

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA

FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS
EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
PÚBLICO

ANTÔNIO QUINTO NETO

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 316-3840 - Fax: (51) 316-3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Porto Alegre-RS

1993

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA

FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS
EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
PÚBLICO

Autor: ANTONIO QUINTO NETO

Orientador: Prof. Dr. ROBERTO COSTA FACHIN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Administração para obtenção do Título de Mestre
em Administração

Porto Alegre-RS

1993

A minha esposa Silvia e aos meus
filhos Guilherme e Luciana.

AGRADECIMENTOS

Ninguém consegue elaborar produções no mundo sem a cooperação dos outros. Daí uma conclusão óbvia: tudo que se realiza implica numa lista obrigatória de agradecimentos às pessoas e instituições que permitiram o fato. Cumpro esta tarefa como um ato de gratidão àqueles que permitiram a elaboração deste trabalho.

Ao Professor Roberto Costa Fachin, pela liberdade de ação que me proporcionou, e o seu constante estímulo.

Aos entrevistados, na sua maioria com longa experiência no Hospital Psiquiátrico São Pedro, que me surpreenderam e me emocionaram pela dedicação em prestar as informações do modo mais útil possível.

Ao Professor Paulo César Delayti Motta que, conhecendo Saúde Pública, expressou sua preocupação com a escassez de trabalhos nesta área, em especial no âmbito da Saúde Mental.

Ao Professor Geraldo Ronchetti Caravantes, com quem aprendi muitos aspectos do comportamento organizacional, e a lição de que tudo deve ser feito com um toque lúdico.

Ao amigo Silvio Teitelbaum, que muitas vezes teve a paciência de me ouvir, mostrando-se sempre atento para sugerir idéias que melhoravam os textos que dariam origem e base ao presente trabalho.

A bibliotecária Maria Ivone Mello, da Faculdade de Ciências Econômicas, pelo assessoramento na ordenação das referências bibliográficas. Sou igualmente grato às bibliotecárias das seguintes entidades: Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Centro de Estudos Luiz Guedes e Clínica Pinel.

Ao Professor Ellis D'Arrigo Busnello, que me despertou para os aspectos políticos e administrativos da Saúde Mental.

Aos internados de longa permanência do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que me levaram ao inconformismo com as condições a eles oferecidas.

RESUMO

O autor efetua um estudo de formação de estratégias num hospital psiquiátrico público, baseado livremente na metodologia de pesquisa proposta por MINTZBERG.

A investigação considera um período de tempo que se estende da inauguração do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em 1884, até 1987, perfazendo um total de 103 anos.

São definidas três áreas estratégicas básicas: internação, tecnologia e as relações da Direção do Hospital com a hierarquia da autoridade pública no Estado. Cada uma destas áreas apresenta um conjunto de estratégias que, superpostas ao longo do período examinado, exibem quatro períodos vividos pela instituição: criação e institucionalização, procura desordenada de caminhos, extensão do atendimento à comunidade e reordenação institucional.

As conclusões podem ser assim resumidas: a) o Hospital Psiquiátrico São Pedro exerce uma função residual para a sociedade; b) recebe poucos recursos por três motivos: o doente pobre, a doença mental e a baixa tecnologia; c) as decisões, tanto do Secretário de Estado da Saúde quanto da Direção do Hospital caracterizam-se por serem desconexas; d) as estratégias relacionadas ao todo do Hospital emanam sempre da Secretaria de Estado; e) o processo decisório relacionado ao Hospital se realiza sob o domínio de padrões políticos, enquanto o âmbito

técnico procura operacionalizar as decisões.

ABSTRACT

The author carries a study of strategy formation in a public mental hospital, supported unrestrained by MINTZBERG's methodology.

The investigation encompasses a time period of 103 years, from 1884 to 1987.

One has defined three strategic areas for study: hospitalization, technology and relationship of the Director of the Hospital with the hierarchy of public authority in the State. Each area exhibits a collection of strategies that being superposed along the time, have arrived at four periods in the story of the institution: of creation and institutionalization, of disarranged search of ways, of extent of care to the community and of institutional reorganization.

The conclusions are that: a) the São Pedro mental hospital performs a residual function to society; b) it receives a small amount of resources for reasons related to the poorness of the subject of treatment, the sick persons (mental illness) and low technology; c) the decisions taken by Secretary of State in Health matters as well as those taken by Director of Hospital are disconnected; d) strategies related to the whole of the Hospital always arise from the Secretary of State; e) the decision process related to the Hospital takes place under

politic of influence, while the experts strive to get operational decisions.

SUMARIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTAS DE DIAGRAMAS

LISTAS DE QUADROS

LISTAS DE ANEXOS

Apresentação	1
Capítulo I - Problemática do Hospital Psiquiátrico	
Público	4
Capítulo II - Padrões num Fluxo de Decisões e Ações	22
Capítulo III - Areas Estratégicas Básicas	32
Capítulo IV - Estratégias Relacionadas à Internação	48
Capítulo V - Estratégias Relacionadas à Tecnologia	77
Capítulo VI - Estratégias Relacionadas ao Poder Central ...	101
Capítulo VII - Estratégias em Interação	129
Conclusões	139
Referências Bibliográficas	145
Anexos	153

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Estratégias Relacionadas à Internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro	49
Diagrama 2: Estratégias Relacionadas à Tecnologia no Hospital Psiquiátrico São Pedro	79
Diagrama 3: Estratégias Relacionadas ao Poder Central Hospital Psiquiátrico São Pedro	102
Diagrama 4: Períodos Estratégicos Observados no Hospital Psiquiátrico São Pedro	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Hospital Psiquiátrico Segundo a Forma de Pagamento dos Serviços e Lotação	38
Quadro 2: Novo Hospital de Pensionistas	114

LISTA DE ANEXOS

A - Metodologia Utilizada no Estudo	154
B - Organograma do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1988) ..	157
C - Dinâmica da Expansão da Divisão Hospitalar	158
D - Norma Técnica de Admissão	159
E - Lista de Pessoas Entrevistadas	161

APRESENTAÇÃO

Nos últimos vinte anos o Hospital Psiquiátrico, em especial o Hospital Psiquiátrico Público, passou a ser alvo de críticas freqüentes, as quais salientam a sua ineficiência como lugar de tratamento.

A fonte de produção destas críticas provém, em maior volume, dos estudiosos da área das ciências sociais, que enfatizam questões como a repressão, o desprezo aos direitos humanos, e a influência do hospital psiquiátrico como agente de agravamento dos transtornos mentais. Há fatos procedentes, úteis no processo avaliativo da instituição, como o desapareço pela dignidade da pessoa e os seus direitos humanos e civis. Porém também há exageros em vários momentos, quando, por exemplo, definem os profissionais como agentes da repressão, comparando-os aos agentes de segurança nos presídios. Isto se deve às análises sem a devida isenção, exageradamente subjetivas, mas com o mérito de suscitar transformações alentadoras no âmbito da Saúde Mental e da Psiquiatria.

As discussões sobre como resolver o problema posto pelo hospital psiquiátrico, no que concerne a sua ineficiência, são de várias ordens, valendo lembrar aqui duas opiniões extremadas: uns acreditam que a questão se deve à falta de recursos, inviabilizando um atendimento digno e humano; outros condenam a instituição ao desaparecimento, uma vez que o impasse reside na ideologia que a originou - isolar o indivíduo enfermo da

sociedade, ou seja, a função custodial teria precedência sobre outras prováveis funções, inclusive a terapêutica. Enfim, estes posicionamentos refletem a existência de um ambiente de debate estimulante em torno do hospital psiquiátrico, podendo trazer benefícios ao internado, aos profissionais e à sociedade.

Este trabalho se origina de uma experiência prática no cotidiano do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Nele o autor foi psiquiatra, Chefe de Unidade, Chefe de Divisão, Diretor Clínico e Diretor de Serviços de Saúde, tendo vivenciado alguns dos acontecimentos aqui mencionados. Os anos de trabalho no Hospital São Pedro serviram para que o autor ampliasse sua compreensão sobre o sofrimento psíquico, as forças que impedem o melhoramento institucional e o alheamento da maioria dos profissionais com o processo implícito que mantém a instituição em crise permanente. Portanto, antes de se constituir numa produção acadêmica, concretiza um desejo de sistematização de um conjunto de fatos observados a partir de vários ângulos.

O período considerado para o estudo de formação de estratégias no Hospital Psiquiátrico São Pedro estende-se de 1984 a 1987, em razão do autor, no segundo semestre de 1987, ter assumido o segundo cargo de maior responsabilidade da instituição, o que na sua opinião dificultaria a análise, na medida em que como administrador deveria assumir um posicionamento institucional que possivelmente contaminaria o trabalho crítico que necessitava executar.

A relevância do tema decorre do fato de que os Hospitais Psiquiátricos Públicos seguem trajetórias semelhantes, sendo muito mais difícil identificar diferenças que semelhanças entre eles. Assim, o estudo das estratégias numa instituição deste tipo traz esclarecimentos que podem contribuir para uma maior compreensão a respeito dos constantes fracassos, permitindo uma atuação mais objetiva dos administradores públicos.

O trabalho divide-se em sete capítulos. O Capítulo I aborda a problemática geral do Hospital Psiquiátrico, em especial o Hospital Público; o Capítulo II conceitua o que seja estratégia e como se forma no decurso de um período de tempo. O Capítulo III apresenta as três áreas estratégicas escolhidas como alvo do estudo, enquanto os Capítulos IV, V e VI detalham as estratégias surgidas com base nestas áreas. O Capítulo VII apresenta os períodos identificados no decurso dos 103 anos, seguindo-se as conclusões.

CAPITULO I

PROBLEMATICA DO HOSPITAL PSIQUIATRICO PUBLICO

1. Os Limites do Entendimento

Com raras exceções, a situação dos hospitais públicos é amplamente conhecida pelo estado de permanente carência de recursos humanos, materiais e financeiros, associada a uma demanda crescente de pacientes (1, 2, 3). Em consequência, há um clima de insatisfação que envolve os que atendem e os que são atendidos. Este quadro se evidencia de modo mais dramático nos hospitais psiquiátricos que, via de regra, estão superlotados e funcionando com um tempo de permanência que excede, em muito, o que seria o período necessário ao cuidado terapêutico. Felizmente este quadro vem se modificando nos últimos anos.

Os aspectos acima mencionados têm contribuído para que os hospitais psiquiátricos públicos sejam classificados como locais de moradia, principalmente para aqueles indivíduos que são internados e não possuem uma família ou grupo de convívio. Também, não raro, são utilizados com propósito judicial de

-
- (1) CUNHA, Maria. O Espelho do Mundo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 60-61; 65.
- (2) SUCAR, Douglas. Nas Origens da Psiquiatria Social no Brasil. Natal: Clima, 1993, p. 26; 85.
- (3) MEDEIROS, Tácito. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977, (Dissertação de Mestrado).

encarceramento aos que cometeram delitos e necessitam saldar contas com a justiça. Enfim, estas instituições são um misto de abrigo, presídio e hospital.

Vale lembrar que o fenômeno da transferência de indivíduos, de um hospital psiquiátrico judiciário ou de uma instituição de adolescentes, para um hospital psiquiátrico público, é fato que ressalta a utilização deste para fins não terapêuticos. O motivo para a primeira instituição encaminhar é o esgotamento do tempo da medida de segurança; para a segunda, é a maioridade. Todavia o que há de comum nos dois casos é a existência de indivíduos sem laços familiares ou um grupo de convívio que possa acolhê-los. O hospital psiquiátrico público cumpre, deste modo, uma função residencial.

2. Surgimento do Hospital Psiquiátrico Público

Os hospitais, como parte do campo da saúde, surgem somente no século XVII. Antes eram locais que assistiam aos pobres, moribundos, inválidos e velhos; representavam instituições religiosas "que tinham que ver principalmente com o cuidado dos desamparados" (4). Para FOUCAULT, "o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que precisa curar, mas o pobre que está morrendo" (5). Naquela época a

(4) MCKEOWN, Thomas; LOWE, Charles. Introducción a la Medicina Social. 3. ed. México: Siglo Veintiuno Editores, 1986, p. 229.

(5) FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 101.

função essencial do hospital consistia em prestar assistência material e conforto espiritual (6). No caso específico dos doentes mentais, "... até a Idade Média eram tolerados e encarados com religioso respeito e temor pela população" (7).

No século XVII ocorre uma mudança na percepção social do doente mental, que passa a ser observado como um ser exótico. O hospital inglês de Bethlem, por exemplo, é visitado por curiosos que, ao pagarem uma entrada, obtêm o direito de olhar e atijar os doentes (8).

Na Inglaterra do século XVIII a situação de atendimento aos doentes mentais era precária:

"... os infelizes malucos eram tratados pelos supervisores paroquiais sob a antiga Lei dos Pobres, outros iam para a prisão (visto que não havia redução de responsabilidade devido à insanidade), outros eram confinados sob as leis de vadiagem nos reformatórios ou casas de correções locais, outros eram enviados a manicômios privados onde não tinham praticamente nenhuma proteção legal, uns poucos eram tratados no "Bethlem Hospital", e grande número deles eram confinados sozinhos em "isolamento", muitas vezes acorrentados em depósitos de carvão ou em outros cantos isolados" (9).

Nessa época, quando não havia distinção entre doentes e criminosos, todos "tendiam a ser aglomerados nas mesmas casas

(6) Idem, p. 101-102.

(7) Idem, p. 116.

(8) SKULTANS, Vieda. English Madness. London: Routledge & Kegan Paul, 1979, p. 10.

(9) WING, John. Reflexões sobre a Loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979, p. 228.

correcionais, onde as condições de vida dependiam da caridade local e da qualidade da administração" (10). Um esforço no sentido de modificar esta situação se deu com a abertura de asilos "para lunáticos indigentes", em 1808 na Inglaterra, que retrospectivamente pode ser considerada como uma medida que estabelece um parâmetro - separa o cuidado hospitalar para doentes mentais dos hospitais gerais (11).

A Lei dos Pobres, editada na Inglaterra, ao ser revisada em 1834, objetivou reduzir a pressão dos necessitados sobre o erário público (12). A situação para os doentes mentais pobres se tornara dramática e WING a descreve do seguinte modo:

"O castigo pela degradação tornou-se política oficial, recebendo sua clássica formulação no princípio de menos elegibilidade; a condição dos pobres devia ser menos atraente do que a dos trabalhadores de paga mais baixa. O sistema de casas correcionais destinava-se a recuperar o lucro que pudesse através dos internos, extraíndo-se o máximo de trabalho possível deles e provendo-se apenas a subsistência mínima" (13).

A Lei dos Pobres revisada definia que todos aqueles que recebessem assistência pública necessitavam estar em casas correcionais. Isto conduziu a uma situação que reuniu, num mesmo lugar, mendigos, deficientes mentais, doentes crônicos e idosos.

(10) Idem, p. 228.

(11) MCKEOWN, Thomas; LOWE, Charles. Introducción a la Medicina Social. 3. ed. México: Siglo Veintiuno Editores, 1986, p. 229.

(12) WING, John. Reflexões sobre a Loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979, p. 228.

(13) Idem, p. 228-229.

Começam a ser criadas enfermarias que mais adiante se transformarão num sistema hospitalar público "de segunda classe" (14).

Um dos problemas que surge, ainda no século XVII, em Londres, é a preocupação com doentes de longa permanência. Assim, o hospital "Saint Thomas" é fundado para atender os doentes crônicos, mas logo são restringidos os internamentos apenas para os casos de curta permanência (15). A interpretação de WING a respeito desta ocorrência é severa:

"... os médicos queriam mostrar resultados em termos de cura e ficavam naturalmente relutantes em cercar-se de casos que exibissem as limitações das suas qualidades profissionais ... os médicos que ensinavam, queriam sobretudo demonstrar êxitos" (16).

Este fato ainda hoje se faz presente nos centros de formação psiquiátrica, onde amiúde são estabelecidos critérios de exclusão de pacientes, com base no número de internações anteriores, de tal modo que sejam conseguidos os melhores resultados. As razões aventadas para tal procedimento se baseiam na necessidade de casos agudos, os quais seriam mais adequados para o aprendizado do psiquiatra em treinamento.

(14) Idem, p. 229.

(15) Idem, p. 229.

(16) Idem, p. 229.

3. Surgimento do Hospital Psiquiátrico Público no Brasil

Os hospitais psiquiátricos públicos, tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos, surgem no século XIX como uma reação às intoleráveis condições em que se encontravam os doentes mentais. No Brasil, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, no segundo quartel do mesmo século, inicia um "movimento de opinião pública com vistas à criação do asilo" (17). Os jornais da época estampam matérias criticando a maneira como os doentes são tratados. COSTA sintetiza o conteúdo das críticas:

"... os loucos eram abandonados a eles mesmos e perambulavam pela cidade, também eram criticados os métodos de tratamento empregados pelo pessoal da Santa Casa de Misericórdia. Em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais, os médicos advogavam a necessidade de um asilo, higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral" (18).

Em 1841 é assinado por D. Pedro II "o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II" (19), o qual é inaugurado em 1852. O estabelecimento permanece anexado à Santa Casa. Somente 28 anos após, em 1880, a instituição se separa administrativamente daquele hospital geral, e passa a ser mantida pelo Estado com nova denominação - Hospital Nacional dos Alienados (20).

(17) COSTA, Jurandir. História da Psiquiatria no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976, p. 23.

(18) Idem, p. 23-24.

(19) Idem, p. 24.

(20) Idem, p. 24.

A partir do Hospício D. Pedro II ocorre uma ampliação da assistência ao doente mental através de sucessivas inaugurações de instituições similares pelo Brasil.

Retornando ao Hospital de Alienados, em 1902 é feito um inquérito o qual registra que aquela instituição "é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização" (21). Ironicamente, o hospital psiquiátrico é criticado pelas mesmas razões que levaram a sua criação, ou seja, ele não foi capaz de dar o atendimento que se supunha que poderia oferecer.

RESENDE (22), adepto de uma explicação sociológica, acredita que o aparecimento do hospital psiquiátrico público no país deveu-se a fatos que contradizem, pelo menos em alguns aspectos, a tese clássica que invoca a industrialização e a urbanização maciça como possíveis determinantes da doença mental. Segundo este autor, tanto na Europa do século XVI como no Brasil dos inícios do século XIX, o doente mental usufruía de "apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade" (23), tendo perdido estes atributos quando surgiu uma "nova ordem social", onde ele e outros indivíduos passaram a ser considerados como uma ameaça.

(21) Idem, p. 24.

(22) RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, S; COSTA, N (Orgs.). Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Editora Vozes/Abrasco, 1982, p. 30.

(23) Idem, p. 29.

Afirmam os sociólogos que o hospital psiquiátrico surge na Europa, como decorrência da ruptura feudal e conseqüente emergência do capitalismo mercantil que determina novas necessidades e novas exigências que não podem ser satisfeitas por todos - dentre os quais se encontram os doentes mentais (24). No Brasil do século XIX a revolução industrial ainda nem se pronunciava e o processo de urbanização era inexpressivo, condições que são mencionadas como basilares para a determinação do decréscimo do limiar de tolerância social ao doente mental. Todavia eram fortes as pressões para que o hospício se concretizasse.

Que razões poderiam ter influenciado no sentido de que o hospício surgisse no cenário nacional? O país se caracterizava por ser uma sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminável para diferenças comportamentais (25). Pode se presumir que o contexto de desordem social criado por pessoas desocupadas, delinquentes e doentes mentais tenha contribuído para que a resposta social plausível fosse considerá-los pelo enfoque da degenerescência, teoria de origem européia que parecia útil e oportuna como referência para a sociedade urbana incipiente. Contudo esta explicação é muito frágil se aceita isolada do ambiente maior do Reinado.

Na segunda metade do século XVIII a Colônia vivia

(24) Idem, p. 29.

(25) Idem, p. 30.

momentos de instabilidade social. Defesa e segurança eram as grandes preocupações daqueles que governavam o Reinado (26). Havia perigos externos (risco de invasão por outros países) e internos (população revoltosa e inquieta), e os "vadios" eram considerados parte importante na questão da desordem interna. Neste sentido as tênues diferenças entre o doente mental, o delinqüente e o vagabundo não permitem discriminação apropriada para cada um desses segmentos. O temor que despertam e o potencial de risco que oferecem à paz social são os elementos que os fazem ser vistos como um grupo homogêneo.

No século XVIII na Santa Casa da Bahia havia acomodações para os doentes mentais. MACHADO e col. descrevem a situação existente:

"Sabe-se que estas acomodações não constituíam um espaço de tratamento, mas lugar de encerramento, de reclusão. Junto aos loucos, ambos nivelados na mesma inferioridade social, acomodavam-se os carregadores de caixões de defunto, o que mostra que necessidades de ordem médica, tratamento e cura das moléstias não presidiam a organização do espaço hospitalar ... " (27).

4. O Estado de Crise do Hospital Psiquiátrico Público

O hospital psiquiátrico público nasce e se desenvolve

(26) Idem, p. 30.

(27) MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. A Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 106-112.

num cenário de limitados recursos, não sendo um fato episódico, mas uma constante histórica. Os momentos comemorativos freqüentemente se resumem àqueles em que se inaugura o início de seu funcionamento, surge uma nova modificação ou se conclui mais uma obra de recuperação. Portanto, a trajetória do hospital psiquiátrico público se desenrola marcada por recursos sempre escassos em comparação ao atendimento que deve oferecer.

Se por um lado os relatórios institucionais indicam as precárias condições dos equipamentos, dos ambientes e do atendimento prestado aos internados, por outro, os administradores ressaltam a voracidade com que a instituição consome quantidades crescentes de recursos. Diante destes dois elementos pode-se deduzir que a existência de problemas de gerenciamento não se resume apenas aos limitados recursos, mas à forma como os diversos setores do Hospital são administrados.

Os profissionais, que possuem experiência de trabalho em hospital psiquiátrico público, notam que os internados constituem um grupo diversificado - doentes mentais e pessoas idosas, deficientes mentais, mendigos e pessoas sem lar. Esta tipologia contribui historicamente para que este tipo de instituição não seja apenas um hospital. Trata-se de um serviço público que responde a múltiplos problemas sociais. Aliás, CASTEL, analisando o surgimento do hospital psiquiátrico público na França, sugere que o fenômeno não se constitui em exclusividade de qualquer país:

"O complexo hospitalar forma um contínuo heterogêneo, desde as casas de detenção até os estabelecimentos que se assemelham a hospitais de tratamento, Hotel Dieu, com todas as formas mistas intermediárias" (28).

Outro aspecto que se salienta neste contexto é que, com facilidade, confunde-se o tratamento psiquiátrico com cuidado social, ou seja, questões de Saúde Mental com as condições materiais e sociais de vida. No Brasil, onde a miséria alcança índices elevados, torna-se muito difícil decompor "as funções de provisão de cuidados e benefícios sociais fornecidos através da assistência à saúde mental, cujo objetivo explícito seria apenas tratamento" (29).

Desde o início do século atual, e mais especificamente nos últimos trinta anos, os hospitais psiquiátricos públicos têm sido alvo de fortes ataques que tomam diversas direções, sendo que uma das correntes mais atuantes advoga a desinstitucionalização e, conseqüentemente, o tratamento comunitário do doente mental (30).

A suposição básica dos partidários do fechamento dos hospitais psiquiátricos é de que eles são locais de abuso e

(28) CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica : A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 640.

(29) VASCONCELOS, Eduardo. Avaliação dos Avanços Recentes em Legislação Psiquiátrica no Plano Internacional. J bras Psig, v. 39, n. 5, p. 228-235, set/out 1990.

(30) MILLER, Robert. Beyond the Old State Hospital: New Opportunities Ahead. Hospital & Community Psychiatry, v. 32, n. 1, p. 27-31, January 1981.

negligência (31), e que o tratamento comunitário seria menos oneroso (32). Infelizmente o tempo vem demonstrando que os dois argumentos são falaciosos. Alguns autores defendem o conceito original de "asilo", por acreditarem que ainda seja válido, devido a existência de uma clientela que solicita este tipo de cuidado (33, 34, 35). Estudos relativos aos serviços comunitários mostram que estes chegam a ser mais caros que a internação, principalmente na fase de transição do sistema hospitalocêntrico para o sistema com base na comunidade (36).

Na atualidade sabe-se que, em geral, quanto mais sofisticada a avaliação do projeto comunitário de saúde mental, menos aparente são as vantagens de custo, enquanto o cuidado comunitário indiscutivelmente melhora a qualidade de vida dos indivíduos com sofrimento psíquico severo. Como consequência, a priorização de serviços comunitários de saúde deve levar em conta também os aspectos econômicos, e não apenas um ou outro.

(31) Idem.

(32) MURPHY, John DATEL, William. A Cost-Benefit Analysis of Community Versus Institutional Living. Hospital & Community Psychiatry, v. 27, n. 3, p. 165-170, march 1976.

(33) MILLER, Robert. Beyond the Old State Hospital: New Opportunities Ahead. Hospital & Community Psychiatry, v. 32, n. 1, p. 27-31, january 1981.

(34) BACHRACH, Leona. Asylum and Chronically Ill Psychiatric Patients. Am J Psychiatry, v. 141, n. 8, p. 975-978, august 1984.

(35) ROBBINS, Edwin; STERN, Marvin; ROBBINS, Lillian; MARGOLIN, Leslie. Unwelcome Patients: Where Can They Find Asylum? Hospital & Community Psychiatry, v. 29, n. 1, p. 44-46, january 1978.

(36) THORNICROFT, Graham; BEBBINGTON, Paul. Deinstitutionalisation - From Hospital Closure to Service Development. British Journal of Psychiatry, n. 155, p. 739-753, 1989.

O processo de desinstitucionalização, praticado na Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos, modificou o perfil do paciente internado, mas neste último país aumentou drasticamente o número de doentes nas ruas sem qualquer assistência (37). Isto vem fortalecendo a idéia, nos Estados Unidos, de que os hospitais psiquiátricos não desaparecerão com a rapidez que se esperava. Eles tendem a mudar suas funções e estruturas organizacionais. Há inclusive evidências sugerindo que os hospitais psiquiátricos públicos poderão desempenhar funções especializadas, particularmente para os pacientes que requerem tempo de permanência maior e para os quais o cuidado comunitário é inadequado (38).

Tem-se conhecimento de três tentativas de superação da problemática do hospital psiquiátrico público, as quais podem ser resumidas, segundo CASTEL (39), do seguinte modo:

a) Reorganização mais racional do estabelecimento terapêutico, onde o aspecto principal seria de ordem técnico-gerencial;

(37) KATS, Steven. Psychiatric Hospitalization. In: KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. 4. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985, p. 1576.

(38) OZARIN, Lucy; REDICK, Richard; TAUBE, Carl. A Quarter Century of Psychiatry Care, 1950-1974: A Statistical Review. Hospital & Community Psychiatry, v. 27, n. 7, p. 515-519, July 1976.

(39) CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 64.

b) Crítica da esperança: "as reformulações comandadas pela vontade de transformar, a partir do interior, a prática e a teoria médicas, poderiam trazer a solução para os problemas de conjunto da medicina mental";

c) Tentativa de auto-destruição completa da prática e da ideologia psiquiátrica a partir da denúncia e sua função.

Esta última opção baseia-se na idéia de extinção do hospital psiquiátrico, surgida na Itália, durante a década de 60, "através da experiência da Comunidade Terapêutica de Gorizia" (40).

A história do hospital psiquiátrico público é triste e problemática. Os problemas que motivaram seu surgimento foram, ao contrário do que se pretendia, agravados. Entretanto a decisão apressada de fechá-lo, sem analisar os diversos aspectos do seu fracasso, pode constituir-se apenas numa transferência de local, seja para o Hospital Geral, seja para a comunidade, sem que haja melhoria da qualidade do atendimento e redução do estigma social produzido pela doença.

5. Hospital Psiquiátrico São Pedro - A Unidade de Estudo

O Hospital São Pedro se constitui numa instituição centenária, pioneira no atendimento de doentes mentais no Estado

(40) LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; ROTELLI, Franco. Prevenir a Prevenção. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. Desinstitucionalização. São Paulo, Editora Hucitec, 1990, p. 66.

do Rio Grande do Sul. Faz parte da Rede Própria do Estado, encontrando-se sob a total dependência orçamentária da Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente. Possui o maior número de funcionários lotados por unidade pública da Rede Própria.

Os recursos referentes à manutenção e construção de prédios, a aquisição e manutenção de equipamentos, a aquisição de material de consumo, assim como de pessoal, dependem exclusivamente do Poder Central. Esta condição limita e delimita o âmbito de influência do Diretor do Hospital que com freqüência se dirige àquele para solicitar recursos que devem resolver situações emergenciais.

A estrutura administrativa da instituição é precária e funciona de forma amadorística, sem qualquer autonomia financeira, e na dependência da liberação dos pedidos realizados ao Poder Central. Assim, caracteristicamente o Hospital Psiquiátrico São Pedro exhibe uma imagem de "abandono", de descuido, de miséria, sem perspectiva de mudança desta situação dependente que agrava sobremaneira os problemas que a cada momento surgem, alimentando um círculo vicioso de crises.

O Diretor-Geral, autoridade máxima dentro do Hospital, historicamente é escolhido pelo Poder Central, podendo ou não ser um profissional da instituição. As demais direções, que genericamente podem ser classificadas como administrativa e técnica, são decisões do Diretor-Geral, muito embora o Poder Central às vezes indique o Diretor Administrativo, exatamente

aquele que lida com os recursos que chegam à instituição.

A indicação do Diretor do Hospital costuma recair sobre uma figura conhecida do meio psiquiátrico, de modo que sua autoridade sirva de apoio político e moral para as ações executadas, e encontre formas de responder à população sobre as limitações vividas pela instituição. Ele desempenha o papel de amortecedor entre a comunidade geral e o Hospital.

O Hospital São Pedro, no decurso de sua existência, adquiriu a reputação de acolher todo doente oriundo do Estado ou dos Estados vizinhos, e mesmo dos países que fazem fronteira com o Estado. O critério de internar todo indivíduo que chegasse no Serviço de Admissão do Hospital repousa na premissa de que "cabe ao Estado a responsabilidade de atender a população", sem que isto signifique necessariamente compromisso de qualidade mínima socialmente aceita. Como se vê, a premissa que orienta a internação, independentemente da capacidade de atendimento, não possui base técnica, mas política.

Não há indício que a fama do Hospital Psiquiátrico São Pedro tenha sido em consequência dos seus objetivos declarados, ou seja, ser um local de cuidados intensivos. Tornou-se uma instituição conhecida por atender a população pobre que o procurava e sempre era atendida, não havendo limitação de ingresso, ainda que não houvesse "leito" para todos. Além do mais, serviu como o primeiro local de formação de profissionais de saúde que desejavam se dedicar à Saúde Mental.

Com o passar dos anos a instituição foi perdendo a capacidade de "atender a todos", devido ao agravamento do processo de deterioração dos prédios, que se somava à perpétua escassez de funcionários e aos limitados recursos destinados à manutenção dos serviços essenciais, adicionado à permanente tendência de expansão de leitos em razão da presença dos indivíduos que vão se tornando cativos da instituição. Vale ressaltar que este processo tende a agravar-se nos períodos que coincidem com a disputa de cargos eletivos no Estado, quando se estabelece maior pressão por internações através da interferência de políticos.

Outro aspecto relevante é que os funcionários costumam pressionar o Diretor por soluções, mesmo sabendo que ele não possui poder para tal. De fato, o Diretor aqui desempenha o papel de primeiro dique de contenção das reivindicações internas.

O segundo passo provável tomado pelos funcionários se orienta para o Poder Central. Este fato habitualmente é interpretado por este como incapacidade do Diretor para resolver problemas atinentes à sua função.

O terceiro passo pode ser a imprensa, divulgando as dificuldades existentes na instituição, atrelando a isto as reivindicações funcionais. Com isto o grupo de funcionários une às suas reivindicações aquelas relacionadas ao atendimento propriamente dito dos internados.

Há também momentos em que a Direção se utiliza da imprensa, a fim de pressionar, de forma indireta, o Poder Central a uma solução supostamente favorável para a instituição, porém via de regra se trata de manobra de alto risco para o Diretor, porquanto ele é visto como alguém que faltou com a lealdade a quem lhe designou para o cargo.

CAPITULO II

PADRÕES NUM FLUXO DE DECISÕES E AÇÕES

1. Estratégia como Formulação

Estratégia é um termo que, como tantos outros na literatura da administração, apresenta variadas utilizações. No uso cotidiano significa um posicionamento com vistas a alcançar algo. A formulação de ações se justifica para dar um sentido objetivo e conciso para aquilo que o administrador pretende executar. No entanto a prática institucional mostra reiteradamente que os planos modificam-se, ao longo de um espaço de tempo, visto que as condições de execução se modificam à medida que os fatos se desenvolvem.

Esta maneira de se conceber estratégia, como um plano ou lista de intenções explícitas que precedem e controlam as ações e decisões, limita o entendimento de como estas mesmas decisões e ações se organizam para, ao final de um certo período de tempo, atingirem determinados propósitos.

Quando se trabalha com uma estratégia-plano, parte-se, por assim dizer, da premissa de que se conhece a forma como as ações convergem para um ponto a fim de produzirem certos resultados. Ordinariamente se executa um exercício adivinhatório de previsão de acontecimentos, aspecto que no setor público se salienta de forma marcante, uma vez que existem

interesses variados que se encontram em permanente competição.

MINTZBERG e WATERS (41) acreditam que muitas das estratégias planejadas chegam a se realizar como consequência de uma extrapolação de padrões estabelecidos no meio ambiente. Portanto, não decorrem propriamente de um plano teoricamente correto, mas da presença de elementos implícitos no processo.

Não se quer desmerecer o valor do planejamento estratégico, mas "reconhecê-lo pelo que ele é: um meio, não para criar estratégia, mas para programar uma estratégia já criada - para funcionar fora de suas implicações formais" (42).

2. Estratégia como Resultado de Decisões

MINTZBERG propõe que estratégia não seja um termo entendido como um plano fixo, mas "um padrão num fluxo de decisões e ações" (43), ou seja, um conjunto de ações que se articulam e vão formando um padrão ao longo do tempo. Portanto, estratégia entende-se como um fato que se evidencia na consistência das decisões/ações que emergem da organização. De uma forma sintética, estratégia de uma organização é o que ela

(41) MINTZBERG, Henry; WATERS, James. Tracking Strategy in a Entrepreneurial Firm. Academy of Management Journal, v. 25, n. 3, p. 465-499, 1982.

(42) MINTZBERG, Henry. Crafting Strategy. Harvard Business Review, n. 4, p. 66-74, july-august 1987.

(43) MINTZBERG, Henry. Patterns in Strategy Formation. Management Science, v. 24, n. 9, p. 934-948, 1978.

realiza.

MINTZBERG e WATERS estabelecem que o estudo da formação de estratégia consiste, basicamente, no seguinte:

" ... procura de consistências no comportamento de tomada de decisão, na investigação do seu surgimento e desaparecimento, e na análise das relações entre estratégias pretendidas e estratégias realizadas" (44).

Esses dois tipos de estratégias podem ser combinados de três formas (45):

- Estratégias pretendidas que se realizam -
estratégias deliberadas;
- Estratégias pretendidas que não se realizam -
estratégias não realizadas;
- Estratégias realizadas que não foram pretendidas -
estratégias emergentes.

Na realização de uma pesquisa sobre formação de estratégias, três aspectos assumem importância crucial (46):

- que a formação de estratégias pode ser vista como resultante do interjogo entre o ambiente dinâmico e o momento burocrático, tendo a liderança como mediadora dessas forças;
- que a formação de estratégias através do tempo

(44) MINTZBERG, Henry; WATERS, James. Tracking Strategy in a Entrepreneurial Firm. Academy of Management Journal, v. 25, n. 3, p. 465-499, 1982.

(45) Idem.

(46) MINTZBERG, Henry. Patterns in Strategy Formation. Management Science, v. 24, n. 9, p. 934-948, 1978.

parece seguir alguns padrões importantes, notadamente ciclos de vida e distintos ciclos de mudança-continuidade dentro destes;

- que o estudo da interação entre estratégias pretendidas e realizadas pode levar ao centro deste complexo processo organizacional.

Quando se faz qualquer referência à estratégia, logo surge a idéia de mudança. Na prática, muitas vezes, "administrar estratégia é principalmente administrar estabilidade, não mudança" (47).

Executar mudança permanentemente não é a regra. Aliás, trata-se mais de uma obsessão do que uma realidade (48). Complementando esta posição, KATZ e KAHN ensinam que as organizações nunca atingem um estado perfeito de equilíbrio, ou seja, sempre estão em fluxo, porém as "grandes mudanças mais são a exceção do que a regra" (49).

3. Formação e Formulação

As estratégias podem ser formuladas ou se formarem no curso do tempo. FACHIN oferece uma distinção teórica útil entre formulação e formação de estratégias:

"... quando se usa formulação se quer principalmente

(47) Idem.

(48) Idem.

(49) KATZ, Daniel; KAHN, Robert. Psicologia Social das Organizações. São Paulo: Atlas, 1970, p. 500.

significar um esforço quanto possível, independente de definir uma política para regular uma situação social qualquer. Quando se usa formação se está principalmente querendo significar um processo que envolve não só o esforço consciente de um agente decisório, como todo o processo social de interação entre agentes decisórios, agentes de execução e outras forças sociais que resulta na política real" (50).

De fato, a formação de estratégias se constitui num processo complexo que implica, por um lado, ações conscientes e, por outro, um contexto de interações entre diversos agentes, o que dilata a variabilidade dos resultados e, conseqüentemente, torna mais impreciso alcançar o que se almeja. Poderia dizer-se que assume a característica de um fenômeno político que só é definitivo e preciso na medida em que acontece. O futuro imediato mostra-se fluidico, indefinido, fragmentado, e com possibilidade de concretização variável.

As estratégias, como fatos consistentes num determinado espaço de tempo, emergem dos dilemas ambientais e intra-organizacionais (51). Estão em permanente formação e recebem a influência de "fatores organizacionais, culturais, de tarefa, de liderança e de política interna" (52), e se poderia acrescentar, no caso das instituições públicas, fatores de

(50) FACHIN, Roberto. Sobre a Formação de Políticas Educacionais e o Papel do Conselho Estadual de Educação no Sistema Educacional do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Departamento de Ciências Sociais, UFRGS, 1976, p. 23 (Tese de Livre Docência).

(51) PETTIGREW, Andrew. Strategy Formulation as a Political Process. International Studies of Management & Organizations, v. 77, n. 2, p. 78-87, 1977.

(52) Idem.

política externa (53).

De acordo com o grau de deliberalidade ou emergência, as estratégias podem ser classificadas em oito tipos. Da mais deliberada a mais emergente são as seguintes:

- "Estratégia planejada: origina-se de planos formais; existem intenções precisas; é formulada e articulada pela liderança central e ajudada por controles formais; é a estratégia mais deliberada.
- Estratégia empreendedora: origina-se de uma visão central; as intenções existem como uma visão pessoal, desarticulada, de um único líder, e adaptável a novas oportunidades; a organização se encontra sobre controle pessoal do líder e se localiza num nicho protegido; é uma estratégia relativamente deliberada, mas pode ser emergente.
- Estratégia ideológica: origina-se de crenças compartilhadas; as intenções existem como visão coletiva de todos os atores; é controlada normativamente através da doutrinação e/ou socialização; é uma estratégia predominantemente deliberada.
- Estratégia guarda-chuva: origina-se de contenções; a liderança, em parte, controla as ações organizacionais, define limites estratégicos ou alvos dentro dos quais outros atores respondem pelas próprias forças; é uma estratégia parcialmente deliberada e parcialmente emergente.
- Estratégia processo: origina-se num processo; a liderança controla aspectos do processo de estratégia, deixando os aspectos de conteúdo para outros atores; é uma estratégia parcialmente deliberada e parcialmente emergente.
- Estratégia desconectada: origina-se em enclaves; os atores unem-se para colocar nos padrões da organização suas próprias ações na ausência ou em direta contradição com as intenções centrais ou comuns; é uma estratégia originalmente emergente.

(53) MINTZBERG, Henry. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983, p. 459-461.

- Estratégia de consenso: origina-se no consenso; através do ajustamento mútuo, os atores convergem para padrões que se tornam dominantes na ausência de intenções centrais ou comuns; é uma estratégia mais emergente.
- Estratégia imposta: origina-se no ambiente; o ambiente dita os padrões em ações através de imposição direta, pré-esvaziamento ou limitação das escolhas organizacionais; é a estratégia mais emergente, embora possa ser internalizada pela organização e tornar-se deliberada" (54).

Estratégia é uma palavra associada ao futuro, mas a sua ligação com o passado possui igual importância. As organizações que esquecem o passado perdem o sentido do futuro. Portanto, a compreensão dos padrões que formam o comportamento das organizações permite identificar a capacidade e potencialidade que encerram (55).

4. Modos de Formulação

Existe pouca evidência sistemática de como as organizações tomam decisões e as ligam para formar estratégias. MINTZBERG, num estudo sobre formação de estratégias, identifica três modos (56): a) modo empreendedor; ; c) modo planejado; b) modo adaptativo.

(54) MINTZBERG, Henry; WATERS, James. Of Strategies, Deliberate and Emergent. Strategic Management Journal, v. 6, n. 4, p. 257-272, 1985.

(55) MINTZBERG, Henry. Crafting Strategy. Harvard Business Review, n. 4, p. 66-74, july-august, 1987.

(56) _____. Strategy-Making in Three Modes. In: GLUECK, William (Ed.). Strategy Formation and Management Action. New York: McGraw-Hill Book Company, 1976, p. 198-211.

As características do modo empreendedor podem ser assim apresentadas:

- a) A formação da estratégia é dominada por uma ativa procura por novas oportunidades. A organização empreendedora focaliza sobre oportunidades; os problemas são secundários;
- b) Na organização empreendedora o poder é centralizado nas mãos do chefe-executivo;
- c) A formação da estratégia no modo empreendedor é caracterizada por saltos dramáticos diante da incerteza;
- d) O objetivo dominante da organização empreendedora é o crescimento.

O modo de planejamento, tão ao gosto daqueles que enfatizam a racionalidade funcional, apresenta as seguintes características:

- a) O analista representa papel principal na tomada de estratégia;
- b) Focaliza sobre uma análise sistemática, particularmente na avaliação dos custos e benefícios das propostas em competição. O processo é sempre sistemático e estruturado;
- c) Caracteriza-se, acima de tudo, por uma integração das decisões e estratégias;
- d) Orienta-se pela análise sistemática e global. Utiliza-se da crença que a análise formal pode proporcionar um entendimento suficiente do ambiente para influenciá-lo.

O modo adaptativo, predominante no setor público, caracteriza-se pelos seguintes elementos:

a) Não existem objetivos claros; a formação de estratégia reflete uma divisão de poder entre membros de uma coalizão complexa - uma organização adaptativa está envolvida numa complexa onda de forças políticas. Diversos segmentos, internos e externos, cada um com suas próprias necessidades, procura influenciar nas decisões. Não há uma fonte de poder central, nem um único objetivo. O sistema de objetivos da organização é caracterizado pela barganha entre estes grupos, com cada um ganhando em alguns assuntos e perdendo em outros. Conseqüentemente, a organização responde aos objetivos de forma seqüencial, ignorando as inconsistências entre eles. A organização não pode tomar decisões para "maximizar" qualquer objetivo, tal como o lucro ou o crescimento; antes, deve procurar soluções para seus problemas, que satisfaçam as condicionantes existentes.

b) No modo adaptativo o processo de formulação de estratégia caracteriza-se pela solução "reativa" para os problemas existentes, do que uma procura pró-ativa por novas oportunidades - A organização adaptativa funciona num ambiente difícil que impõe muitos problemas e crises.

c) Na organização adaptativa as decisões são incrementais, por passos seriados. Em vista do ambiente complexo, a organização adaptativa considera a retroalimentação um ingrediente crucial na formação da estratégia.

d) As decisões desconectadas são características da organização adaptativa. As decisões não podem ser facilmente inter-relacionadas no modo adaptativo. As demandas sobre a organização são variadas, e o administrador não possui capacidade mental para conciliar todas elas. Às vezes é mais fácil e menos dispendioso tomar decisões de um modo desconectado, de tal forma que cada um é tratado independentemente e pouca atenção se dá aos problemas de coordenação. A tomada de decisão é fragmentada, mas pelo menos o tomador da decisão permanece flexível, livre para adaptar-se às necessidades do momento.

A utilização do modo adaptativo, tanto pelas organizações públicas quanto privadas, sugere que as mesmas enfrentam um ambiente complexo e em rápida mudança, associado à presença de coalizões divididas que buscam influenciá-las. Nestas condições, os objetivos só podem ser alcançados quando

conduzidos de forma flexível, sem operacionalização formal, articulando os diversos grupos de interesse. Isto ocorre na maioria das universidades, em muitos hospitais de grande porte, grandes corporações e instituições governamentais - especialmente aquelas compostas por grupos minoritários ou coalizões de grupos divergentes (57).

Faculdade de Ciências Económicas
Biblioteca Gladis W. do Amaral

(57) Idem, p. 205.

CAPITULO III

AREAS ESTRATEGICAS BASICAS

1. Introdução

Autores nacionais e internacionais (58, 59, 60, 61, 62, 63), ao se referirem ao hospital psiquiátrico público, com frequência destacam três componentes: o excessivo número de internados em precárias condições de atendimento, as formas de tratamento e o comando da administração pública. A superlotação, que durante muito tempo se constituiu numa constante histórica, nos últimos anos começou a se modificar; os procedimentos terapêuticos, que ainda são limitados quanto aos resultados, mostram uma evolução lenta. Já o poder central, que a cada novo período governamental tem os seus membros mais influentes substituídos, em decorrência das disputas político-partidárias, decide sobre os gastos que serão realizados no Hospital segundo critérios circunstanciais, ou seja, de conformidade com o

-
- (58) CUNHA, Maria. O Espelho do Mundo - Juquery, a História de um Asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 57-106.
- (59) FIGUEIREDO, Gabriel. O Príncipe e os Insanos. São Paulo: Cortez, 1988, p. 119; 121; 124-125.
- (60) SUCAR, Douglas. Nas Origens da Psiquiatria Social no Brasil: Um Corte Através da História da Psiquiatria no Rio Grande do Norte. Natal: Clima, 1993, p. 34.
- (61) MOFFATT, Alfredo. Psicoterapia do Oprimido: Ideologia e Técnica da Psiquiatria Popular. São Paulo: Cortez, 1980, p. 20; 25.
- (62) WYATT, Richard. Science and Psychiatry. In: KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. 4. ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1980, p. 2025.
- (63) WING, John. Reflexões sobre a Loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979, p. 245.

predomínio das pressões políticas internas e externas ao Hospital. Aliás, no que concerne a valores orçamentários aplicados no hospital psiquiátrico público, a falta de registro sistemático não só impede o estudo desta variável, como exprime uma atitude despreocupada em relação aos internados, condição que só se altera quando há risco iminente de escândalo público.

Por definição, um hospital visa à internação de pessoas enfermas a fim de que recebam um tratamento intensivo, supostamente complexo, amiúde impossível de ser prestado fora de uma organização desse gênero. A esta característica se associa um outro fator relevante - a existência de situações patológicas que exigem períodos de internação breve (comum aos hospitais gerais) ou longa (comum aos hospitais psiquiátricos). Estas duas condições reclamam objetivos terapêuticos distintos.

No hospital psiquiátrico, os casos de internação longa são a regra e determinam, em grande parte, as peculiaridades da instituição. Vale ressaltar que a longa permanência ocorre tanto por razões médicas quanto por razões sociais, ou a associação de ambas.

2. Internação

O excesso de internados numa organização - comum em hospitais psiquiátricos públicos, presídios, instituições para crianças e adolescentes denominadas carentes, e asilos -

denuncia o acúmulo de demanda sobre uma estrutura, superando os limites máximos de uma possível resposta técnica e socialmente aceitável. Isto orienta no sentido de que a questão poderia se resolver com a criação de mais instituições similares. Todavia a história mostra fartamente que novas instituições seguem o mesmo caminho das que lhes deram origem. Portanto a solução não se encontra na expansão das instituições, mesmo porque esta providência não raro agrava o quadro geral, ou melhor amplia o universo das instituições com problemas.

Entende-se por superlotação hospitalar o excesso de doentes em comparação ao espaço físico e leitos existentes (64). Este fato, que do ponto de vista técnico só é aceitável em períodos de catástrofe natural ou artificial (65), tem sobrecarregado o hospital psiquiátrico público ao longo de sua história, dificultando as relações entre cuidador e cuidado, ao lado da falta de uma ação mais enérgica em relação aos aspectos gerenciais na instituição. Aliás, é a condição de precárias condições de atendimento que se constitui num dos principais motivos pelos quais o hospital psiquiátrico público é alvo freqüente de notícias onde se salientam aspectos ofensivos aos

(64) QUINTO NETO, A. Análise de um Hospital Psiquiátrico Público a Partir do Fenômeno da Superlotação. Texto elaborado para a Disciplina Comportamento Organizacional, Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS, 1989.

(65) Esta situação também ocorre quando a maioria dos hospitais são conveniados com o setor público e, por questões financeiras impõem restrições ao governo, reduzindo leitos, ou mesmo suspendendo convênios. A superlotação é "produzida" como forma de pressionar o governo a melhorar a remuneração dos serviços prestados.

direitos humanos dos internados. Em resumo, na história de um hospital geral o excesso de indivíduos internados é um fenômeno excepcional, enquanto no hospital psiquiátrico público é um acontecimento comum.

Superlotação e limitação de recursos são variáveis independentes. A primeira, relaciona-se a um excesso de demanda para a capacidade operacional prevista; a segunda, denota escassos recursos para a consecução das atividades que necessitam ser realizadas, exigindo uma adequação dos objetivos planejados. Longe de ser exceção, o hospital psiquiátrico público é administrado de forma amadorística, e estas duas questões, que deveriam merecer a atenção cuidadosa da Direção, tendem a ser conduzidas de forma circunstancial e ao sabor do interesses políticos imediatos.

LITTERER (66) ensina que os recursos obtidos, ou potencialmente esperados por uma organização, exercem influência sobre o que almeja realizar, assim como os meios que pode utilizar para tal fim. O hospital psiquiátrico público, que recebe recursos limitados para a execução das atividades necessárias ao adequado atendimento que deve prestar, e vive sufocado pelo número excessivo de internados, mantém funcionários e a Direção sob um clima de desesperança, o qual influi de forma negativa nas decisões e nas ações realizadas.

(66) LITTERER, Joseph. Análise das Organizações. São Paulo: Atlas, 1977, p. 472.

Segundo ACEVEDO e NARRO (67), na maioria dos países latino-americanos, como em outras partes do mundo, existem três princípios fundamentais que regem a alocação de recursos da atenção à saúde:

1. Princípio do poder aquisitivo, aplicado principalmente ao setor privado, onde a atenção à saúde se trata como um elemento a mais do sistema geral de recompensa, que se aloca partindo da base do poder aquisitivo. Grande parte deste sistema está isento da intervenção pública direta;
2. Princípio do mérito reconhecido, aplicado nas instituições da seguridade social. O caráter seletivo deste mecanismo encontra uma justificativa ética no fato de que os grupos amparados ocupam tal posição estratégica na sociedade, que seu próprio bem-estar é não só uma recompensa, mas uma condição determinante do bem-estar de outros grupos sociais;
3. Princípio da pobreza, aplicado na atenção à população marginalizada, à qual se destina uma proporção comparativamente reduzida de recursos.

CUMMING oferece elementos de concordância com este último critério quando afirma:

"... parece haver um consenso relativamente grande acerca de um princípio para dotação de serviços, a saber, que quanto mais pobre, mais ignorante e mais enfermo seja o doente, tanto mais possível é que o elejam para ser tratado pelo praticante menos preparado e menos profissional" (68).

(67) ACEVEDO, Guillermo; NARRO, José. Equidad y Atención de Salud en América Latina: Principios e Dilemas. Bol. Of. Sanit. Panamá, v. 99, n. 1, p. 1-9, 1985.

(68) CUMMING, Elaine. Asignación de Servicios para el Enfermo Mental, al Estilo Norteamericano. In: ZALD, Mayer (Org.). Organización del Bienestar Social. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas, p. 170.

A mesma autora entende que, havendo escassez de serviços seja necessário algum princípio que oriente a dotação de recursos para este fim. Acredita que o princípio básico seja de ordem comercial, uma vez que a pessoa que pode pagar recebe o melhor atendimento (69). Esta constatação ressalta um aspecto ambíguo da ética médica, quando ela estabelece, em teoria, que o paciente que mais requer atenção seja o que a receba, em contraposição com uma prática que os impossibilitados de pagar a obtenham em condições precárias e humilhantes (70).

Analisando-se o fenômeno da lotação nos hospitais psiquiátricos, segundo a fonte de pagamento dos serviços (Quadro 1), verifica-se que existe uma certa equivalência com os princípios expostos por ACEVEDO e NARRO (71): os hospitais privados, sem convênio com a Previdência Social, obedecem ao princípio do poder aquisitivo; os hospitais conveniados com a Previdência Social se orientam pelo princípio do mérito, enquanto os hospitais públicos obedecem ao princípio da pobreza, verificando-se que a qualidade do atendimento se reduz nesta mesma ordem.

Nos últimos anos, vem adquirindo força um novo princípio de alocação de recursos, o qual busca reparar os danos produzidos pela abordagem fragmentária do poder aquisitivo, do

(69) Idem, p. 170.

(70) Idem, p. 170.

(71) ACEVEDO, Guillermo; NARRO, José. Equidad y Atencion de Salud en América Latina: Principios e Dilemas. Bol Of Sanit Panam, v. 99, n.1, p. 1-9, 1985.

Quadro 1: Hospital Psiquiátrico Segundo a Forma de Pagamento dos Serviços e a Lotação

HOSPITAL	PRINCIPIO	CAPACIDADE OPERACIONAL
Privado	Aquisitivo	Abaixo do limite da capacidade operacional
Conveniado	Mérito	No limite da capacidade operacional
Público	Pobreza	Acima do limite da capacidade operacional

mérito reconhecido e da pobreza. Trata-se do princípio da cidadania, que conduzindo os direitos civis e políticos ao campo dos assuntos sociais (72), retira do sistema de atenção à saúde o caráter de produto, privilégio ou de caridade, dando-lhe o "status" de direito social.

3. Tecnologia

O termo tecnologia, tal como estratégia, apresenta variados significados. Como ele representa um papel central na discussão que se procede neste estudo, torna-se necessário esclarecer como é entendido no contexto apresentado.

Ao se tomar o conceito de tecnologia como "o

(72) Idem.

conhecimento de um modo de fazer alguma coisa" (73), deduz-se que pessoas e organizações utilizam-se dela, quase sempre preocupadas em melhorá-la ou transformá-la. No caso particular dos hospitais psiquiátricos públicos, observa-se uma história de busca por modos de fazer alguma coisa pelo doente mental, o que amiúde tem significado um aprimoramento das medidas de controle e de cuidado, muitas vezes confundidas com procedimentos terapêuticos propriamente ditos.

CUMMING, analisando a destinação de serviços para o doente mental nos Estados Unidos, destaca como um dos elementos fundamentais do sistema o "indefinido processo de tratamento" (74), ressaltando, deste modo, a questão da terapêutica pouco desenvolvida. WING, por sua vez, assinala que a maioria das pesquisas e tratamentos psiquiátricos por si só não demanda um núcleo residencial, sendo "quase sempre sociais as razões básicas para viver num ambiente protegido" (75). Estas duas colocações indicam que a tecnologia se constitui num dos pontos cruciais da realidade dos hospitais psiquiátricos, residindo nela talvez a maior parte das vicissitudes da psiquiatria hospitalar.

A tecnologia em Saúde Mental se constitui num conjunto

(73) LITTERER, Joseph. Análise das Organizações. São Paulo: Atlas, 1977, p. 473.

(74) CUMMING, Elaine. Asignación de Servicios para el Enfermo Mental, al Estilo Norteamericano. In: ZALD, Mayer (Org.). Organización del Bienestar Social. Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1970, p. 157.

(75) WING, John. Reflexões sobre a Loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979, p. 271.

de regras e preceitos de como fazer o atendimento ao doente mental, tendo em vista resultados pragmáticos (76). Como bem afirma TESTA, "quando se fala de tecnologia, não se está referindo a nada mais do que ao processo de trabalho" (77), onde se articulam conhecimentos, formas de fazer e equipamentos. PITTA e BEZERRA JUNIOR apresentam um conceito que associa tipos e âmbitos das práticas às peculiaridades humanas, o qual é formulado como:

"... um conjunto de práticas de natureza biológica, psicológica e sócio-antropológicas atravessadas por afetos e idiossincrasias que, no campo da arte e da ciência, têm constituído o campo de práticas de cuidados às pessoas" (78).

Vê-se que a tecnologia em Saúde Mental, na sua especificidade, inclui três "modos de fazer", dois âmbitos de influência, assim como os aspectos pessoais de quem executa a ação e de quem a recebe. Porém a característica básica está no fato de ser uma tecnologia aplicada em pessoas mentalmente enfermas, onde o objetivo é esbater ou reduzir os sintomas incapacitantes produzidos pela doença. Isto levanta questões técnicas e éticas quanto à forma de lidar com a pessoa em

-
- (76) Trata-se de uma adaptação, ao campo da Saúde Mental, do conceito de tecnologia apresentado por RAMOS, (Vide RAMOS, Guerreiro. Administração e Estratégia do Desenvolvimento - Elementos de uma Sociologia Especial da Administração. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1966, p. 100.
- (77) TESTA, Mario. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992, p. 170.
- (78) PITTA, Ana; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Tecnologias, Modelo Assistencial e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Apresentado na IXª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992, (mimeografado).

sofrimento psíquico, e se constitui num dos pontos controvertidos na totalidade dos procedimentos terapêuticos conhecidos até o momento.

Na diversidade dos procedimentos existentes, há uma tendência à supremacia das terapêuticas que utilizam a palavra, muitas vezes em detrimento de outras abordagens que, não raro, são interpretadas como antagônicas. A psicofarmacologia, uma das tecnologias mais específicas, surgida há cerca de 40 anos e que vem apresentando um progressivo aprimoramento, de início foi por alguns entendida como uma técnica repressiva (79), minimizando ou negando os reais benefícios que a mesma trazia aos doentes acometidos de um transtorno mental grave.

O hospital psiquiátrico tradicional, como lugar onde se aplica uma terapêutica, há muito é alvo de críticas. Todavia estas se tornaram mais incisivas nos últimos trinta anos. O relatório produzido na Conferência de Saúde Mental, realizada em Caracas, expõe de forma sucinta, as quatro razões fundamentais do seu fracasso:

a) "Aspecto ético-jurídico: a violação sistemática dos direitos humanos dos pacientes é o aspecto do hospital psiquiátrico que sofre as mais violentas críticas;

b) Aspecto clínico: a ineficácia terapêutica e o papel que a instituição representa como agente patogênico e cronificador;

(79) FARIA, Carlos; SILVEIRA, Eufrides; CORREA, Flávio; RODRIGUES, Jorge; JUCHEN, Paulo; MILIUS, Ruth; GROISSMAN, Themis. Contribuição da Psicanálise ao Hospital Psiquiátrico: Relação Terapeuta-Paciente. R Psig Din, v.7, n. 1, p. 8-13, 1967.

c) Aspecto institucional: o hospital é uma instituição totalitária, onde se estabelecem relações de submissão, de violência física e afetiva, todas imersas num círculo vicioso, onde quem está obrigado a sofrer, faz sofrer o mais fraco;

d) Aspecto sanitário: o hospital psiquiátrico é a organização centralizada da "cidade dos loucos" como produtora da loucura administrativa, executiva e organizacional. O desperdício de recursos humanos, espaciais e de bens materiais, entre outros, é tanto maior quanto mais deplorável é a condição dos internos. O hospital é visto como o obstáculo mais sério para a organização de uma assistência mais justa e adequada, integrada ao sistema geral de assistência na comunidade" (80).

As procedentes críticas dirigidas ao hospital psiquiátrico tradicional induzem à idéia de que ele deva ser substituído, tanto quanto possível, por outras formas de atendimento. De fato, muitos melhoramentos no atendimento do paciente podem decorrer de medidas simples, mas limitadas na sua extensão quanto aos seus resultados, visto que cabe ao desenvolvimento tecnológico de ordem biológica uma transformação mais profunda no quadro da doença mental grave.

4. Poder Central

Os Governos possuem especial influência sobre as organizações por duas razões fundamentais: representam a suprema autoridade legítima da sociedade e estabelecem as regras - as

(80) REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIATRICA: BASES CONCEITUAIS E CAMINHOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, Instituto Mario Negri, 1992, p. 8-9.

leis e regulamentações - dentro das quais as organizações devem funcionar (81). Aliás, a regra mais importante a ser seguida pelos líderes eleitos relaciona-se com a manutenção das organizações, ou melhor, com a sua perpetuação. Isto salienta a dificuldade que os governos possuem em se desfazer de organizações ineficientes, ou de transformá-las radicalmente. Neste sentido, assumem um posicionamento conservador que se orienta segundo um critério político, o "interesse público".

Nas relações dos Governos com as suas organizações não há uma definição do que seja "interesse público" (82). O que existe é um leque de proposições que os dirigentes das organizações buscam orientar-se conforme suas percepções pessoais. Este aspecto alude à habilidade política que o líder institucional deve possuir, visto que esta capacidade será de utilidade na manutenção do equilíbrio instável da instituição.

JACOBS, estudando a vulnerabilidade das organizações ao controle externo, identificou duas condições necessárias para uma relação dependente: a essencialidade do item recebido e a sua disponibilidade de fontes alternativas (83). No caso do hospital psiquiátrico público, os recursos essenciais provêm com exclusividade do Governo, tornando-o dependente das

(81) MINTZBERG, Henry. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983, p. 44.

(82) Idem, p. 45.

(83) JACOBS, David. Dependency and Vulnerability: An Exchange Approach to the Control of Organizations. Administrative Science Quarterly, v. 19, n. 1, p. 45-59, march 1974.

flutuações governamentais. Conseqüentemente, o Governo como fonte básica do financiamento institucional, transforma-se no principal influenciador que decide, de fato, os destinos da instituição (84).

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente mantém o Hospital Psiquiátrico São Pedro sob absoluta dependência - de recursos materiais, de pessoal, de recursos financeiros. Uma maneira de alterar esta relação, em favor do Hospital, é possuir uma Direção influente junto ao Poder Central. Esta condição possibilita alcançar alguns propósitos. No entanto, o próprio Poder Central pode evitá-la, para bloquear eventuais pressões que se contraponham ao "interesse público". Também pode ocorrer que a coalização interna, constituída por funcionários, una-se à coalizão externa (85), localizada na Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, de tal sorte que passe a ser uma espécie de departamento do Poder Central no Hospital.

O absoluto controle dos recursos no Poder Central permite a este impor decisões importantes ao Hospital, tornando-se, de fato, o executivo chefe (86). A Direção, esvaziada do poder de decisão, exceto para ações de menor porte, tende a se estabelecer como uma administração de fachada.

(84) MINTZBERG, Henry. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983, p. 39.

(85) Idem, p. 297.

(86) Idem, p. 94.

Num estudo sobre hospitais, PFEFFER encontrou que as instituições que "operavam com mais recursos financeiros do governo ... tendiam a dar mais importância à seleção dos membros da mesa diretora, com base em suas ligações políticas" (87). O estudo mostra que o crescimento dos hospitais - em recursos e programas, número de leitos e tamanho do orçamento - correlacionava-se positivamente com a extensão pela qual os membros da mesa diretora eram escolhidos por suas ligações políticas, e negativamente quando eram escolhidos por seu conhecimento em administração hospitalar.

O Poder Central, no presente estudo representado pela Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, ao longo da história do Hospital São Pedro, tem reservado a si a escolha do Diretor, o que pressupõe alguma fidelidade deste àquele.

A atitude administrativa esperada seria do Poder Central depositar confiança exclusiva no seu indicado, e buscar acesso à instituição através dele. No entanto, como assinala APPLEBY, "Tudo o que tem a ver com o governo e tudo que o governo faz é político, pois a política é a arte e a ciência do governo" (88).

(87) PFEFFER, Jeffrey. Size, Composition, and Function of Hospital Boards of Directors: A Study of Organization-Environment Linkage. Administrative Science Quarterly, v. 18, n. 3, p. 349-364, 1973.

(88) APPLEBY, Paul. Apud. STEINER, George; MINER, John. Política e Estratégia Administrativa. Rio de Janeiro: Interciência/Universidade de São Paulo, 1981, p. 322.

Ao longo da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro (89) se observa que o Poder Central se utiliza de outras vias para exercer sua influência dentro da instituição - membros da área administrativa e membros da área de atendimento. Estas vias de acesso, utilizadas sem comunicação prévia ao Diretor, cria situações delicadas onde o grupo consultado se sente com poderes de influir na administração e ao mesmo tempo acreditar que o Diretor está com a sua confiança abalada perante o Poder Central. Vale ressaltar que os segmentos abordados agem no sentido de estabelecer relações com o Poder Central, segundo interesses localizados, com freqüência incompatíveis com os interesses institucionais defendidos pelo Diretor. Conseqüentemente, o clima de instabilidade institucional se exacerba a cada momento em que se concretizam essas alianças.

A busca de um relacionamento direto, por parte do influenciador externo (90), que acaba por excluir um segmento importante da instituição, resulta em "dissipação da autoridade", promove "confusão entre os subordinados" e levanta a suspeita de rivalidade (91) entre o membro do governo que representa o Poder Central e o Diretor. Se existe rivalidade, não há mais a confiança depositada no Diretor. Conseqüentemente, a possibilidade de seu afastamento pode ser iminente.

(89) BOESE, Fernando. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

(90) ZALESNIK, Abraham; DE VRIES, Manfred. O Poder e a Mente Empresarial. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1981, p. 100.

(91) Idem, p. 100.

O Diretor do hospital público, como bem lembra MINTZBERG, ao referir-se à mesa diretora das organizações, "pode ser influente ou sem poder, um agente de controle da administração ou um instrumento que pode ser usado pela administração, ou simplesmente um administrador de fachada" (92). Ele terá que enfrentar a escassez, o poder interno e, principalmente, o poder externo que impõe a sua presença através da regulamentação absoluta.

(92) MINTZBERG, Henry. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983, p. 94.

CAPITULO IV

ESTRATEGIAS RELACIONADAS A INTERNAÇÃO

1. Introdução

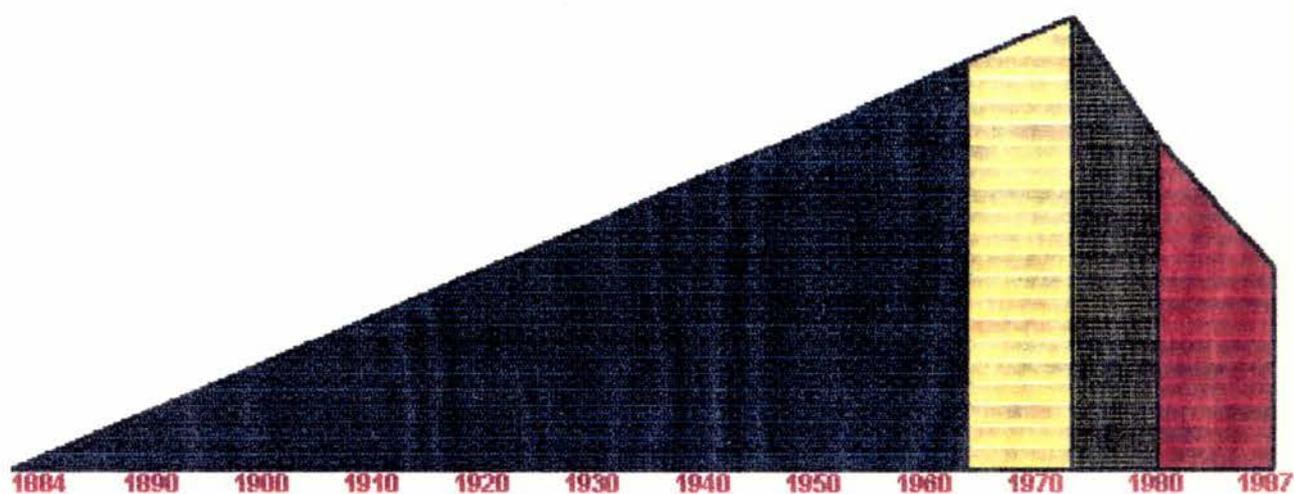
As estratégias relacionadas à internação se estabelecem a partir do início de funcionamento do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ao longo do período estudado, identificou-se quatro estratégias: a) crescimento rápido; b) crescimento lento; c) redução rápida; d) redução lenta (Diagrama 1). Antes da apresentação das estratégias, vale um breve registro a respeito dos fatos que antecederam a criação do hospital psiquiátrico público no Rio Grande do Sul.

2. Surgimento do Hospício

Atribui-se a dois fatores o desencadeamento do processo que culmina com o surgimento do "Hospício para Alienados" no sul do país: pressões da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que enfrentava dificuldades para lidar com os doentes mentais que alojava (talvez uma forma sutil de referir problemas financeiros), e os problemas vividos pela Cadeia Civil em vista da detenção de alguns alienados (93). Um hospital geral e uma instituição policial dividiam o abrigo daqueles que seriam os

(93) MEMORIAS: CENTENARIO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO PEDRO. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Assessoria de Comunicação Social, 1984, p. 7.

DIAGRAMA 1: Estratégias Relacionadas à Internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro



 CRESCIMENTO RÁPIDO (1884 - 1961)

 CRESCIMENTO LENTO (1962 - 1971)

 REDUÇÃO RÁPIDA (1972 - 1979)

 REDUÇÃO LENTA (1980 - ...)

primeiros hóspedes do Hospício São Pedro.

Ainda que pareça um exagero, o Hospício D. Pedro II, sediado na cidade do Rio de Janeiro, fora construído para atender a todo o Império. Na prática se constituía um ato inexecutível, e presumivelmente este objetivo inatingível correspondia a uma necessidade política. O que de fato ocorreu, com a existência do Hospício, foi o desencadeamento de pedidos dos Presidentes das Províncias a fim de que fossem construídos estabelecimentos similares em suas jurisdições.

João Antão Fernandes Leão, Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, apresenta ao Império um relatório, no ano de 1857, cinco anos após a inauguração do Hospício D. Pedro II, propondo a criação de um estabelecimento para alienados, onde justificava a distância e a dificuldade de remover os doentes até a capital do país (94).

Dezessete anos mais tarde, em 1874, o pedido do hospício é autorizado, e em 1879 se inicia a edificação (95). Em 29 de junho de 1884, com apenas metade do projeto concluído, inaugura-se o Hospício São Pedro (96). Os cinco anos transcorridos entre o início da construção e o funcionamento da instituição inacabada sugerem a existência de pressões que

(94) Idem, p. 5.

(95) Idem, p. 5.

(96) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 127.

buscavam apressar a abertura da "casa de loucos". Para uma capacidade de 300 leitos, o projeto duraria mais do que esse tempo. E de supor-se que o problema não tenha sido de ordem apenas financeira, mas de ordem política, social ou ambas.

3. Estratégia de Crescimento Rápido (1884-1961)

Dois anos após o funcionamento do Hospício, faz-se presente a superlotação (97), acontecimento que irá acompanhar a instituição no curso da sua história. Tendo iniciado o seu funcionamento com 47 doentes oriundos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e da Cadeia Civil, é possível que estivesse com mais de 150 doentes internados, pois dedutivamente o projeto de construção comportaria essa capacidade.

Há um período de 39 anos sem informações a respeito da lotação hospitalar. No entanto, há referências quanto às dificuldades econômico-financeiras, fato que é debitado à 1ª. Grande Guerra (98). Este componente também acompanhará o Hospício, recebendo explicações as mais variadas, de acordo com a época.

Em 1925 o Hospício passa a dispor de um Regulamento, quando recebe a denominação de "Hospital". O documento coloca

(97) Idem, p. 157.

(98) MEMÓRIAS: CENTENÁRIO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Assessoria de Comunicação Social, 1984, p. 7.

explicitamente a finalidade da instituição :

"Artigo 1º - O Hospital São Pedro, com sede em Porto Alegre, tem por finalidade asilar e tratar doentes das faculdades mentais" (99).

Verifica-se que o Hospital, no início deste século, foi definido como asilo e lugar de tratamento. Estes dois aspectos, que já estavam presentes desde a sua fundação, permanecerão unidos por muitos anos sem que haja uma abordagem direta dessas duas faces. Muito pelo contrário, há um encobrimento da função asilar e uma valorização do terapêutico.

Após 41 anos de existência, o Hospício já contém os elementos que vão caracterizá-lo no decurso de sua trajetória: superlotação, falta de recursos, asilo e hospital ao mesmo tempo.

No início de 1926 há referência de que o Hospital se encontrava com uma população internada de 800 doentes, dos quais 281 são homens e 519 são mulheres, muito embora o espaço físico não comportasse, do ponto de vista técnico, mais que 477 doentes (100). Aqui tem-se que discordar do autor, no que concerne à capacidade operacional, uma vez que o projeto de construção finalizado teria condições de possuir 300 leitos. Aceito este raciocínio, a instituição abrigava praticamente três vezes a sua

(99) REGULAMENTO DO HOSPITAL SÃO PEDRO. Estado do Rio Grande do Sul, Oficinas Gráficas D'a Federação, 1926, p. 5.

(100) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 149.

real capacidade.

O Hospital São Pedro se encontra assim sob o influxo da estratégia de crescimento rápido da população internada. Em 42 anos de existência, o número de internados multiplicou quase 20 vezes, saindo de 47 pacientes para 800 pacientes.

O problema da superlotação força o surgimento das idéias de descongestionamento, porém os planos não superam o limite de um "projeto de pavilhões", de tal sorte que haja melhoria das condições de atendimento aos internados, e a possibilidade de oferecer internações para mais doentes (101).

A associação de um plano de melhoria das condições existentes com outro de expansão da capacidade operacional, demonstrando a falta de metas tangíveis, arremessa o Hospital para um percurso ainda mais crítico. Ao crescimento da população internada se responde com uma provável ampliação de estrutura física. Resumindo: estabelece-se um padrão no qual as internações reclamam mais prédios. Não se modificando o paradigma da internação, deduz-se que a tendência inexorável é o aumento descontrolado de internados.

Na década de 20 os dirigentes da instituição, escolhidos pelo Presidente da Província, assimilam a estratégia imposta de internações e reagem em favor de mais prédios

(101) Idem, p. 149.

para poder responder à demanda sempre crescente. A internação assume o "status" de solução.

No que diz respeito às ampliações, quando ocorrem, não obedecem a uma distribuição previamente planejada. A desordenada construção dos prédios, que seguem variados estilos arquitetônicos, representam a contraprova visual da falta de planejamento a médio e longo prazo. Pode-se considerar que as diferentes edificações indicam épocas de congestionamento ou de maior deterioração das instalações. O contraste entre o prédio central, onde se originou o Hospital, e o "gigantinho" (construção de concreto armado na forma de uma nave) de 1972, ou mais recentemente a edificação destinada ao setor de pessoal (com estilo moderno de estruturas metálicas), desenham em suas formas o passado e o presente, através de um princípio comum - a situação crítica.

Um dos entrevistados, a propósito do tamanho que a instituição alcançou, acredita que o Hospital Psiquiátrico tende a ser uma macro-estrutura, uma edificação que impõe respeito e temor, "provavelmente em função das fantasias de periculosidade que desperta o doente mental" (102).

A década de 30 chega sem que as construções pretendidas se concretizem. Agora o Hospital se encontra com aproximadamente 1800 doentes (103). A população internada aumentou pouco mais de

(102) CHEFFE, Ely. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

(103) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 150.

duas vezes, em comparação com a de 1926.

Em 1937 o Diretor do Hospital endereça uma Circular a todos os Municípios do Estado, restringindo as internações "aos casos agudos, passíveis de cura, e aos doentes que oferecessem perigo à segurança pública" (104). O motivo desta medida deveu-se a impossibilidade de alojar doentes em espaço tão exíguo, agravado por incêndio recente (105).

As dificuldades deste período, pelos registros existentes, adquirem pela primeira vez proporções que transcendem a instituição. O fato se torna notícia pública e o Diretor da época faz diversos pronunciamentos à imprensa, onde procura esclarecer as causas da superlotação. Numa das declarações, referindo-se ao Hospital, relata:

"Não somente acolhe doentes mentais de toda espécie, como doentes que não são doentes mentais e mesmo pessoas que não são doentes mentais, nem mesmo doentes. Serve, inclusive, como asilo de velhos, inválidos, indigentes" (106).

Noutro momento, o Diretor ensina:

"A rigor o Hospital São Pedro não devia receber os chamados casos crônicos, isto é, os doentes que não precisam receber um tratamento especial, mas apenas

(104) Idem, p. 150.

(105) Este mesmo ato é novamente executado pelo Diretor do Hospital em 1986, 49 anos depois, em vista das precárias condições de alguns prédios.

(106) GODDOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 156.

devem ser asilados. Para esses devia haver outro estabelecimento, ficando as instalações atuais para os agudos e serviços gerais" (107).

Observa-se que o dirigente da época percebera, com nitidez, que a instituição atendia uma clientela com variada problemática: agudos, crônicos, indivíduos sem problemas psiquiátricos, idosos, inválidos e indivíduos sem recursos e sem família ou grupo de convívio. Entretanto a solução que propõe segue o padrão do internamento - uma colônia para crônicos. Isto daria espaço no Hospital para mais internações.

Em 1934 aparece o Decreto que estabelece as normas "sobre a assistência e proteção às pessoas e aos bens dos psicopatas". O estabelecimento psiquiátrico é assim concebido:

"Artigo 4º - São considerados estabelecimentos psiquiátricos para fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casa de educação e outros estabelecimentos de assistência social" (108).

Neste artigo do Decreto se constata que o legislador praticamente iguala hospital psiquiátrico a asilo de velhos e casas de detenção, o que num certo sentido estaria de acordo com a finalidade do Hospital previsto no Regulamento de 1925. Verifica-se sua sabedoria quando faz referência ao

(107) Idem, p. 156.

(108) BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas. Brasília, Divisão de Saúde Mental, 1982.

"estabelecimento de assistência social", ou seja, considera o hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo, uma instituição de assistência social e de tratamento.

Em 1942 o Diretor afirma que o mais grave problema do Hospital é a falta de espaço (109). Reconhece que "a superlotação atingiu limites extremos, a despeito das medidas restritivas das internações" (110). Sem que houvesse ocorrido o surgimento de novos prédios, tudo que é possível vai sendo paulatinamente aproveitado para se transformar em alojamento. GODDOY narra um fato ilustrativo:

"Ainda recentemente, na Divisão de mulheres, pôs-se em execução um novo horário de refeições, a fim de transformar um pequeno refeitório construído de madeira, em dormitório de 20 doentes tranqüilas" (111).

No início da década de 40 o Hospital conta com 1907 doentes internados, cifra superior à capacidade declarada de 1.000 leitos (112). A medida que passam os anos, a capacidade declarada também aumenta, porém se mantém sempre abaixo da lotação real. É possível que esse procedimento fosse um artifício político para abordar o impacto social do fato. Desta forma, a apresentação do problema pela Direção demandaria o cumprimento de duas condições: pressão ao Governo sem que

(109) GODDOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 212.

(110) Idem, p. 212.

(111) Idem, p. 212.

(112) Idem, p. 213.

adquirisse a conotação de uma exigência ameaçadora, e um comportamento que não indicasse uma ofensa à sensibilidade pública. Vale ressaltar que a população internada não aumentou com o mesmo ímpeto da década anterior.

A proposta da Colônia, que agrega um retrocesso aos tempos agrícolas e traz uma idéia de solução bucólica da loucura, é regida pelo padrão da internação. Segundo os planos pretendidos, a "Colônia de Psicopatas" teria capacidade inicial para acolher 700 homens e 700 mulheres (113). Na visão do Diretor da época, ela executaria o papel de aliviar o Hospital São Pedro "de toda população de doentes crônicos", liberando-o para atender "os agudos, serviço aberto, pensionistas e serviços gerais" (114).

Esboça-se uma tendência que preconiza um Hospital Central para pacientes agudos, e uma Colônia distante da cidade para pacientes crônicos. As razões apontadas como justificativa arrolam limitações econômicas e escassez de psiquiatras (115). As dificuldades econômicas permanecem no decurso da história do Hospital, enquanto a preocupação com o treinamento de psiquiatras se concretiza na década de 50, quando se estabelece o primeiro curso de formação de psiquiatras no Estado.

(113) Idem, p. 213.

(114) Idem, p. 213.

(115) Idem, p. 251.

O crescimento progressivo da população internada atravessa décadas, estimulando a criação de mais prédios. Entretanto as condições de atendimento continuavam precárias. Havia uma necessidade de romper o padrão da política de internações.

4. Estratégia de Crescimento Lento (1962-1971)

Na década de 60 se inicia o processo de crescimento lento, onde se observa que o aumento da população se dá na base de 5 a 10% ao ano, atingindo um contingente de 5.000 internados. O Hospital São Pedro atingiu o seu ponto máximo de acolhimento.

No Colóquio realizado na cidade de Porto Alegre, em outubro de 1967, conduzido pelo professor JURANDYR MANFREDINI, Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, toma corpo a discussão sobre os "aspectos da assistência psiquiátrica nos Estados da Federação" (116). Debate-se a grave deficiência do sistema: escassez generalizada de leitos hospitalares, de pessoal técnico em todos os níveis, e precariedade generalizada de instalações (117). É interessante observar que os participantes do encontro, ao diagnosticarem o baixo rendimento dos hospitais brasileiros, interpretam as altas precoces e o grande número de reinternações como uma consequência das deficiências identificadas. Isto conduz a decisão considerada inadiável:

(116) COLOQUIO SOBRE PROBLEMAS E NECESSIDADES DA PSIQUIATRIA ASSISTENCIAL E PREVENTIVA. R. Psig. Din. v. 8, n. 1-4, p. 56-58, 1968.

(117) Idem.

"... dar, no menor prazo possível, a cada doente hospitalizado ou hospitalizável, um leito hospitalar condigno, entendendo como tal, a cama, o alojamento, a alimentação, a medicação, e o pessoal técnico - quantitativa e qualitativamente" (118).

Essa reunião, denominada à época como a "Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental", ainda se encontrava aderida à estratégia geral de internação, mas prenunciava uma alteração de rumo. Assim, recomendava a abertura de ambulatórios de saúde mental e destacava a "alta conveniência" de se criarem unidades psiquiátricas em hospitais gerais (119).

Em 1964, ano da Revolução que implantou a Ditadura no país, o Diretor do Hospital estava interessado em realizar uma primeira abordagem à massa de pacientes que se encontravam nos pátios da macro-divisão Pinel, a qual abrigava cerca de 1.400 homens (120). Nesta época o Hospital se salientava principalmente pela superlotação. Havia um intenso fluxo de circulação dos internados, constituindo-se grupos compactos que "davam às áreas livres a aparência de uma feira do interior" (121).

O plano almejado de iniciação de um trabalho com uma Divisão que recebia pacientes com 3 ou mais internações anteriores esbarrava na carência de pessoal. O Diretor, FERNANDO GUEDES, idealiza a "Campanha de Reabilitação de Pacientes

(118) Idem.

(119) Idem.

(120) MENEGHINI, Luiz. A Sombra do Plátano. Porto Alegre: edição do autor, 1974, p. 60.

(121) HOCSMAN, Júlio. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

Crônicos", artifício que viabilizaria a contratação de técnicos: psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos e praxiterapeutas.

Com um período de latência de 8 anos, esse ato daria início ao padrão de desinternação no Hospital São Pedro.

O Diretor do Departamento de Saúde Mental, LUIZ MENECHINI, ao assumir o cargo em 1963, constata que o atendimento psiquiátrico se encontra localizado exclusivamente no Hospital São Pedro. Isto o estimula a propor o incremento da "setorização da assistência, estendendo-a ao interior do Estado" (122). Surgia a descentralização a qual possuía duas finalidades básicas:

1º Colocar a assistência psiquiátrica próxima do doente, permitindo o atendimento precoce dos doentes e evitando sua remoção para Porto Alegre, o que leva a um desvinculamento com as famílias, pois há pontos que distam até 800 Km da capital, nem sempre de fácil acesso.

2º Desafogar o Hospital Psiquiátrico São Pedro, onde uma população de 4.500 pacientes se comprime numa área que poderia tolerar, no máximo 3.000 doentes. Esta situação de superlotação do hospital levou a uma deterioração dos padrões de atendimento e ao quase desabamento de sua estrutura administrativa" (123).

Em 7 de agosto de 1964 o Estado passa a dispor do Decreto 16.772, o qual estabelece a criação de ambulatórios de Saúde Mental em Porto Alegre e mais 17 Municípios (124).

(122) Idem, p. 58.

(123) Idem, p. 58.

(124) PLANO DE EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PSQUIATRICA. Porto Alegre: Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, Departamento de Saúde Mental, 1965, p. 1.

Esperava-se que o atendimento ambulatorial originasse uma redução na demanda ao Hospital São Pedro e solucionasse, em parte, o problema da crescente população internada (125). No entanto sucede o inverso, ou seja, exacerba-se o fluxo de pacientes em direção ao Hospital (126). O padrão de internação, demonstrando sua força, utiliza os ambulatórios como canalizadores desse fluxo. Apenas a existência de um atendimento em Postos de Saúde não impedia as internações e dava o sinal de que outras alterações precisavam acontecer.

Em 1968 discute-se a transformação do "Asilo" São Pedro em Hospital (127), entendendo-se aquele como o excessivo número de pacientes internados de forma cativa dava à instituição o caráter predominantemente asilar. Na Divisão Pinel há um esforço no sentido de modificar a situação que mantinha os médicos isolados em seus gabinetes à espera que lhes fossem trazidos os doentes. Improvisa-se consultórios junto aos pátios, de tal modo que os médicos tivessem a oportunidade de manter uma aproximação com os internados. Aqueles lugares estavam cheios, e nos dormitórios a escassez de leitos obrigava os atendentes a unirem duas camas a fim de ampliarem a utilização para 5 a 8 doentes, estando esta variação na dependência do porte físico dos indivíduos (128).

(125) Idem, p. 1.

(126) MENEGHINI, Luiz. A Sombra do Plátano. Porto Alegre: edição do autor, , 1974, p. 58.

(127) MARAGNO, Junay. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

(128) CHEFFE, Ely. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

Como se vê, criatividade em circunstâncias de escassez-limite produz ações extremas que à primeira vista despertam censura - segundo os padrões estabelecidos de análise para situações convencionais, mas examinadas à luz do momento que a determinou, parecem razoáveis. Ou seja, somente o contexto dá a exata dimensão dos limites de interpretação entre uma necessidade premente e um ato desumano.

A etapa seguinte na macrodivisão Pinel é separar os internados segundo o critério de frequência das internações: agudo, subagudo e crônico. O primeiro correspondia àqueles que ingressavam pela primeira vez na Divisão; o segundo era representado pelos internados com até um máximo de 6 meses, enquanto o terceiro englobava aqueles com período superior a 6 meses. Tratava-se de um "critério operacional" para tentar uma primeira aproximação, além do que possuía a propriedade de diminuir a "perda de pacientes novos" na massa de internados de longa duração (129).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro estava dividido em áreas de agudos (primeira internação), subagudos (uma a três internações anteriores, com tempo de permanência entre 45 dias e 6 meses), e crônicos. A Divisão Pinel estava incluída na última classificação. Seguir um critério similar de separação da clientela internada em seus limites exigiu adaptações anteriormente mencionadas.

(129) GARI, Carlos. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

A terceira etapa viria após um período de maturação de aproximadamente 7 anos, com repercussão no todo do Hospital. O grupo de profissionais contratados pela verba da "Campanha" estava empenhado em descobrir uma maneira de ordenar os internados sem valer-se do critério diagnóstico ou de cronicidade. Esta preocupação estimulou o surgimento de um grupo de trabalho onde o compromisso era estudar "a instituição de pacientes crônicos e buscar entender o que se passava com a população internada" (130).

O conhecimento da experiência francesa, onde um ambulatório de saúde mental encaminhava os pacientes com necessidades de internação para uma mesma Ala de um hospital, e a constatação de algo similar no "Saint Elizabeth Hospital", em Nova Iorque, dão os elementos para um plano que deveria contemplar uma abertura da Divisão para fora do Hospital. Duas idéias básicas orientavam o plano: a) envolvimento do Hospital Colônia Itapoã, o qual receberia os internados do Hospital São Pedro que possuíssem experiência rural e estivessem aptos para o desenvolvimento das tarefas agro-pastoris; b) conexão da Divisão com os Municípios através de uma separação dos internados segundo a procedência e eventual destino (131).

5. Estratégia de Redução Rápida (1972-1979)

O Diretor que incentivara o trabalho de mudança na

(130) Idem.

(131) Idem.

Divisão Pinel, ao assumir junto ao poder central o comando da Equipe de Saúde Mental, eleva-o à condição de Plano do Hospital. Espera-se que a setorização geográfica no interior da instituição, unida aos esforços de vinculação com os Municípios através das Unidades Sanitárias, produza ao longo de 10 anos uma redução da população internada em torno de 50% (132).

O Plano de Setorização do Hospital São Pedro possuía duas intenções: reduzir a população internada e estabelecer um sistema de atendimento em todo o Estado do Rio Grande do Sul, através das Unidades Sanitárias, com prioridade para o egresso. É interessante notar que a interiorização das ações de saúde Mental não prevê construções especiais. O atendimento de saúde mental deve ser oferecido nas unidades sanitárias, integrado ao sistema de atenção de saúde geral.

A execução do Plano dá início a um período de muitas altas no Hospital, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde dos Municípios recebem treinamento sobre conhecimentos em saúde mental, de tal sorte que sejam capazes de prestar o primeiro atendimento para o cliente que chega à Unidade Sanitária, e executem um adequado acompanhamento daqueles que retornam de uma internação (133).

(132) Idem.

(133) FARIA, Carlos. Recuperação Social do Paciente Psiquiátrico: O Papel da Setorização na Integração do Paciente e do Hospital à Comunidade. Fortaleza, IV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 1976 (mimeografado).

A preocupação com o tipo de cuidado prestado nas Unidades Sanitárias tinha procedência na medida em que se sabia que não bastava apenas dispensar o cuidado, mas ter um grau de resolutividade que de fato reduzisse o fluxo de encaminhamentos para o Hospital São Pedro. Este, por sua vez, desenvolveu uma "ficha de egresso", contendo informações sucintas de caráter médico e social sobre o paciente que retornava à sua localidade, constituindo-se num meio seguro de orientação para o profissional de saúde que iria atendê-lo na Unidade Sanitária.

Na década de 70 pode dizer-se que o Hospital São Pedro passa de um sistema fechado que predominantemente recebia pacientes, para um sistema aberto onde a instituição começa a estabelecer uma relação de troca com a comunidade. A curva da população internada principia o seu declínio, porém as condições internas da instituição mantêm-se praticamente inalteradas. Verifica-se, com certo desencanto, que a diminuição do número de internados não contribui para uma melhoria do atendimento, fato que dá base para uma hipótese de gastos mínimos e atendimento máximo.

No final deste decênio surge uma nova tentativa de recuperar o Hospital, através de um Conselho Técnico-Administrativo - CTA, como decorrência de um "Convênio de Co-Gestão" entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, com a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.

Caracteristicamente a Previdência se encontrava numa

crise financeira, e os dirigentes federais imaginaram que a saída seria utilizar a capacidade ociosa do setor público (134), com uma rede deficiente e necessitando de reparos. Assim, esta decisão continha elementos paradoxais - a Previdência em dificuldades financeiras orienta-se em direção ao setor que ela havia deixado à margem, e que agora esperava que fosse a sua "salvação".

O Hospital Psiquiátrico São Pedro consegue diminuir sua população, passando de 5.000 para cerca de 2.100 internados. Ele consegue atingir a meta que previa uma redução de 50%, num período inferior a 10 anos. É um fato inédito na história da instituição, podendo ser caracterizado como a fase do "Grande Esvaziamento".

6. Estratégia de Redução Lenta (1980-...)

A partir de 1980 o período de redução rápida desaparece, dando lugar a uma fase de redução lenta. As razões para este fenômeno estão ligadas às características da população internada, seja pelo tempo excessivo de internação, seja por necessitar de cuidados que não terão condições de receber fora do Hospital. Agora a população internada obedecerá a um padrão de decréscimo lento (135).

(134) NEMES, Maria. Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação. In: SCHAIBER, Lilia (Org.). Programação em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 106.

(135) ISERHARD, Raul. Identificação e Definição de um Grupo entre Pacientes de Longa Permanência no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Inform Psig, v. 10, n. 4, p. 104-107, 1992.

O Conselho Técnico Administrativo - CTA, criado para orientar o Convênio de Co-Gestão, em junho de 1982, emite relatório destacando aspectos históricos do Hospital. Sinteticamente é afirmado o seguinte:

- a) O Hospital durante muitos anos se constituiu no único hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul e, em consequência, recebeu pacientes originários de todos os Municípios do Estado e de outros vizinhos, principalmente Santa Catarina e Paraná;
- b) Transformou-se, por isto, no grande Centro Médico Psiquiátrico do Estado, sendo campo de estágio e Residência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Fundação Faculdade Católica de Porto Alegre;
- b) Reconhece-se que o Hospital abriga 25% de pacientes com até 6 (seis) meses de internação e os restantes 75% são "crônicos", circunstância que descaracterizou a instituição como "entidade predominantemente hospitalar";
- c) Evidencia a utilização inadequada dos recursos humanos e materiais alocados, e é salientado que "há prejuízo para os pacientes passíveis de recuperação e que não podem ser internados em função da falta de leitos (136).

A história demonstra que o hospital psiquiátrico público tem cumprido várias funções, sendo apenas uma delas o cuidado supostamente "intensivo" de doentes mentais. Inclusive se torna difícil afirmar que a sua principal destinação tenha sido hospitalar. DIVA MOREIRA, por exemplo, arrola sete "funções sociais" do hospital psiquiátrico público, as quais convêm

(136) DEFINIÇÃO DE AÇÕES PRIORITARIAS PARA O HOSPITAL PSQUIATRICO SAO PEDRO. Conselho Técnico Administrativo, Convênio Co-Gestão do Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1982, (mimeografado).

mencionar: abrigo, albergue; asilo de velhos, menores abandonados e mendigos sem família e sem lar; casa correcional, refúgio de criminosos (137).

No caso específico do Hospital São Pedro, um estudo abordando o universo de 1850 pessoas internadas em 1982, evidenciou que 75,95% não necessitava de hospitalização (138). Estes dados, analisados a partir do critério de função dominante, fortalecem a tese de que o hospital psiquiátrico público é mais uma instituição de assistência social do que um lugar de cuidados intensivos de saúde.

Sabe-se que determinadas organizações procuram se responsabilizar por duas ou mais funções que não são suplementares entre si (139). Apresentam como característica problemas especiais quanto a integração dessas funções, e inevitavelmente uma função assume caráter predominante (140). No caso do hospital psiquiátrico público as evidências corroboram a idéia de que prevalece a "função de assistência social" sobre a "função terapêutica".

(137) MOREIRA, Diva. Psiquiatria: Controle e Repressão. Petrópolis: Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983, p. 41-110.

(138) SILVA, Antonio; PALMA, Arno; PATRICIO, Ilita; ESCOBAR, Jair; MAYA, Paulo; BERTELLI, Zilba. Caracterização da População de Pacientes Existentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. R. Psig, v.4, n. 3, p. 238-245, 1983.

(139) KATZ, Daniel; KAHN, Robert. Psicologia Social das Organizações. São Paulo: Atlas, 1970, p. 137.

(140) Idem, p. 137.

Tomando isto como fato, as críticas sofridas pela instituição advêm da faceta predominante de assistência social ocultada pelo aspecto terapêutico, unindo doentes mentais, idosos, deficientes mentais, mendigos e pessoas sem família ou grupo de convívio, através de uma variável comum - a pobreza.

MEDEIROS observa que a literatura especializada não mostra nenhum interesse em caracterizar socialmente a clientela do hospital psiquiátrico público. As revistas especializadas dedicam-se à apresentação de casos clínicos, investigações semiológicas, questões psicofarmacológicas e outros temas "clínicos" (141). Quando oportunizam a inclusão de assuntos relacionados à estrutura assistencial, o que se salientam são:

"... as insuficiências dos recursos para assegurar os cuidados necessários, admitindo, implicitamente, não haver dúvidas quanto ao tipo de indivíduos a quem ela deveria destinar-se" (142).

No estudo de 1982, com base no critério da disponibilidade social e emocional da família, encontrou-se dois terços de internados com "predominância da problemática social" (143). De forma indireta não é despropositado considerar-se como

(141) MEDEIROS, Tácito. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977, p. 30, (Dissertação de Mestrado).

(142) Idem, p. 30-31.

(143) SILVA, Antônio; PALMA, Arno; PATRÍCIO, Ilita; ESCOBAR, Jair; MAYA, Paulo; BERTELLI, Zilba. Caracterização da População de Pacientes Existentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. R Psiq, v. 4, n. 3, p. 238-245, 1983.

indício de uma clientela oriunda das camadas sociais mais pobres. Ou seja, o hospital psiquiátrico público desenvolvia uma política de recolhimento dos indigentes.

Retornando ao relatório do CTA anteriormente mencionado, é nele que surge, pela segunda vez na história da instituição o objetivo formal pretendido:

"... consiste basicamente na elevação da saúde mental da população da área metropolitana de Porto Alegre, que será definida como a de abrangência do Hospital, através da prestação de assistência à saúde mental daqueles pacientes que apresentam uma situação aguda, com sintomatologia produtiva, que representa risco para si ou para terceiros e que apresentam condições para serem manejados em nível extra-hospitalar" (144).

Em 1985 o Hospital Psiquiátrico São Pedro atravessa mais uma séria crise em função do elevado grau de deterioração dos prédios, associado a uma crescente redução de funcionários - estes passam a abandonar a instituição numa média de oito pessoas por mês.

Em 1986 a Direção emite uma Circular à população, repetindo gesto semelhante ocorrido em 1937, comunicando que a instituição, por precariedade das suas instalações, que colocam em risco a vida dos doentes e funcionários, restringirá temporariamente as internações.

(144) DEFINIÇÃO DE AÇÕES PRIORITARIAS PARA O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. Conselho Técnico Administrativo, Convênio Co-Gestão, 1982, (mimeografado).

Dois anos depois, assume uma nova Direção que resolve separar as duas grandes problemáticas existentes em termos de população internada. Assim, surge uma área hospitalar (com unidades-enfermaria de 30 leitos) e uma área residencial (com unidades-moradia de 50 lugares). A área hospitalar passa a receber os clientes recém-admitidos que deverão receber alta, em média, dentro de 35 dias, enquanto a área residencial fica bloqueada para novos ingressos. A população internada se reduz drasticamente, assim como as internações, já que uma norma técnica de internação passou a definir que o cliente só seria internado se estivesse apresentando um quadro psiquiátrico agudo cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se tornasse impossível, e houvesse disponibilidade de leito. Esta medida que em qualquer hospital seria uma trivialidade, no Hospital Psiquiátrico São Pedro se mostrou uma atividade "revolucionária", provocando a indignação tanto de segmentos internos como externos à instituição.

A grave crise na qual submergira o Hospital Psiquiátrico São Pedro favoreceu a implantação das mudanças propostas pelos novos dirigentes, porém a qualidade do atendimento manteve-se praticamente inalterada. Para alguns funcionários teria ocorrido uma melhora nas Unidades-Hospital e uma piora nas Unidades-Moradia.

Esperava-se que a redução da população internada e o controle cuidadoso das internações propiciasse espaço para melhorias na atenção prestada ao cliente. Contudo persistiu um

estado de deficiência em relativo equilíbrio precário. Isto sugere a existência de uma estratégia imposta de gastos mínimos e assistência máxima insuficiente. Nos anos de eleição se atinge o pico dessa estratégia. Assim, cria-se um círculo vicioso, onde a instituição vive momentos de crise entremeados de períodos de acalmia, onde cada nova crise aumenta o grau de deterioração do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

7. Demanda de Gastos e Limitação de Recursos

CONTEL (145), ao analisar questões relacionadas ao macrohospital psiquiátrico público, identifica duas funções. Uma, denominada função de asilamento, para os pacientes com permanência superior a dois anos; outra, denominada função de renovação, para os pacientes com permanência abaixo de dois anos. O autor demonstra que no hospital psiquiátrico público há uma tendência para que predomine a função de asilamento, em prejuízo da função de renovação, uma vez que os leitos são progressivamente ocupados pelos pacientes de longa permanência.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro agigantou-se através da função de asilamento. Esta dominou completamente a função de renovação, forçando-o a se preocupar basicamente com os indivíduos residentes. Ou seja, o Hospital passou a ser um asilo

(145) CONTEL, José. Contribuição ao Estudo das Funções de Asilamento e de Renovação em um Grande Hospital Psiquiátrico Público. R. Psig. Din., v. 10, n. 1, p. 15-21, março 1974.

e não um hospital. A redução das altas e o aumento da população internada determinam alterações nos procedimentos aplicados e na estrutura organizacional como um todo (146).

8. Proposições Conclusivas

O estudo das estratégias relacionadas à internação oferece a possibilidade de algumas proposições conclusivas:

a) O governo concebe o Hospital Psiquiátrico São Pedro como um gasto necessário, mas que deve ser mantido num nível mínimo de atendimento, de tal sorte que não produza na população em geral efeito constrangedor excessivo;

b) O gasto social necessário que deve ser mantido num nível mínimo de atendimento pressupõe uma estratégia imposta pelo Poder Central de gastos mínimos e assistência máxima deficiente que não seja exageradamente visível;

c) As crises relacionadas às condições de atendimento resultam do rompimento do equilíbrio precário dos efeitos produzidos pela estratégia dos gastos mínimos e assistência máxima deficiente, sendo uma constante na história do Hospital. Elas tendem a ocorrer no término de um período governamental e

(146) HREBINIAK, L; ALUTTO, J. A Comparative Organization Study of Performance and Size Correlates in Inpatient Psychiatric Departments. Administrative Science Quarterly, v. 18, n. 3, p. 365-382, september 1973.

início de outro. Cria-se um círculo vicioso no qual cada novo Governo reclama do anterior, mas não consegue alterar o padrão que determina esses resultados;

d) O período de eleições majoritárias no Estado exerce forte pressão sobre o Hospital no sentido que ofereça maior número de internações, sem que haja uma contrapartida em termos de recursos que permitam a execução de maior atendimento no mesmo nível de precariedade. Conseqüentemente, a cada período eleitoral se estabelece um estado crítico que força internações além da capacidade de resolução do Hospital. Há um excesso de demanda para a condição-limite de atendimentos possíveis;

e) A superlotação, assim como a carência e a precariedade de recursos, são partes de um mesmo composto, ou seja, originam-se da estratégia de gastos mínimos e assistência máxima deficiente;

f) O Hospital, desde o início do seu funcionamento, tem estado sob o influxo da estratégia imposta pelo Poder Central que prescreve gastos mínimos e assistência máxima deficiente;

g) Os planos de reduzir a população internada e atender segundo critérios hospitalares tendem ao fracasso. Estes só obtêm algum êxito quando se estabelecem condições tão desumanas que se torna impossível mantê-las disfarçadas ou ocultas da população em geral, que tende a reagir de forma intensamente desfavorável ao

Governo;

h) A sequência das estratégias de crescimento e redução do número de internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro obedece a um padrão semelhante, ou seja, crescimento rápido seguido de crescimento lento, e redução rápida seguida de redução lenta.

CAPITULO V

ESTRATEGIAS RELACIONAS A TECNOLOGIA

1. Introdução

No exame das estratégias relacionadas às terapias empregadas no Hospital Psiquiátrico São Pedro, identificou-se seis tipos: a) terapêutica moral; b) terapêutica biológica; c) terapêutica psicológica; d) terapêutica multiprofissional; e) terapêutica indefinida; f) terapêutica nosocomial e custodial (Diagrama 2). Vale destacar que as denominações dadas se referem ao predomínio de uma determinada estratégia, porquanto não ocorre o desaparecimento completo de uma em substituição à outra.

2. Estratégia de Terapêutica Moral (1884-1926)

Esta estratégia confunde-se, em grande parte, com a gestão de Carlos Lisboa, primeiro Diretor da instituição. Possui uma forte influência social, na medida em que tem por base a simpatia e humanidade para com o doente. Apresenta, como característica dominante, o fato de que o trabalho é visto como uma forma terapêutica relevante no campo da Saúde Mental, por evitar o isolamento e envolver o doente numa atividade concreta. Textualmente era referido o seguinte:

"O trabalho atua sobre as desordens psíquicas, distraindo o enfermo das imagens criadas em seu delírio e psiquicamente abatendo a sua excitabilidade nervosa, quando exagerada, estabelecendo um equilíbrio salutar

entre as funções psicológicas e predispondo-o ao repouso, tantas vezes necessário" (147).

Em outro momento Carlos Lisboa esclarece:

"O desenvolvimento dessas atividades não serviam somente para ajudarem no custeio do Hospital, mas também como um dos mais poderosos elementos no tratamento moral dos enfermos" (148).

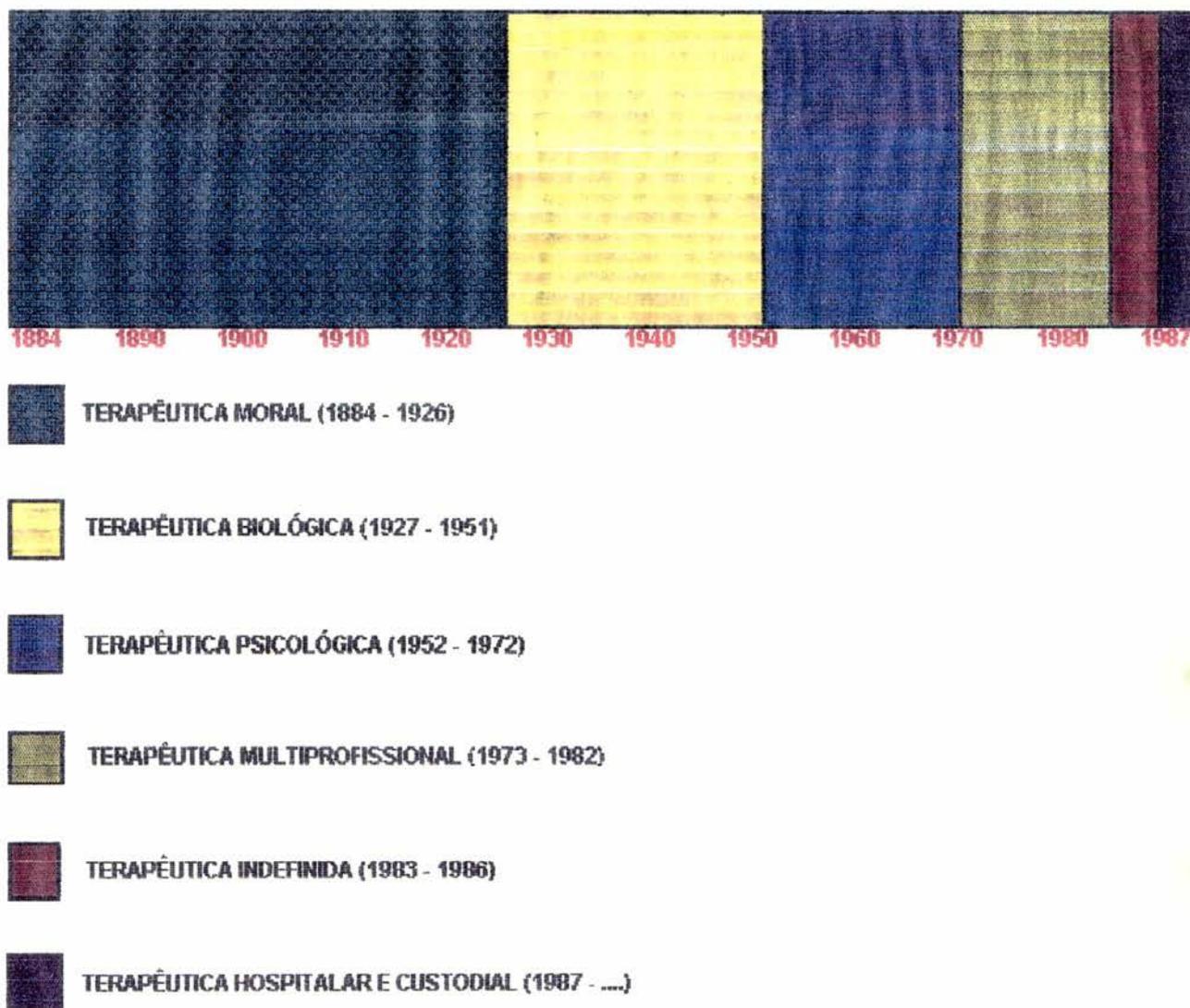
O trabalho, como custeio e terapia, "será despojado de todo valor de produção" (149), e passa a ser meio e fim.

Antes de surgir o trabalho com dupla função, os cinco itens preconizados para o tratamento de pacientes agitados incluíam: "castigos, solitária, jejum, colete de força, banhos de emborcação" (150). A justificativa para o uso desses procedimentos, ainda que cruéis, seria de que o dano da ausência de sua utilização configurar-se-ia como potencialmente mais grave (151).

Do ponto de vista social, no final do século passado o

-
- (147) MEMORIAS: CENTENARIO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO PEDRO. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Assessoria de Comunicação Social, 1984, p. 7.
- (148) Idem, p. 7.
- (149) FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987, p. 480.
- (150) MEMORIAS: CENTENARIO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO PEDRO. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Assessoria de Comunicação Social, 1984, p. 7.
- (151) COTTER, L. Operant Conditional in a Vietnamese Mental Hospital. Am J Psych, v. 124, n. 1, p. 23-28, 1967.

DIAGRAMA 2: Estratégias Relacionadas à Tecnologia No Hospital Psiquiátrico São Pedro



trabalho foi glorificado e se incorporou à

"... ideologia da nascente sociedade burguesa européia, e os ociosos recalcitrantes, ou inadaptados à nova ordem, foram jogados à categoria de anti-sociais e duramente reprimidos; trabalho e não trabalho seria a partir de então mais um ponto de clivagem a estabelecer os limites do normal e do anormal" (152).

Até 1926 vigorava para as mulheres o "regime de enclausuramento de doentes mentais durante o dia, nos pátios centrais e nas áreas interpavilhonais, durante a noite, nas celas" (153).

GODOY, de uma forma crítica, rebate a precariedade terapêutica da época:

"Sem clinoterapia e sem serviço de balneoterapia à noite, se procurava dominar a agitação do delírio pelos meios químicos e já constituía uma rotina a distribuição, antes do recolhimento ao leito, de cápsulas de sulfonal, o hipnótico da época" (154).

Nessa estratégia o padrão básico é a sujeição do indivíduo doente. De medidas francamente punitivas passa-se para o trabalho que encobre, de modo socialmente aceitável, o mesmo princípio. O trabalho executado em jardins, hortas e pomares

(152) RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987, p. 47.

(153) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição pessoal, 1955, p. 161.

(154) Idem, p. 161.

transforma-se em "locais de ocupação privilegiados - naturalmente desde que sejam dirigidos com um espírito terapêutico adequado" (155).

A terapia pelo trabalho assumirá, no decurso do tempo, novas feições. Cada vez mais se ampliará a sua aplicação aos diversos tipos de doentes e não apenas aos mais tranqüilos e colaboradores.

3. Estratégia de Terapêutica Biológica (1927-1951)

Esta estratégia poderia também ser denominado de "uma doença cura outra", ou "um mal menor em benefício de um bem maior". Como exemplo disso, e representando um marco no início do período, está a malarioterapia, tratamento à base de inoculação de plasmódios, a fim de que o indivíduo contraia a malária e, através dos sintomas produzidos por esta doença, advenha uma melhora do distúrbio mental apresentado pelo doente. O procedimento, que vinha alcançando sucesso no exterior, é aplicado pela primeira vez no Brasil, em pacientes internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro, através da influência do Diretor (156).

Após a malarioterapia, indicada especificamente para a paralisia progressiva, aparecem outros tratamentos que seguem uma

(155) BLEULER, Eugen. Psiquiatria. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985, p. 100.

(156) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição pessoal, 1955, p. 161.

linha de raciocínio semelhante. Tem-se o abscesso frio, produzido por injeção de bismuto, e caracterizado por ocasionar intensa dor local, indicado para pacientes catatônicos; o choque cardiazóxico e posteriormente, o eletrochoque, os quais agem provocando uma crise convulsiva no doente. Depois entra em cena o método Sakel (choque hipoglicêmico) o qual dá origem à Sala de Insulinoterapia. Posteriormente vem a psicocirurgia (lobotomia) e a penicilinoterapia, esta especificamente utilizada no tratamento da paralisia geral progressiva (157).

Neste período o Diretor ainda desempenha papel decisivo na introdução de novas terapias, mas progressivamente começa a aumentar o poder de influência do corpo clínico neste setor.

As religiosas, que atuaram no Hospital durante cerca de 60 anos no atendimento ao internado, são uma referência importante no que concerne aos aspectos de cuidado. O trabalho delas se inicia no Hospital em 1910, com a vinda de quatro freiras da França. As funções para as quais se propunham na instituição eram as seguintes: organização, economia (aproveitando tudo que fosse possível) e humanização (158).

São as freiras que vão dar início à separação dos internados para o trabalho: olaria, padaria e cozinha (159).

(157) Idem, p. 337-339.

(158) PAULINA, Irmã. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

(159) Idem.

Os internados substituíam com eficiência a escassez de técnicos. Há referências de que houve um choque entre as orientações da Direção da época e as religiosas (160). É possível que a discordância tenha se originado pelo fato das religiosas valorizarem o trabalho árduo como uma forma de penitência, ou de evitar os perigos da ociosidade, enquanto o Diretor preconizava o trabalho como uma forma produtiva e útil para reorganizar a vida do internado.

Sabe-se, através de relatos orais, que as irmãs aplicavam alguns procedimentos terapêuticos. Neste sentido há informações que algumas freiras se excediam na prática de algumas terapias indicativas de uma ação punitiva (161). Contudo, há que se reconhecer a participação efetiva das religiosas, num período em que os médicos eram escassos, e ainda nem existiam outros profissionais de saúde.

Os distúrbios mentais graves existem como entidades de predomínio biológico. Todavia nem sempre são fáceis de serem isolados de um contexto social, o que faz com que, em grande medida, a prática psiquiátrica seja "uma certa tática moral contemporânea do fim do século XVIII, conservada nos ritos da vida asilar e recoberto pelos mitos do positivismo" (162).

Dentro da lógica do trabalho como terapia,

(160) Idem.

(161) Idem.

(162) FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987, p. 501.

"a maioria dos Estados brasileiros incorporou colônias agrícolas à rede de serviços, seja como complemento aos hospitais tradicionais já existentes, seja como opção única ou predominante" (163).

No caso do Hospital São Pedro, a colônia agrícola surgiu mais como uma forma de permitir a expansão do asilamento do que um complemento. Contudo GODOY insiste na tese de que a sua criação deveu-se "menos ao desafogo do hospital que nessa época não era superlotado, e mais a finalidade de terapêutica" (164).

Ainda que haja um esforço para mostrar que a colônia agrícola, criação artificial de um ambiente rural, fosse antes uma solução terapêutica, não há porque negar que serviu para aliviar momentaneamente as dificuldades decorrentes da superlotação. Deste modo, a colônia engloba três funções: ocupacional, higiênica e redutora de pressão sobre os leitos do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A questão da colônia é retomada com grande força em 1949 quando o Hospital se encontra com 2.810 doentes internados (165). Utiliza-se como argumento a idéia de que a ida de pacientes para o meio rural responde à "finalidade terapêutica,

(163) RESENDE, Heitor. Políticas de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1987, p. 50.

(164) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição pessoal, 1995, p. 219.

(165) Idem, p. 252.

econômica e custodial" (166). Há também a pretensão de que a colônia adquira auto-suficiência e inclusive seja capaz de abastecer o Hospital Psiquiátrico São Pedro com alimentos essenciais. Não há experiência que demonstre tal possibilidade em qualquer lugar (167). Todavia periodicamente se ressuscita o "plano da colônia agrícola". A propósito, em 1987 ressurgiu sob a forma de um "projeto ecológico", com a justificativa improvável do auto-financiamento mediante a produção dos internos.

4. Estratégia de Terapêutica Psicológica (1952-1972)

Na presença da estratégia psicológica o Diretor do Hospital é destituído dos poderes de influir sobre os procedimentos terapêuticos. As inovações nesta área passam a ser produzidas pelos profissionais individuais do corpo clínico.

ZIMMERMANN orienta sua preocupação científica para o estudo das terapêuticas psicológicas grupais de orientação psicanalítica. Forma, pela primeira vez, "grupos transitórios com psicóticos e alcoolistas internados" (168). Um ano mais tarde, em 1953, desenvolve "dois grupos de neuróticos no Serviço Aberto" (169), portanto ao nível ambulatorial. É deste modo que se concretiza, no Rio Grande do Sul, a psicoterapia de grupo a qual

(166) Idem, p. 251.

(167) REZENDE, João. Acerca da Eficácia do Aparato Asilar. Cad. Psig. Social, v. 2, n. 1, p. 9-13, 1984.

(168) ZIMMERMANN, David. Estudos sobre Psicoterapia de Grupo. São Paulo: Mestre Jou, 1971, p. 349.

(169) Idem, p. 349.

adquire maior impulso em 1955, quando MARTINS se dedica a essa técnica. Colabora no mesmo sentido, em 1956, LA PORTA, que "inicia o tratamento intensivo, com orientação psicanalítica, de grupos de psicóticos internados" (170).

MARTINS, numa conferência proferida no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em julho de 1961, declara o seguinte:

"Até há poucos anos, a Psicanálise quase nada tinha a oferecer de prático a uma batalha assistencial das proporções da que se trava no Hospital São Pedro. Hoje em dia, porém, dispomos da Psicoterapia Analítica de Grupo, método considerado por alguns como verdadeiramente revolucionário, dada a extensão de seu alcance social" (171).

A psicoterapia analítica de grupo é apresentada como um procedimento que poderá auxiliar o doente psicótico, mas na realidade a sua aplicação inicial no Hospital serve muito mais para consolidar os conhecimentos de alguns profissionais e, ao mesmo tempo torná-la amplamente conhecida, do que para a difusão desta terapia, conquanto o treinamento para aplicar o método era extremamente elitista. De fato, são os profissionais que iniciaram a psicoterapia de grupo no Hospital que a levarão para o âmbito privado de seus consultórios.

Na década de 60 é inaugurado o Serviço de Terapêutica

(170) Idem, p. 349.

(171) MARTINS, Cyro. Do Mito à Verdade Científica. Porto Alegre: Globo, 1964, p. 63.

Ocupacional o qual desponta a partir da influência de um membro do corpo clínico que possuía treinamento psicanalítico. O trabalho, revisto à luz da psicanálise aplicada, é qualificado como "um novo método de tratamento" (172). Assim sendo, ele passa da fase de exigência moral para a fase de exigência psicológica.

A preocupação por um atendimento "mais humano" se desenvolve de forma acentuada, numa alusão explícita à desumanidade dos métodos até então utilizados. Há forte crença de que os conhecimentos oriundos da psicanálise irão não só humanizar, mas esvaziar o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

GUEDES, num trabalho dedicado às contribuições que a psicanálise oferecia ao hospital psiquiátrico, concede elementos para se inferir que até o momento só havia tido dois tipos de terapia: a defensiva e a compreensiva. Explica que o hospital dinâmico "em vez de ser o lugar onde se processava o tratamento é, ele próprio, um instrumento terapêutico" (173).

Do ponto de vista tecnológico existe um engano. O hospital é um lugar onde se desenvolve uma série de atividades com vistas ao ataque da doença apresentada pelo enfermo. Só neste sentido ele pode ser entendido como um equipamento complexo destinado ao cuidado do doente, e nunca como um instrumento terapêutico em si. A não ser que se considere o hospital sob o

(172) PECHANSKI, Isaac. Terapêutica Ocupacional. Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, p. 115-119, 1964.

(173) GUEDES, Paulo. Contribuições da Psicanálise ao Hospital Psiquiátrico. R Psig Din, v. 6, n. 3, p. 97-104, 1966.

mesmo enfoque enclausuramento-prisão, onde a custódia já é a punição que o condenado deve receber.

Esse desacerto de visão tecnológica, que considera o ambiente hospitalar como terapêutico, conduzirá a instituição às tentativas incipientes de comunidade terapêutica, num arremedo de participação democrática custodial, onde esta participação adquire a conotação de indício de melhora do doente. O paradoxo maior se evidencia quando se constata que neste período o país estava mergulhado num regime de Ditadura Militar.

A "comunidade terapêutica" é o que resta da psicoterapia analítica de grupo. Torna-se uma espécie de psicoterapia institucional que melhora as técnicas custodiais, não as técnicas de tratamento. Aliás, PERROW argumenta que a ambientoterapia "é muito mais uma ideologia que uma tecnologia" (174).

A propósito dos resultados terapêuticos, é importante observar o registro dos fins a serem alcançados:

"Eliminação dos sintomas, mudança de atitude, mudança de comportamento, visão interior, melhora do relacionamento interpessoal, melhora da eficácia social, prevenção e educação" (175).

(174) PERROW, Charles. Hospitals, Technology, Structure and Goals. In: MARCH, James. Handbook of Organizations. Chicago: Rand McNalle & Company, 1970, p. 913.

(175) TORREY, E. A Morte da Psiquiatria. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, p. 62.

Cura, na área das doenças mentais, é um termo habitualmente evitado porque se considera "inadequado" (176), o que surpreende quando se analisa o distúrbio mental a partir do modelo médico. Eis um problema que dificulta a avaliação dos diversos procedimentos terapêuticos, pois dão a impressão de serem demasiadamente genéricos e, talvez por isso, haja uma tendência a aceitar a introdução de quaisquer outros elementos como "terapêuticos".

Na estratégia de tecnologia psicológica surge uma inclinação para dar explicações psicodinâmicas à maioria dos problemas, tanto relacionados com os doentes quanto com seus familiares, burocracia institucional e comportamento dos funcionários.

Causa surpresa a omissão que se faz dos psicofármacos, utilizados em larga escala, desde que se tornaram disponíveis, ainda mais a partir de 1953 quando começaram a surgir drogas mais eficientes no combate aos sintomas psicóticos e ao comportamento agressivo.

Os fatos sugerem que havia por parte de profissionais mais influentes no Hospital, possuidores de formação psicanalítica, o desejo de mostrarem que as melhorias eventualmente alcançadas deviam ser creditadas à abordagem psicodinâmica, cabendo aos psicofármacos papel secundário, já que

(176) Idem, p. 63.

eram rotulados como pertencentes ao grupo das terapias repressivas.

Um fato ilustrativo dessa tese é a existência de um estudo sobre esquizofrênicos crônicos no início da década de 60, conduzido com pacientes do Hospital São Pedro, o qual enfatiza o valor da ambientoterapia, da psicoterapia e da assistência familiar, e uma das conclusões sugere que "o tratamento por meios físicos e farmacológicos que visa tão somente a remissão do surto está destinado ao fracasso num futuro mais ou menos longo" (177).

Os psicofármacos, uma das inovações tecnológicas mais importantes na área da Saúde Mental, são desprezados e, mais do que isto, profetiza-se desaparecimento dos mesmos. O transcurso do tempo veio mostrar que a tese não se confirmou e, constitui-se numa das áreas de pesquisa mais profícua da Saúde Mental, que inclusive torna os pacientes mais acessíveis à psicoterapia, assim como permite uma internação mais breve, e amplia os espaços entre internações subsequentes.

É interessante notar que parte da explicação psicodinâmica básica do paciente psicótico é de que ele possui o seu mundo interno dominado por objetos destruídos, e que este mundo necessita ser reparado através das terapias psicológicas e

(177) ZIMMERMAN, David. Nossa Experiência com Esquizofrênicos Crônicos. *R. Psig*, v. 2, n 3-4, p. 31-35, 1962.

sociais. Obviamente que esta suposição se torna crítica quando se considera a precariedade do Hospital Psiquiátrico, a qual por si confirma um mundo externo pobre e destruído. Se a suposição psicodinâmica contém algum valor explicativo, está configurada uma situação perversa em que são unidos mundos com características semelhantes, o que, numa dedução linear, significaria o fim da pessoa mentalmente enferma.

5. Estratégia de Terapêutica Multiprofissional (1973-1982)

E na década de 70 que o conceito de equipe multidisciplinar desponta na tecnologia terapêutica. Até então, o atendimento se fazia predominantemente com base no médico e no atendente. A introdução de outros profissionais (enfermeira, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional) entre o médico e o atendente expande o número de agentes que passam a atuar sobre o doente.

Como o Hospital abriga mais indivíduos internados por razões psicossociais do que doentes necessitados de hospitalização, cresce o interesse pelo "paciente crônico". Este necessita ser "compreendido" e preparado para retornar à comunidade.

O atendimento em grupo surge no cenário terapêutico como a possível solução para o problema da desproporcionalidade entre o grande número de internados e o reduzido contingente de técnicos, facilitando a tarefa de oferecer tratamento digno e

eficaz (178). Logo se observa que a aplicação da técnica de grupo com crônicos exige grande esforço, havendo pouca gratificação por parte dos técnicos e a tendência para abandonar essa modalidade de terapia (179). Esta dificuldade aborda-se através da supervisão para técnicos, o que permitiu a continuidade do funcionamento dos grupos e a criação de condições para a organização da socioterapia (180).

Entre 1978 e 1979 retorna com grande força a tese da reabilitação. São desenvolvidos cursos profissionalizantes para os doentes crônicos e se instalam oficinas de trabalho. A ideologia da reabilitação se desenvolve como um setor isolado das unidades de tratamento, sendo o método imposto por um grupo de profissionais (181). O projeto se desenvolve com grande autonomia e leva a reboque as demais atividades laborativas disponíveis para os doentes mentais.

FERRAO conceitua reabilitação como:

"... um processo contínuo, coordenado, levado a efeito por uma equipe de técnicos com o fim de recuperar o portador da deficiência física ou mental para o uso mais completo possível de suas capacidades: física,

(178) GARCIA, Enio; WIENER, Flávio; CRUZ, Juarez; CARDOSO, Shirlei; NANNI, Thais. Agrupamento de Pacientes por Região de Procedência na Divisão Pínel do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Vila. Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica, Gramado, 1974.

(179) Idem.

(180) Idem.

(181) MACHADO, Almira. Breve Histórico das Oficinas Protegidas. Hospital Psiquiátrico São Pedro. 1989, (mimeografado).

mental, social, profissional e econômica" (182).

A reabilitação cumpre a função de procurar adaptar o indivíduo ao funcionamento social ajustado e reduz, ainda que de forma simbólica, os custos do atendimento que recebe. Eis novamente o trabalho assumindo novo papel, ou seja, como elemento básico de recuperação do indivíduo através do ajustamento às suas possibilidades.

O aspecto saliente da estratégia multiprofissional é que os técnicos e funcionários da área operacional passam a ser submetidos a processos semelhantes aos aplicados nos doentes, especificamente no que se refere às intervenções grupais.

A equipe técnica vista como instrumento terapêutico, é alvo de exame em seus acertos e defeitos (183). Torna-se evidente que não é possível "estabelecer limites estanques entre as funções de um e outro profissional" (184), ainda que se tenha como idéia básica que cada técnico possui um âmbito específico de ação.

O fato novo nesta estratégia é a concepção da equipe de

(182) FERRAO, Luiz. Reabilitação e Adaptação em Psiquiatria. R Bras Psicanálise, v. 1, n. 3, p. 413-422, 1967.

(183) FARIA, Carlos; CRUZ, Juarez; TROIS, Oswaldo; CARDOSO, Shirley; NANINI, Thais. Defesas Grupais contra a Ansiedade em uma Instituição para Pacientes Crônicos. R Neurobiol, v. 35, n. 1, p. 9-16, 1972.

(184) FARIA, Carlos. O Papel da Setorização na Integração do Paciente e do Hospital à Comunidade. IV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Fortaleza, 1976 (mimeografado).

atendimento como um novo procedimento terapêutico. Há uma prioridade no sentido de que as diversas unidades-enfermaria tenham equipes "completas", ou seja, com psiquiatra, clínico, enfermeira, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e um número de atendentes compatível com as necessidades dos pacientes e da equipe mais extensa.

6. Estratégia de Terapêutica Indefinida (1983-1986)

O Hospital ingressa num processo acentuado de deterioração da estrutura física. Os técnicos se preocupam muito mais com problemas de instalações, com a escassez de material de consumo. A atenção volta-se para aspectos da infra-estrutura e o doente, num certo sentido, transforma-se em espectador desse curso de deterioração estrutural, o qual vai englobando outros âmbitos progressivamente: recursos materiais, material de consumo e pessoal.

Do ponto de vista terapêutico poderia dizer-se que predominou o uso de psicofármacos. Os grupos operativos, as atividades praxiterápicas e recreativas se mantiveram, porém sem qualquer articulação dentro do contexto organizacional, enquanto a contenção mecânica aplica-se rotineiramente em algumas enfermarias. O isolamento tem presença marcante e recebe a moderna denominação de "Sala de Observação".

O lítio, droga específica para os quadros maníacos, é consumida em maior quantidade, devido à crença surgida de que

muitos doentes não melhoram porque estão mal diagnosticados. Aliás, todas as vezes em que se pretende introduzir algum novo procedimento biológico ou psicossocial, coloca-se em dúvida os diagnósticos anteriormente estabelecidos, fato que periodicamente conduz a exames, semelhantes aos efetuados noutra época, sem que se altere, de modo significativo, o resultado final.

A estratégia de terapêutica indefinida se caracteriza por um agravamento do processo de deterioração global, inicialmente sentido de forma mais aguda ao nível das instalações, mas que adquire maior velocidade a partir do momento em que a Direção prioriza a implantação de uma Residência em Psiquiatria e um Estágio Especializado em Saúde Mental. O mais surpreendente é que este projeto passa a ser mantido, em grande parte, pelos recursos que o Hospital dispõe, e que já se mostram escassos para manter um funcionamento mínimo aceitável da instituição.

7. Estratégia de Terapêutica Nosocomial e Custodial (1987-...)

Até este momento a questão hospital/asilo era praticamente intocável. O enfoque médico classificava os indivíduos internados em doentes agudos, crônicos e cronificados. Todos eram doentes e isto não poderia produzir outra dedução, senão de que todos necessitavam de tratamento.

Ao conceber-se que existiam duas problemáticas distintas na instituição, procedeu-se à separação do Hospital em

duas áreas distintas: uma, hospitalar, destinada aos doentes recém-admitidos; outra, residencial, destinada àqueles que ocupavam cativamente os leitos (indivíduos psicossocialmente institucionalizados). As razões que justificaram a separação foram as seguintes:

- a) "O atendimento conjunto de pacientes agudos (recém-admitidos) e pacientes psicossocialmente internados (residentes) é mais prejudicial que benéfico;
- b) Os pacientes agudos demandam atendimento diverso do indicado para os pacientes psicossocialmente internados;
- c) Os indicadores de eficiência/eficácia hospitalar se apresentam distorcidos quando os pacientes agudos e psicossocialmente internados são considerados em conjunto;
- d) O Plano Diretor da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente estabelece que o Hospital deveria dispor de 500 leitos para atender pacientes com distúrbios agudos e impossibilitados de serem atendidos na comunidade;
- e) A incapacidade das equipes de atendimento em responderem às exigências de diversos Programas simultaneamente" (185).

Diante da situação crítica em que se encontrava o Hospital, a Direção resolveu implementar um plano de transformação do modelo técnico-assistencial. Definiu que a instituição atuaria em três níveis:

- a) "Prestação de assistência à saúde dos usuários com distúrbios mentais cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se torne impossível;

(185) QUINTO NETO, Antonio. Plano de Reorganização dos Pacientes Agudos no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, HPSP, 1986 (mimeografado).

b) Atendimento asilar de uma população limitada e cativa;

c) Promoção da saúde comunitária na área de abrangência do Hospital" (186).

A terapêutica nosocomial, baseada em psicofármacos e atendimento individual e grupal, passa a ser aplicada aos doentes recém-admitidos, enquanto a terapêutica custodial começa a ser revista a fim de que seja encontrada uma maneira mais adequada de abordar os indivíduos psicossocialmente institucionalizados. A "terapêutica custodial" provoca fortes reações de insatisfação por parte dos técnicos que se contrapõem à separação da duas clientelas, sob a alegação de que "eles também são doentes e precisam ser tratados".

Se por um lado os profissionais mais graduados demonstravam descontentamento com a medida, por outro, os atendentes aceitavam-na e preferiam trabalhar na área residencial. Ou seja, a tecnologia custodial se relaciona mais com o nível dos atendentes do que com os profissionais que assentam seu prestígio na tecnologia do tratamento.

A Direção tenta manter a área hospitalar como distinta da área residencial, porém as pressões são muito grandes no sentido de que haja o retorno ao modelo de assistência anterior. Para os técnicos, ambos os grupos necessitam de "tratamento";

(186) BOESE, Fernando; QUINTO NETO, Antonio. Plano Geral do Hospital Psiquiátrico São Pedro - Período 1987/1990. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, HPSP, 1987 (mimeografado).

para o Poder Central sediado na Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, a solicitação de internações com características diversas aumenta na medida em que se ingressa num ano de eleições majoritárias. Estes dois fatores atuam, ainda que por diferentes interesses, na direção do modelo único de atendimento para os dois contingentes que apresentam problemáticas diferentes.

E surpreendente a ocultação da reduzida eficácia das terapias disponíveis para abordar a doença mental grave - o terreno principal da psiquiatria. Ou seja, nega-se a especificidade do problema enfrentado pelo hospital psiquiátrico e as limitações impostas pelo escasso conhecimento. O ainda extenso desconhecimento das causas das psicoses graves continua desafiando a ciência.

Reconhece-se que as mudanças no sistema de valores sociais sobre a loucura e o louco alteram as relações entre o doente e os membros que o circundam, mas não promove alterações significativas na doença em si. Contudo, a natureza das incapacidades, em grande proporção influenciadas pelos fatores sociais, abrem uma janela para a ação social específica (187).

O hospital psiquiátrico funciona com base numa tecnologia simples, contrapondo-se à tese de que o tratamento hospitalar pressupõe a aplicação de atos complexos. Nele se

(187) ISAACS, A; BEBBINGTON, P. Strategies for the Management of Severe Psychiatric Illness in the Community. Internacional Review of Psychiatry, n. 3, p.71-82, 1991.

destaca o conhecimento a respeito das formas do "como fazer" com o doente internado, formas estas predominantemente relacionadas aos aspectos custodiais e de cuidados diários. Os elementos terapêuticos específicos são tão escassos que aqueles se inserem naturalmente no conceito de tratamento psiquiátrico.

8. Proposições Conclusivas

Com base nas estratégias relacionadas à tecnologia, é possível fazer-se algumas proposições relacionadas ao Hospital Psiquiátrico São Pedro:

a) O Hospital, desde o início do seu funcionamento, tem estado sob o influxo da estratégia emergente que o faz primariamente um serviço de assistência social e, secundariamente, um lugar de cuidados médicos intensivos;

b) A instituição oscila entre duas funções incompatíveis: asilo e hospital. Há um predomínio da função de asilamento, porém esta é ocultada por uma fusão do asilo com o hospital, disfarçando o caráter de exclusão e custódia;

c) A tecnologia rudimentar desenvolvida no hospital psiquiátrico público obriga a psiquiatria hospitalar a frequentemente tender para o terreno do senso comum humanitário, o que contribui para um descrédito de suas propostas;

d) A atividade laborativa é um procedimento hospitalar

que se mantém no decurso dos 103 anos, modificando-se apenas a forma de interpretá-la.

CAPITULO VI

ESTRATEGIAS RELACIONADAS AO PODER CENTRAL

1. Introdução

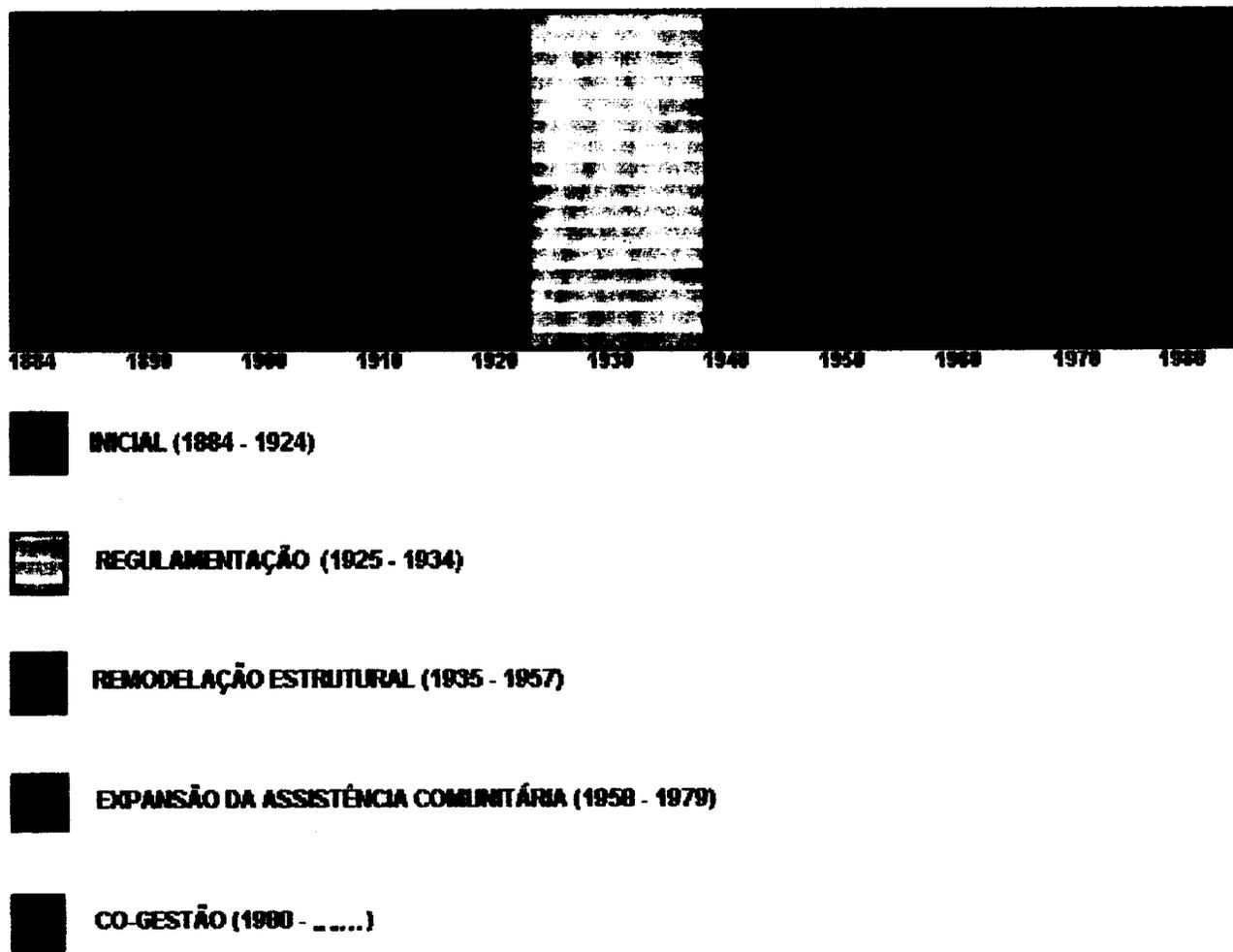
O Hospital Psiquiátrico São Pedro, desde o início do seu funcionamento, motiva e promove uma relação emulativa entre a Direção e o Poder Central, que a escolhe. Inicialmente a designação de um dirigente para a instituição foi definida pelo Presidente da Província, depois pelo Governador do Estado, e mais recentemente pelo Secretário de Estado ao qual se vincula diretamente a entidade. Este fenómeno, escassamente registrado, e apresentado de forma indireta, determina e condiciona, ao longo dos anos, os destinos do Hospital. A maneira como se articula este âmbito expressa, em boa medida, a força de obscurecimento das razões reais da escassez institucional.

No exame das estratégias relacionadas ao Poder Central se destacam cinco tipos: a) implantação; b) regulamentação; c) remodelação estrutural; d) remodelação funcional; e) Co-Gestão (Diagrama 3).

2. Estratégia de implantação (1884-1924)

A deliberação para que houvesse um hospital psiquiátrico no Estado constituiu-se numa decisão de Governo, inexistindo referência específica de que os médicos estivessem

DIAGRAMA 3: Estratégias Relacionadas ao Poder Central No Hospital São Pedro



promovendo algum movimento no sentido da criação de um hospício.

CIULLA assinala que "o Hospital surgiu como fundação mantida pelo Governo da Província, pela Intendência Municipal e contribuição de filantropos" (188). Estes três segmentos criaram as condições para a existência de um hospício no Estado.

O Presidente da Província, ao designar o administrador para a instituição, pessoa de sua confiança, estabelece as raízes de domínio do Poder Central no Hospício.

O Hospital, ao surgir como Fundação, sendo os recursos iniciais angariados pelo Presidente da Província (189), revelava o interesse do Poder Central de possuir uma entidade que não onerasse demasiadamente os cofres públicos. No entanto esta forma institucional se mostrou inviável com o tempo, vindo o Estado a assumir a responsabilidade sobre os gastos, com o auxílio complementar das Municipalidades (190).

Os recursos oriundos dos Municípios sempre foram irregulares e nunca chegaram a representar um diferencial positivo que de fato servisse para manter, quanto mais para melhorar as condições de atendimento do Hospital.

DEOCLECIO PEREIRA, o último Diretor nomeado, permaneceu

(188) CIULLA, Luiz. Saúde Mental nas Etapas da Vida. Porto Alegre: Movimento, 1976, p. 219.

(189) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 29.

(190) Idem, p. 29.

cerca de 20 anos na administração do Hospital (191). Tenciona recuperar a condição de fundação, mas sua estratégia pretendida não se concretizou.

A proposta de fundação surge periodicamente como uma solução possível capaz de resolver os problemas decorrentes dos limitados recursos. Ora, a razão da dissolução da forma fundacional do Hospital São Pedro, no início do século, foi exatamente a impossibilidade de manter-se, precisando o Governo socorrê-lo. Este fato mostra que o problema da escassez de recursos não se encontra necessariamente na forma administrativa assumida pela instituição.

O desconhecimento da história institucional proporciona, de tempos em tempos, um retorno à antiga idéia mal-sucedida. Assim, em 1988 um parlamentar ingressou com um Projeto de Lei (192) que transformava o Hospital em fundação. Sequer passou das Comissões que analisavam o mérito da proposta.

E ilustrativo lembrar que em 1986, no auge de mais uma crise do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ressurgiu a proposta da fundação como a medida salvadora. Enquanto um técnico da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente defendia a idéia, o Secretário da Saúde, Dr. BECHELLI, considerava-a desfavorável por duas razões:

(191) Idem, p. 29.

(192) PROJETO DE LEI DO DEPUTADO ESTADUAL LUIZ ANTONIO DAUT.
Porto Alegre, Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 1987.

- a) "Um projeto desse não pode ser elaborado de uma hora para a outra, principalmente em época eleitoral;
- b) Não se pode comparar paciente cardíaco com doente mental, o procedimento da sociedade em relação a eles é bem diferente" (193).

O posicionamento emitido pelo Secretário da Saúde recebe o reforço do Dr. RUBEM RODRIGUES, Diretor do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre - uma instituição bem-sucedida que evoluiu de um ambulatório para um dos melhores hospitais do país, supostamente por ter-se transformado numa fundação. Contra-indica a criação de uma fundação para amparar o Hospital São Pedro com base em três argumentos:

- a) "O São Pedro é um hospital antigo e cheio de vícios;
- b) O Instituto de Cardiologia era, na época, um pequeno ambulatório que poderia ser moldado para crescer e tornar-se eficiente;
- c) O paciente cardíaco é francamente recuperável e o doente mental acaba transformando-se num peso morto para a sociedade, além de seu tratamento custar até 40 vezes mais" (194).

O Instituto de Cardiologia, atuando numa área de alta tecnologia, em permanente processo de atualização de seus equipamentos, atende uma clientela sócio-economicamente diferenciada que justifica melhores condições financeiras para a instituição. Os clientes menos favorecidos são ali recebidos em pequeno número, talvez apenas para justificar a razão pública.

(193) TECNICO sugere fundação de saúde. Porto Alegre, Jornal Zero Hora, terça-feira, 14 de outubro de 1986, p. 33.

(194) Idem, p. 33.

O Poder Central, mantenedor do Hospital, coloca-se na condição de principal "influenciador externo crítico" (195). Ele condiciona e determina ações e bloqueios dentro da instituição, e uma das suas intervenções mais eficazes ocorre ao nível dos gastos e dos recursos.

Quando o Presidente da Província designa o primeiro Diretor para administrar o Hospício São Pedro, Dr. CARLOS LISBOA, a instituição se encontrava apenas com metade do projeto de construção concluído (196). Dois anos depois ele se pronunciava contra a superlotação (197). Nem por isso conseguiu alterar a situação existente. Ou seja, a estratégia de gastos mínimos prevaleceu sobre a necessidade técnica de proporcionar melhores condições de atendimento à clientela internada.

3. Estratégia de Regulamentação (1925-1934)

Em 29 de dezembro de 1925 aparece, por decreto do Presidente da Província, o Regulamento do Hospital São Pedro (198), assinado pelo Presidente do Estado e Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, constituindo-se na primeira Secretaria a qual se vincula a instituição.

Esse é o único documento regulamentar, de âmbito geral,

-
- (195) MINTZBERG, Henry. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983, p. 39.
 - (196) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 86.
 - (197) Idem, p. 87.
 - (198) REGULAMENTO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO PEDRO. Porto Alegre: Oficinas Graphics D'A Federação, 1926, p. 6.

que a instituição dispõe em toda a sua história. Tornou-se obsoleto com o tempo, mas isto não despertou o interesse dos administradores em atualizá-lo. Somente em 1982 houve uma tentativa da administração do Hospital neste sentido (199), porém não superou a fase de projeto. O Poder Central desvalorizou a iniciativa, muito provavelmente porque este procedimento importaria em dividir poder com a Direção.

Um relatório apresentado pela Direção, em 1926, afirmava que, com as remodelações previstas, o Hospital se transformaria num estabelecimento de múltiplas funções: hospital, hospício, colônia agrícola e casa de saúde (200). O hospital responderia aos casos agudos, o hospício atenderia os crônicos e incuráveis, a colônia agrícola seria utilizada por aqueles crônicos capazes para o trabalho, e a casa de saúde seria destinada ao tratamento dos doentes das classes contribuintes

Nota-se que a classe não-contribuinte receberia três tipos diferentes de cuidado, enquanto os contribuintes estariam agraciados com uma atenção distinta, ou seja, melhores condições de atendimento. Estes achados sugerem a existência de uma diferenciação de tratamento segundo as condições sócio-econômicas do internado, sendo o "indigente" aquele que recebe um cuidado quantitativo e qualitativamente inferior ao oferecido ao usuário contribuinte.

(199) REGULAMENTO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SÃO PEDRO. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1980 (mimeografado).

Segundo GODOY, em 1927 são iniciadas obras de remodelação do velho Hospício São Pedro, segundo um plano previamente estabelecido pela Diretoria de Assistência a Alienados (201), porém três anos depois são interrompidas, segundo o autor, "em consequência da revolução irrompida no País" (202).

Em 1937 o então Diretor do Hospital, Dr. JACINTHO GODOY, é demitido do cargo. As razões arroladas pelo próprio dirigente são colocadas do seguinte modo:

"... sob a falsa alegação de atividade política, mas sendo de fato, o seu verdadeiro motivo, a circunstância de uma velha ligação de amizade com um grande homem público que se viu envolvido, na ocasião, no movimento armado pela reconstitucionalização do País" (203).

A interpretação não deixa dúvidas de que o motivo da demissão do Diretor do Hospital originou-se de uma incompatibilidade política com o Governo do momento, e ilustra uma das formas utilizadas pelo Poder Central para afastar os seus indicados - a técnica do banimento, onde o indivíduo é destituído do cargo com poucas chances de se recuperar publicamente do ato humilhante. Um Diretor, que mantenha relações externas que possam criar eventuais problemas políticos para com o Poder Central, arrisca-se a perder o cargo.

(200) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 30.

(201) Idem, p. 15.

(202) Idem, p. 15.

(203) Idem, p. 15.

4. Estratégia de Remodelação Estrutural (1935-1957)

Em 1935 o Hospital passa a se subordinar à Secretaria de Educação e Saúde Pública (204). O Estado, em processo de expansão institucional, cria esta Secretaria para atender a educação e a saúde.

Em 1937 regressa à Direção do Hospital JACINTHO GODOY, o qual afirma que retomou a "remodelação interrompida". Contudo a sua maior preocupação se localizaria na tarefa de "refazer o que se havia deteriorado" (205).

No início da década de 50, GODOY afirmava que, por ser o Hospital Psiquiátrico São Pedro "cortejado e cobiçado como possível chave eleitoral, a disciplina, indispensável a casas desse gênero, afrouxara-se demasiadamente" (206).

O Diretor esclarece o que denomina de "afrouxamento da disciplina interna":

" Funcionários e funcionárias subalternas, que outrora não podiam formular as suas reivindicações aos superiores hierárquicos sem prévia licença da Diretoria do Hospital, compareciam, diariamente, à Assembléia Legislativa do Estado, onde confabulavam com os líderes desse partido. Nas suas demarches, nunca

(204) A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA - 1930-64. R. Fundação de Economia e Estatística, v. 6, n. 5, p. 64-78, 1984.

(205) GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955, p. 16.

(206) Idem, p. 16.

conseguiram um aumento de salário, o que era justo, mas, em troca disso, uma lei, como a de seis horas de trabalho para os enfermeiros" (207).

Na verdade a ação política dos funcionários, na busca de seus interesses junto à Assembléia Legislativa, apenas demonstra a escassa ou ausente influência do dirigente sobre questões relacionadas a salários e outros benefícios atinentes aos funcionários. Estes, agindo como atores políticos, transpõem os limites do Hospital e vão à instância de poder que pode responder, de forma satisfatória, a suas reivindicações.

Este mesmo dirigente expõe uma situação, que exemplifica a relação ambígua de um parlamentar que ao visitar o Hospital, "para recomendar um doente que vinha a ser internado" (208), é convencido pela Direção para que conheça o hospital, ato que poderia sensibilizá-lo e torná-lo um aliado da instituição. Após observar as dependências do nosocômio, compromete-se a defender o projeto de orçamento recém apresentado ao Governo.

A Lei Orçamentária, posteriormente sancionada pelo Governo, exibia "uma poda generalizada" nas dotações relativas ao Hospital (209), que na verdade corresponde à previsão de recursos que serão aplicados, sem garantia absoluta de disponibilidade. Este fato revela novamente as limitações do dirigente quanto aos recursos, e ressalta o quanto ele se

(207) Idem, p. 16.

(208) Idem, p. 17.

(209) Idem, p. 17.

encontra à mercê do Poder Central.

O parlamentar que havia assegurado ao Diretor evitar cortes no orçamento referente ao Hospital, passado um período de tempo, é porta-voz de uma queixa de funcionários que reclamavam da qualidade da merenda que recebiam da administração (210). Esta ação exigiu que a Direção do Hospital suspendesse a aquisição do produto alvo das críticas (211).

Não se pode deduzir que o deputado tenha votado contrário nem que tenha assumido posição neutra, ou que não tenha interferido junto aos demais parlamentares no caso do orçamento do Hospital. O fato relevante se encontra no ato do Governo que, tendo designado o Diretor para o Hospital, sancionou o plano de gastos de reduzido valor para a instituição.

É lugar-comum pedidos de parlamentares para internação no Hospital, porém esforços no sentido de melhorias do mesmo são atos raros. Sabe-se da necessidade deles responderem às demandas sociais de internação as quais predominantemente são pessoas desempregadas, subempregadas, oriundas das zonas periféricas da capital e/ou do interior do Estado.

5. Estratégia de Remodelação Funcional (1958-1979)

A partir de 1958 o Hospital passa a subordinar-se à

(210) Idem, p. 17.

(211) Idem, p. 17.

Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, a qual na área de execução da política, organiza-se com base em três departamentos: Saúde Pública, Criança e Saúde Mental, mais o Instituto de Pesquisas Biológicas (212). Do ponto de vista estrutural, a Saúde Mental adquire relevância e "status" de departamento, revelando as pretensões para a área.

Quando da apresentação do Plano Estadual de Expansão dos Serviços Psiquiátricos, a explicação economicista da carência é lembrada:

"Sucessivos esforços vêm sendo feitos pelas diversas administrações no sentido de levar a assistência psiquiátrica ao interior do Estado, esforços baldados pela crônica situação deficitária das finanças estaduais" (213).

O Plano ambiciona descentralizar o atendimento psiquiátrico do Estado, basicamente concentrado no Hospital Psiquiátrico São Pedro até aquele momento. Sinteticamente, o documento apresenta duas propostas:

a) "Setorização dos serviços, pela criação de um Serviço de Saúde Mental: Dispensário Central, em Porto Alegre; Ambulatórios de Saúde Mental, junto a unidades sanitárias da Secretaria da Saúde; Anexos Psiquiátricos em Hospitais Gerais do interior do Estado, mediante convênios com Instituições privadas;

(212) A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA - 1930-64. R. Fundação de Economia e Estatística, v. 6, n. 5, p. 16, 1984.

(213) PLANO DE EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, Departamento de Saúde Mental, janeiro de 1965, p. 1.

b) Desdobramento dos Serviços Hospitalares de Porto Alegre, com a formação de uma Divisão Hospitalar com os seguintes serviços: Hospital-Colônia; Centro de Psiquiatria Infantil; Novo Hospital de Pensionistas; Hospital Psiquiátrico São Pedro que, remodelado, continuará o Hospital-base do Departamento de Saúde Mental" (214).

A população de pacientes crônicos considera-se como "um dos maiores entraves para o Hospital Psiquiátrico São Pedro", e se interpreta sua existência como um "saldo da velha psiquiatria". O documento também ressalta as exíguas dependências do nosocômio e qualifica as condições de alojamento como "verdadeiramente sórdidas". A solução proposta é a transferência do contingente crônico para um "hospital-colônia, com características de salubridade e possibilidades de uma terapêutica reabilitadora" (215).

O Poder Central, ao decidir levar os pacientes crônicos alojados no Hospital Psiquiátrico São Pedro para o Hospital-Colônia de Itapuã, adota uma medida historicamente aplicada noutros países, qual seja, utilizar locais de cuidados de hansenianos, que foram paulatinamente se esvaziando, para atender doentes mentais. O argumento fundamental é de ordem econômica e, secundariamente, de ordem terapêutica. Todavia, para efeito público, destaca-se a preocupação com o tratamento e o melhor cuidado para as pessoas enfermas sem recursos.

(214) Idem, p. 2.

(215) Idem, p. 5.

Verifica-se que no "desdobramento da rede hospitalar de Porto Alegre" se encontra a proposta de um novo hospital de pensionistas (Quadro 2), destinado à clientela com capacidade de enfrentar os custos de uma internação.

Quadro 2: Novo Hospital de Pensionistas

Objetivo:	Construção de um hospital de 600 leitos.
Destinação:	Atendimento, em elevado padrão técnico, de pacientes pensionistas, que pagarão o internamento na base de diárias consentâneas com o custo real da internação.
Tipo de clientela:	Receberá pacientes particulares ou beneficiários de entidades previdenciárias, públicas ou privadas com as quais a Secretaria da Saúde mantenha ou venha a manter convênios neste sentido.
Propósito:	O planejamento nas bases propostas permitirá que esta nova unidade hospitalar praticamente se auto-financie, podendo mesmo em caso de superavit, fornecer recursos para outros estabelecimentos os serviços do Departamento de Saúde Mental.

Fonte: Dados extraídos do texto Plano de Expansão dos Serviços de Assistência Psiquiátrica, 1965.

Para os pacientes sócio-economicamente desfavorecidos restaria o Hospital Psiquiátrico São Pedro, tanto para as situações agudas quanto para as crônicas.

O Poder Central, desejando ampliar os recursos para a Saúde Mental, desenvolve um projeto denominado "Fundo de Saúde Mental" o qual teria três finalidades:

- a) "Ampliar a rede hospitalar psiquiátrica;
- b) Incrementar os serviços de terapêutica ocupacional destes estabelecimentos;
- c) Promover pesquisa no terreno das doenças mentais" (216).

O Fundo também pretendia exigir maior participação do doente ou de suas famílias nas despesas de internação hospitalar, o que implicaria em substituir uma "política hospitalar paternalista para uma nova orientação em que haja maior participação comunitária" (217). Para destacar o quanto seria útil para a instituição essa forma proposta, acena-se com a receita de pensionistas do Hospital que, mesmo com diárias de valor reduzido, vem alcançando cifra considerável. Contudo este registro otimista, sem qualquer estudo de projeção financeira e de mercado, resulta muito mais de um desejo do Poder Central implantar o Fundo, do que um valor racionalmente planejado.

A preocupação básica com o aspecto financeiro possui razões históricas incontestáveis, porém a proposta de levar o indigente a arcar com os custos de uma internação se constituiria numa solução anti-social que realmente reduziria o número de internações, por deixar muitos, sem condições de pagar, excluídos de um possível cuidado médico-hospitalar.

O Dr. ELY CHEFFE (218) , Diretor do Hospital no início

(216) Idem, p. 12.

(217) Idem, p. 13.

(218) CHEFFE, Ely. Comunicação pessoal ao autor, 1990.

da década de 70, qualifica sua experiência de dirigente como muito difícil. Segundo ele, a realidade institucional apresentava-se muito diversa em função de três variáveis básicas: os pacientes, o hospital, e a organização ordenada para frustrar . A parte correspondente aos pacientes seria de mais fácil abordagem, no sentido de que estes não perturbavam o desenvolvimento das atividades administrativas e técnicas; apenas eram vítimas da precariedade reinante. Já o Hospital, repositório de inúmeros problemas - asilares, crônicos, desadaptados, carentes e indigentes - debatia-se entre atender casos psiquiátricos, problemas sociais e pedidos políticos. Quanto à organização institucional, a opinião do Diretor era de que "tudo era feito e mantido para não se dispor de condições para administrar".

O Diretor acima referido, ao assumir o cargo, apresentou ao Poder Central um Plano. Naquele momento o Hospital se encontrava com cerca de 5.000 doentes, havendo locais onde se uniam duas camas para que acolhessem oito doentes deitados transversalmente.

O Plano se compunha de três idéias: a) Reduzir a população internada no Hospital São Pedro, de forma paulatina; b) Abrir um Centro de Adaptação Social e Reabilitação para 200 doentes; c) Construir hospitais de pequeno porte nos bairros (o Dr. ELY CHEFFE possuía a informação privilegiada de que havia recursos disponíveis para construir quatro hospitais de 100 a 120

leitos). O Poder Central recusou a proposta sob a alegação de que "não queria terminar com o Hospital, mas restaurá-lo". Moto contínuo, o Secretário da Saúde constituiu uma Comissão, sob a presidência do Diretor que havia tido o seu Plano rejeitado, a fim de que elaborasse um Plano de Obras para a instituição.

A forma como o Poder Central agiu nessa situação evidencia que o Secretário trata o Diretor como um mero executor de ordens. Portanto, durante a gestão o Diretor não conseguirá desenvolver o que pretende, salvo em situações excepcionais, quando provavelmente lançará mão do prestígio pessoal junto aos membros que compõem aquela fonte de influência externa.

Essa contenção imposta, que cria um clima de grande intranquilidade, não raro conduz o Diretor a um constrangimento no qual passa a cogitar entre a manutenção de sua permanência no cargo e o pedido de demissão, e neste caso se associa a possibilidade de ser destituído subitamente pelo Poder Central, em virtude de alguma insatisfação.

As decisões fundamentais relacionadas ao Hospital emanam do Poder Central, freqüentemente sem qualquer consulta à Direção. Este caráter impositivo sobre a instituição dá sinais de que as decisões são predominantemente de caráter político. A ação técnica entra apenas para dar forma socialmente aceitável à decisão política. Isto freqüentemente produz a sensação de que as ações estão atropelando circunstâncias e fatos.

6. Estratégia de Co-Gestão (1980 a 1988)

No final de 1980 surge, acoplado ao Plano de Saúde Mental do Estado, o Plano Diretor do Hospital São Pedro (219). O primeiro aborda uma ação conjunta do Estado, através da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, e Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O segundo estabelece um esquema de reestruturação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, previsto para se desenvolver no período de 1980 a 1985. Os recursos financeiros adviriam das duas instâncias envolvidas: Secretaria da Saúde e Ministério da Previdência Social.

Em 1981 instala-se o Convênio de Co-Gestão, firmado entre o Estado, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde (220). O regime de Co-Gestão, estabelecido entre os convenentes, tencionava:

"transformar gradualmente o Hospital Psiquiátrico São Pedro no hospital psiquiátrico de referência do Estado do Rio Grande do Sul, bem como em modelo para

-
- (219) PLANO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1980 (mimeografado).
- (220) DEFINIÇÃO DE AÇÕES PRIORITARIAS PARA O HOSPITAL PSQUIATRICO SÃO PEDRO. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, Conselho Técnico-Administrativo - Convênio Co-Gestão, Hospital Psiquiátrico São Pedro, junho, 1982 (mimeografado).

instituições similares de outras Unidades da Federação" (221).

Em 1985, quando a Direção do Hospital está sendo conduzida por um ex-membro do Convênio de Co-Gestão, Dr. ELLIS D'ARRIGO BUSNELLO, os funcionários emitem uma "Nota de Esclarecimento" à comunidade, onde historicam as dificuldades enfrentadas pela instituição, enfatizando a escassez de pessoal e a estrutura física deficiente, há muito esperando recuperação.

Surpreendentemente o documento-denúncia, que prevê a deflagração de "uma mobilização geral no sentido da luta pela preservação da dignidade e dos direitos ... dos pacientes" (222), recebe explícito apoio da Direção, indicando que o Convênio Co-Gestão fracassou e que o dirigente não dispõe de poder capaz de alterar as condições-limite dominantes na instituição.

Os funcionários solicitam ao Governo que se efetuem quatro providências:

- a) "Decretação da situação de emergência;
- b) Contratação de 54 funcionários que já trabalham no Hospital durante o período de tramitação de concursos;

(221) CO-GESTÃO DO HOSPITAL PSQUIATRICO SÃO PEDRO: DIRETRIZES PARA O CONSELHO TECNICO-ADMINISTRATIVO. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, 1981 (mimeografado).

(222) NOTA DE ESCLARECIMENTO - FUNCIONARIOS DO HOSPITAL PSQUIATRICO SÃO PEDRO. Porto Alegre, 1985 (mimeografado).

c) Realização imediata de concursos específicos por áreas e para o Hospital Psiquiátrico São Pedro, com vistas ao provimento das necessidades e reposição sistemática de pessoal, conforme as especificações da Organização Mundial da Saúde para hospitais psiquiátricos;

d) Provimento de recursos orçamentários compatíveis" (223).

Apenas o pedido referente à aquisição de funcionários obteve resposta favorável do Poder Central, mas de forma parcial.

No ano seguinte é a própria Direção do Hospital que lança à população uma Circular ressaltando os graves problemas da instituição, decorrentes dos "escassos recursos materiais e humanos" (224). O relato, de caráter excepcionalmente denunciatório, é forte:

"Neste último ano o Hospital Psiquiátrico São Pedro em algumas áreas funciona em caráter emergencial e com deficiências crônicas. O clamor dos funcionários e da administração atual não impediu que se chegasse a uma situação insustentável que obrigou a sustar novas baixas em algumas enfermarias" (225).

Do exposto acima, observa-se uma declaração de confronto com o Poder Central, onde este é responsabilizado, tanto pelos funcionários quanto pela Direção. A ocorrência deste ato em fim de período governamental neutralizou, naquele momento,

(223) Idem.

(224) CARTA A POPULAÇÃO. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1986 (mimeografado).

(225) Idem.

uma possível ação retaliatória em relação à Direção do Hospital. Todavia, a saída do Diretor, na gestão que se seguiu, deu-se segundo a técnica do "banimento" em sua versão branda.

7. Outros Aspectos Relevantes do Relacionamento entre o Poder Central e a Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro

A área estratégica Poder Central é de difícil apresentação, seja pelo desinteresse ou vontade de manter oculto o jogo do poder, seja por uma atitude preconceituosa e depreciativa de que este aspecto não contém a relevância necessária, superando-se os eventuais obstáculos pela força do conhecimento profissional (226).

E corrente no meio médico a tese de que o valor primordial se encontra nos aspectos técnicos da profissão, muito embora este comportamento esteja sempre associado a um comportamento político (227), o qual se encobre.

As escassas informações procedem de referências fugazes, que expõem o relacionamento da Direção com o Poder Central. Todavia dá para se identificar que, via de regra, o

(226) TESTA, Mario. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992, p. 102.

(227) Entende-se comportamento político nas organizações como "aquelas atividades que não são exigidas como parte do papel organizacional, mas que influenciam, ou tentam influenciar, a distribuição de vantagens e desvantagens dentro da organização" (FARREL, Dan; PETERSON, James. Patterns of Political Behavior in Organizations. Academy of Management Review, v. 7, n. 3, p. 403-412, 1982.

dirigente assume a posição de "defensor dos doentes", enquanto o Poder Central mantém-se numa atitude de conter pedidos que produziriam supostas melhorias no atendimento institucional.

O papel de "defensor dos doentes" talvez seja uma das funções compensatórias que o dirigente deve exercer. Entretanto o excesso de zelo como defensor tende a desencadear um confronto direto com o Poder Central, colocando em risco a sua permanência como Diretor da instituição. Já uma atuação passiva, com a possibilidade de surgimento de situações conflagradoras de escândalo público, deixa-o em situação semelhante. Assim, a habilidade do administrador reside em desempenhar este papel sem ameaçar o Poder Central em demasia. De fato, a Máquina Burocrática exercita o seu poder de controle sobre o Hospital através dos recursos, processos e resultados alcançados (228).

O dirigente máximo da instituição é escolhido pelo Secretário de Estado da Saúde. Esta escolha se dá com base naquilo que a gestão pública em exercício pretende com o Hospital.

Ordinariamente o Diretor-Geral é responsável pelo desempenho da instituição, sem dispor da autonomia para recrutar e promover funcionários, adquirir equipamentos e proceder reformas estruturais. Ele é responsável, por assim dizer, pelos

(228) BENVENISTE, Guy. Bureaucracy. San Francisco: Boyd & Fraser Publishing Company, 1977, p. 29.

resultados institucionais, mas limitado pela impossibilidade de tomar decisões que envolvam recursos financeiros e de pessoal.

Em vista disso, o Diretor tende a voltar-se mais para a arena política do que para a instituição propriamente dita. A sua preocupação é muito mais com a eventual mudança de membros na administração central do que no Hospital.

8. A Prática da Destinação de Recursos

Uma questão se coloca a todo momento : Por que a escassez de recursos no Hospital Psiquiátrico Público? Se o Setor Saúde já é limitado em recursos, na área psiquiátrica este aspecto atinge o seu mais elevado nível de contenção.

Um esforço no sentido de responder a tal indagação levanta a possibilidade de entendimento de uma instituição pobre, que oferece atendimento pobre para pobres. Aliás, MIDELFORT (229) demonstra que a "Grande Internação" não teve como propósito básico a marginalidade, segundo a interpretação defendida por FOUCAULT, mas a pobreza - a pobreza criminosa, a pobreza louca ou a pobreza pura e simples.

Os determinantes fundamentais seriam econômicos e sociais. As razões econômicas, mais tradicionais, caem na

(213) MIDELFORT, Harold, Apud. MERQUIOR, José. Michel Foucault ou o Niilismo de Cátedra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 37-38.

explicação da escassez que conduz a uma maior racionalidade das ações com vistas a melhor utilização dos minguados recursos. Já as razões sociais aludam à situação de classe social.

9. O Problema da Carência

As instituições públicas estão submetidas às decisões governamentais e elas são essencialmente elaboradas em bases políticas, e não em bases econômicas (230). A consideração deste fato conduz à tese de que o Hospital São Pedro, dependendo das decisões centrais, é o que é por razões políticas, e não necessariamente por escassez de recursos. Ou melhor, a precariedade de recursos para a instituição resulta de uma ação administrativa politicamente adequada à realidade social vigente.

A questão da escassez de recursos é tema corrente no Setor Público. Uns opinam que ela decorre da falta de prioridade para uma determinada área; outros acreditam que tudo se resume aos poucos recursos disponíveis. Ainda há outro grupo de pessoas que defende a tese de que a diminuta quantidade e qualidade de recursos, em comparação com os problemas a serem enfrentados, origina-se na má gerência destes recursos. Resumindo, tem-se para a escassez de recursos pelo menos três explicações alternativas e não excludentes: a) falta de prioridade (contexto político); b) deficiente disponibilidade de recursos (contexto econômico); c)

(230) STEINER, George; MINER, John. Política e Estratégia Administrativa. Rio de Janeiro: Interciência/Universidade de São Paulo, 1981, p. 322.

deficiente gerência dos recursos disponíveis (contexto administrativo).

Numa publicação da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, do início da década de 70, encontra-se uma exposição que exemplifica a abordagem economicista, em prejuízo de outras determinações:

"A carência de pessoal deve ser considerada numa instituição, num dado momento, uma constante. Ela representa neste dado instante, os recursos disponíveis para pessoal. Compete ao executor, programar suas ações, estabelecendo as prioridades, em função do recurso disponível. Se 70% dos chefes consideram que há carência de pessoal, isto significa que as atividades estão dispersas e que a concentração dos instrumentos para determinada atividade prioritária, não está sendo adequadamente composta" (231).

Esta mesma referência ensina que "os recursos têm que ser considerados inelásticos" (232), numa clara alusão de que os administradores devem moldar-se aos recursos que lhes são oferecidos.

Voltando ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, CIULLA comenta as dificuldades frequentes de recursos para manter a instituição, e apresenta a seguinte versão:

"Se a assistência ao doente mental tem sido, por vezes,

(231) CHAVES, Paulo. Comentário sobre Deficiências Apontadas pelas Chefias das Unidades Sanitárias. Bol Saúde, v. 2, n. 3, p. 12-16, março 1970.

(232) Idem.

pouco confortável e menos humana, não cabe responsabilidade aos médicos e seus auxiliares, mas à incompreensão universal de alguns governos de não proporcionar verbas suficientes para os hospitais psiquiátricos, presídios e instituições para menores e velhos abandonados" (233).

Esta exposição denuncia a forma como o Poder Central habitualmente não explicita o que pretende, e cria uma situação na qual os imputados pelas condições existentes no Hospital são a Direção e o corpo técnico. CIULLA trata de livrar a responsabilidade dos profissionais daquela casa, e culpa diretamente os Governos.

Considerando que a destinação de recursos no Setor Saúde é reflexo imediato das práticas governamentais (234), o hospital psiquiátrico é um exemplo vivo desta prática social.

A categoria analítica do problema da distribuição de recursos entre os setores, e em particular a dotação para a saúde, é a reprodução social (235). Ou seja, para os mais pobres, serviços mais pobres, para os mais ricos, serviços mais ricos. Portanto, a constante dos recursos escassos no Hospital, decorre da condição de atender os grupos populacionais mais carentes (desempregados, subempregados, camponeses), tomando o Poder Central esta realidade como de interesse político (236). Daí

(233) CIULLA, Luiz. Saúde Mental nas Etapas da Vida. Porto Alegre: Movimento, 1976, p. 220.

(234) TESTA, Mario. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992, p. 128.

(235) Idem, p. 27.

(236) NUNES, Everardo. Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989, p. 207.

talvez a permanência dos recursos limitados ao longo da história do Hospital.

10. Proposições Conclusivas

O exame das estratégias que mostram as relações entre o Poder Central e a Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro, permite a extração das seguintes proposições conclusivas:

a) As decisões fundamentais relativas ao Hospital São Pedro emanam do Poder Central. A ação técnica surge para dar forma socialmente aceitável à decisão política. Esta forma de agir dá a sensação, para o Diretor e os funcionários da instituição, que as ações estão atropelando circunstâncias e fatos. O Poder Central impõe estratégias para o todo do Hospital, cabendo ao Diretor torná-las suas e procurar executá-las;

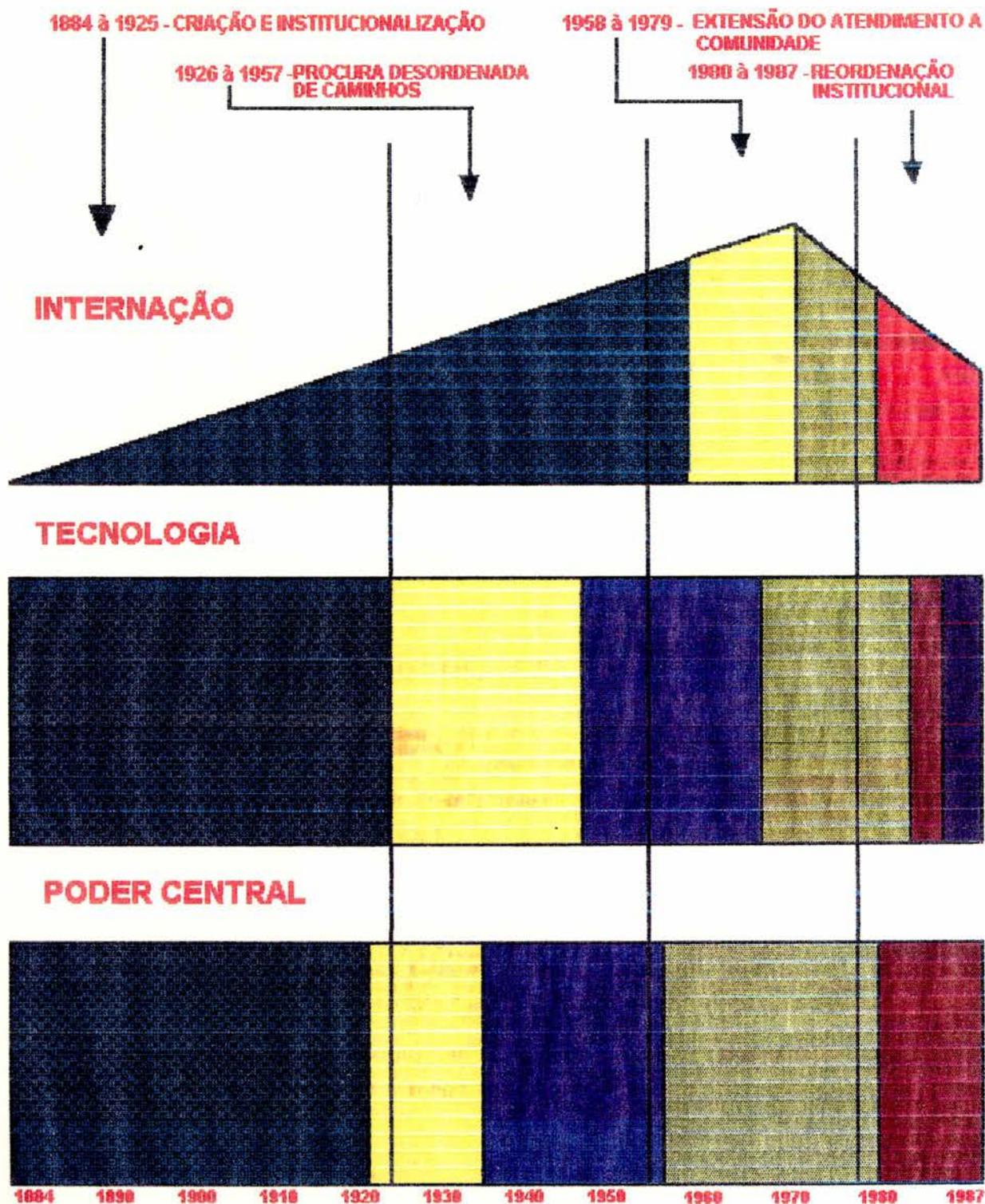
b) Os diretores possuem escasso poder de decisão institucional. Estão freqüentemente envolvidos com situações críticas emergenciais, que os colocam na iminência de sair do cargo a qualquer momento;

c) O bom desempenho dos diretores guarda uma relação com a capacidade de articular questões críticas, ou seja, atuarem na intersecção da administração com a política. Isto também coincide, em certa medida, com a possibilidade de permanecer mais ou menos tempo no cargo, ainda que a permanência maior freqüentemente esteja relacionada com uma Direção passiva,

que exerce um papel de fachada;

d) Os limitados recursos destinados ao Hospital se explicam, em grande parte, pela reprodução social, ou seja, serviços pobres para pessoas pobres.

DIAGRAMA 4: Períodos Estratégicos Observados No Hospital Psiquiátrico São Pedro



CAPITULO VII

ESTRATEGIAS EM INTERAÇÃO

1. Introdução

A reunião das estratégias relacionadas à interação, à tecnologia e às relações do Poder Central com a Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro, permite a identificação de quatro períodos (Diagrama 4): a) criação e institucionalização; b) procura desordenada de caminhos; c) extensão para a comunidade; d) reordenação institucional.

2. Período de Criação e Institucionalização (1884-1925)

Este período, com duração de 41 anos, consolida-se como o tempo que o Hospício necessitou para infundir na comunidade o valor que o doente mental deveria ser internado num estabelecimento próprio, a fim de ser tratado.

O Hospício São Pedro progressivamente passa a representar o lugar, por excelência, onde devem estar os loucos. Transforma-se em referência para toda a comunidade. Torna-se uma instituição (237). Entretanto, emerge um fator de complicação : a

(237) Considera-se aqui o conceito de instituição proposto por SELZNICK: "Uma instituição é, no todo, o produto natural das pressões e necessidades sociais - um organismo adaptável e receptivo" (SELZNICK, Philip. A Liderança na Administração - Uma Interpretação Sociológica. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971, p. 5).

população não discrimina o doente mental do mendigo, do deficiente, do velho incapacitado, e de alguns tipos de criminosos. Para o imaginário coletivo todo aquele que necessita de isolamento do ambiente e custódia agora possui o seu "habitat" - o Hospício. Esta concepção contribuirá, em muito, para o aumento da população internada.

A pressão crescente por internações e a escassez de recursos materiais e humanos resultam numa situação insatisfatória onde a administração do Hospital se torna muito difícil. As eventuais melhorias, tão exigidas pelos diretores, sofrem o efeito neutralizador da ação "atropelada" de mais internados. Existe uma espécie de corrida de superação de deficiências, onde as Direções tentam suprir as necessidades mínimas, enquanto a população força novas internações.

A liderança, que nesta época ainda não sofre a influência do corpo profissional, porque escasso e inexpressivo, realiza algumas ações empreendedoras, dentro dos limites estritos do Hospital, no que concerne à terapêutica. Assim, a estratégia terapêutica deliberada pela Direção segue as orientações da terapia moral, a qual inclusive permite, complementarmente, a solução de pequenos problemas internos, decorrentes da escassez de pessoal para a execução de tarefas simples.

Observa-se que a instituição procura absorver a terapia, incorporando-a às necessidades internas. Como resultado, tem-se que uma estratégia de tratamento serve a pelo menos dois

objetivos: terapêutico e administrativo.

No período de criação e institucionalização também se consolida o princípio de que o Poder Central atuará como um agente de contenção, impondo ao Hospital uma permanente e inexorável estratégia de gastos mínimos e cuidados máximos.

Se com a inauguração do Hospício São Pedro houve um estado de euforia, no sentido de mostrar que a existência dele resolveria o problema dos "loucos", num segundo momento tornou-se uma situação aflitiva, visto que a principal função do administrador resumia-se a encontrar formas de equilibrar as limitadas possibilidades de atendimento para um número de internados superior à capacidade de resposta institucional.

Este fato coloca em questão a promessa de um atendimento médico. O desejo da Direção em manter um nível mínimo de qualidade do atendimento, que responda a uma necessidade de preservar o "status" profissional e a credibilidade pública, transforma-se num dos componentes de contenção para as baixas institucionais. Vale lembrar que a a Direção do Hospício é escolhida entre os profissionais mais competentes e experientes, com legitimidade junto ao grupo de iguais e prestigiado pela sociedade.

A capacidade de controle emanada do enclave profissional é reduzida. A maior força se encontra localizada no Poder Central que influi para que a população seja atendida, com

base no argumento de que "é um dever do setor público".

Do ponto de vista conceitual, este é o período de formação da cultura que preconiza a internação dos doentes mentais, e o conseqüente estabelecimento de valores básicos relativos à instituição. O Hospício define o local dos loucos e se insere nos valores sócio-culturais do Estado, não como algo que deva ser apreciado, mas temido, servindo inclusive para ameaçar aqueles que se comportam de modo socialmente inaceitável.

3. Período de Procura Desordenada de Caminhos: (1926-1957)

No decurso de um período de 31 anos, aprofunda-se o grau de institucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que se vê a si mesmo como o principal agente dos valores que representa, confirmando, pelo seu insucesso em atender adequadamente os internados, que nem sempre a institucionalização é um processo positivo e desejável (238).

Como estratégia deliberada a partir da Direção, surge a terapêutica biológica que passa a dividir espaço com o tratamento moral. Agora, coexistem dois tipos básicos de tratamento. Concomitantemente, há uma retomada das reformas de prédios na instituição.

(238) PEREIRA, Maria. Mudança nas Instituições. São Paulo: Nobel, 1988, p. 36.

Este período pode ser caracterizado como aquele em que a instituição parece dispor de uma pausa para rever suas ações. Há como que um tempo de espera, um período de latência, que oferece a oportunidade da Direção definir novas trajetórias. O Poder Central, diante da situação deplorável em que se encontra o Hospital Psiquiátrico São Pedro, assume uma atitude menos rígida quanto aos recursos, provavelmente na suposição de que este ato resulte num decréscimo da pressão pública e institucional que reivindica melhores condições de atendimento.

Uma das iniciativas, passível de ser qualificada como empreendedora-adaptativa, é a criação de um curso de enfermagem, de nível médio, por deliberação do Diretor. Esta estratégia visa dois objetivos: responder às necessidades da instituição e de outros serviços no Estado. Aqui começa a se consolidar a estratégia de capacitação de pessoal, que se transformará numa das funções do Hospital, particularmente para os médicos que desejam se tornar psiquiatras.

Mantém-se firme a idéia de aumentar as instalações hospitalares. Continua sendo a solução preconizada para responder ao aumento crescente de internações. A resposta natural da comunidade é a intensificação das internações, que neutraliza as medidas providenciadas nesta fase.

Conceitualmente, o padrão estabelecido nestes 31 anos conserva um caráter transicional. Os problemas e as formas de resolvê-los continuam os mesmos, porém começa-se a produzir uma

espécie de sedimentação de fatos e idéias que só tomarão forma no período seguinte.

A estratégia de formação de pessoal de nível médio, que de modo indireto pretende elevar a qualidade do atendimento dos internados, caracteriza-se por ser uma ação secundária. Ainda que um pessoal melhor preparado traga alguma melhoria no atendimento aos internados, o maior problema institucional se encontra na superlotação. Esta impede que até tarefas mais simples sejam executadas de forma adequada.

Na impossibilidade de executar as ações essenciais ao melhoramento das condições de vida da população internada, a Direção opta por ações que não alteram o "status" de pobreza da instituição. Ou seja, o que se executa origina-se das possibilidades circunstanciais, não do que seria necessário e imprescindível naquele momento. Esta conduta agrada ao Poder Central, porquanto não objetiva transformações, mas a manutenção da situação vigente.

4. Período de Extensão do Atendimento à Comunidade (1958-1979)

Este período de 22 anos apresenta uma particularidade - o Poder Central toma a iniciativa de efetuar transformações, promovendo uma estratégia de expansão descentralizada dos serviços assistenciais no Estado, com vistas a resolver o problema da superlotação do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Verifica-se uma mudança de rumo. Não se enfatiza mais a ampliação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas a sua adequação. Os motivos propulsores se encontram na opinião pública, que cada vez mais demonstra insatisfação com as iníquas condições de atendimento oferecidas no Hospital, e no grupo de profissionais de Saúde Mental, atormentados pela perda progressiva da credibilidade.

O alvo principal é criar serviços nos Municípios e dispor de leitos em hospitais gerais, ou construir pequenas Unidades Psiquiátricas junto aos Hospitais gerais.

Os médicos atuantes no atendimento direto ao paciente começam a influenciar nas decisões institucionais. Assim, surge um Curso de Formação de Psiquiatras, não por uma decisão do Diretor, mas por um desejo dos profissionais, configurando uma estratégia desconectada.

Os psiquiatras "formados" elevarão a credibilidade da classe específica, enquanto o Hospital continuará com a mesma imagem junto à comunidade. Trata-se de uma ação típica do grupo profissional que, agindo segundo seus próprios objetivos, busca manter um distanciamento protetor das responsabilidades da instituição, com base na premissa de que o paciente se constitui no principal compromisso.

O Poder Central providencia medidas dentro do

Hospital Psiquiátrico São Pedro e na comunidade. Para o primeiro, admite pessoal, tanto de nível médio quanto de nível superior, efetua recuperação de algumas instalações físicas, e utiliza os profissionais no treinamento de pessoal junto às Unidades Sanitárias distribuídas nos Municípios. Para a comunidade, busca incentivar o atendimento junto às Unidades Sanitárias, ao mesmo tempo em que são credenciados alguns leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e Hospitais Especializados.

As duas estratégias, expansão descentralizada de serviços assistenciais e a contratação de pessoal para o Hospital, estabelecem as condições para o surgimento de uma terceira, a estratégia de desinternação.

A estratégia de desinternação para o Hospital Psiquiátrico São Pedro forma-se no Poder Central, tendo o grupo profissional como aliado, o qual se encontrava representado junto àquela instância por iguais que haviam desempenhado atividades administrativas em época recente na instituição.

A estratégia imposta da desinternação possui a característica de ser adaptativa, uma vez que o movimento em direção à comunidade visa aliviar a pressão sobre o Hospital, e não propriamente extingui-lo. O Hospital Psiquiátrico São Pedro deve continuar existindo como um recurso útil para determinadas situações.

5. Período de Reordenação Institucional (1980-...)

Neste período, até onde foi possível examiná-lo, verifica-se que surgem duas modificações adaptativas. A primeira, relacionada à estratégia de formação de pessoal, que agora inclui profissionais de outras áreas, não apenas médicos, num Estágio de Especialização em Saúde Mental, tendo a característica de ser uma decisão, não do grupo profissional, que se opõe à iniciativa, mas da Direção. A segunda mudança se refere à lenta dissolução do sistema setorizado, visto que a população internada apresenta características asilares, sem perspectiva de retorno à comunidade.

Em substituição à setorização surge a estratégia que separa a instituição em duas áreas: área hospitalar e área residencial. Tem-se, na prática, um hospital de pequeno porte - destinado ao atendimento de casos agudos, e um asilo de grande porte, que continua a dar abrigo àqueles que permanecem por razões predominantemente psicossociais.

Do ponto de vista conceitual, o período apresenta mudanças parciais, aprofundando o deslocamento do eixo hospitalocêntrico para o eixo com base na comunidade. Portanto, continua em curso o deslocamento para a comunidade, de forma variável, com iniciativas que se concretizam lentamente ou de forma vacilante.

CONCLUSÕES

O Hospital Psiquiátrico Público se destaca pelos excessos e deficiências. Há excesso de doentes, de crises, de denúncias (em especial aquelas pertencentes ao âmbito dos direitos humanos). Há escassez de recursos, de credibilidade, de resultados positivos e de conhecimento de sua história.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, como um paradigma das instituições do gênero, caracteriza-se por apresentar uma repetição monótona dos mesmos problemas ao longo de sua história - superlotação, insuficiência de recursos, tecnologia rudimentar, ausência de uma programação coerente, clientela pobre, períodos de entusiasmo em que se acredita numa possível mudança das condições existentes, períodos de revolta pelo estado de instabilidade, e uma tendência ao desânimo e ao lamento. Isto compõe o quadro de fatores que contribui, de forma decisiva, para um processo inexorável de deterioração da assistência prestada.

A sua suposta inoperância equilibra-se com necessidades que emanam da sociedade onde se insere, a qual parece desejar locais para acolher aqueles que sobrecarregam suas famílias e os que se encontram dispersos nas ruas. Portanto, assistir o pobre constitui-se em condição necessária, mas não suficiente, do estado de precariedade da instituição.

Como a história mostra que a carência de recursos é uma

constante, ela não é causa, mas consequência. Decorre do baixo valor social creditado à Saúde Mental e da reprodução social. Para superar esta condição, torna-se necessário que os profissionais de saúde, e todos os simpatizantes, unam-se no propósito de dar maior visibilidade e importância social à esta área. A população precisa ser esclarecida sobre os determinantes mencionados, e junto com os profissionais, pressionar o governo a assumir uma posição mais responsável e humana com aqueles que eventualmente venham a necessitar de uma internação psiquiátrica.

A grande limitação de um estudo sobre o Hospital Psiquiátrico Público se encontra na escassez de informações. Os relatórios de gestão, quando existem, são pouco esclarecedores, os orçamentos anuais são de difícil acesso, ou inacessíveis, localizados ao nível do Poder Central. Adiciona-se a este quadro a limitada ou ausente formação, em administração de serviços de saúde, dos dirigentes do Hospital, o que amiúde conduz à ações de caráter amadorístico. Os profissionais, quando elaboram algum documento sobre o Hospital, tendem a enfatizar os aspectos técnicos do atendimento, e só de passagem registram as dificuldades decorrentes da má administração.

Existem alguns aspectos que devem merecer atenção em estudos posteriores. Por exemplo, na década de 80 surgem movimentos reivindicatórios dos funcionários do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Fazem greve. Criam uma Associação dos Funcionários, a qual passa a efetuar ações de forma mais ordenada. É estimulante saber-se até que ponto os funcionários

como um todo, e não apenas os médicos, podem ser capazes de influenciar nas ações e decisões relativas ao Hospital.

Outro tema de interesse para pesquisa seria a relação entre os diversos Cursos de Formação Psiquiátrica que se instalaram no Hospital, a partir da década de 60, e as possíveis repercussões sobre as estratégias desenvolvidas na instituição.

O Hospital São Pedro serve de sede para a Sociedade de Apoio ao Doente Mental - SADDOM, a qual cumpre, há mais de 20 anos, uma função filantrópica, auxiliando em pequenas recuperações, distribuindo roupas e sapatos, realizando encontros esclarecedores sobre doença mental, promovendo festas em datas especiais e outras atividades similares. Seria útil examinar se a SADDOM tem influenciado nas estratégias do Hospital. Aparentemente desempenha um papel subsidiário às funções implícitas da instituição, sem destacar-se como agente de mudança, mas de manutenção do sistema

A questão atual que se coloca é o destino do Hospital Psiquiátrico. Não há dúvida que ele se encontra em transformação, mas parece arriscado dizer-se que se extinguirá em futuro próximo. Merece atenção estudos que mostrem como se estabelece o deslocamento de um atendimento hospitalocêntrico para um atendimento com base na comunidade, processo que exige necessariamente uma redefinição do papel dos profissionais e dos serviços atualmente existentes.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, como instituição, progrediu quando reconheceu, tacitamente, que desempenhava duas funções incompatíveis - o asilo e o local de cuidados intensivos - e resolveu separá-las, pois a função de asilamento dominava a função terapêutica.

O asilo, resultado de uma época em que a instituição acolhia todo e qualquer indivíduo que não fosse atendido por outros programas sociais, exige um esforço dos profissionais de saúde e da administração no sentido de encontrarem premissas adequadas a esta nova realidade. Deve-se buscar meios que oportunizem, aos internados há muitos anos, uma vida, tão próxima quanto possível das condições oferecidas pela comunidade natural.

O lugar de cuidados intensivos, o hospital propriamente dito, inclina-se a possuir uma capacidade operacional de pequeno ou médio porte, associado a um conjunto de serviços diversificados na área geográfica servida. A pesquisa e o ensino tenderão a adquirir maior relevância, em vista da necessidade cada vez maior de aprimoramento e desenvolvimento de tecnologias que promovam uma atenção integral em saúde mental. Este sistema é administrativamente mais complexo do que o atualmente existente, e pressupõe a presença de pessoal capacitado para gerenciá-lo, bem como autonomia administrativa e financeira. Vale salientar que, neste modelo, a internação perde o valor de referência principal, e se torna numa das alternativas que a população pode lançar mão diante de problemas graves de saúde mental.

Proposições Conclusivas

a) O Hospital São Pedro exerce, na sua existência centenária, uma função residual para a sociedade, isto é, acolhe qualquer caso que não se enquadre em algum outro programa social, transformando-se numa instituição pouco seletiva, resignada a um papel de suprimento de variadas dificuldades sociais. Foi esta função que o agigantou e lhe trouxe má fama;

b) Os limitados recursos destinados ao Hospital Psiquiátrico Público se devem a três motivos essenciais: a reprodução social (doente pobre), a escassa valorização social da saúde mental (doença mental) e a tecnologia rudimentar. Muito embora haja referências de gastos dispendiosos com a instituição, inexistem dados comprobatórios de tal hipótese. Aparentemente a situação de penúria da instituição conduz a uma hipótese inversa, ou seja, que é pouco onerosa para o Estado, se comparada com um Hospital Geral, que possui tecnologia complexa e uma série de atividades que exigem elevados recursos, não só para manutenção como para acompanhamento dos avanços tecnológicos;

c) As decisões, tanto do Poder Central quanto da Direção, caracterizam-se por serem desconectadas, o que frequentemente provoca conflitos entre o Poder Central e a Direção, ou desta com o corpo de funcionários, em especial o grupo profissional;

d) As estratégias relacionadas ao todo do Hospital sempre emanam do Poder Central. Cabe à Direção torná-las suas e

executá-las da melhor forma possível;

e) Como as estratégias relacionadas ao todo do Hospital emanam do Poder Central, há que se considerar que o processo decisório se realiza sob o domínio de padrões políticos. O âmbito técnico busca operacionalizar as decisões predominantemente políticas;

f) As estratégias desenvolvidas no Hospital são predominantemente adaptativas, e evoluem de forma lenta e gradual. Decisões e ações provisórias, tomadas num momento crítico, tendem a tornar-se permanentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A POLITICA SOCIAL BRASILEIRA - 1930-64. R Fundação de Economia e Estatística, v. 6, n. 5, p. 64-78, 1984.
- ACEVEDO, Guillermo; NARRO, José. Equidad y Atención de Salud en América Latina. Principios e Dilemas. Bol Of Sanit Panam, v. 99, n. 1, p. 1-9, 1985.
- BACHRACH, Leona. Asylum and Chronically Ill Psychiatric Patients. Am J Psych, v. 141, n. 8, p. 975-978, august 1984.
- BENVENISTE, Guy. Bureaucracy. San Francisco: Boyd & Fraser Publishing Company, 1977. 247 p.
- BLEULER, Eugen. Psiquiatria. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- BOESE, Fernando; QUINTO NETO, Antonio. Plano Geral do Hospital Psiquiátrico São Pedro - Período 1987/1990. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1987 (mimeografado).
- BRASIL. Decreto no. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas. Brasília, Divisão de Saúde Mental, 1982.
- CARTA A POPULAÇÃO. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1986 (mimeografado).
- CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 329 p.
- CHAVES, Paulo. Comentário sobre Deficiências Apontadas pelas Chefiadas das Unidades Sanitárias. Bol Saúde, v. 2, n. 3, p. 12-16, março 1970.
- CIULLA, Luiz. Saúde Mental nas Etapas da Vida. Porto Alegre: Movimento, 1976. 252 p.

COLOQUIO SOBRE PROBLEMAS E NECESSIDADES DA PSIQUIATRIA ASSISTENCIAL E PREVENTIVA. R Psig Din, v. 8, n. 1-4, p. 56-58, 1968.

CO-GESTÃO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SÃO PEDRO: DIRETRIZES PARA O CONSELHO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, 1981 (Mimeografado).

CONTEL, José. Contribuição ao Estudo das Funções de Asilamento e de Renovação em um Grande Hospital Psiquiátrico Público. R Psig Din, v. 10, n. 1, p. 15-21, mar 1974.

COSTA, Jurandir. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Documentário, 1976. 135 p.

COTTER, Leonel. Operant Conditional in a Vietnamese Mental Hospital. Am J Psych, v. 124, n. 1, p. 23-28, 1967.

CUMMING, Elaine. Asignación de Servicios para el Enfermo Mental. In: ZALD, Mayer. Organización del Bienestar Social. Buenos Aires: Editorial Hvmantitas, 1970. 307 p.

CUNHA, Maria. O Espelho do Mundo - Juquery, a História de um Asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 217 p.

DEFINIÇÃO DE AÇÕES PRIORITARIAS PARA O HOSPITAL PSIQUIATRICO SÃO PEDRO. Conselho Técnico-Administrativo, Convênio Co-Gestão do Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1982 (mimeografado).

FACHIN, Roberto. Sobre a Formação de Políticas Educacionais e o Papel do Conselho Estadual de Educação no Sistema Educacional do Rio Grande do Sul. Tese de Livre Docência, Departamento de Ciências Sociais, UFRGS, 1976 (mimeografado)

FARIA, Carlos; SILVEIRA, Eufrides; CORRÊA, Flávio; RODRIGUES, Jorge; JUCHEN, Paulo; MILIUS, Ruth; GROISSMANN, Themis. Contribuição da Psicanálise ao Hospital Psiquiátrico: Relação Terapeuta-Paciente. R Psig Din, v. 7, n. 1, p. 8-13, 1967.

_____; CRUZ, Juarez; TROIS, Oswaldo; CARDOSO, Shirley; NANNI, Thais. Defesas Grupais contra a Ansiedade em uma Instituição para Pacientes Crônicos. R Neurobiol, v. 35, n. 1,

p. 9-16, 1972.

_____. Recuperação Social do Paciente Psiquiátrico: O Papel da Setorização na Integração do Paciente e do Hospital à Comunidade. Fortaleza, IV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 1976 (mimeografado).

_____. O Papel da Setorização na Integração do Paciente e do Hospital à Comunidade. IVo. Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Fortaleza, 1976 (mimeografado).

FARREL, Dan; PETERSON, James. Patterns of Political Behavior in Organizations. Academy of Management Review, v. 7, n. 3, p. 403-412, 1982.

FERRAO, Luiz. Reabilitação e Adaptação em Psiquiatria. R Bras Psicanálise, v. 1, n. 3, p. 413-422, 1967.

FIGUEIREDO, Gabriel. O Príncipe e os Insanos. São Paulo: Cortez, 1988. 170 p.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 295 p.

_____. História da Loucura na Idade Clássica. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 551 p.

GARCIA, Enio; WIENER, Flávio; CRUZ, Juarez; CARDOSO, Shirlei; NANNI, Thais. Agrupamento de Pacientes por Região de Procedência na Divisão Pinel do Hospital Psiquiátrico São Pedro. VIIa. Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica, Gramado, 1974.

GODOY, Jacintho. Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: edição do autor, 1955. 461 p.

GUEDES, Paulo. Contribuições da Psicanálise ao Hospital Psiquiátrico. R Psiq Din, v. 6, n. 3, p. 97-104,, 1966.

HREBINIAK, L; ALUTTO, J. A Comparative Organizational Study of Performance and Size Correlates in Inpatient Psychiatric Departments. Administrative Science Quarterly, v. 18, n. 3, p. 112-119, september 1973.

- ISAACS, A; BEBBINGTON, P. Strategies for the Management of Severe Psychiatric Illness in the Community. International Review of Psychiatry, n. 3, p. 71-82, 1991.
- ISERHARD, Raul. Identificação e Definição de um Grupo entre Pacientes de Longa Permanência no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Inform Psig, v. 11, n. 1, p. 14-18, 1992.
- JACOBS, David. Dependency and Vulnerability: An Exchange Approach to the Control of Organizations. Administrative Science Quarterly, v. 19, n. 1, p. 45-59, march 1974.
- KATZ, Daniel; KAHN, Robert. Psicologia Social das Organizações. São Paulo: Atlas, 1970. 551 p.
- KATS, Steven. Psychiatric Hospitalization. In: KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. 4. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985. 2054 p.
- LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; ROTELLI, Franco. Prevenir a Prevenção. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. 112 p.
- LITTERER, Joseph. Análise das Organizações. São Paulo: Atlas, 1977. 521 p.
- MACHADO, Almira. Breve Histórico das Oficinas Protegidas. Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1989 (mimeografado).
- MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. A Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p.
- MARTINS, Cyro. Do Mito à Verdade Científica. Porto Alegre: Globo, 1964. 218 p.
- MCKEOWN, Thomas; LOWE, Charles. Introducción a la Medicina Social. México, Siglo Veintiuno Editores, 1986. 365 p.
- MEDEIROS, Tácito. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977, (Dissertação de Mestrado).

MEMORIAS: CENTENARIO DO HOSPITAL PSQUIATRICO SAO PEDRO. Porto Alegre, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Assessoria de Comunicação social, 1984.

MENECHINI, Luiz. A Sombra do Plátano. Porto Alegre: edição do autor, 1974. 198 p.

MERQUIOR, José. Michel Foucault ou o Niilismo de Cátedra. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985. 277 p.

MILLER, Robert. Beyond the Old State Hospital: New Opportunities Ahead. Hospital & Community Psychiatry, v. 32, n. 1, p. 27-32, january 1981.

MINTZBERG, Henry. Strategy-Making in Three Modes. In: GLUECK, William (Ed.). Strategy Formation and Management Action. New York: McGraw-Hill Book Company, 1976. 687 p.

_____. Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1983. 700 p.

_____. Crafting Strategy. Harvard Business Review, n. 4, july-august, 1987.

_____. Patterns in Strategy Formation. Management Science, v. 24, n. 9, p. 934-948, 1978.

MINTZBERG, Henry; WATERS, James. Tracking Strategy in a Entrepreneurial Firm. Academy of Management Journal, v. 25, n. 3, p. 465-499, 1982.

_____. Of Strategies, Deliberate and Emergent. Strategic Management Journal, v. 6, n. 4, p. 257-272, 1985.

MOFFATT, Alfredo. Psicoterapia do Oprimido: Ideologia e Técnica da Psiquiatria Popular. São Paulo: Cortez, 1980. 247 p.

MOREIRA, Diva. Psiquiatria: Controle e Repressão Social. Petrópolis, Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.

MURPHY, John; DATEL, William. A Cost-Benefit Analysis of Community Versus Institutional Living. Hospital & Community Psychiatry, v. 27, n. 3, p. 165-170, march 1976.

NEMES, Maria. Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação. In: SCHAIBER, Lilia. (Org.). Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. 226 p.

NOTA DE ESCLARECIMENTO - FUNCIONARIOS DO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAO PEDRO. Porto Alegre, 1985 (mimeografado).

NUNES, Everardo. Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989. 238 p.

OZARIN, Lucy; REDICK, Richard; TAUBE, Carl. A Quarter Century of Psychiatry Care, 1950-1974: A Statistical Review. Hospital & Community Psychiatry, v. 27, n. 7, p. 515-519, July 1976.

PECHANSKI, Isaac. Terapêutica Ocupacional. Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1964.

PEREIRA, Maria. Mudança nas Instituições. São Paulo: Nobel, 1988. 94 p.

PERROW, Charles. Hospitals, Technology, Structure, and Goals. In: MARCH, James. Handbook of Organizations. 3. ed. Chicago: Rand McNally & Company, 1970. 1678 p.

PETTIGREW, Andrew. Strategy Formulation as a Political Process. Internacional Studies of Management & Organizations, v. 77, n. 2, p. 78-87, 1977.

PFEFFER, Jeffrey. Size, Composition, and Function of Hospital Boards of Directors: A Study of Organization-Environment Linkage. Administrative Science Quarterly, v. 18, n. 3, p. 349-364, 1973.

PITTA, Ana; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Tecnologias, Modelo Assistencial e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Brasília, IXa. Conferência Nacional de Saúde, 1992 (mimeografado).

PLANO DE EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Departamento de Saúde Mental, Porto Alegre, janeiro de 1965.

PLANO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1980 (mimeografado).

PROJETO DE LEI DO DEPUTADO ESTADUAL LUIZ ANTÔNIO DAUT. Porto Alegre, Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 1987.

QUINTO NETO, Antonio. Plano de Reorganização dos Pacientes Agudos no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1986 (mimeografado).

. Análise de um Hospital Psiquiátrico Público a Partir do Fenômeno da Superlotação. Texto elaborado para a Disciplina Comportamento Organizacional, Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS, 1989 (mimeografado).

REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA : BASES CONCEITUAIS E CAMINHOS PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, Instituto Mario Negri, 1990.

REGULAMENTO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. Porto Alegre, Oficinas Gráficas D'a Federação, 1926.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, Silvério (Org.); COSTA, Nilson (Org.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987. 288 p.

REZENDE, João. Acerca da Eficácia do Aparato Asilar. Cad Psig Social, v. 2, n.1, p. 9-13, 1984.

ROBBINS, Edwin; STERN, Marvin; ROBBINS, Lillian; MARGOLIN, Leslie. Unwelcome Patients: Where Can They Find Asylum? Hospital & Community Psychiatry, v. 29, n. 1, p. 44-46, January 1978.

SILVA, Antônio; PALMA, Arno; PATRICIO, Ilita; ESCOBAR, Jair; MAYA, Paulo; BERTELLI, Zilba. Caracterização da População de Pacientes Existentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. R Psig, v. 4, n. 3, p. 238-245, 1983.

SKULTANS, Vieda. English Madness. London: Routledge & Kegan Paul, 1979. 185 p.

STEINER, George; MINER, John. Política e Estratégia Administrativa. Rio de Janeiro: Interciência/Universidade de São Paulo, 1981. 396 p.

SUCAR, Douglas. Nas Origens da Psiquiatria Social no Brasil: Um Corte Através da História da Psiquiatria no Rio Grande do Norte. Natal: Clima, 1993. 153 p.

TECNICO sugere fundação de saúde. Zero Hora, Porto Alegre, 14 out 1986, p. 33.

TESTA, Mario. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992. 226 p.

TORNICROFT, Graham; BEBBINGTON, Paul. Deinstitutionalisation - From Hospital Closure to Service Development. British Journal of Psychiatry, n. 155, p. 739-753, 1989.

TORREY, E. A Morte da Psiquiatria. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

VASCONCELOS, Eduardo. Avaliação dos Avanços Recentes em Legislação Psiquiátrica no Plano Internacional. J bras Psig, v. 39, n. 5, p. 228-235, set/out 1990.

WING, John. Reflexões sobre a Loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979. 299 p.

WYATT, Richard. Science and Psychiatry. In: KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. 4. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985. 2054 p.

ZALEZNIK, Abraham; DE VRIES, Manfred. O Poder e a Mente Empresarial. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1981. 226 p.

ZIMMERMAN, David. Nossa Experiência com Esquizofrênicos Crônicos. R Psig, v. 2, n. 3-4, p. 31-35, 1962.

ZIMMERMANN, David. Estudos sobre a Psicoterapia Analítica de Grupo. São Paulo: Mestre Jou, 1971. 367 p.

A N E X O S

ANEXO A

Metodologia Utilizada

1. Método de Abordagem

Método indutivo.

2. Métodos de Procedimento

Estudo de caso que analisa o Hospital Psiquiátrico São Pedro no decurso de 104 anos de existência.

3. Técnicas

As técnicas de coleta de dados consistiram no exame da documentação existente sobre o Hospital e entrevistas.

A documentação investigada se constituiu de relatórios anuais, planos, relatórios sobre ações e/ou realizações, trabalhos e dissertações, artigos de jornal, registros pessoais de técnicos que atuaram na área executiva da instituição, publicações internas e externas que continham elementos históricos e aspectos organizacionais sobre o Hospital.

As entrevistas foram semi-estruturadas e atingiram profissionais e funcionários com longa experiência na instituição, assim como ex-diretores.

O estudo seguiu as orientações técnicas ditadas por MINTZBERG e WATERS. Conforme estes autores, a pesquisa de formação de estratégia deve se desenvolver em quatro estágios.

ESTAGIO 1: Dados Básicos (Traços/Pistas)

- 1.1. Obter visão geral da organização e do setor saúde.
- 1.2. Fazer um levantamento sumário para definir as áreas estratégicas-chave, áreas ambientais envolvidas e dimensões de resultados, para guiar a busca dos dados.
- 1.3. Coletar dados (traços/pistas) para desenvolver cronologias de decisões e ações, tendências, eventos e resultados. Estas informações são colhidas através de relatórios anuais, planos que contenham dados históricos, registros pessoais, publicações internas, relatórios sobre as ações e realizações do Hospital.

Nota: Para este estágio, a busca é para traços tangíveis, não percepções.

- 1.4. Juntar tudo que seja disponível em termos de relatórios e análises relevantes de decisões e temas em debates (livros, relatórios organizacionais, relatórios de consultores,

análises e artigos de jornal, etc.), os quais devem ser decompostos em decisões e eventos os quais serão mantidos em destaque para análise no Estágio 3.

- 1.5. Conduzir entrevistas, neste estágio, somente para preencher lacunas de dados nas ações e decisões (que não podem ser encontradas em documentos). As entrevistas serão efetuadas com antigos profissionais que conhecem a história íntima de áreas estratégicas específicas.
- 1.6. Listar cronologicamente: a) as decisões e ações por área estratégica; b) os eventos e tendências ambientais; c) os resultados.
- 1.7. Plotar, através de todo o período do estudo (numa abscissa comum, se possível), tudo que é plotável, especificamente informações relacionadas com as estratégias-chave e os resultados.

Documentos Gerados

1 - Listagem cronológica de : a) decisões e ações por área estratégica; b) resultados, eventos e tendências.

2 - Gráficos.

ESTAGIO 2: Determinação de Padrões Estratégicos

- 2.1. Para cada área estratégica inferir, da cronologia e gráficos relacionados, as estratégias básicas (padrões dentro de fluxos decisórios) de todo o período em estudo e rotulá-las cada uma.
- 2.2. Descrever, por área estratégica, numa escala comum de tempo, cada uma destas estratégias de forma que auxilie a percepção visual. Usar procedimento idêntico para padrões ambientais, onde for possível. Mostrar, com uma flexa maior, decisões e eventos únicos e importantes que poderiam ser considerados, mas que não se ajustam em nenhum padrão.
- 2.3. Juntar todos os diagramas numa longa folha de papel, com certa ordem lógica, numa escala comum de tempo. Em seguida, proceder um exame vertical em busca de mudanças confluentes num número de estratégias importantes, delineando períodos totais para o estudo inteiro, dando-lhe uma denominação.

Documento Gerado

3 - Uma folha gigante descrevendo as estratégias por área, numa escala comum de tempo, mostrando também os períodos totais de estudo.

ESTAGIO 3: Análise de Cada Período Maior

3.1. Investigar intensivamente cada período da estratégia,

incluindo as forças que a formaram, as causas fundamentais de mudança na estratégia e a natureza das inter-relações entre as diferentes estratégias. Isto será baseado no: a) estudo das informações de bastidores (registros, análises de jornal, relatórios de consultorias, etc; ver o passo 1.4.); b) entrevistas com pessoas que conhecem profundamente a organização "por dentro", assim como pessoas estranhas a ela. Este levantamento, além de investigar causas sem caminhos pré-traçados, pode cobrir para cada período, as dimensões (fatores demográficos, estruturais, de poder, de estilo gerencial).

Documentos Gerados

- 4 - Um relatório descritivo cobrindo cada período distinto do estudo, incluindo discussões das decisões maiores, ações e estratégias, eventos, tendências, forças, etc., que influenciaram os resultados e a exploração total de como e porquê todos estes fatos ocorreram, incluindo os gráficos de documentos passados, quadros, tabelas, etc..
- 5 - Uma interpretação teórica das estratégias e processos de formação de estratégias para cada estágio.

ESTAGIO 4: Construção Teórica

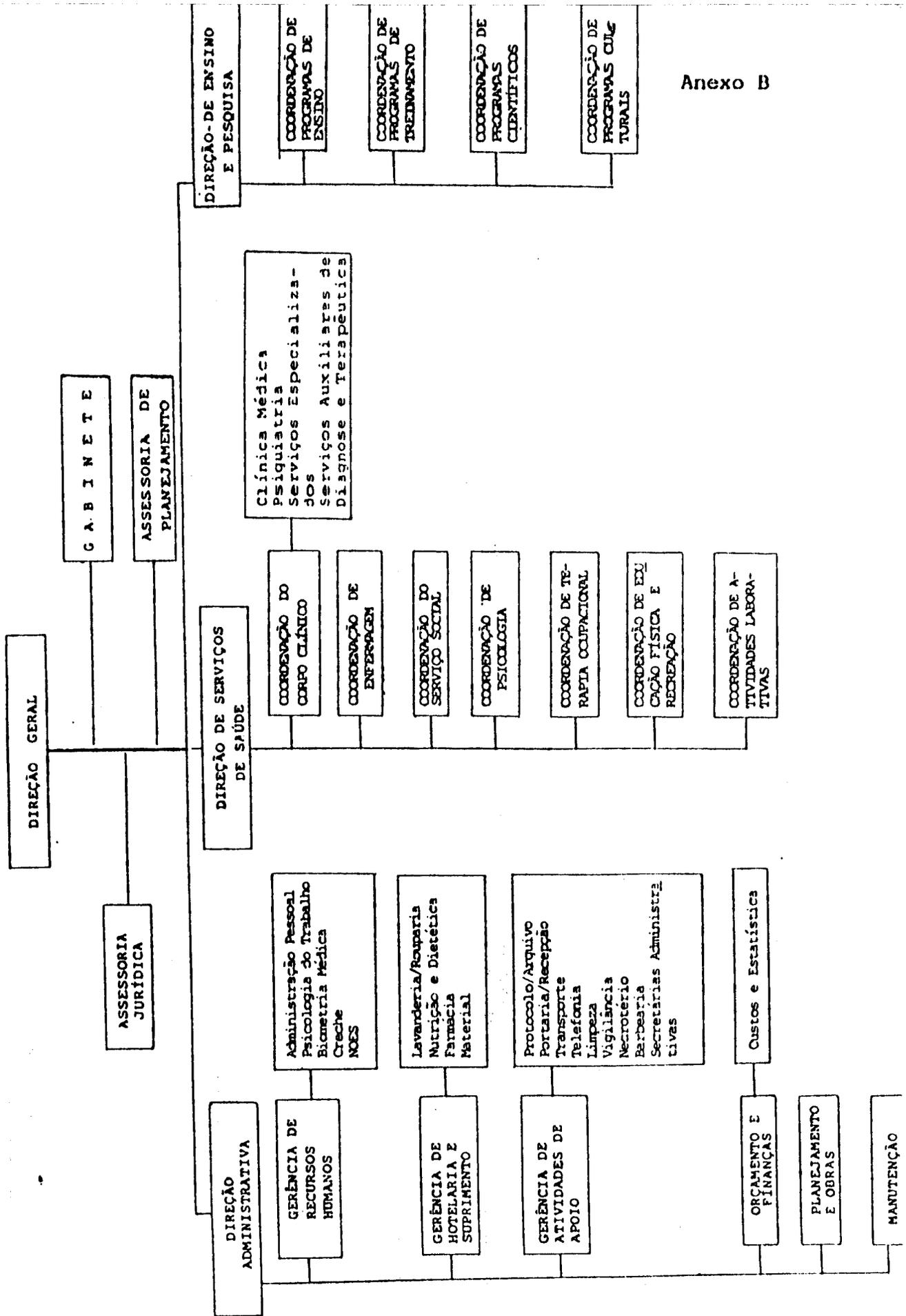
- 4.1. Ler o relatório cuidadosamente e interpretar o resultado do ponto de vista conceitual - "extrair/inventar" hipóteses, "insights" conceituais sobre o processo de formação de estratégias nesse estudo, usando um segundo grupo de questões como guia. Examinar as anotações feitas durante a realização do estudo. Sequencialmente: a) rever os períodos por estratégias (cada período, uma estratégia); b) caracterizar cada período - características principais, temas centrais, forças significativas, encontrar palavras-chave que marcam cada período; c) Diagrama para cada período; d) análises de todo o estudo - diagrama de todo o período em relação aos padrões de mudança totais. Considerar: a) papel da liderança/ambiente/organização; b) estratégias deliberadas/não deliberadas/não realizadas/emergentes; papel das decisões-chave; c) inter-relações das estratégias; d) ritmo e demora na formação de estratégias; e) relações com as configurações estruturais, coalizões, estilos gerenciais, etc.

Documentos Gerados

- 6 - Relatório teórico do estudo.
- 7 - Relatório normativo; idéias sobre o que as conclusões ensinam a respeito de como melhorar o processo de formação de estratégias.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
 ORGANOGRAMA PROVISÓRIO

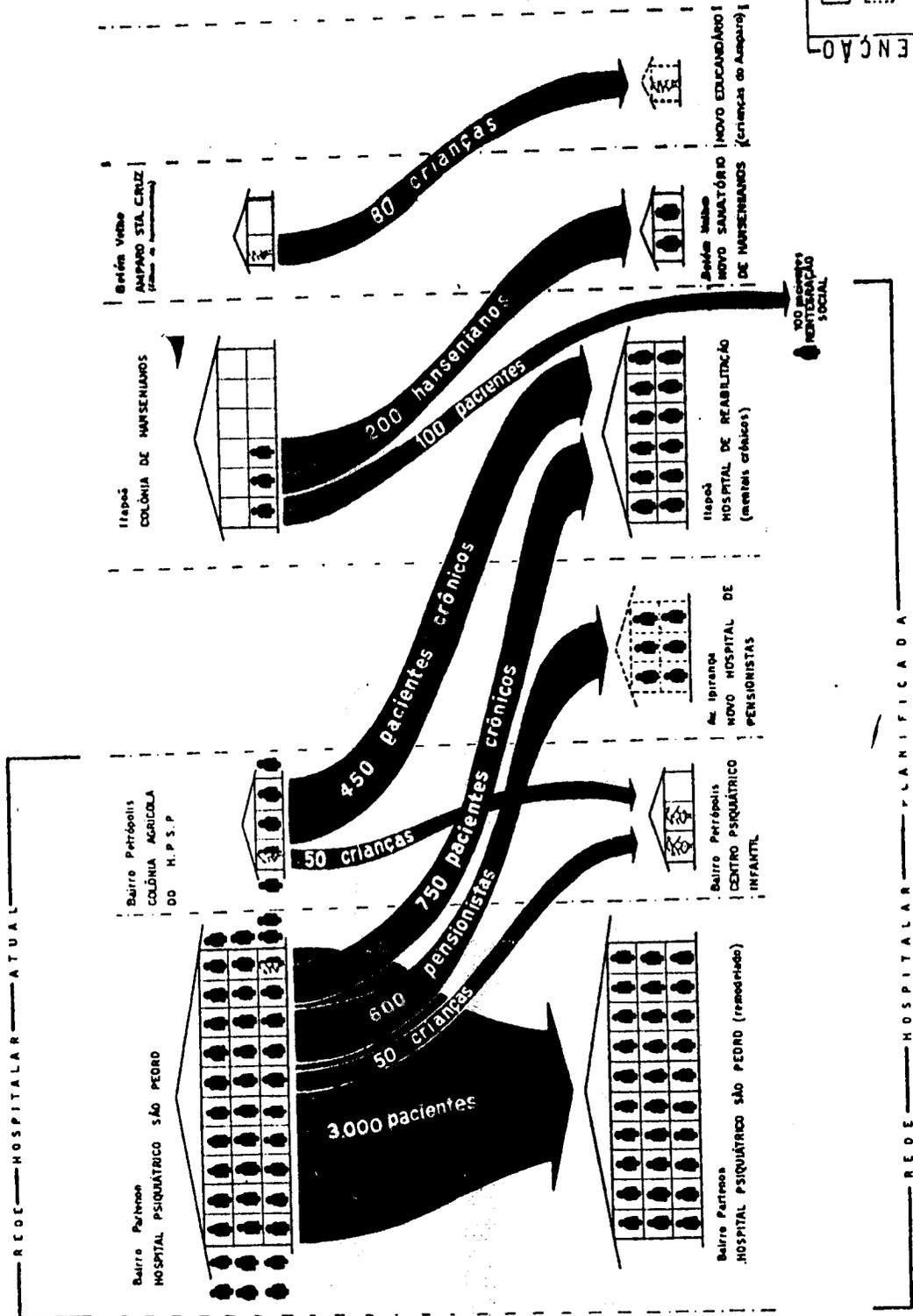
Maior/88



Anexo B

SECRETARIA DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL
 DINÂMICA DA EXPANSÃO DA DIVISÃO HOSPITALAR

ANEXO C



ANEXO D

Hospital Psiquiátrico São Pedro Setembro/1986

Norma Técnica de Admissão

I - Elegibilidade para Admissão

Poderão ser internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro exclusivamente clientes apresentando:

1. Quadros orgânicos cerebrais com alteração do nível de consciência, delírios ou alucinações, cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se mostre impossível. Exemplos: Demências, intoxicações agudas, Delirium Tremens, epilepsias.

2. Risco presente de suicídio cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se mostre impossível. Exemplos: Casos de Alto Risco, configurados por tentativas prévias e psicose, principalmente PMD, depressões em quadros orgânicos, depressões reativas agudas.

3. Dependentes ou abusadores de álcool ou de outras drogas cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se mostre impossível. Exemplos: Uso de bebida alcoólica e/ou drogas com incapacidade de abster-se associado ou não a comportamento violento.

4. Risco presente de agressão violenta, homicídio, suicídio, estupro, cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se mostre impossível. Exemplos: Casos de Alto Risco, configurados por tentativas prévias, psicoses agudas e quadros reativos.

5. Quadros psicóticos com extrema desadaptação, cujo manejo ambulatorial e/ou comunitário se mostre impossível. Exemplos: Casos de catalepsia, negativismo, recusa de alimentos, exposição moral (exibicionismo incontrolável, atentados ao pudor, risco de práticas perversas).

II - Inelegibilidade para Admissão

Não serão admitidos pacientes que apresentarem uma das condições abaixo:

1. Portador de uma das indicações de baixa, mas com quadro clínico somático sem possibilidade de tratamento no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

2. Quadros orgânicos cerebrais que não se enquadram nas

indicações de baixa.

3. Quadros sociais caracterizados pela necessidade de alojamento temporário ou definitivo (mendigos, idosos, andarilhos, oligofrênicos, egressos da FEBEM que completaram maioria) que não se acompanham das indicações de baixa.

4. Portador de processo ou sentença judicial que, por periculosidade, necessita ser mantido confinado em Casa de Custódia e Tratamento. Na falta deste recurso, deve ser efetuado encaminhamento, o qual só pode executar-se através da Autoridade Competente (Juiz de casos criminais), para estabelecimentos da Rede Penitenciária (cadeias municipais, penitenciárias estaduais, Instituto Psiquiátrico Forense).

ANEXO E

Lista das Pessoas Entrevistadas

Carlos Gari Faria - Ex-Funcionário do HPSP, Ex-Diretor da Equipe de Saúde Mental junto ao Poder Central (Psiquiatra).

Hans Ingomar Schreen - Ex-Diretor-Geral do HPSP, Chefe de Unidade do HPSP (Psiquiatra).

Fernando de Souza Boese - Ex-Diretor-Geral do HPSP (Psiquiatra).

Terezinha Ritter - Ex-Diretora de Ensino e Pesquisa do HPSP (Enfermeira), Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ellis D'Arrigo Busnello - Ex-Diretor-Geral do HPSP (Psiquiatra), Professor da Universidade Federal de Medicina e da Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre.

Irmã Paulina - Funcionária do HPSP (Religiosa).

Enio Arnt - Chefe de Divisão do HPSP (Psiquiatra).

Ely Cheffe - Ex-Diretor do HPSP, Chefe da Central de Psiquiatria (Psiquiatra).

Sinay Sander - Ex-Funcionário do HPSP, Médico da Central de Psiquiatria (Psiquiatria).

Junay Marangno - Ex-Funcionário do HPSP, aposentado (Psiquiatra).

Júlio Hocsman - Médico Clínico do HPSP, Assessor Técnico da Direção do HPSP.