profissionais, como o odontólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o farmacêutico, o pedagogo, o psicólogo e o assistente social. Para esse autor, a atividade da equipe deve desenvolver-se de forma integrada, sem dominação, com respeito de um profissional pelo trabalho do outro, de modo que as decisões surjam de um consenso do grupo. Estas transformações ocorrem mais nitidamente nos hospitais de ensino, especialmente no hospital universitário, não só porque as universidades abrigam os cursos da área de saúde, que utilizam o hospital como campo de treinamento, como também porque a universidade tem sido o fórum do debate de temas polêmicos.

RODRIGUES NETO (1996) afirma que os hospitais universitários e de ensino no Brasil são hoje, no seu conjunto, os estabelecimentos de saúde de maior densidade tecnológica, em termos de equipamentos, procedimentos e

profissionais especializados. É para eles que converge a maioria dos atendimentos que requerem alta tecnologia, representando, em geral, os níveis mais diferenciados do sistema de assistência médica em cada região. São tão essenciais ao SUS (Sistema Único de Saúde), em termos de assistência médica à população mais carente, quanto à formação médica. Esse autor também ressalta que é elementar, como princípio pedagógico, a relação direta entre prática e aprendizagem.

Um hospital geral, mais ainda um hospital geral universitário, é necessariamente local de referência para o sistema de saúde ("centro de referência") (VILLANO, 1982). Em nossa opinião, a Psiquiatria, como qualquer especialidade médica, deve inserir-se dentro desse sistema, também como referência em assistência, ensino e pesquisa.

3.4 O SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Trata-se de unidade psiquiátrica de hospital geral universitário, em processo de implantação, e que, portanto, lida com as naturais resistências, à sua instalação mais completa.

O atendimento psiquiátrico da Região Metropolitana de Curitiba, em nível de Sistema Único de Saúde, compreende uma rede de 6 grandes hospitais psiquiátricos, alguns serviços extra-hospitalares conveniados (hospitais-dia) e alguns serviços ambulatoriais ligados ou não aos hospitais. Não existem serviços organizados de Psiquiatria nos hospitais-gerais privados da região. Alguns destes

hospitais apresentam, porém, serviço de psicologia hospitalar. Dentro do âmbito dos hospitais públicos e universitários, existe, no entanto, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, serviço de Psiquiatria que se organiza, aos poucos, nos moldes de unidade psiquiátrica em hospital geral.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é um hospital-escola de grande porte, e que se ocupa da assistência, atendendo pacientes de quase todas as especialidades médicas, provenientes de Curitiba, interior do Paraná e de outros estados brasileiros. Neste sentido, apresenta serviços que são referência nacional, como, por exemplo, o de transplante de medula óssea. Além disso, tem como finalidade o ensino e a pesquisa, servindo não só ao curso de Medicina, como também a outros cursos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, como Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Odontologia. Apesar da sua importância dentro do contexto assistencial e universitário, o Hospital sofre de problemas sérios no aporte de recursos, os quais têm sido insuficientes para sua manutenção. O Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas insere-se no contexto destas dificuldades, obrigando-se a funcionar dentro dos limites impostos pela realidade geral do Hospital.

O Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas presta dois tipos de atendimento: o ambulatorial e o de interconsulta/psiquiatria de ligação. Até o momento, por falta de espaço adequado, não existe enfermaria específica para o internamento de pacientes psiquiátricos. Tal atendimento é realizado por outros serviços, externos ao hospital.

O Hospital de Clínicas possui também um serviço de Psicologia, com ambulatório próprio e atendimento de ligação (psicologia hospitalar) junto aos demais serviços do hospital.

Do ponto de vista organizacional, o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas, como os das demais especialidades, está ligado à Direção de Serviços Médicos e é chefiado por médico-psiquiatra e professor adjunto da Universidade. Desta forma, procura-se preservar a integração entre ensino e assistência dentro da área. Fazem parte, então, diretamente do Serviço, os 6 professores ligados ao Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria e 5 médicos psiquiatras contratados para o atendimento no hospital. A organização do Serviço obedece a parâmetros gerais do Hospital. A equipe de auxiliares (psicologia, enfermagem, serviço social e secretaría) é fornecida pelo Hospital, recebendo apenas um treinamento quanto às necessidades do Serviço de Psiquiatria.

Em termos operacionais, são realizadas duas reuniões semanais da equipe: uma reunião de caráter mais administrativo e a outra de cunho científico, com discussões de casos e avaliação de situações ligadas ao ambulatório e à consultoria. Além dessas, é realizada reunião mensal, de caráter científico, aberta a alunos, residentes, médicos e professores das demais especialidades do hospital.

O ambulatório de Psiquiatria, pertencente ao Serviço, foi fundado em janeiro de 1985. Situado no setor ambulatorial do Hospital de Clinicas, vem atendendo a mais de 600 consultas mensais. Não existe neste ambulatório

restrição por região de origem do paciente. A maioria dos atendimentos são gerais, dentro da especialidade, mas já se inicia a organização de horários específicos para atendimento de alguns grupos de patologias. Assim, estão já em funcionamento, os serviços de atendimento de pacientes alcoolistas ou dependentes de outras drogas, bem como o ambulatório de doenças alimentares. O espaço atual, destinado ao ambulatório, é insuficiente, pois compreende, na realidade, apenas uma sala de atendimento individual, destinada exclusivamente à Psiquiatria. Outras salas, porém, são utilizadas, aproveitando horários em que não são ocupadas por outras especialidades.

No Hospital de Clínicas da UFPR, a partir de 1989 , a equipe de psiquiatras do serviço ambulatorial com alguns professores das disciplinas da área de Psiquiatria organizaram também uma estrutura de atendimento como consultoria (interconsulta), com escala dos profissionais em rodízio, em horário específico para o atendimento. A grande maioria de pedidos de consulta provém da Clínica Médica. A Cirurgia é o departamento que menos solicita interconsulta à Psiquiatria, o que confirma os dados da literatura mundial a respeito.

Os atendimentos ambulatoriais e de interconsulta do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas são acompanhados por acadêmicos de Medicina ligados às disciplinas da área de Psiquiatria. As aulas práticas destas disciplinas utilizam-se plenamente da estrutura física, bem como de pacientes para demonstração. Complementa-se o programa de aulas com visitas a outros serviços psiquiátricos da comunidade, conveniados com a UFPR. Tentativas de

se implantar a Residência em Psiquiatria no Hospital de Clínicas não foram bem sucedidas, pela ausência de unidade de internação psiquiátrica neste hospital.

As dificuldades e resistências à expansão do serviço são devidas, principalmente, ao problema crônico de espaço físico no Hospital de Clínicas. Tanto no setor ambulatorial, quanto nas enfermarias, ocorre a ocupação, já tradicional, do espaço por outras especialidades médicas, anteriores à introdução do serviço de Psiquiatria.

4. A IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS

A implantação de uma unidade psiquiátrica em hospital geral envolve, do ponto de vista administrativo, três aspectos. O primeiro é o fato de que essa implantação se dá por meio de métodos, estratégias e medidas que são válidos, de maneira geral, para qualquer exercício de gestão, o que justifica a necessidade do conhecimento dos princípios gerais de administração. O segundo aspecto é a necessidade de transposição e adaptação de uma "cultura psiquiátrica" para uma "cultura médica", com todos os preconceitos e estereótipos que cada uma destas culturas trazem, já de longa data. Em terceiro lugar, é a eventual característica de o hospital geral fazer parte de uma universidade. Esta característica faz com que não possam ser aplicados parâmetros ou modelos puramente assistenciais na implantação da unidade psiquiátrica. Aspectos como o ensino e a pesquisa, com todos os seus custos e variantes administrativas, têm que ser considerados.

4.1 PSIQUIATRIA E ADMINISTRAÇÃO

O número e a complexidade de tipos de serviços dentro da área de Psiquiatria têm aumentado muito nos últimos anos .

Os serviços psiquiátricos são compostos de múltiplas organizações, que oferecem internamento, ambulatorio, residência, hospitalização parcial, oficina terapêutica, etc.. Para MCDUFF & KEILL (1992), um dos problemas do atendimento em saúde mental é a fragmentação dos serviços. Ocorre falta de unificação e integração dos diferentes sistemas. Este problema exige um gerenciamento eficiente por parte das autoridades de Saúde Mental da comunidade, por meio de um trabalho de coordenação.

- **A Gestão nos Serviços Tradicionais.**

De uma maneira geral, tanto do ponto de vista técnico (atendimento do paciente), quanto do ponto de vista administrativo (a gestão da instituição psiquiátrica), tem predominado em muitos estabelecimentos hospitalares psiquiátricos uma sistemática autoritária. A origem das atitudes autoritárias, tanto no atendimento quanto na gestão, tem raízes históricas. Pequenos e grandes hospitais psiquiátricos substituíram as cadeias e prisões, como instituições capazes de prover serviços para os doentes mentais graves.

Como já citamos, desenvolveu-se, nos Estados Unidos, no século passado, uma rede de hospitais estaduais para o atendimento de pacientes indigentes, os chamados *State Hospitals*. Ao mesmo tempo, surgiram hospitais

privados que atendiam aos que podiam pagar pelo tratamento. Para MCDUFF & KEILL (1992), o desenvolvimento de hospitais para tratamento de doentes mentais prosseguiu com a construção de novos estabelecimentos até meados do século XX. Nos Estados Unidos, em 1844, havia 24 hospitais, e em 1940 já eram mais de 400. Somente no início deste século, surgiram hospitais psiquiátricos nas universidades. Segundo esses autores, com o tempo, críticas foram surgindo ao hospital psiquiátrico: alto custo, incapacidade de fornecer atendimento após a alta, tendência a superhospitalizar, gestão autoritária e falta de habilidade em coordenar serviços.

No Brasil, foram também construídos, no início do século XX, grandes hospitais estaduais, dos quais são exemplos o Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro; o Juqueri, em São Paulo; e o Hospital Colônia Adauto Botelho, em Curitiba.

De 1940 para cá, a importância dos hospitais psiquiátricos tradicionais nos Estados Unidos foi decrescendo em relação aos hospitais gerais com unidades psiquiátricas. O número de hospitais psiquiátricos praticamente permaneceu o mesmo de 1945 a 1985, mas com redução no total de leitos; o número de serviços psiquiátricos no hospital geral, porém, aumentou mais de dez vezes neste mesmo período (McDUFF & KEILL, 1992).

Já no Brasil, não houve, na mesma proporção, a redução de leitos em hospitais especializados e aumento de unidades psiquiátricas em hospital geral.

Biblioteca Central - PUC/PR

Antes da Segunda Guerra Mundial, os hospitais psiquiátricos representavam, nos Estados Unidos, 85% do total de organizações de saúde mental; hoje representam cerca de 15% de todas as organizações e atendem apenas a 13,7% dos casos. Esta mudança reflete tanto o rápido crescimento das unidades psiquiátricas no hospital geral, quanto a existência dos centros comunitários de saúde mental, assim como o aumento de serviços comunitários ambulatoriais como alternativa à hospitalização (MCDUFF & KEILL, 1992). Estes autores consideram que, apesar desta redução drástica, os leitos psiquiátricos remanescentes ainda são importantes para o atendimento de grande número de casos.

A tendência à descentralização fez com que muitos macro-hospitais fossem divididos em partes menores, ou setores mais ou menos autônomos, chamdos "unidades". Estas unidades possuem, cada uma, um coordenador, em geral um psiquiatra, cuja função é a de supervisionar e liderar a equipe básica, formada principalmente por enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.

Ao mesmo tempo, pacientes passaram também a ter mais participação, por meio da programação de grupos operativos, nos quais podem manifestar-se a respeito de seus problemas pessoais, bem como os da própria unidade. Além dos grupos, a participação dos pacientes em programas de terapia ocupacional e recreacional passaram a ter grande importância. Houve, também, em conseqüência, uma redução do tempo de hospitalização e a introdução de formas extra-hospitalares de atendimento, como o ambulatório e o hospital-dia,

que passaram a funcionar no próprio hospital e considerando as necessidades da comunidade.

Estas mudanças têm ocorrido, no mundo inteiro, não só em grandes hospitais estatais, mas também em hospitais privados, em geral menores em tamanho, mas que também sofriam dos mesmos processos autoritários de gestão. Mesmo assim, estes hospitais sempre apresentaram algumas vantagens sobre os macro-hospitais estatais, como: número proporcionalmente maior de pessoal especializado, trazendo melhor proporção paciente-*staff*, menor estigma e melhor aceitação por parte dos pacientes; maior rapidez na avaliação diagnóstica e tratamento; manutenção da relação médico-paciente, mesmo após sua alta, uma vez que o mesmo médico assistente pode, na maioria das vezes, continuar o tratamento do paciente egresso, em regime ambulatorial (consultório privado) (SOLOMON & PATCH, 1969).

- **O Psiquiatra como Administrador.**

Os hospitais, tanto gerais quanto psiquiátricos, são um exemplo de organizações complexas, em que não basta apenas um excelente trabalho técnico, com especialistas médicos da mais alta qualificação. Possuindo inúmeros centros de custos, desde o almoxarifado até o serviço social, os hospitais obrigam a um conhecimento administrativo de alta qualidade.

Para KEILL (1992), existe, em todo o mundo, enorme carência de administradores psiquiátricos. Vários motivos podem ser identificados: em primeiro lugar, os psiquiatras jovens tendem a ter maior interesse no atendimento

de pacientes, ou têm prazer nas atividades de ensino. Ocorre, muitas vezes, uma tendência para o desdém a atividades administrativas, que são consideradas "banais ou burocráticas". Existe um estereótipo em que os melhores profissionais da Psiquiatria se dedicariam ao atendimento de pacientes e à pesquisa, enquanto que os medíocres acabariam se dedicando a atividades administrativas

Na realidade, este menosprezo ocorre justamente quando a maior parte das fontes de tensão para o trabalho psiquiátrico não surge do atendimento propriamente dito de pacientes, mas, sim, devido a problemas com a instituição em que o psiquiatra trabalha, ou seja, ocorre com os revezes administrativos e organizacionais do ambiente de trabalho. Durante o período de treinamento (residência), a maioria dos futuros psiquiatras percebe que as maiores frustrações não se referem a professores ou orientadores fracos ou incompetentes, mas sim às inadequações dos ambientes que impedem um adequado atendimento de seus pacientes (KEILL, 1992).

Nos complexos sistemas atuais de atendimento, os psiquiatras, já no início da carreira, podem receber a responsabilidade de administrar uma ala ou um setor, ou mesmo uma clínica, ou uma unidade psiquiátrica no hospital geral. Esta responsabilidade exige alguma experiência, conhecimento ou especialização administrativa (KEILL, 1992).

Para KEILL (1992), a direção das organizações de serviços humanos, e particularmente daquelas que oferecem serviços de saúde mental, é diferente da administração de organizações com resultado em produtos. Os consumidores destes serviços são pacientes com distúrbios psiquiátricos de

variado espectro de doenças. O sucesso da organização de saúde mental e de seu sistema de atendimento depende de uma complexa variedade de fatores, entre os quais estão as atividades da equipe com os pacientes. O conhecimento sobre a etiologia e o manejo dos distúrbios psiquiátricos tornam-se cada vez mais sofisticados, e os psiquiatras, com seus conhecimentos técnicos sobre a ciência básica, clínica e relacionamento interpessoal, estão, talvez, em condições para dirigir, influenciar e administrar os serviços de saúde mental, particularmente se sua capacidade para fazê-lo é aumentada com treinamento e experiência em administração.

Nos hospitais psiquiátricos tradicionais, o papel de diretor, no entanto, não tem atraído os melhores psiquiatras. Os de maior êxito profissional não estão motivados para administração, em parte por estarem mais motivados para os valores da especialidade, ou por sentirem que não seriam capazes de atuar adequadamente em funções administrativas. Alguns chegam a vivenciar esta dificuldade, dirigindo algum hospital ou serviço, por algum tempo, e acabam desistindo da experiência.

Acreditamos que, no Brasil, tradicionalmente, o grande objetivo do psiquiatra, já no início de sua carreira, não é alcançar postos de chefia ou administração, mas sim atuar em seu consultório particular. Isto ocorre porque, neste, o psiquiatra desfruta de maior autonomia e, geralmente, aufere maiores rendimentos que como funcionário de uma instituição. Os empregos iniciais, geralmente em hospitais psiquiátricos, servem apenas de meio para amealhar pacientes particulares para o consultório privado. Alguns aceitam cargos de

chefia nas organizações hospitalares, em parte por possuírem liderança natural sobre os demais colegas, ou por vaidade pessoal.

Poucos programas de Residência contêm atividades de treinamento formal para a organização, gestão e liderança em serviços de Psiquiatria. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) tem criado cursos de treinamento em administração psiquiátrica, para auxiliar o médico psiquiatra no desempenho de suas dificuldades neste campo, e também prepará-lo para a gestão de serviços especializados, como hospitais, centros de saúde mental, clínicas, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, etc.. Nos congressos anuais da APA, cerca de 30% dos simpósios, mesas-redondas e apresentações em geral, dedicam-se aos aspectos organizacionais dos serviços psiquiátricos (KEILL, 1992).

À medida que o médico psiquiatra desenvolve sua carreira profissional, vai concentrando suas atividades. Alguns, como já foi citado, dedicam-se mais à atividade de consultório privado; outros acabam assumindo cargo de chefia ou direção de serviços hospitalares ou de saúde mental, públicos ou privados; outros dedicam-se ao ensino universitário, e, às vezes, desenvolvem trabalho administrativo dentro da universidade. Gostem ou não de administração, em sentido amplo, dificilmente os psiquiatras poderão evitá-la completamente. O antigo desprezo do jovem médico pelas atividades administrativas pode desaparecer, substituído pela realidade de ter que assumir responsabilidades, das quais não poderá fugir.

4.2 ESTRUTURA DE AUTORIDADE E LIDERANÇA NA GESTÃO DE SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS

Com relação à estrutura de comando, desde a Antigüidade, as formas de administração têm variado da autocracia total até à anarquia.

Para KEILL (1992), a personalidade e estilo do diretor afetará o tom e o resultado da organização. O diretor pode ser entusiasta, enérgico, criativo, exigente, autocrático ou tímido, e a equipe tentará construir uma organização estável, acomodando-se a estas qualidades. A maioria dos sistemas pode tolerar e adaptar-se a uma variedade de estilos e traços pessoais. Extremos, entretanto, tendem a criar problemas, como, por exemplo, o lider autocrático que distribui ordens e não tolera argumentações ou, no extremo oposto, o indivíduo passivo cujo estilo é de uma marcha cômoda para todos. O relacionamento entre equipe e supervisor está baseado em respeito e confiança mútuos.

Os comportamentos do líder transmitem, de forma consistente, integridade, um compromisso para com os objetivos da organização e um foco principal sobre as necessidades e direitos dos pacientes, bem como sobre a valorização do desempenho da equipe. A equipe trabalha com maior segurança quando acredita na confiabilidade do líder e em suas intenções de buscar recursos necessários para o progresso do trabalho. Os compromissos com a ação devem ser honrados e as quebras deste compromisso, explicadas. O bom desempenho é valorizado, e o fraco, rejeitado.

Os administradores tomam decisões com um senso de oportunidade. Muitas decisões do dia-a-dia podem ser tomadas rapidamente, uma vez que erros ocasionais podem ser corrigidos. As decisões mais importantes exigem mais dados e deliberação, incluindo contribuições daqueles que por ela serão afetados. As ações e decisões do líder têm credibilidade quando estão enraizadas em um amplo corpo de conhecimentos acerca dos aspectos clínicos dos tratamentos psiquiátricos, sistemas de reabilitação, necessidades do paciente e sua família, lacunas nos recursos da comunidade, pontos fortes e fracos do desempenho dos membros da equipe, e eficácia do programa. O administrador psiquiátrico eficaz possui uma visão crítica acerca de seu próprio comportamento, e suas motivações, dinâmicas e impacto sobre os outros (KEILL, 1992).

KEILL (1992), enfocando a política, em sentido amplo, considera que as estratégias para influenciar-se outros são importantes para efetuar-se mudanças nos sistemas de atendimento aos nossos pacientes. O psiquiatra comprometido com a melhora de seus pacientes utilizará habilidades, energias, talentos e recursos para melhorar o sistema de atendimento e influenciar, positivamente, o desenvolvimento do programa, mesmo em face de oposições. Para esse autor, o que se chama de "política" consiste em influenciar, com sucesso, os outros, a fim de darem prioridade às nossas necessidades. A política (assim como o poder), portanto, nem sempre tem conotação negativa. Torna-se elemento importante para se conseguir a melhoria dos sistemas de atendimento,

desde que dirigida ao objetivo, exercida de forma honesta e racionalmente planejada (KEILL, 1992).

Parece claro que a tendência para o futuro será o oferecimento de serviços psiquiátricos de um modo multimodal, interdisciplinar, em sistemas organizacionais complexos. É essencial, portanto, que os psiquiatras não percam a oportunidade e responsabilidade de serem líderes e administradores destes sistemas. A direção de um programa psiquiátrico exige múltiplas habilidades. A mais importante, a habilidade de relacionamentos interpessoais, já é parte da bagagem profissional do psiquiatra (KEILL, 1992).

4.3 ESTRATÉGIAS ADMINISTRATIVAS EM PSIQUIATRIA

Os administradores psiquiátricos, diante da complexidade crescente dos serviços, passaram a procurar as autoridades na área de administração geral e passaram a estudar as várias formulações teóricas sobre o tema (KEILL, 1992).

Duas teorias de administração influenciaram sobremaneira a gestão de serviços psiquiátricos: a Teoria das Relações Humanas e a Teoria Geral dos Sistemas. A primeira teoria surgiu das experiências de Elton Mayo, nos EUA, "deslocando a ênfase na estrutura e tarefas para a ênfase nas pessoas". Passou-se, com a Teoria das Relações Humanas, a estudar a influência da motivação e das necessidades no comportamento humano, por meio de trabalhos de psicólogos, como Maslow, e da participação de Kurt Lewin, com sua "Teoria de Campo" (CHIAVENATTO, 1993). Para o psiquiatra, acostumado a lidar com relacionamentos interpessoais no atendimento de pacientes e familiares, tornava-

se quase automático transferir esta mesma perspectiva humanística para o relacionamento com a equipe técnica e funcionários da instituição psiquiátrica.

Posteriormente, na segunda metade deste século, a Teoria Geral dos Sistemas, criada pelo biólogo alemão Bertalanffy, mostrou-se mais abrangente (CHIAVENATTO, 1993). Esta teoria foi plenamente aceita pelos administradores psiquiátricos, pois seus modelos biológicos e psicopatológicos já eram de seu conhecimento. Para nós, o hospital psiquiátrico pode ser visto, assim como os serviços comunitários de saúde mental, e os hospitais gerais, como sistemas complexos, que envolvem relações com o meio interno e externo das organizações.

Tal conceito foi particularmente relevante para as organizações de saúde mental, por englobar múltiplos sistemas que afetam o paciente: intrapsíquicos, organizacionais, sociais, familiares, econômicos, legais, políticos, e assim por diante. A estrutura dos sistemas é dinâmica e flexível (KEILL 1992).

MCDUFF & KEILL (1992) reforçam a idéia da importância da estrutura organizacional na instituição psiquiátrica. Para estes autores, a estrutura formal de uma organização está representada no organograma que expressa as principais operações e define a hierarquia de autoridade, divisão de trabalho, e caminhos de comunicação interna.

Em todo o mundo, hospitais psiquiátricos públicos e privados são diferentes no perfil de recursos, pessoal, características dos pacientes, padrões de encaminhamento de pacientes, e serviços oferecidos. Existem importantes diferenças no gerenciamento e missão. Em geral, os hospitais públicos são

dependentes de alguma secretaría ou departamento governamental, e sofrem ingerências políticas (MCDUFF & KEILL, 1992).

Já os hospitais privados, no Brasil, podem ser classificados em: com fins lucrativos e filantrópicos. Em nosso país, estes últimos estão, em geral, ligados às Santas Casas ou a entidades religiosas ou beneficientes.

Nos Estados Unidos, hospitais privados com fins lucrativos são entidades independentes, ou ligadas a corporações pertencentes a investidores ou membros de uma cadeia multihospitalar. Sua missão é a de prover serviços de alta qualidade para um estreito segmento da população, assegurando uma viabilidade empresarial e lucratividade. Em geral, são menores que os hospitais públicos e são mais flexíveis, eficientes e capazes de responder rapidamente a novas modalidades terapêuticas ou inovações no fornecimento de serviços (MCDUFF & KEILL, 1992).

No Brasil, tanto os hospitais psiquiátricos privados com fins lucrativos quanto os filantrópicos são responsáveis pela grande maioria do atendimento psiquiátrico, abrangendo grandes camadas da população, graças a convênios com o Sistema Único de Saúde. Existe grande variabilidade em termos de qualidade do atendimento nestes hospitais. Recentemente, pela Portaria 224 (1992) (VIDE ANEXO), o Ministério da Saúde passou a exigir normas de funcionamento destes hospitais em termos de pessoal mínimo, existência de métodos restritivos ou não e critérios de resolutividade. Essa mesma Portaria, como já vimos, passou a enfatizar, também, a criação de serviços extra-hospitalares e unidades psiquiátricas no hospital geral.

Mesmo nos Estados Unidos, somente 1/3 dos hospitais psiquiátricos fornecem também serviços extra-hospitalares. São, portanto, voltados primariamente para a internação. Os hospitais privados fornecem serviços extra-hospitalares com maior freqüência que os públicos. Como empresas de serviços que são, gastam a maior parte de seus recursos com despesas de pessoal (aproximadamente 65%). Quanto à fonte de recursos, esses hospitais recebem cerca de 67% de seus recursos de taxas cobradas diretamente aos pacientes, enquanto que os públicos recebem 74% de fundos provenientes de agências de saúde mental estatais (MCDUFF & KEILL, 1992).

Tradicionalmente, a função principal dos hospitais psiquiátricos sempre foi a de tratar e controlar pacientes graves e crônicos. A maioria dos hospitais estaduais, no Brasil, nos Estados Unidos, Canadá e em outros países, eram macro-hospitais, com um número enorme de pacientes internados. O Hospital do Juqueri, em Franco da Rocha, SP, mantinha internados, na década de 60, cerca de 14.000 pacientes, simultaneamente.

Do ponto de vista administrativo, poderia dizer-se que estes macro-hospitais eram praticamente inadministráveis e acabavam virando meros depósitos de pacientes. A falta crônica de pessoal impunha um sistema piramidal de autoridade, numa tentativa de se obter alguma eficiência (SOLOMON & PATCH, 1969; ALBUQUERQUE, 1985).

A hierarquia rígida fazia com que o contato dos pacientes com os médicos passasse por intermediários: a ligação direta ocorria apenas com os

auxiliares ou atendentes, os quais, por sua vez, reportavam aos enfermeiros, que, em seguida, traziam os problemas aos médicos.

O elevado número de pacientes fazia com que um médico cuidasse, por exemplo, em alguns lugares, de até 500 pacientes. Esta proporção limita qualquer possibilidade de uma relação médico-paciente adequada e elimina indubitavelmente um mínimo de possibilidade de eficiência terapêutica.

A maioria dos macro-hospitais tradicionais, com métodos autoritários de gestão, não apresentavam qualquer programa comunitário de atendimento, careciam de programas extrahospitalares, não possuíam ambulatório de egressos e nenhuma assistência era fornecida ao paciente que saía de alta (SOLOMON & PATCH, 1969).

A grande variedade de serviços psiquiátricos traz, em si, uma complexidade administrativa, em que "fórmulas mágicas" não existem. No entanto, a experiência de administradores psiquiátricos tem procurado desenvolver soluções para a gestão dos diferentes serviços de Psiquiatria.

Os grandes hospitais psiquiátricos, por exemplo, que, como já foi citado, sempre foram considerados inadministráveis, foram divididos funcionalmente em unidades. Neste sistema, as unidades são organizadas em equipes de atendimento, com uma representação multidisciplinar. As equipes de internação, atendimento externo e de atendimento hospitalar diurno podem constituir-se de um psiquiatra, psicólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, atendente, assistente social e outros. Cada membro da equipe tem uma responsabilidade dupla, com a chefia de sua disciplina (enfermagem, assistência

social) e com o líder da equipe de atendimento da unidade, nos deveres específicos de atendimento aos pacientes (KEILL, 1992).

A divisão em unidades representa uma solução estrutural para se alcançar os objetivos de qualquer organização psiquiátrica. Além disso, KEILL (1992) propõe também uma divisão funcional no gerenciamento das unidades, em 4 estágios: Planejamento, Iniciação, Manutenção e Avaliação, que, segundo o autor, cobrem a maior parte da administração psiquiátrica, seja para o desenvolvimento de novos programas, ou para modificação daqueles já existentes. Este processo funcional é válido também para as unidades psiquiátricas no hospital geral.

O primeiro estágio é o planejamento do programa, quando seu objetivo e recursos disponíveis são estudados e articula-se um plano. A segunda fase é a iniciação, quando a estrutura é criada e a equipe é selecionada e treinada. O terceiro estágio, de manutenção, vê o programa em operação. Dificuldades previstas e imprevistas são trabalhadas; as engrenagens são lubrificadas para reduzir-se a fricção e aumentar-se a eficiência; dados são coletados; os recursos são balanceados, de modo que o controle financeiro seja possível; relatórios verbais e escritos são apresentados ao responsável máximo para o programa. No quarto estágio, o de avaliação, a eficácia e a eficiência do programa são determinados. Pela análise de dados relevantes, a avaliação é um componente contínuo da fase de manutenção; seus dados ajudam a estabelecer-se o curso para a operação no ano seguinte, completando-se um ciclo em torno da fase de planejamento (ou reesquematização). É avaliado se os objetivos estão

sendo alcançados, se os pacientes estão sendo atendidos satisfatoriamente, se os fundos e verbas previstas estão sendo gerados, e se o moral da equipe é bom, se as indicações são de que o programa deve ser mantido, alterado ou expandido (KEILL, 1992).

4.4 ADMINISTRAÇÃO PSIQUIÁTRICA E O HOSPITAL GERAL

A unidade psiquiátrica no hospital geral é um exemplo concreto de divisão de um todo em unidades funcionais e administrativas menores. A grande vantagem deste sistema no hospital geral é o funcionamento do serviço psiquiátrico de forma unificada, com um objetivo comum a todos os membros da equipe, o que reflete uma união de esforços. Este fator é extremamente importante numa unidade psiquiátrica no hospital geral, pois, nesse tipo de estabelecimento hospitalar, nem sempre o ambiente é favorável à Psiquiatria, principalmente nas fases iniciais de funcionamento, o que exige coesão da equipe. Além disso, este aspecto unitário permite a diferenciação entre a unidade psiquiátrica e as demais unidades de outras especialidades no hospital geral. Preservam-se, assim, as peculiaridades do serviço psiquiátrico.

KEILL (1992) reforça a importância da coesão e integração da equipe da unidade. Dificuldades que possam surgir entre os membros de uma equipe psiquiátrica de uma unidade no hospital geral podem ser previstas e, freqüentemente, evitadas, estimulando-se a comunicação franca entre os membros da equipe, o que proporciona um espaço para a resolução das diferenças.

No hospital geral, é importante, também, a integração da unidade psiquiátrica com a instituição, como um todo, absorvendo então sua cultura, mas, ao mesmo tempo, procurando influenciar positivamente o ambiente médico com a identidade e valores humanísticos da Psiquiatria.

A unidade psiquiátrica no hospital geral funciona, do ponto de vista organizacional, dentro das normas gerais da organização hospitalar. Algumas peculiaridades da Psiquiatria, porém, obrigam a criação de algumas normas internas da unidade, mas sem ferir as normas do hospital geral.

O hospital geral universitário, ligado, a maioria das vezes, a grandes instituições públicas ou privadas de ensino superior, é um órgão burocrático complexo. A unidade psiquiátrica se insere nesse contexto de complexidade.

Na maioria dos grandes hospitais gerais universitários, como já se afirmou, existe uma Direção de Serviços Médicos ou Direção Clínica (ou Técnica), sendo a unidade psiquiátrica um dos serviços, da mesma forma que existem os serviços de Cardiologia, Oftalmologia, etc.. O serviço de Psiquiatria é chefiado, em geral, por um médico-psiquiatra, que presta contas, por sua vez , ao Diretor de Serviços Médicos.

Acreditamos que a grande diferença entre o hospital geral e o hospital psiquiátrico seja a de que o primeiro é uma organização em que o predomínio médico é fundamental. As outras profissões, neste caso, são auxiliares. No hospital psiquiátrico, a equipe multiprofissional tem voz ativa, exigindo uma participação maior nas decisões, tanto técnicas (atendimento dos pacientes) quanto administrativas. A inserção de um serviço psiquiátrico no

hospital geral necessita, muitas vezes, de uma adaptação do psiquiatra e da equipe multiprofissional aos valores gerais (ou seja, médicos) do hospital.

Um dos aspectos mais importantes para a gestão de uma unidade psiquiátrica no hospital geral é a administração de pessoal. Envolve, evidentemente, duas situações: o lado técnico, que deve ser manejado pelo coordenador (médico-psiquiatra) da unidade, e o lado administrativo propriamente dito. Este, geralmente, é gerenciado por um departamento de pessoal, que, no caso do hospital geral, estabelece normas que valem para toda a instituição, e não só para a unidade psiquiátrica.

O departamento de pessoal de uma organização como o hospital geral ajuda o coordenador da unidade com o recrutamento, busca de profissionais, seleção, treinamento, avaliação de desempenho e, quando apropriado, recolocação ou demissão. A equipe ajuda também no estabelecimento de critérios de padrões de desempenho, para posterior avaliação (KEILL, 1992).

- **Gestão do Ambulatório Psiquiátrico no Hospital Geral.**

O ambulatório de Psiquiatria no Hospital Geral se insere no contexto geral do sistema ambulatorial do hospital, que abrange as diversas especialidades. Existem, no entanto, peculiaridades inerentes à Psiquiatria, que devem ser observadas.

Em termos de espaço físico, no planejamento de um serviço ambulatorial psiquiátrico, deve-se dispor de salas com privacidade, o que nem

sempre ocorre nos ambulatórios do hospital geral, em outras especialidades. Não deve, também, haver interrupções do atendimento, o que acontece com freqüência, com a entrada de pessoal administrativo, enfermeiras, estudantes, etc. Nos ambulatórios de hospitais-escola, deve-se perguntar ao paciente se este permite a presença de um estudante junto, na sala, para observação do atendimento. Normalmente, o paciente destes serviços universitários já está consciente e acostumado com as entrevistas feitas por estudantes ou com a presença destes como observadores. As salas de atendimento devem ser suficientemente grandes para acomodar tanto o paciente como eventuais acompanhantes. A sala de espera pode ser comum a outras especialidades.

O tempo médio de consulta pode variar, conforme for um primeiro atendimento ou uma consulta de seguimento. No primeiro caso, pode ser de 40 ou 50 minutos, e, posteriormente, podem ser consultas de 30 minutos, com um máximo de 8 pacientes por turno (FORTES, PEREIRA & BOTEGA, 1995).

Para a avaliação do desempenho do ambulatório psiquiátrico, devem-se utilizar critérios de produção quantitativa e qualitativa, incluindo altas, abandonos de tratamento *(drop-outs)* e avaliação do grau de satisfação do cliente. O registro quantitativo já existe na maioria dos hospitais gerais, por meio da avaliação informatizada da produção geral dos ambulatórios, de todas as especialidades.

Pelas normas do Conselho Regional de Medicina, cada atendimento ambulatorial deve ter prontuário próprio, com a anotação do diagnóstico e a

orientação dada pelo médico psiquiatra (falta, abandono, alta, encaminhamento, etc.).

Um registro de dados bem feito garante uma boa comunicação entre os profissionais, a qualidade da assistência e a disponibilidade de informações para pesquisa (FORTES, PEREIRA & BOTEGA, 1995).

- **Gestão da Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral.**

Do ponto de vista organizacional, a unidade psiquiátrica de internação no hospital geral adapta-se às normas gerais do próprio hospital geral quanto ao pessoal utilizado, remuneração, gastos e recursos. As peculiaridades referem-se apenas à equipe multidisciplinar que, muitas vezes, já existia anteriormente no hospital geral, mas que recebe um treinamento especial para atendimento de casos psiquiátricos. É o caso do serviço social, enfermagem e terapia ocupacional.

Nas unidades psiquiátricas americanas, em geral 72% do staff são profissionais ligados diretamente ao atendimento do paciente, sendo a metade destes enfermeiras registradas. Despesas com pessoal constituem 65% e operacionais 27% do total. Os recursos, como vimos, podem provir do próprio paciente, bem como de agências governamentais ou de seguros privados (MCDUFF & KEILL, 1992).

A equipe de trabalho da unidade psiquiátrica é sempre multiprofissional e constituída de psiquiatras, enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, e terapeutas ocupacionais. É conveniente que haja um coordenador

escolhido e aceito pela equipe, acessível, com capacidade de liderança e flexibilidade para compor as demandas, às vezes complexas e contraditórias, e que saiba priorizar necessidades e delegar funções. Devem ser feitas reuniões periódicas, tanto dos grupos profissionais específicos como da equipe multidisciplinar, com a participação do coordenador e da maioria do pessoal envolvido no trabalho. É nessas reuniões que os problemas mais relevantes devem ser discutidos, e as decisões devem ser tomadas (SOLOMON & PATCH, 1969; DALGALARRONDO, 1995).

É de fundamental importância, dentro da equipe de uma unidade de internação psiquiátrica, a existência de um corpo médico especializado durante as 24 horas do dia. O plantão médico-psiquiátrico nos hospitais gerais universitários normalmente é coberto pelos residentes da especialidade. Eventualmente, residentes de outros serviços e especialidades podem ser treinados para atenderem a intercorrências psiquiátricas. O plantão médico em uma unidade psiquiátrica no hospital geral encarrega-se dos seguintes atendimentos:

a) intercorrências ou emergências que possam ocorrer dentro da unidade de internação psiquiátrica;

b) intercorrências ou emergências que possam ocorrer nas demais unidades do hospital geral, na qualidade de interconsultor;

c) emergências no âmbito do pronto-socorro ou pronto-atendimento do hospital geral.

As unidades de internação psiquiátrica no hospital geral podem ser classificadas em fechadas ou abertas.

As unidades fechadas, como o nome indica, mantêm suas portas de entrada fechadas e controladas pela enfermagem e demais membros da equipe. Destinam-se a pacientes de internação compulsória, e pacientes com quadros psicóticos mais agudos, com risco de fuga ou agitação psicomotora.

As unidades abertas, por sua vez, implicam seleção mais rigorosa de pacientes. Assim, alguns casos, nestas unidades, acabam por ser encaminhados para unidades fechadas de hospitais psiquiátricos tradicionais. Mesmo assim, as unidades abertas são extremamente úteis para o internamento voluntário de pacientes depressivos, com algum risco de suicídio, com quadros graves de ansiedade e fobias, e pacientes com quadros somatoformes ou psicossomáticos que necessitam do ambiente do hospital geral para maior esclarecimento diagnóstico.

A existência no hospital de instalações de laboratório e diagnóstico aumenta a eficiência e reduz o tempo de hospitalização. O custo por paciente/dia é maior que o de um grande hospital psiquiátrico, mas é compensado por um período menor de hospitalização (SOLOMON & PATCH, 1969).

As enfermarias psiquiátricas caracterizam-se por ocupar pequeno espaço, destinado a grupos de 10 a 20 doentes, ou no máximo 30 leitos. Quartos de até 4 ou 6 leitos são recomendáveis; mais que isso parece ser inadequado. As unidades de internação psiquiátrica são geralmente mistas em relação ao sexo dos pacientes. Os quartos, no entanto, são exclusivos para pacientes de um ou de outro sexo (DALGALARRONDO, 1995).

A menor dimensão estimula a interação entre as pessoas. Grupos menores de doentes e de profissionais favorecem a preservação ou restauração da identidade psíquica e sócio-cultural (DALGALARRONDO, 1995).

O desenho da unidade psiquiátrica deve facilitar a observação e a circulação da enfermagem sem sacrificar as necessidades de privacidade por parte dos pacientes. Devem-se fornecer jornais e revistas, para manter o paciente em contato com a comunidade. O horário de visitas é o mesmo do resto do hospital geral. Uso de telefone e breves saídas dependem de avaliação médica (SOLOMON & PATCH, 1969).

O ambiente das unidades deve favorecer a orientação temporal e espacial. É importante que se disponham de relógios, calendários, espelhos e quadros com horários das atividades rotineiras, dispostos de forma visível. Os móveis e a decoração devem ser simples, resistentes e aconchegantes. (DALGALARRONDO, 1995).

Ao contrário dos pacientes das outras especialidades médicas, a maioria dos pacientes psiquiátricos não permanece a maior parte do dia no leito. Portanto, é fundamental a existência de salas de terapia ocupacional, espaço para grupo operativo, sala para consultas individuais, sala de estar com TV, rádio ou toca-fitas. Uma sala para refeitório também é conveniente, pois a maioria dos pacientes não se alimenta no leito. Uma das salas pode ser utilizada para reuniões periódicas da equipe de trabalho (DALGALARRONDO, 1995).

O problema do tipo de paciente a ser admitido no hospital geral tem trazido discussões entre seus administradores. Alguns autores colocam

restrições à admissão de alguns tipos de pacientes nas unidades de internação psiquiátrica no hospital geral: é o caso de pacientes sem lar ou familia, pacientes sociopatas (com personalidade agressiva contra a sociedade) e drogaditos (com dependência de drogas), com deterioração (deficiência) mental, psicose grave e demasiado agressivos (BACHRACH, 1981 em: BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Estes pacientes têm sido geralmente encaminhados para os hospitais psiquiátricos. Nos Estados Unidos, esta tendência é bem nítida. Os administradores dos chamados *"State Hospitals"* (hospitais estaduais) queixam-se de terem que manter uma população de pacientes crônicos, indesejáveis para as unidades de hospital geral.

Acreditamos que esta dicotomia seja inevitável, pois a natureza diferente de cada serviço traz em si mesma um processo de seleção de pacientes. A seleção de pacientes ocorre também no âmbito dos próprios hospitais psiquiátricos ou clínicas especializadas que não apresentam ligação com o hospital geral: fazem triagem inicial, selecionando seus pacientes conforme as peculiaridades dos programas de tratamento que executam. Cada estrutura terapêutica deve estar preparada para lidar com populações diferentes de doentes, o que nos mostra que, na realidade, ainda são necessários alguns hospitais especializados. Para SONNENREICH (1995), as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não poderão ainda substituir os antigos hospitais psiquiátricos na totalidade dos casos.

Enfatiza-se, na unidade psiquiátrica do hospital geral, o atendimento intensivo de curto prazo. Os pacientes crônicos, em unidades pequenas de

internação no hospital geral, acabam por ocupar leitos preciosos, que devem ser reservados para pacientes mais agudos. Neste caso, o serviço social do hospital geral deve realocar estes pacientes para serviços residenciais, ou extra-hospitalares, mantidos pela comunidade (SOLOMON & PATCH, 1969; MCDUFF & KEILL, 1992).

- **Gestão do Serviço de Consultoria Psiquiátrica no Hospital Geral.**

Os hospitais gerais, principalmente os universitários, oferecem serviços de interconsulta em todas as especialidades. No caso da Psiquiatria, o psiquiatra consultor terá que levar em consideração algumas dificuldades que poderão surgir quando responder a um pedido de consulta de outros serviços do hospital.

A entrevista pode ser difícil no hospital geral, devido à falta de privacidade, interrupções da enfermagem, horários de refeições, etc. A entrevista ideal é a que o psiquiatra conduz de forma não interrompida e em local privado (MARTIN, 1995). Isto, porém, nem sempre é possível, tendo em vista, muitas vezes, as condições clínicas do paciente, que não permitem que o mesmo seja deslocado de seu leito. Quando solicita a interconsulta, o médico quer a presença urgente do psiquiatra; o serviço deve dispor, então, de uma estrutura que possa atender à demanda com rapidez (MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995; MARTIN, 1995; CORDIOLI, 1989).

Na organização do sistema de cuidados psiquiátricos, o atendimento de emergência deve, então, encontrar-se integrado a um pronto-socorro geral,

atendendo à demanda universalizada em tempo integral (24 horas por dia), sem hora marcada. Deve atuar como unidade de recepção, tratamento e triagem para outros níveis de atendimento: o próprio ambulatório do hospital, a unidade de internamento, ou serviços externos (postos de saúde, centros de atenção psicossocial, hospitais de média e longa permanência, hospitais-dia, promoção social, etc..). A equipe assistencial deve estar informada a respeito dos recursos disponíveis na comunidade e das opções passíveis de encaminhamento (MENDES, PAULIN & MENON, 1995).

Para MARTIN (1995), a operacionalização do trabalho do interconsultor começa com o entendimento do porquê da solicitação. Trata-se de simplesmente esclarecer melhor o diagnóstico médico ou fazer um diagnóstico psiquiátrico? O médico-assistente ou residente está solicitando uma ajuda específica no tratamento? Trata-se de problema sem relação com o motivo da hospitalização? Está o internista ou residente pedindo para sair do caso, transferindo-o para os cuidados psiquiátricos? Após o entendimento dessas questões, o próximo passo é o de rever o prontuário médico do paciente, inclusive com os dados de laboratório. Muitos hospitais trazem também dados psicossociais do paciente, o que ajuda conduzir a entrevista.

O diagnóstico implica identificar as causas psíquicas de queixas somáticas, interação com a doença orgânica, personalidade do paciente, avaliação da situação social, familiar, econômica, e ambiental. Enfim, é o diagnóstico psiquiátrico e psicossocial. As ferramentas para atingir este objetivo são a entrevista psiquiátrica e a observação clínica. Outras pessoas envolvidas

no tratamento, como a enfermagem ou o serviço social, podem dar informações adicionais importantes que devem ser colhidas pelo psiquiatra (ENELOW, 1980; MARTIN, 1995). Com um diagnóstico psiquiátrico, de condições psicossociais e de personalidade do paciente, pode-se recomendar uma intervenção terapêutica que seja mais apropriada para suas necessidades.

Tanto quanto possível, a atuação profissional precisa ser objetiva, evitando-se um linguajar hermético, formulações teóricas, "repletas de jargão", típicas da especialidade (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995). O consultor psiquiátrico deve escrever um relatório legível e útil no prontuário. Os dados não devem ser muito extensos, e especulações psicodinâmicas ou a inclusão de material irrelevante podem tornar a leitura aparentemente interessante, mas sem valor para o médico solicitante (WISE & RUNDELL, 1994; MARTIN, 1995). O psiquiatra-consultor pode também solicitar exames complementares, como escalas de avaliação psicométrica, testes cognitivos, etc. (MARTIN, 1995).

No caso de pacientes que insistem em sair do hospital contra a orientação médica, terá então o psiquiatra que interpretar e avaliar o comportamento do paciente para o pessoal médico e de enfermagem. Seguimento diário pelo psiquiatra-consultor é útil para prevenir recidiva do comportamento hostil tanto por parte do paciente como pelos membros da equipe (MARTIN, 1995). O papel do consultor-psiquiatra, muitas vezes, não é o de lidar com a relação médico/paciente, mas sim com a relação médico/médico (ENELOW, 1980; SOUZA, 1995).

Com a entrada do psiquiatra interconsultor, clínicos e pesquisadores passaram a atentar para os aspectos psiquiátricos das doenças físicas e para o componente psíquico das doenças e dos tratamentos, tanto clínicos quanto cirúrgicos. Para a Psiquiatria, por sua vez, a vantagem foi o desenvolvimento de novas técnicas de trabalho em diferentes serviços da instituição. Seu ensino voltou-se para o âmbito do hospital geral, com um perfil diferente de patologias e mudança de visão sobre a relação entre aspectos psíquicos, biológicos e sociais (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993).

No que se refere à qualificação, WISE & RUNDELL (1994) valorizam o aspecto de que os consultores psiquiatras têm que ser médicos, tanto em filosofia quanto em função. Para eles, isto é essencial, porque um amplo espectro de desordens médicas e psiquiátricas tem que ser considerado no diagnóstico diferencial. Além da identidade médica, é recomendável que tenham também interesse em pesquisar quadros psiquiátricos em pacientes fisicamente doentes, e devem ter também disponibilidade para seguir o paciente durante sua hospitalização. Tal atividade tende a promover redução na mortalidade e na morbidade de pacientes fisicamente doentes.

O interconsultor exercerá melhor seu papel, se for um psiquiatra com experiência e familiaridade com o trabalho médico em hospitais gerais, onde o atendimento se faz muitas vezes em condições desfavoráveis, em geral à beira do leito, sem privacidade e com freqüentes interrupções em virtude de sintomas do paciente ou de procedimentos de enfermagem. É recomendável também tomar conhecimento a respeito do quadro clínico do paciente, e estar informado da

medicação clínica prescrita, avaliando possíveis interações medicamentosas, uma vez que poderá prescrever medicação psiquiátrica. São importantes, também, conhecimentos de psicologia médica e institucional, conhecimentos de manifestações psiquicas de doenças orgânicas e conhecimentos sobre os efeitos dos medicamentos no sistema nervoso central (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; MARTINS, BOTEGA & CELERI 1995; MELEIRO & FRÁGUAS, 1995).

Na metade dos anos 70, com a reaproximação da Psiquiatria ao modelo médico, nos Estados Unidos as Residências médicas em Psiquiatria passaram a dar atenção à consultoria psiquiátrica. A consultoria e psiquiatria de ligação passou a adotar também uma abordagem epidemiológica, enfocando a natureza e a extensão do transtorno psiquiátrico nos doentes da medicina geral. Nos anos 90, a Psiquiatria de ligação/consultoria passou a receber status de sub-especialidade, com base científica e com papel importante no tratamento dos pacientes da medicina e cirurgia (POPKIN, 1995).

Levantamento realizado em 1966 já trazia que 76% de todos os centros de treinamento em Psiquiatria, nos Estados Unidos, ofereciam instrução em consultoria psiquiátrica. Hoje, o trabalho psiquiátrico já existe na maioria dos serviços médicos e cirúrgicos e é estágio obrigatório nas residências em psiquiatria (ENELOW, 1980 ; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993 ; FORTES, PEREIRA & BOTEGA, 1995).

A interconsulta pode contribuir para um melhor relacionamento entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas, auxiliando na construção de um saber interdisciplinar. Para superar as resistências, preconceitos e dificuldades

em relação à entrada da Psiquiatria no hospital geral, deve-se estruturar e organizar adequadamente o serviço de interconsulta, de maneira a não aumentar mais ainda as dificuldades (MARTINS, BOTEGA & CELERI, 1995).

O serviço de interconsulta deve possuir, por sua vez, sistema adequado de avaliação contínua. A avaliação do serviço de interconsulta pode enfocar: grau de satisfação do paciente ou do médico solicitante, o número de solicitações após a implantação do sistema e a evolução deste número, avaliação da melhora e reabilitação do paciente e análise de custo-benefício (ENELOW, 1980). Por meio da análise dos resultados da avaliação, pode-se traçar modificações de percurso, visando à constante melhoria do serviço.

4.5 ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL

A entrada do psiquiatra no hospital geral implica a superação de resistências. Estas se tornam mais evidentes quando a proposta é a de se introduzir enfermarias para internamento de pacientes psiquiátricos no hospital geral. O ambulatório e mesmo o serviço de interconsulta são mais facilmente aceitos.

Medos e preconceitos frente à doença mental não podem ser simplesmente superados sem um trabalho de esclarecimento e informação da comunidade do hospital geral universitário. Em alguns casos, esses preconceitos só serão eliminados após o início e durante o funcionamento da unidade, na medida em que se demonstrará, na prática, a possibilidade de se internar, no

hospital geral, uma ampla gama de pacientes com patologia psiquiátrica. Ao mesmo tempo, o receio de que os leitos da unidade psiquiátrica possam ser ocupados por pacientes crônicos não se confirmará, na medida em que se organize o processo de triagem. Um serviço de triagem eficiente evitará o ingresso desses pacientes, encaminhando-os para outros serviços psiquiátricos da comunidade. Nessa etapa, um serviço social atuante se faz necessário no processo de admissão de pacientes para internação no hospital geral, bem como para o encaminhamento a outros serviços.

A superação das dificuldades envolve um trabalho político de convencimento que não pode ser simplesmente imposto. Daí a importância de se instituir um processo participativo envolvendo não só lideranças do hospital geral, mas também médicos-residentes, que, em última análise, também fazem parte da clientela de uma unidade psiquiátrica no hospital geral universitário.

A gestão do serviço de Psiquiatria no hospital geral deve, portanto, inserir-se num processo participativo, uma vez que envolve profissionais de diferentes áreas do hospital-escola (multidisciplinariedade). A integração com as diferentes áreas deve facilitar não apenas a reprodução do conhecimento na área, mas, também e principalmente, a criação de novo conhecimento.

ARAÚJO e col. (1985) propõem, como estratégia, a distribuição de questionários de avaliação aos docentes e médicos do hospital geral universitário. Esses questionários devem abranger:

a) níveis de informação psiquiátrica (conhecimento técnico);

b) preconceitos, sentimentos de aceitação e rejeição frente ao paciente psiquiátrico;

c) existência de problemas que possam dificultar a implantação de uma unidade psiquiátrica;

d) possíveis vantagens e o valor operativo de uma unidade psiquiátrica.

No levantamento das respostas, torna-se possível organizar estratégias para a implantação da unidade psiquiátrica. Estas estratégias podem ser diferentes, conforme a cultura organizacional de cada hospital geral. Por esta razão, cada instituição merece uma avaliação própria, de acordo com interesses, necessidades e objetivos próprios.

O trabalho de implantação de uma unidade psiquiátrica no hospital geral universitário deverá então ser planejado estrategicamente, por etapas, que deverão ser paulatinamente vencidas, considerando as peculiaridades, tanto da universidade, quanto do próprio hospital geral.

Sugerimos, de uma maneira geral, neste processo, as seguintes etapas:

1- avaliação diagnóstica do ambiente do hospital geral, para sentir as resistências da cultura organizacional frente à Psiquiatria. Trata-se de avaliação da oposição ao projeto, observando os motivos, seja racionais ou emocionais, para tal atitude;

2- percepção, em sentido oposto, da existência ou não de áreas do hospital que sentem a necessidade do atendimento psiquiátrico. Estas áreas podem ser mobilizadas, criando-se grupos de trabalho multidisciplinar, envolvendo residentes, enfermagem, etc.

3- análise de aspectos, como: recursos financeiros, tecnológicos, materiais e estruturais. Sem a existência desses recursos, torna-se difícil não só a implantação, mas também a própria manutenção da unidade;

4- avaliação da capacitação técnica de pessoal já existente no hospital. Alguns funcionários que já fazem parte do hospital geral possuem alguma experiência no atendimento de pacientes psiquiátricos, seja por já terem tido esta experiência quando trabalharam em algum hospirtal psiquiátrico tradicional, seja por já terem atendido pacientes com patologia psiquiátrica, de maneira informal, no próprio hospital geral, antes da organização da unidade. Tais pessoas necessitam de menos treinamento para iniciar seu trabalho na unidade psiquiátrica no hospital geral;

5- avaliação das necessidades de contratação de pessoal, para o funcionamento adequado da unidade;

6- análise do perfil do virtual cliente, envolvendo o tipo de paciente a ser atendido na unidade. Esta análise representa, de um lado, o estudo das necessidades da comunidade quanto ao internamento psiquiátrico, e, do outro lado, levantamento das condições estruturais e funcionais da unidade psiquiátrica quanto ao tipo de paciente a ser admitido no internamento;

7- análise do histórico dos serviços médicos prestados pela instituição. Nesta análise, avalia-se qual a vocação do hospital geral e sua ênfase para determinadas áreas do conhecimento médico;

8- análise das ameaças e oportunidades dos ambientes interno e externo. Deve-se considerar a possibilidade de desenvolver estratégias para lidar com essas

ameaças, bem como ter em conta as oportunidades proporcionadas pelo ambiente;

9- início de um trabalho de esclarecimento de toda a comunidade universitária envolvida com o hospital geral, ou seja, dirigentes, médicos, professores, residentes, serviços auxiliares, alunos e funcionários, quanto à evolução da realidade psiquiátrica e seus novos recursos terapêuticos. Esta etapa não envolve apenas esclarecimento teórico, mas a provocação de reuniões clínicas conjuntas, com discussões de casos concretos, bem como apresentação de fitas de vídeo, visando sensibilizar toda a equipe para a importância deste tipo de serviço dentro do hospital geral;

10- escolha ou avaliação das áreas destinadas à unidade de Psiquiatria e adaptação física necessária para o funcionamento adequado do ambulatório e enfermarias;

11- organização do organograma interno da unidade, dentro do organograma geral do hospital, e escolha da liderança e estrutura hierárquica a ser obedecida;

12- organização do fluxograma de atividades, estruturando as vias de acesso dos pacientes, relação com os serviços de emergência do hospital geral, atividades durante a estadia na enfermaria psiquiátrica, modelos de tratamento, etc..

13- escolha da equipe básica para o atendimento da unidade, que irá atuar no ambulatório, enfermaria psiquiátrica e interconsulta. Esta escolha contará com a ajuda do departamento de pessoal do hospital geral;

14- início dos trabalhos de treinamento do pessoal diretamente envolvido na unidade;

15- início do funcionamento do serviço propriamente dito;

16- aplicação do processo de avaliação contínua da unidade.

O trabalho participativo deve ser mantido após o início do funcionamento da unidade, por meio de uma avaliação contínua da qualidade dos serviços, com observação da satisfação da clientela atendida, tanto em relação aos pacientes, como em relação aos médicos solicitantes, e quanto ao grau de resolutividade dos casos atendidos.

5. CONCLUSÃO

O percurso natural na evolução histórica do atendimento aos doentes mentais, até nossos dias, permitiu, mais recentemente, uma aproximação maior da Psiquiatria com a Medicina. O atendimento psiquiátrico passou a ser menos marginalizado e segregado, para se inserir no contexto da terapêutica médica. Surgem então as unidades psiquiátricas no hospital geral, que hoje já são estimuladas pela legislação da maioria dos países.

A criação dessas unidades representa uma excelente oportunidade de integrar os serviços psiquiátricos à Medicina, numa "via de duas mãos". Ao mesmo tempo que o psiquiatra recebe toda uma experiência médica, plena em habilidades clínicas, tem a oportunidade de influenciar, com seu trabalho, médicos não-psiquiatras a compreenderem o paciente como ser humano que é.

Não se pode exigir, porém, que as unidades psiquiátricas no hospital *geral possam atender a todos os casos da especialidade. Existe uma* multiplicidade de situações clínicas na Psiquiatria, assim como grande

variabilidade em termos de tipos de serviços ofertados: o hospital psiquiátrico, o hospital-dia, as oficinas terapêuticas, as residências ou pensões protegidas, etc. Cada serviço tem suas indicações específicas, e a unidade psiquiátrica no hospital geral não foge à regra. Além disso, cada unidade tem suas peculiaridades, conforme a história da instituição, suas tradições e cultura organizacional. Por esta razão, muitas vezes, torna-se difícil o cumprimento, puro e simples, de decretos governamentais que generalizam normas, sem atentar para as diferenças de cada serviço.

A evolução do atendimento em Psiquiatria, na medida em que abandona a centralização no hospital psiquiátrico, descentraliza-se e democratiza-se, humanizando o tratamento, tornando-o menos estigmatizante e menos diferente ao atendimento de pacientes de outras especialidades. Estamos longe ainda de sentir as alterações do comportamento humano de forma menos preconcebida, mas, sem dúvida, encarar a doença mental com profissionalismo e valorizando suas bases científicas poderá ser o início de uma importante mudança.

Procura-se corrigir a formação dos médicos não psiquiatras mostrando-lhes a importância da relação médico-paciente e a visão do paciente como pessoa completa, isto é, composta também de emoções. Ressalta-se, com isso, a moderna visão do homem como ser biopsicosocial. Este importante aspecto é válido também para o psiquiatra. O desenvolvimento dos aspectos biológicos da Psiquiatria moderna, trouxe, nos últimos anos, a necessidade de o psiquiatra ter conhecimentos de Clinica Médica, Farmacologia, e, portanto, dos

aspectos biológicos da Medicina. Além disso, na formação do futuro psiquiatra, torna-se importante o conhecimento de conceitos de administração psiquiátrica, na medida em que não poderá se furtar a assumir posições de liderança e de organização das unidades psiquiátricas. Faz parte do conhecimento desses conceitos a elaboração de estratégias administrativas para enfrentar e superar as resistências, de parte à parte, à aproximação entre a Psiquiatria e o restante da Medicina.

A implantação de uma unidade psiquiátrica em hospital geral representa um trabalho de gestão, envolvendo planejamento, superação dos obstáculos, execução e avaliação contínua dos resultados. Esse processo não poderá ser autocrático, repetindo a gestão tradicional. É recomendável uma gestão participativa que abranja todos os profissionais diretamente envolvidos no serviço de Psiquiatria. O cliente/paciente da unidade no hospital geral informará a respeito do serviço prestado, fazendo parte do sistema de avaliação contínua, e orientando a equipe para as mudanças que se fizerem necessárias.

Dentro do espírito participativo, torna-se imprescendível para o psiquiatra saber trabalhar em equipe, assumindo seu papel em termos de multidisciplinariedade.

A cultura "anti-psiquiatria" de muitos médicos de outras especialidades tende a ser superada de forma gradativa e natural, na medida em que os conhecimentos, que antes eram domínio exclusivo da Psiquiatria, vêm sendo divulgados para toda a classe médica. Para a superação dos preconceitos ainda existentes, é necessário um trabalho de divulgação dos aspectos globais da

Psiquiatria moderna, tirando-a da aura esotérica em que se colocou na primeira metade deste século. A Psiquiatria, como especialidade médica, terá que ter divulgada e ressaltada sua importância para o funcionamento do hospital geral. Ao mesmo tempo, terá que mobilizar médicos, residentes e demais membros da equipe não psiquiátrica no próprio processo de atendimento.

Na divulgação, recomenda-se procurar reduzir a imagem do doente mental como um "louco perigoso", que possa ser ameaça para o ambiente do hospital geral e para a própria sociedade. O serviço de Psiquiatria deve estar estruturado para o atendimento dos casos da especialidade, com pessoal especialmente treinado e em perfeita conjugação com os demais serviços do hospital geral. Ao invés de percepções limitadas ao plano de ação individual ou de um pequeno grupo, torna-se necessário, hoje em dia, pensar em "sistema", reconhecendo o papel do ambiente circundante (sistemas biológico, social, econômico, político, etc..) (FOLEY , 1975). Somente desta forma o psiquiatra poderá estar preparado para a integração, evitando o isolamento e o reducionismo (MARMOR, 1983). Isto se torna fundamental na unidade psiquiátrica do hospital geral, a qual não poderá funcionar de forma estanque, como se o resto do hospital não existisse. Sua existência deve ser integrada, não só ao hospital, mas também a toda a comunidade que a circunda.

A Psiquiatria do futuro pode ser uma especialidade mais integrada às demais, e mais abrangente, e que envolva maior ligação com os demais serviços de saúde, e com entidades educacionais e sociais. As tendências atuais

confirmam a importância do pluralismo para a educação psiquiátrica, tanto na graduação quanto na pós-graduação (EATON JR., 1980). O trabalho dentro de linhas dogmáticas torna-se não só superado, atualmente, mas até cientificamente inadequado, numa fase em que se procura o ecletismo e a abertura para uma visão global da Psiquiatria.

A maioria das unidades psiquiátricas em hospitais gerais, em todo o mundo, encontram-se em hospitais universitários. É por meio do ensino de Psiquiatria, principalmente de graduação, que se procurará modificar a cultura, os preconceitos e as "fantasias antipsiquiátricas" do aluno de Medicina. Ao mesmo tempo, a introdução da Psiquiatria no hospital geral universitário muito tem a contribuir para o processo ensino-aprendizagem do futuro médico.

A integração da Psiquiatria à Medicina poderá realizar-se, então, pelos processos de ensino. É a partir do ensino de Psiquiatria na graduação, que surgem os modelos de integração. Nada melhor que o hospital geral universitário para a realização deste objetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Manoel Antonio - O Macro-Hospital Psiquiátrico : suas funções e disfunções - **Revista Brasileira de Psiquiatria** (1985) vo.7, n.25 pp. 43-49

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV),** Fourth Edition. Washington, DC. - American Psychiatric Association,. 1994

- ARAÚJO, Humberto Vicente e col. - Expectativas do Corpo Médico de um Hospital Universitário frente à Implantação de uma Unidade Psiquiátrica - **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria** - SP. Vol.7, n.24 pp.32-38 1985

- BACHRACH, Leona L., - The State of the State Mental Hospital in 1996 - **Psychiatric Services** - October 1996 - Vol. 47 n. 10, p. 1071

- BOTEGA, Neury José et al. - "Ambulatório de Psiquiatria em hospital geral: alguns dados do HC da UNICAMP" in: **Revista ABP-APAL** 10(2), 1988.

- BOTEGA, Neury José - Residência de Psiquiatria no hospital geral : uma enquete nacional - **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 40(8) : 419-422, 1991.

- BOTEGA, Neury José - Encaminhamentos ao Psiquiatra e Funcionamento Institucional - **Revista ABP-APAL** - 13 (1) : 27-31 - 1991

- BOTEGA, Neury José ; DALGALARRONDO, PAULO **Saúde Mental no Hospital Geral.** São Paulo: Hucitec, 1993 p.14-5.

- BOTEGA, Neury José - Introdução, em: BOTEGA, Neury José (ORG.) - **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral**. Campinas: Papirus,1995.

- CHIAVENATTO, Idalberto - **Teoria Geral da Administração** - 4a. ed. São Paulo: Makron Books, 1993 - v. I p. 212 , v. II, p.476.

- CONRADO, Clodoaldo - Avaliação Sistemática do Ensino-Aprendizado - **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 10 (2) : 82-86 , maio/agosto 1986

- CORDIOLI, Aristides Volpato - O Diagnóstico Psiquiátrico no Hospital Geral : **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Vol. XI - n.2 p.98 - 1989

- DALGALARRONDO, Paulo - Enfermarias de Psiquiatria (p.23), em: BOTEGA, Neury José (ORG.) - **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral.** Campinas: Papirus, 1995.

- DETRE, T.P. & KUFTER, D.J. "General Hospital Psychiatric Services" em: ARIETI, S. - **American Handbook of Psychiatry .** Nova York, Basic Books Inc. Publishers 1975

- EATON JR., James S. - The Psychiatrist and Psychiatric Education - em: ELPERS, John Richard - Community Psychiatry - (Cap.50, p.2929 - 2941) em : KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - **Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI** Sixth Edition - Williams & Wilkins - 1995 Baltimore

-ENELOW, Allen J. - Consultation-Liaison Psychiatry em: KAPLAN, HAROLD I. , FREEDMAN, ALFRED M. , SADOCK, BENJAMIN J. - **Comprehensive Textbook of Psychiatry** - Cap.26- p. 1980 - 1984 - Vol. 2 - Third Edition Williams & Wilkins - Baltimore/London 1980 .

- FOLEY, Archie R. - Perspectives on Delivery of Mental Health Services em : ARIETI, SILVANO - **American Handbook of Psychiatry** - Cap. 33 p.756 Vol. VI Basic Book, Inc., Publishers - New York 1975

- FORTES, Sandra Lúcia; PEREIRA, Mário Eduardo Costa; BOTEGA, Neury José - O Ambulatório de Saúde Mental, p.35, em : BOTEGA, Neury José (ORG.) - **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral.** Campinas: Papirus, 1995.

- FRAGA FILHO, Clementino - Reflexões sobre o Ensino e a Prática da Medicina - **Jornal Brasileiro de Medicina** - Vol. 47 n.4 outubro 1984 p.19

- FURLANETTO, Letícia Maria - Diagnosticando Depressão em Pacientes Internados em Enfermarias de Clínica Médica - **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** - 45 (6) : 363-370 1996

- HILLARD JR., The Past and Future of Psychiatric Emergency Services in the US **Hospital and Community Psychiatry** - 45 (6) : 541-543 , jan. 1984

- MELEIRO, A.M.A.S. e FRÁGUAS JR., R. - Interconsulta Psiquiátrica no Hospital Geral - pp. 357-370 (Cap. 19): LOUZÃ NETO, M.R. - MOTTA, T. - WANG, Y.P. - ELKIS, H. (Org.) **Psiquiatria Básica** - Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

- MENDES, Afrânio De Carvalho; PAULIN, Luiz Fernando R.S.; MENON, Márcia Angélica - Serviço de Emergência Psiquiátrica (p.71), em: BOTEGA, Neury José (ORG.) - **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral -** Campinas: Papirus, 1995.

- MILLAN, L.R. e col. - Psiquiatria no Hospital Geral : experiência de um ano - **Revista Psiquiatria Clínica** - 13 (1/4) : 33-38, 1986

- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaría Nacional de Assistência à Saúde - Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992 - Transcrição do **Diário Oficial de 30/01/92,** pela Federação Brasileira de Hospitais

- NERY, Gabriel Cedraz - Imagens-objetivo para um Plano Diretor de um Hospital Universitário - **Revista Brasileira de Educação Médica** - Rio de Janeiro, 11 (2) : 37-72, maio/agosto 1987

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 -** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- PAULIN, Luiz Fernando - Serviço de Emergência Psiquiátrica : um pouco de sua história - **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 45 (3) : 143-147 - 1996

- POPKIN, Michael K. - Consultation-Liaison Psychiatry (cap. 26.12) em : Psychological Factors Affecting Medical Condition (Cap.26) em : KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - **Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI** Sixth Edition - Williams & Wilkins - 1995 Baltimore

- REDLICH,F.C. & LEVITIN, H. - Trends in Medical Education em : ARIETI, S. - **American Handbook of Psychiatry** - Cap. 38 p.877 Vol. VI - BASIC BOOK, INC. 1975 New York

- ROCHA, Juan S. Y. - A Integração Docente-Assistencial na Educação Médica no Brasil - **Revista Brasileira de Educação Médica** - Rio de Janeiro, 9 (3): 198-206 - set./dez. 1985

- RODRIGUES NETO, Eleutério - O SUS, o Ensino Médico e os Hospitais Universitários - **Boletim APUFPR** - n. 53 , p.3 - outubro de 1996

- SCHECHTMAN, Alfredo e col. - Política de Saúde Mental no Brasil - **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** - Vol. 45 (n.3) : 127-128 , 1996

- SCHWAB, John J. - Consultoria Psiquiátrica - CAP. 29 em : USDIN, Gene & LEWIS, Jerry M. - **Psiquiatria na Prática Médica** - Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1981 (p.537 - 539)

- SILVA, Guilherme Rodrigues - Uma Retrospectiva da Educação Médica no Brasil - **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro - 11 (3) p.81 - 1987

- SOLOMON, Philip - PATCH, Vernon - Mental Hospitals (Cap. 14) in : **Handbook of Psychiatry** - Lange Medical Publications - Los Altos, California 1969

- SONNENREICH, C. , SILVA FILHO, L.M.A. - Desospitalização - **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** - 44(4) : 159-167 , 1995

- SOUZA, José Carlos Rosa Pires - Consultoria Psiquiátrica em Hospital Geral do Exército : Experiência de um Ano - **Revista de Psiquiatria Clínica** Vol. 22 (n.3): 94-100 , 1995

- SOUZA, José Carlos Rosa Pires - Consultoria Psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande - **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** - Vol. 44, n.3 - p. 123 março de 1995

- VELOSO, Cid - A Equipe Interprofissional no Hospital Universitário - **Revista de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 9 (2) : 73-74 maio/agosto 1985

- VILLANO, Luiz Augusto Brites - O Ambulatório de Psiquiatria no Hospital Geral - **Informação Psiquiátrica** 3(4) : 103-105 - 1982

- WISE, Michael G. & RUNDELL, James R. - Suicidality and Aggression (p. 211 a 224) in: **Concise Guide to Consultation Psychiatry** - 2a. ed. - Washington/ London: American Psychiatric Press, Inc., 1994

- WISE, Michael G. & RUNDELL, James R. - Effective Psychiatric Consultation (cap. 1 - p.1 a 10) in : **Concise Guide to Consultation Psychiatry** - 2a. ed. - Washington/ London: American Psychiatric Press, Inc., 1994

- WITKIN, Michael J. e col. - Trends in State and County Mental Hospitals in the U.S. from 1970 to 1992 - **Psychiatric Services** 47 : 1079-1081 p. 1079 October 1996

ANEXO

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Diario Oficial de 30/01/92

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto nº 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº 8.000 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4º da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação de Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;

- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;

- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;

- multiprofissionalidade na prestação de serviços;

- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;

- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1.1 - O atendimento em saúde mental prestado a nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

1.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão Gestor Local.

1.3 - A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);

- atendimento grupal (grupo operativo, terapeutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);

- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;

- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);

- visita domiciliar;

- atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão Gestor Local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clinico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão Gestor Local.

2. NÚCLEOS/CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS/CAPS);

2.1 - Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 - São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00 h, segundo definições do órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);

- atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);

- visitas domiciliares;

- atendimento a família;

- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;

- Os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;

- 1 enfermeiro;

- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);

- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 - Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas , em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

1) Hospital - dia

1.1 - A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2ª a 6ª feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2 - O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);

- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);

- visitas domiciliares;

- atendimento à família;

- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;

- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 - Recursos Humanos

A equipe mínima por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;

- 1 enfermeiro;

- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);

- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 - Para Fins de Financiamento pelo SIH-SUS

a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para um máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos,

b) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

→ 2) Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital- Geral

2.1 - Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2 - Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);

c) atendimento grupal (grupo operativo de orientação);

d) atendimento a família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto-atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo a sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital-geral e hospital-especializado.

2.4 - Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 - Para fins de Remuneração no Sistema de Informações Hospitalares-SIH, o procedimento "Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos pronto-socorros gerais.

3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral

3.1 - O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátrica em hospital-geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

3.2 - O número de leitos psiquiátricos em hospital-geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos, Deverão, além dos espaços próprios de um hospital-geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socio-terápicas.

3.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) atendimento individual (medicamentoso,psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápica);

d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;

e) preparação do paciente para a alta-hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

1.4 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;

- 1 enfermeiro;

- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);

- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 - Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); O PROCEDIMENTO 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital Geral) será remunerado apenas nos hospitais-gerais,

4. Hospitais Especializados em Psiquiatria

4.1 - Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) atendimento individual (medicamentoso,psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico,o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;

e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 - Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada,deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4 - O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermeira para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;

- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5 - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6 - Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;

- 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos;

E AINDA:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;

- 1 psicólogo;

- 1 terapeuta ocupacional;

- 2 auxiliares de enfermagem; E AINDA:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;

- 1 nutricionista e 1 farmacêutico

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma da equipes básicas como psiquiatra-assistente, desde que, além d seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em,pel menos, três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade de humanização d assistência, bem como, a preservação dos direitos de cidadani dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento e psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivo (celas fortes);

- deve ser resguardada a inviolabilidade d correspondência dos pacientes internados;

- deve haver registro adequado dos procedimento diagnósticos e terapeuticos efetuados nos pacientes;

- os hospitais terão prazo máximo de 01 (hum) ano par atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecid pelo órgão Gestor Local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internaçã em hospitais geral ou especializado, que seja referência regiona e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o últim parágrafo do item 1 da presente Portaria, será de competênci das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

RICARDO AKEL

- KEILL, Stuart - A Administração na Psiquiatria (p.865) em : TALBOT, J. , HALES, R. , YUDOFSKY, S. - **Tratado de Psiquiatria**. Artes Médicas, 1992.

- LEITÃO, Ernesto Gondim - Meditações sobre o Ensino Médico - **Revista Brasileira de Educação Médica** , Rio de Janeiro , 7 (3) : 135-136 - set./dez. 1983

- LOPEZ, J.A. Nuñez - El Psiquiatra en el Hospital General - **Revista ABP-APAL,** vol. 8 - n.4 pp. 135-138, 1986

- MARMOR, Judd - System Thinking in Psychiatry : Some Theoretical and Clinical Implications - **American Journal of Psychiatry** - 140:7, July 1983 - p. 833

- MARTIN, Maurice J. - Psychiatric Consultation (Cap. 29.1) em : Psychiatry And Other Specialties (Cap. 29), in : KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - **Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI** Sixth Edition - Williams & Wilkins - 1995 Baltimore

- MARTINS, Luis Antonio Nogueira; BOTEGA, Neury José; CELERI, Eloísa Helena R. Valler - Interconsulta Psiquiátrica (p.55) em : BOTEGA, Neury José (ORG.) - **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral** - Campinas: Papirus, 1995.

- McDUFF, David R.; KEILL, Stuart L. ; Organized Psychiatric Service Systems - em : TALBOTT, John A.; HALES, Robert E.; KEILL, Stuart L. - **Textbook of Administrative Psychiatry** - American Psychiatric Press, Inc. - Washington,DC , 1992