



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Rodrigo Cunha Echebarrena

**Leitos de saúde mental em hospitais gerais:**  
o caso do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

Rodrigo Cunha Echebarrena

**Leitos de saúde mental em hospitais gerais:**

O caso do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

E18l Echebarrena, Rodrigo Cunha.  
Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro / Rodrigo Cunha Echebarrena. -- 2018.  
95 f. : il. color. ; graf. ; mapas. ; tab.

Orientador: Paulo Roberto Fagundes da Silva.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Hospitais Gerais. 3. Hospitais Municipais. 4. Leitos. 5. Número de Leitos em Hospital - economia. 6. Desinstitucionalização. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2098153

Rodrigo Cunha Echebarrena

**Leitos de saúde mental em hospitais gerais:**

o caso do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 04 de maio de 2018.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato  
Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

A minha avó Hermínia, minha incentivadora, falecida durante esta empreitada.

À Francisco e Clarice, meus esteios.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Antônio e Maria que sempre acompanharam meus passos.

Aos meus sogros Luiz e Neli pela torcida e incentivo.

Ao Paulo Fagundes pelas horas dedicadas a minha orientação.

Ao gestor Hugo Fagundes e aos ex-coordenadores nacionais de saúde mental Pedro Gabriel e Domingos Savio, por me receberem e aceitarem ser entrevistados para a presente pesquisa.

À Vera e Mendes pelo carinho com que ensinam e pela generosidade em dividir o que aprenderam.

À minha pequena turma da subárea: Natalia, Alexandra, Isabela e Mariana. Vocês foram essenciais em todos os momentos. Representaram conforto e diversão.

Aos professores Nilson do Rosário e Carlos Eduardo Honorato pela leitura atenta e pelas contribuições.

Aos entrevistados da pesquisa, dos hospitais Ronaldo Gazolla, Evandro Freire e Pedro II, que aceitaram participar do estudo, me recebendo generosamente.

A Fabiana, Joyce, Laura, Zé e ao turma do mestrado em Saúde Pública pela solidariedade nas disciplinas e nas conversas. Incluo aqui os agregados Jarbas, Itamar, Marcelo, Suelen e Barbara.

À Rosely, Roberta, Cristiane, Maria Helena, Jussara, Gil, Luciana, Marcelo, Tatiana, Francisco, Mônica e a todos os professores da ENSP. Também aos estagiários de docência que copilotaram as disciplinas. Ao pessoal dos bastidores, que fazem a Escola funcionar, mantendo tudo sempre organizado.

À Ana Carla e toda a turma do Pinel (funcionários, estagiários, residentes e pacientes) por terem me recebido com carinho e serem sensíveis ao meu estresse nesses tempos de estudo e trabalho, ajudando dentro de suas possibilidades afetivas e burocráticas.

À Flavia, Ricardo, Luiz, Nelson, Ney, Mirna, Patrícia, Ethel, Roberta, Absalão, Leila, Toni, Valéria e todo pessoal da Unigranrio, por me ensinar a ensinar.

Aos meus amigos Adriana Melo, Débora Lima, Aquiles Miranda, Kamal Bachá, Eduardo Muller, Rafael Matias e Marcelo Cunha pela compreensão da minha ausência.

*Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem;  
lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.*

Boaventura de Souza Santos

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as condições de gestão dos leitos de saúde mental em hospital geral, no município do Rio de Janeiro. As questões de estudo levantadas na pesquisa pretendem descrever o modelo de provisão de leitos de saúde mental em hospitais gerais na cidade do Rio de Janeiro, identificar o papel dos leitos de saúde mental em hospitais gerais na Rede de Atenção Psicossocial e verificar a adequação dos leitos em hospitais gerais às diretrizes do Ministério da Saúde. Para realização deste estudo, optou-se por um estudo de caso da situação atual dos leitos de saúde mental em hospital geral existentes na cidade. A pesquisa foi constituída de entrevistas individuais com roteiros semiestruturados. Foram pesquisados bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) e documentos oficiais sobre o tema. Os dados encontrados foram categorizados e confrontados com a bibliografia de referência. Os resultados revelaram a existência de poucos leitos de saúde mental na rede hospitalar municipal. Os leitos existentes funcionam integrados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com participação variável dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na condução de projetos terapêuticos individuais; apresentam média de permanência inferior a 20 dias e acontecem em espaços restritivos, com pouca estimulação. Além disso, possuem regras rígidas para os pacientes, submetidas fortemente ao modelo biomédico. A cidade do Rio de Janeiro vem promovendo a inversão do modelo hospitalar para o modelo assistencial comunitário. Estruturas antigas de cuidado e estruturas contemporâneas convivem em um sistema que se apresenta em transição.

Palavras-chave: Saúde Mental. Leitos de saúde mental no hospital geral. Atendimento à crise. Desinstitucionalização.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to analyze the management and functional conditions of the Rio de Janeiro Reference Hospital Service relative to the care of mental illness. The study also seeks to describe the organizational arrangement of the provision of mental health beds in general hospitals in Rio de Janeiro, to identify the role of mental health beds in general hospitals in the Psychosocial Attention Network (RAPS) and to verify the adequacy of the beds in general hospitals to the guidelines of the Ministry of Health. To carry out this study, we chose a case study of the current situation of mental health beds in a general hospital in the city. The research consisted of individual interviews with semi-structured scripts. We researched databases of SUS (National Health Care Organization) as well as official documents on the subject. The data was categorized and compared with the reference bibliography. The results revealed the lack of an adequate number of mental health beds in the municipal hospital network. The existing beds are integrated with RAPS, with varying participation of the Psychosocial Attention Centers (CAPS) in the conduct of individual therapeutic projects. They present an average stay of less than 20 days and happen in restrictive spaces, with little stimulation. They have rigid rules for patients, strongly subject to the biomedical model. The city of Rio de Janeiro has been promoting the inversion of the hospital model to the community care model. Old structures of care and contemporary structures coexist in a system that presents itself in transition.

Keywords: Mental Health. Mental health beds in the general hospital. Attention to the crisis. Desinstitutionalization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Localização dos hospitais com leitos de saúde mental por Áreas Programáticas .....	18
Figura 2 -	A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental .....	28
Quadro 1 -	Vantagens das internações psiquiátricas em hospitais gerais segundo BOTEGA & DALGALARRONDO .....	33
Quadro 2 -	Fatores de resistência à implantação de internações psiquiátricas em hospitais gerais, segundo diferentes autores.....	37
Gráfico 1 -	Leitos do Sistema Único de Saúde em hospitais psiquiátricos por ano – Brasil – dezembro de 2002 a dezembro de 2015.....	39
Figura 3 -	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS .....	48
Quadro 3 -	Quadro-resumo com os principais achados da pesquisa.....	79

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Evolução do número de hospitais psiquiátricos, por natureza - Brasil - 1941 a 1997 .....	23
Tabela 2 -	Leitos psiquiátricos disponíveis no Sistema único de Saúde, por natureza, no município do Rio de Janeiro - outubro de 1995 e março de 2000.....	44
Tabela 3 -	Número de leitos em hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro - janeiro de 2012 a janeiro de 2018 .....	45
Tabela 4 -	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial por Área Programática – Município do Rio de Janeiro – 2016 .....	46
Tabela 5 -	Localização dos leitos de atenção à crise na Cidade do Rio de Janeiro – Janeiro de 2018.....	49
Tabela 6 -	Distribuição de profissionais nas enfermarias de saúde mental dos Hospitais Municipais Ronaldo Gazolla, Evandro Freire e Pedro II – outubro de 2017.....	67
Tabela 7 -	Tempo médio de internação psiquiátrica - hospitais gerais e hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2015, 2016 e 2017.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CER	Coordenação de Emergência Regional
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
CSM	Centro de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIH	Guia de Internação Hospitalar
GM	Gabinete do Ministro
IMAS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PAM	Posto de Assistência Médica
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PTI	Projeto Terapêutico Individualizado
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	16
2.1	DESENHO DA PESQUISA .....	16
2.2	LOCAL DO ESTUDO .....	17
2.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	18
2.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	19
2.5	MODELO DE ANÁLISE .....	20
2.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	20
3	<b>O COMPONENTE HOSPITALAR NO CENÁRIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	22
3.1	A ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA E A ATENÇÃO À CRISE NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	25
4	<b>A REDE DE SAÚDE MENTAL E O HOSPITAL GERAL</b> .....	31
4.1	OS LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL E O CONTEXTO ASSISTENCIAL NACIONAL .....	38
5	<b>A SAÚDE MENTAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO</b> .....	42
6	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	51
6.1	O MODELO ORGANIZACIONAL DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL E A INTERAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	51
6.2	ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPE TÉCNICA MULTIPROFISSIONAL DAS ENFERMIARIAS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL ..	60
6.3	ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE CUIDADO NOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL .....	69
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	81
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES LOCAIS DAS ENFERMIARIAS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS</b> .....	92
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SUPERINTENDENTE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DO</b>	

**RIO DE JANEIRO (GESTOR MUNICIPAL) E COM OS EX-  
COORDENADORES NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL DO  
BRASIL .....**

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental brasileira têm se modificado ao longo de quase 40 anos de luta. Importantes vitórias vêm sendo comemoradas, como a reorientação da assistência psiquiátrica hospitalar para a assistência psiquiátrica comunitária, por exemplo. Neste contexto de qualificação das práticas de saúde mental, a assistência para momentos de crise psiquiátrica passou a ser primeiramente manejada nos serviços de assistência à saúde mental comunitária, sendo os CAPS seu maior representante. As situações que eventualmente precisarem de internações, poderiam ser acolhidas nos leitos de saúde mental em hospitais gerais, designados pela portaria GM nº 148/ 2012 como Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

A hospitalização de sujeitos com sofrimento mental em leitos de saúde mental em hospitais gerais não é recente e tem sido utilizada como alternativa à internação em hospitais psiquiátricos. A reorganização da composição da rede psiquiátrica comunitária, substituindo a internação em hospital psiquiátrico pela hospitalização em leitos de saúde mental em hospitais gerais, faz parte da atual política nacional de saúde mental emanada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Pretende-se com essa substituição oferecer leitos integrados a unidades hospitalares, com possibilidade de cuidado das necessidades de saúde de quem sofre de adoecimento mental de forma integral. Os leitos em hospitais gerais costumam oferecer internações mais curtas, integradas com os demais pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS), produzindo menos estigma para quem sofre de problemas psiquiátricos. Apesar disso, o número de leitos disponíveis para internação psiquiátrica em hospitais gerais ainda é muito inferior aos leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos.

Na cidade do Rio de Janeiro, segundo o CNES/ DATASUS, existem 398 leitos de crise para internação em 5 hospitais psiquiátricos públicos. Para internação em hospitais gerais, são apenas 54 leitos. Estudando o atual estágio da implantação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro procura-se compreender por que as internações psiquiátricas da cidade ainda acontecem predominantemente nos hospitais psiquiátricos.

O objetivo geral do estudo foi analisar o padrão de oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos do estudo foram:

1. Descrever o arranjo assistencial da provisão de leitos de saúde mental em hospitais gerais na cidade do Rio de Janeiro.

2. Identificar o papel dos leitos de saúde mental em hospitais gerais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
3. Verificar a adequação dos leitos em hospitais gerais às diretrizes do Ministério da Saúde.

O trabalho foi dividido em sete capítulos, sendo função do capítulo dois apresentar o desenho do estudo e a metodologia empregada para a obtenção dos resultados. O componente hospitalar e a assistência à crise no contexto da Reforma Psiquiátrica serão discutidos no capítulo três. O capítulo quatro se destina a abordar como a rede de saúde mental inclui os leitos de saúde mental no hospital geral em seu desenho de rede territorial.

O capítulo cinco falará da organização da rede de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro e suas particularidades. Neste capítulo serão abordadas as peculiaridades da rede onde o estudo se deu.

O capítulo seis apresentará os resultados obtidos com a pesquisa. Neste capítulo, os resultados foram divididos em categorias e discutidos à luz da literatura de referência e das regulamentações oficiais. Para melhor visualização, neste capítulo será apresentado um quadro contendo os principais achados da pesquisa.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais em um último capítulo.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso, que buscou compreender as condições de gestão das enfermarias de saúde mental localizadas nos hospitais gerais municipais Ronaldo Gazolla, Evandro Freire e Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Pretendeu-se investigar os elementos envolvidos no processo de implantação das enfermarias e sua interlocução com os demais pontos da RAPS, e explorar a problemática contida na implantação das enfermarias de saúde mental em hospital geral no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

O estudo de caso contém elementos qualitativos e quantitativos, sendo então misto. Segundo Stake (1995, p. 32 apud Creswell, 2007), no estudo de caso:

[...] o pesquisador explora em profundidade um programa, um fato, uma atividade, um processo ou uma ou mais pessoas. Os casos são agrupados por tempo e atividade, e os pesquisadores coletam informações detalhadas usando uma variedade de procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo prolongado.

A análise da gestão das enfermarias aconteceu a partir de entrevistas semiestruturadas (apêndices A e B) com dois ex coordenadores nacionais de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, o gestor de nível central da Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro e gestores locais (ou correspondentes) das unidades hospitalares onde estão localizadas as enfermarias de saúde mental, reconhecidos como informantes-chave com potencial ponto de vista à respeito do trabalho. Complementarmente, foram realizadas pesquisas documentais em documentos oficiais, portarias e bancos de dados do SUS de acesso público, a saber: no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em informações de saúde (TABNET)/Assistência à Saúde e morbidade hospitalar do SUS. Além disso, foram pesquisados eventuais documentos disponíveis nas unidades hospitalares e na Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A concomitância dos métodos qualitativos e quantitativos permitiu uma leitura crítica e abrangente sobre o problema estudado. Sobre procedimentos concomitantes, Creswell (2007, p. 33) explica:

Procedimentos *concomitantes*, nos quais o pesquisador faz a convergência de dados quantitativos e qualitativos a fim de obter uma análise ampla do problema de pesquisa. Nesse projeto, o investigador coleta as duas formas de dados ao mesmo tempo durante o estudo e depois integra as informações na interpretação dos resultados gerais.

## 2.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro tem hoje 6.520.266 habitantes, distribuídos em 162 bairros, agrupados em 10 áreas programáticas (AP). Conta com 326 estabelecimentos de saúde municipais, dos quais 23 são hospitais (SMSRJ, 2016). Desses hospitais, apenas quatro possuem Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Os leitos encontram-se distribuídos da seguinte maneira: 15 leitos no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, 15 leitos no Hospital Municipal Evandro Freire, 19 leitos no Hospital Municipal Pedro II e 5 leitos no Hospital Municipal Lourenço Jorge. Os leitos localizados no Hospital Municipal Lourenço Jorge foram implantados no decorrer da pesquisa e não fizeram parte da avaliação, ficando no estudo somente os leitos dos hospitais municipais Evandro Freire, Ronaldo Gazolla e Pedro II.

Os três hospitais municipais são gerenciados por três diferentes Organizações Sociais (O.S.), conforme modelo de gestão implementado na SMS-RJ. O Hospital Pedro II, maior entre os três em número de leitos, conta com 332 leitos, estando incluídos os 19 leitos de saúde mental. É um hospital antigo cuja edificação, na configuração vertical que tem hoje, é do ano de 1976. Era hospital estadual até 2010. Sua transferência para a esfera municipal ocorreu após seu fechamento por dois anos, em decorrência de um incêndio na sua subestação de energia elétrica, em 2010. Em 2012, foi reinaugurado, mantendo seu nome, mas sendo agora hospital municipal. O Hospital Municipal Pedro II fica localizado na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, no Bairro de Santa Cruz. O bairro faz parte da Área Programática 5, que corresponde a zona oeste, território com 1.704.733 moradores, representando 27% dos moradores da cidade.

O hospital é gerido por pela O.S. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM, desde 2015 e possui agregado a sua estrutura a Coordenação de Emergência Regional Santa Cruz (CER Santa Cruz), com 39 leitos para emergências, inclusive psiquiátricas. Sua enfermaria de saúde mental opera desde 1999, enquanto ainda era hospital estadual, respondendo por emergências de sua área programática (AP5).

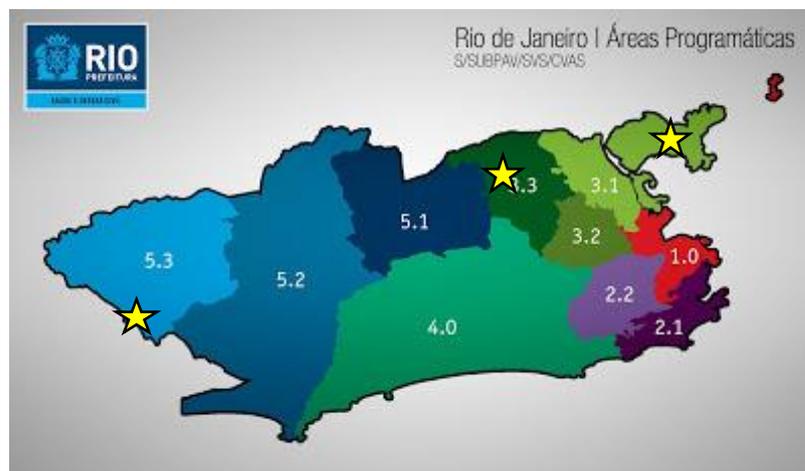
O Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, também conhecido como hospital de Acari, fica localizado na zona norte, na área programática 3, no Bairro de Acari. A área programática 3 é a mais populosa da cidade, com 2.399.159 habitantes; nela residem 38% da população da cidade, sendo que quase metade desses moradores vive em favelas. Das dez maiores favelas da cidade, sete estão na área programática 3. Isso confere ao território um cenário urbano diferenciado, com enormes regiões de pobreza e violência.

O hospital é gerenciado pela O.S. Viva Rio desde 2015. Conta com 223 leitos, sendo 15 de saúde mental. Não possui emergência, trabalhando apenas de maneira referenciada para consultas ambulatoriais e internações. As internações de saúde mental acontecem na enfermaria localizada no térreo, com entrada pela lateral.

O último dos três hospitais com leitos de saúde mental deste estudo é o Hospital Municipal Evandro Freire, localizado na Ilha do Governador, região composta por quatorze bairros, onde 4,6% dos seus 216.256 moradores residem em favelas. A Ilha do Governador também pertence a área programática 3, mais especificamente a 3.1. O Hospital Municipal Evandro Freire possui 103 leitos e uma Coordenação de Emergência Regional (CER Ilha) com 14 leitos de observação, agregado a sua estrutura. A enfermaria de saúde mental possui 15 leitos, fica no segundo andar do hospital. Desde 2015 tanto o hospital quanto o CER – Ilha são gerenciados pela O.S. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM.

A figura abaixo ilustra as áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro. Os hospitais do Estudo estão sinalizados com estrelas.

Figura 1 - Localização dos hospitais com leitos de saúde mental por Áreas Programáticas



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2017.

### 2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O projeto de pesquisa foi apresentado ao superintendente de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro e aos gestores das unidades pesquisadas. Coube ao superintendente apresentar o pesquisador aos diretores e outros gestores das unidades que seriam pesquisadas. O projeto foi apresentado a estas coordenações pelo pesquisador e a marcação de visitas para as entrevistas ocorreu de acordo com as possibilidades de horários fornecidas pelos entrevistados.

A pesquisa foi constituída de entrevistas individuais com o Superintendente de saúde mental do município do Rio de Janeiro, entrevistas com três coordenadores das enfermarias de saúde mental dos hospitais do estudo ou seus representantes (gestores locais) e com um terceiro grupo de entrevistados composto por ex-coordenadores nacionais de saúde mental do Ministério da Saúde. A escolha por esse terceiro grupo se deu por serem renomados gestores, pesquisadores e militantes do campo da saúde mental, presentes no desenvolvimento normativo e implantação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais em diferentes momentos. Além da entrevista, foram pesquisados bancos de dados do SUS e documentos oficiais sobre o tema.

Foram feitos contatos prévios com os entrevistados para explicitar a metodologia e os objetivos da pesquisa. Os locais e horários das entrevistas também foram combinados nessa oportunidade. As entrevistas foram conduzidas *face a face* pelo pesquisador e podiam ser gravadas de acordo com autorização do entrevistado. A entrevista ocorreu de forma semiestruturada, contemplando questões disparadoras da investigação em curso, que puderam ser complementadas com questões inerentes às circunstâncias da entrevista. Foram seguidos dois roteiros de entrevistas, sendo um para gestores locais, e outro para o gestor central e os ex-coordenadores nacionais de saúde mental do Ministério da Saúde. Em momento posterior, estas entrevistas foram transcritas e examinadas.

Os achados foram analisados e agrupados em categorias. “A categorização é um processo de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles.” (MORAES, 1999, p. 12). Após essa etapa, foram confrontados os achados categorizados com a bibliografia investigada.

## 2.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para realização das entrevistas, foram criados dois roteiros semiestruturados, direcionados ao gestor municipal e ao grupo de ex coordenadores nacionais de saúde mental, e outro dirigido aos gestores locais.

O grupo de gestores locais respondeu a perguntas relacionadas à implantação, ao gerenciamento das unidades e o seu funcionamento, de acordo com seu nível de gestão. O gestor municipal e o grupo de ex coordenadores de saúde mental também responderam questões relativas a normatização, implantação, financiamento e gestão dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, porém destacaram as vicissitudes apresentadas na gestão municipal e federal.

A formulação das questões presentes nos dois roteiros foi baseada nas diretrizes de implantação e funcionamento dos leitos de saúde mental em hospital geral, amparadas em

portarias ministeriais e relatórios de gestão da coordenação nacional de saúde mental do Ministério da Saúde Brasileiro, e na bibliografia científica que aborda o assunto. Alguns temas abordados pelos instrumentos foram: critérios de encaminhamento e regionalização das enfermarias, público alvo das enfermarias, integração da equipe de saúde mental com demais setores do hospital, papel das enfermarias dentro da RAPS, identificação dos fluxos entre as enfermarias e a rede de saúde, indicadores hospitalares, modelo de financiamento e faturamento, dificuldades na implantação e gerenciamento dos serviços.

## 2.5 MODELO DE ANÁLISE

Foi feita a análise do material conseguido com a pesquisa (entrevistas, observações e documentos) inspirada no modelo proposto por Creswell (2007), onde 6 passos são seguidos para: organizar, ler, codificar em grupos ou temas, descrever, representar e interpretar os dados. A interpretação dos dados forneceu uma visão geral a respeito da experiência da pesquisa.

Os materiais incluídos no estudo passaram por intensa leitura até ser possível a decisão de utilizá-los na pesquisa. O passo seguinte foi isolá-los em unidades de análise, com a incumbência de representar um conjunto de informações dispersas nos materiais analisados, para posterior categorização. Em seguida, categorizou-se os dados, agrupando-os por temas. Esse esforço de síntese fez gerar as seguintes categorias: O modelo organizacional dos leitos de saúde mental em hospital geral e a interação com a Rede de Atenção Psicossocial; Estrutura física e equipe técnica multiprofissional das enfermarias de saúde mental em hospital geral; Organização e processo de cuidado nos leitos de saúde mental em hospital geral.

Os achados da pesquisa serão apresentados e interpretados mais adiante. A apresentação dos achados foi organizada em conjunto com a discussão, sendo este o momento de confrontação de dados quantitativos, depoimentos colhidos pelo pesquisador e literatura a respeito do assunto.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP- ENSP) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP – SMSRJ). Foi aprovado sob o número 67276617.7.0000.5240 (CEP- ENSP) e 67276617.7.3001.5279 (CEP- SMSRJ).

O objetivo do estudo foi informado a todos os participantes da pesquisa. Aos que aceitaram participar do estudo, foi garantido sigilo quanto as informações fornecidas. Tanto os TCLE quanto os instrumentos respondidos serão destruídos após cinco anos, conforme previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Os nomes dos entrevistados não foram revelados no estudo. Utilizamos os termos “Gestor Municipal”, “Ex-coordenador Nacional A”, “Ex-coordenador Nacional B”, “Gestor Local A”, “Gestor Local B” (e assim sucessivamente) quando necessário. Porém, devido ao pequeno número de respondentes da pesquisa, há risco do reconhecimento do entrevistado ser presumido em razão de sua função. Tal risco foi informado ao participante, assim como os benefícios indiretos de sua participação no estudo. A qualquer momento o entrevistado pôde pedir esclarecimentos sobre a pesquisa. Os participantes não receberam qualquer incentivo financeiro ou tiveram qualquer ônus com a pesquisa.

Os benefícios gerados com o estudo estão relacionados a análise da implantação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais e o aprimoramento geral da atenção à saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Os respondentes foram informados sobre o possível desconforto que podia ocorrer ao responderem algum item do formulário e o risco da pesquisa não beneficiá-lo diretamente.

### 3 O COMPONENTE HOSPITALAR NO CENÁRIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Segundo Thornicroft e Tansella (2008, p.11) “a história recente dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três períodos, cobrindo a ascensão do manicômio e do cuidado hospitalar tradicional, o declínio do manicômio e o surgimento da *balanced care*”. O entendimento das principais transformações ocorridas na prática da saúde mental ao longo dos tempos pode favorecer a compreensão do atual cenário psiquiátrico brasileiro, ratificando que ainda estamos em um cenário dinâmico, de transição.

O surgimento do manicômio, como espaço de separação da loucura de outras doenças, ajudou a reforçar o lugar da psiquiatria como especialidade médica e lhe conferiu um local próprio para sua prática. O adoecimento mental necessitava de um ambiente adequado, que pudesse garantir sua observação e tratamento. O manicômio serviria para essas duas finalidades (PESSOTI, 1996).

A internação como medida terapêutica destinada a observação e tratamento ajudou a difundir a necessidade da criação de Manicômios, fazendo com que o século XIX fosse marcado pela expansão do número de instituições e, conseqüentemente, de internações. Outros elementos “não clínicos” sempre sombrearam a existência dos manicômios. Viu-se neles a possibilidade de depositar os indesejados sociais, marginalizados por sua pobreza ou por sua conduta desviante, ajudando na ordenação do espaço público. A indigência, a cronicidade e os transtornos mentais, quando acompanhados de condutas indesejáveis, despertarão convocações, por alguns setores da sociedade, à marginalização e ao castigo (DESVIAT, 1999).

O Brasil inaugurou seu primeiro manicômio em 1852, o Hospício Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro. A construção dessa instituição tentou marcar simbolicamente, o espírito caridoso e científico do Imperador. Também buscou consolidar o império Brasileiro como institucionalmente forte, em sintonia com a modernidade científica europeia (TEIXEIRA, 1997). Os manicômios, inicialmente criados com expectativa terapêutica, não tardaram a se tornar espaços problemáticos. Engel fala da situação do Hospício Nacional de Alienados, em 1890, como sendo um espaço superlotado, precário e com deficiência de pessoal (ENGEL, 2001). Tal situação se repetiu por décadas seguintes e em lugares distintos do país. Talvez seja possível afirmar que Barbacena foi o maior representante das atrocidades ocorridas em instituições psiquiátricas brasileiras, com cerca de 60 mil mortes alavancadas pelas péssimas condições institucionais (ARBEX, 2013).

Se em 1852 a psiquiatria brasileira se mostrou alinhada aos avanços científicos europeus, com a construção do Hospício de Pedro II, cem anos depois, demonstrava o extremo

oposto. Segundo Resende (2001), a assistência psiquiátrica pública era lenta quanto ao conhecimento das práticas psiquiátricas transformadas que surgiram na Europa e nos Estados Unidos após a segunda guerra mundial. O questionamento sobre a assistência psiquiátrica manicomial somente ganhou força - no Brasil - no final dos anos 70. Enquanto o mundo colhia os primeiros frutos de suas reformas psiquiátricas, o Brasil ainda expandia sua rede hospitalar psiquiátrica, coisa que fez até os anos 80.

A ampliação da rede hospitalar psiquiátrica no Brasil teve comportamento variável em diferentes períodos de tempo. Em 1941 o Brasil tinha 62 hospitais psiquiátricos, sendo a maioria privados (tabela 1). Embora os hospitais privados fossem numericamente maiores, eles tinham apenas 19,3% dos leitos; os 23 hospitais psiquiátricos públicos detinham 80,7% dos leitos de psiquiatria no país (PAULIM & TURATO, 2004). A partir da década de 60, o número de hospitais psiquiátricos privados aumentou consideravelmente em todo o território nacional. Em 1981, dos leitos psiquiátricos disponíveis para internação, 70,6% eram privados e 29,4% eram públicos. O crescimento desenfreado do número de leitos privados no país a partir de 1966 decorreu da criação do INPS e da compra de serviços por este instituto (idem).

Tabela 1: Evolução do número de hospitais psiquiátricos, por natureza - Brasil -1941 a 1997

Ano	Hospital público	Hospital privado	Total	Relação público-privado
1941	23	39	62	1:1,6
1961	54	81	135	1:1,5
1971	72	269	341	1:3,7
1981	73	357	430	1:4,9
1991	54	259	313	1:4,8
1997	45	211	256	1:4,7

Fonte: DUARTE & GARCIA, 2013, p. 42.

O questionamento sobre o deficitário cuidado prestado pelos hospitais psiquiátricos tardou a chegar ao cenário brasileiro. Na Europa e nos Estados Unidos, ele ganhou força após a segunda guerra mundial. O impacto das atrocidades ocorridas nos campos de concentração da segunda guerra mundial sensibilizou as sociedades quanto a luta por direitos humanos. Foi um período de maior tolerância com as minorias, desenvolvimento de movimentos civis e crescimento econômico e social de muitos países (DESVIAT, 1999). Alguns países se ocuparam em repensar sua assistência psiquiátrica, propondo reformas no paradigma da doença mental e na hospitalização como tratamento preponderante. Considerando as características sanitárias dos diferentes países que iniciaram a crítica ao asilo, tivemos como resultado

diferentes movimentos de reformas psiquiátricas que convergiam criticamente sobre o tratamento desumanizado oferecido nos asilos. Porém, divergiam quanto a necessidade da existência do hospital psiquiátrico e de sua função terapêutica (DESVIAT, 2012, p. 29).

O período de crítica ao funcionamento asilar, chamado por Thornicroft e Tansella (2008) como o *declínio do manicômio*, foi o terreno propício para o surgimento de diferentes práticas institucionais, fundamentadas na crítica ao manicômio e voltadas à assistência psiquiátrica de base comunitária. Experiências de reformulação da assistência psiquiátrica surgidas na França, Inglaterra, Itália, Espanha e Estados Unidos se ampararam em três grandes conceitos fundamentais, desenvolvidos, reforçados ou abandonados em seus processos de amadurecimento: a necessidade da divisão do território em zonas, a continuidade do atendimento e a integração entre os níveis de atendimento (DESVIAT, 1999).

Entre os movimentos reformistas internacionais, a Reforma Psiquiátrica Italiana merece especial destaque. A revolução iniciada em Gorizia, por Franco Basaglia, em fins de 1961, continuada em Trieste, em 1971, nas palavras de Amarante (1995, p. 50), “demonstra ser possível a constituição de um circuito de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica”. A reforma italiana se debruçou sobre a reorganização da assistência psiquiátrica, promovendo mudanças mais profundas e críticas, questionando instituições, conceitos e legislações sobre o tema.

Em 13 de maio de 1978, foi aprovada na Itália a Lei 180, estabelecendo que não poderiam haver novas internações em hospitais psiquiátricos a partir daquele ano e não poderiam ser construídos novos hospitais psiquiátricos no país. A assistência psiquiátrica deveria acontecer em serviços psiquiátricos comunitários e as internações, quando necessárias, ocorreriam nos leitos destinados à psiquiatria nos hospitais gerais. A aprovação da Lei 180 efetivou a criação de serviços alternativos e o fechamento dos manicômios. Tal discurso influenciou fortemente o movimento reformista brasileiro que ensaiava seus passos, ansiando por novas possibilidades de tratamento mais humanas e democráticas. Basaglia esteve pessoalmente no Brasil nos anos de 1978 e 1979, trazendo notícias de seu trabalho em Trieste. No mesmo período intelectuais críticos das distorções sociais cometidas pela psiquiatria, como Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman, também estiveram em eventos no país (AMARANTE, 1995). O vigor das discussões trazia à tona o caráter repressivo das instituições psiquiátricas e a necessidade de formação do pensamento crítico em saúde mental.

O cenário brasileiro no campo da saúde mental em fins dos anos 70 e início dos anos 80 era preocupante. O país incentivou o aumento de sua rede hospitalar e dos seus leitos

psiquiátricos ao longo de décadas, principalmente de leitos privados, através da contratação de serviços pelo INPS. Dos leitos disponíveis em todo o sistema público de saúde brasileiro, 20% eram leitos psiquiátricos (SCHECHTMAN & ALVES, 2014). A internação em hospitais psiquiátricos foi a “terapêutica” mais prevalente da psiquiatria e não sem consequências.

Os hospitais psiquiátricos eram superlotados, iatrogênicos, cronificantes, segregadores e com alto índice de mortalidade. O uso indiscriminado de psicofármacos e o isolamento dos pacientes era a conduta preponderante nos hospitais psiquiátricos entre os anos 60 e 80 (GOULART, 2006).

O ineficiente e desumano modelo de cuidado psiquiátrico brasileiro virou objeto de denúncia nas vozes de trabalhadores e usuários insatisfeitos, e em capas de jornais de grande circulação. Tinha-se nesse momento dois elementos, dos três apontados por Desviat (2012, p.43), para que uma reforma da assistência psiquiátrica ocorresse: “uma demanda social e uma equipe de profissionais com consenso técnico, preparada para levar adiante a reforma”. A terceira condição citada por Desviat seria a “vontade política”. Esta ainda estava em construção, germinando junto ao clamor de redemocratização das instituições e da política nacional.

### 3.1 A ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA E A ATENÇÃO À CRISE NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A crítica ao manicômio e aos seus efeitos negativos sobre os sujeitos internados fez com que novas experiências de cuidado surgissem. A máxima de tais tratamentos pautava-se no atendimento comunitário das necessidades dos que sofriam de problemas mentais, prevenindo assim internações em instituições psiquiátricas e a reprodução do preterido cenário manicomial. A assistência comunitária deveria oferecer novas possibilidades de tratamento dos problemas psiquiátricos tanto para os que deixaram as instituições manicomiais quanto aos que ingressavam no sistema em busca de ajuda.

Essa é a terceira fase, que Thornicroft e Tansella (2008) denominaram “balanced care”. Refere-se a fase pós declínio manicomial, onde há esforço para o redirecionamento da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica e manicomial, para a assistência psiquiátrica comunitária, organizada em ofertas de serviços integrados e planejados dentro de um projeto assistencial comum.

A substituição do tratamento hospitalar pelo tratamento comunitário não aconteceria pela criação de um único serviço substitutivo. Seria necessária uma rede de dispositivos que conseguisse sustentar a permanência do sujeito com transtorno mental na comunidade. Entre os

dispositivos que comporiam essa rede, a internação hospitalar ainda fulgurou como essencial. A rede hospitalar permaneceu existindo nos países que fizeram suas reformas. A Itália, por exemplo, a partir da Lei 180, redirecionou suas internações psiquiátricas para os hospitais gerais, mantendo esse componente hospitalar de atenção à crise na rede de assistência comunitária, juntamente com outros dispositivos, como os Centros de Saúde Mental (CSM). A reorganização da rede de saúde mental italiana logrou êxito no setor público, porém o setor psiquiátrico privado daquele país manteve-se estável, oferecendo atualmente mais leitos para internação do que o setor público. Girolamo, analisando a reforma italiana, aponta que o sistema público italiano contava com 4.113 leitos para atenção a crise e o setor privado dispunha de 4.862 leitos com o mesmo propósito em 2006. A média de dias de internação dos leitos de internação de agudos do setor privado era de 37,6 dias. No setor público, essa média variava entre os serviços de atenção à crise, sendo 11,4 dias de permanência no hospital geral, 17,8 dias nos hospitais universitários e 21,1 dias nos centros comunitários que ofereciam leitos de crise (GIROLAMO, 2007, p. 85).

A reforma psiquiátrica americana, antecessora da reforma italiana, também criou seus dispositivos de atenção comunitária. Os Centros de Saúde Mental Comunitária eram o carro-chefe dessa nova perspectiva de tratamento. Tinham a missão da prevenção, diagnóstico e tratamento da doença mental (DESVIAT, 1999) e operavam junto com outros dispositivos comunitários. A ideia era tornar o hospital um recurso obsoleto, em desuso progressivo por consequências das ações preventivas e de tratamento dos serviços extra-hospitalares. A proposta comunitária sustentada por Caplan acabou por se mostrar limitada. Houve aumento da procura por internações hospitalares e os serviços comunitários se mostraram captadores e encaminhadores da nova clientela para hospitais psiquiátricos que continuavam a funcionar (AMARANTE, 2007). Impulsionada pela ajuda financeira dada pelos sistemas Medicare, Medicaid e Supplemental Security Income, uma nova comercialização da loucura passou a funcionar nos EUA e o setor privado voltou a se expandir após a redução do número de pacientes em regime de internação hospitalar ocorrida nos anos 60 (LOUGON, 2006).

O componente hospitalar para atendimento de pacientes agudos esteve – e está – presente nas principais reformas psiquiátricas ocorridas no mundo (italiana, espanhola, americana, francesa e inglesa). Os exemplos acima apenas afastam o romantismo de que a reforma psiquiátrica rompeu com o modelo hospitalar e o excluiu do rol de procedimentos aceitáveis na “nova psiquiatria”. Para Thornicroft e Tansella, “não há evidências de que um sistema equilibrado de saúde mental possa ser oferecido sem contar com leitos para pacientes agudos” (THORNICROFT & TANSELLA, 2010, p. 56). Porém, não serão ofertados mais os antigos

leitos manicomial que acolham as “crises psiquiátricas”. Pode-se dizer que a atenção em saúde mental contemporânea caminha na direção da superação das internações em hospitais psiquiátricos e redireciona o atendimento à crise para os hospitais gerais, depois de esgotadas as possibilidades de assistência na comunidade.

A internação psiquiátrica permanece tendo seu espaço no âmbito da assistência comunitária. As funções da internação psiquiátricas vão além de situações de crise, servindo, para avaliação e reavaliação de diagnóstico, desenvolvimento de um plano de tratamento, remoção do paciente do ambiente estressor, proteção do paciente de exploração, proteção contra si mesmo e contra comportamentos agressivos e desviantes (HOLLOWAY & SEDERER, 2011). Boa parte dessas funções poderiam ser oferecidas por uma rede de serviços comunitários ou uma equipe de tratamento comunitária mais intensiva, evitando assim algumas internações. Porém, a intervenção para manejo de crise no âmbito comunitário oferece limitações em casos onde não se consegue redução da exposição do paciente ao risco. São situações como:

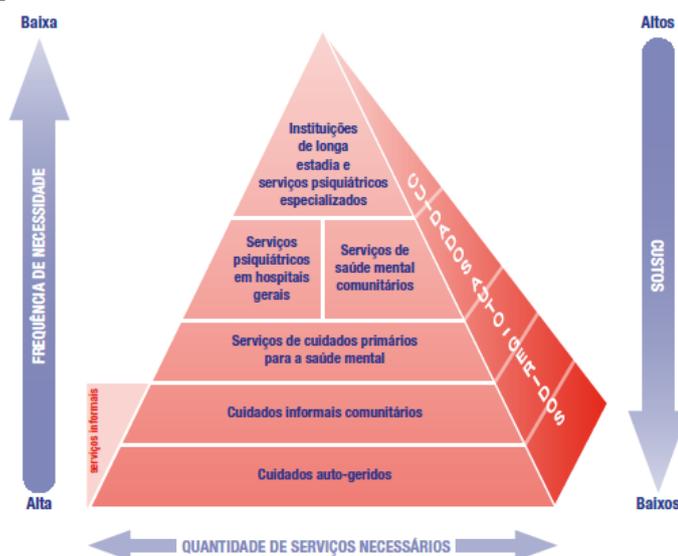
... ideação e comportamento suicida e homicida; auto-negligência séria ou risco de dano físico (devido, por exemplo, a confusão, ao pensamento desorganizado); doença mental e intoxicação aguda por drogas que requerem um breve período de cuidados médicos; supervisão médica devido ao ajuste da medicação, complicações médicas, efeitos colaterais, risco de exacerbação de sintomas; graves comorbidades físicas (HOLLOWAY & SEREDER, 2011, p. 169, tradução nossa).

Segundo estes autores, apesar dos avanços nas políticas e na maneira de tratar o sofrimento psíquico, a hospitalização permanece sendo uma opção em situações específicas como as narradas acima, depois de esgotadas as possibilidades de manejo da crise na comunidade. O papel que sobrou para a hospitalização é muito controverso. Ela acaba por ser o último nível da cadeia assistencial, associada a antiga internação manicomial. A duração do tempo da internação geralmente influenciará na visão positiva ou negativa que se tem da unidade hospitalar. A média de permanência do paciente no hospital é tida como um bom indicador de qualidade da assistência, sendo a tendência atual hospitalizações breves, em hospitais gerais.

Em 2008 a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) elaborou um relatório sobre a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Esquemáticamente, elaboraram uma pirâmide com diversos níveis do sistema de saúde, indo de cuidados auto geridos à “Serviços para longas estadias e serviços psiquiátricos especializados”. Essa seria a “Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental” (OMS/ WONCA, 2008). No último nível da pirâmide seria oferecida a uma pequena parte da população os cuidados especializados, não contemplados nos leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Seriam cuidados mais estendidos, a pessoas com perturbações

mentais graves, sem apoio familiar ou com comprometimento intelectual. Essa necessidade de cuidados continuados ocorreria no ambiente comunitário, em serviços residenciais terapêuticos, supervisionados por equipe de profissionais imbuídos de promover cuidados de saúde alinhados com a dignidade e os direitos humanos.

Figura 2 - A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental



Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA), 2009, p.18.

Um estudo conduzido pela equipe da divisão de psiquiatria da faculdade de medicina de Ribeirão Preto (USP) avaliou todas as internações psiquiátricas ocorridas na cidade entre os anos de 1998 e 2004. A pesquisa comparou as internações ocorridas na emergência, no hospital geral e no hospital psiquiátrico. Os resultados mostraram que 80% do total de internações pesquisadas duraram menos do que 20 dias, sendo quase 50% das internações resolvidas em 2 dias. Apenas 11,30% do total de internações duraram mais do que 30 dias. A duração da internação variou conforme o local de tratamento. Na emergência, 90% das internações duraram 2 dias e quase todas se resolveram em até 10 dias. No hospital geral, 50% das internações duraram menos do que 20 dias e 26,9% foram superiores a 30 dias. No hospital psiquiátrico, as internações de curta e média permanência variaram de 3 a 10 dias (35,7%) e 11 a 20 dias (30,1%) respectivamente. Em 15,8% das internações houve permanência superior a 30 dias. A pesquisa não tinha o objetivo de avaliar as razões do tempo de permanência hospitalar, mas levantou como hipótese que o tempo de hospitalização variou em função da organização da rede de saúde mental e da gravidade de estressores psicossociais, desemprego, insuficiência

financeira e insuficiência de recursos sociais. Também indicou que o aumento das internações poderia estar relacionado a não implantação de serviços extra hospitalares (BARROS et al., 2010).

Outro estudo conduzido também na cidade de Ribeirão Preto (SP) em 2006 avaliou as características sociodemográficas e a taxa de permanência hospitalar no hospital psiquiátrico da cidade, de pacientes em situação de reinternação. A taxa de permanência variou entre 33,5 dias para o setor de agudos e 14,5 para o setor de tratamento de dependência química. O estudo apontou que características sociodemográficas influenciavam a taxa de permanência hospitalar. As mulheres ficavam em média 36 dias internadas e os homens 17,3 dias internados, por exemplo (MACHADO & DOS SANTOS, 2011).

Pesquisa realizada por Silva e sua equipe, em uma unidade de psiquiatria no hospital geral do Estado do Paraná, concluiu que a média de dias de internação para seus pacientes era de 26,2 dias. Das pessoas internadas na unidade, 53,7% permaneceram entre 16 e 30 dias e 31,3% permaneceram mais de 31 dias internadas. As internações curtas, menores do que 15 dias, totalizavam 15% do número de internações. Este estudo investigou também os encaminhamentos para a internação e verificou que 40,8% das internações foram solicitadas por serviços públicos da rede de saúde, sendo 17,1% das internações encaminhadas pelo CAPS (SILVA et al., 2014).

A duração da internação tem sido influenciada por diferentes fatores, entre eles fatores biopsicossociais. Estudos que compararam pacientes que retornaram ao meio comunitário com pacientes que permaneceram institucionalizados concluíram que os primeiros tinham melhor qualidade de vida, menor necessidade de medicação, maior rede social e menor taxa de mortalidade. O retorno mais rápido à vida comunitária pode ser o apelo da redução dos dias de internação, pois, comparativamente, os pacientes que estão na vida comunitária tem melhor qualidade de vida (URIARTE, 2012).

Um estudo comparativo entre os sistemas de atenção à saúde mental da Itália, Holanda e Austrália concluiu que a permanência hospitalar mais curta acontecia aonde os serviços comunitários estavam mais desenvolvidos. Concluíram também que um grupo pequeno, mas significativo, de pacientes muito graves, precisava de hospitalização prolongada. A conclusão geral do estudo foi que a permanência curta é adequada quando se pode contar com uma rede de recursos comunitários de alta qualidade, que atuará na organização da alta hospitalar do usuário da saúde mental (SYTEMA et al., 2002).

Embora haja variações sobre o tempo ideal de permanência no leito hospitalar e a tipologia do componente hospitalar que comporá a rede assistencial comunitária, as

experiências e os estudos científicos apontam para a assistência em saúde mental comunitária, dentro de uma rede de saúde hierarquizada, coordenada e organizada. O componente hospitalar permanece presente nas reformas psiquiátricas, com significativa participação na assistência ao paciente agudo. Ele terá seu padrão de uso influenciado diretamente pela rede de saúde da qual participa. Seu protagonismo pode ser maior ou menor, dependendo da qualidade e da quantidade de serviços comunitários que compõem sua rede. Se há uma rede extra-hospitalar eficiente, os quadros de pacientes agudos tenderão a ser estabilizados primeiro por essa rede, ficando o componente hospitalar reservado a casos de maior complexidade. Segundo Barros e colaboradores (2010, p.74), problemas na provisão dos serviços extra-hospitalares como “atendimento multiprofissional restrito, limitação de propostas terapêuticas, falta de vagas para atendimentos, deficiência na disponibilidade de medicamentos e sobrecarga por demandas judiciais” vão ser determinantes na dificuldade de estabilização do paciente em crise.

#### 4 A REDE DE SAÚDE MENTAL E O HOSPITAL GERAL

O término das internações psiquiátricas em manicômios tem sido possível com a substituição do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico por um modelo de tratamento em rede, que considera ser possível a manutenção da vida de quem sofre de problemas relacionados a saúde mental na comunidade. Espera-se que a crise deixe de ser especialidade de serviços de emergência psiquiátrica e passe a ser responsabilidade de todo o sistema de saúde mental, disposto em rede. A organização da assistência em saúde mental, baseada na comunidade, aponta que a base do sistema de atenção à crise não são os serviços especializados, dirigidos à crise, mas sim a rede de assistência que sustenta os projetos dos usuários na comunidade, se antecipando às situações de crise. Porém, esgotadas as possibilidades de manejo de casos agudos nos dispositivos extra-hospitalares, a internação pode se tornar uma probabilidade concreta.

Seguindo a tônica da assistência comunitária em saúde mental, o hospital geral vem se constituindo como escolha preferencial de internação de casos agudos em diversos países. A opção pela hospitalização em leito no hospital geral não é nova, tampouco nasceu com as Reformas Psiquiátricas americana e europeias. Há registro de uma primeira enfermaria psiquiátrica em hospital geral no ano de 1728, em Londres. Organizada por Thomas Guy, a “Lunatic House” oferecia no hospital St. Thomas, tratamento para 20 pacientes (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Embora seja considerada a primeira enfermaria psiquiátrica em hospital geral, a experiência da Lunatic House não se aproximava do sentido moderno de enfermaria psiquiátrica em hospital geral. A primeira enfermaria psiquiátrica em hospital geral, com características modernas, que contemplavam “planejamento terapêutico, integração à medicina geral, internações breves com rápido retorno à comunidade de origem” surgiu em 1902, no Albany Medical Center, em Nova Iorque (Idem).

Impulsionados com a criação de departamentos psiquiátricos nos hospitais universitários pela Divisão de Ciências Médicas da Fundação Rockefeller (BRASIL, 1982), os leitos de psiquiatria passaram a ser instalados em diversos hospitais americanos após 1933. A inauguração dessas unidades possibilitou que a psiquiatria adentrasse o hospital geral e mostrou à psiquiatria americana uma nova forma de oferecer assistência aos portadores de transtornos mentais.

A segunda guerra mundial teve importante participação no aumento do número de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Durante o período da guerra, pacientes com transtornos mentais eram internados em hospitais de campanha, junto aos pacientes com

patologias orgânicas. Como o número de psiquiatras era insuficiente, clínicos e cirurgiões tiveram que ser treinados para tratar de patologias psiquiátricas (Idem). Ao final da guerra, a experiência mostrou que era possível tratar em um mesmo lugar pacientes orgânicos e psiquiátricos.

A crítica aos macro hospitais, a adesão de psiquiatras às propostas de saúde pública, o questionamento da internação como modelo ostensivo de tratamento, o desenvolvimento da psicofarmacologia, das abordagens terapêuticas e a necessidade de ensino da prática psiquiátrica também foram razões que estimularam a criação de leitos de psiquiatria em hospitais gerais (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Os anos pós 1950 são fundamentais para reavaliar o modelo psiquiátrico hospitalar e sua eficiência terapêutica. Os hospitais psiquiátricos eram dotados de recursos clínicos limitados e basicamente ofereciam o isolamento e a vida regrada como alicerces do tratamento. No início da década de 1950 o primeiro antipsicótico foi descoberto (KAPLAN, 1993) e no mesmo período surgiu a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), da Associação Americana de Psiquiatria (FREITAS & AMARANTE, 2015).

No Brasil, a primeira experiência de assistência psiquiátrica em hospital geral surgiu no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, em 1954. Contava com seis leitos para mulheres e com um ambulatório de psiquiatria (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Ainda em 1954 e 1957 outras duas experiências marcaram o cenário nacional. São elas: a Unidade Psiquiátrica do hospital dos Comerciários (SP) e unidade de psiquiatria do Hospital Pedro II, da Universidade de Recife (PE), respectivamente.

Embora a implantação de leitos de psiquiatria no hospital geral surgisse como alternativa à hospitalização ineficiente e prolongada, houve pouco avanço na criação de unidades de psiquiatria em hospitais gerais no país. Brasil (1982), realizou uma pesquisa sobre as unidades de psiquiatria em hospitais gerais vinculados a escolas de medicina no Brasil. Das 75 escolas de medicina pesquisadas em 1982, apenas 48 responderam se haviam leitos psiquiátricos disponíveis em seus hospitais. Das 48 escolas respondentes, apenas oito faziam internações psiquiátricas em suas unidades. A pouca difusão dessa modalidade assistencial foi um achado preocupante na pesquisa de Brasil, tendo em vista que os hospitais gerais universitários deveriam desenvolver processos assistenciais compatíveis com práticas contemporâneas efetivas, alinhadas com as modernas experiências e orientações de saúde.

Os leitos de saúde mental em hospitais gerais podem oferecer um cuidado integral mais intensivo e articulado em rede. Segundo Dias e colaboradores (2010) as internações devem constituir tratamentos mais intensivos, com maior número de atendimentos e avaliações, e de

forma mais rápida. O uso dos leitos visa também o combate ao estigma, igualando a lógica da internação psiquiátrica com a internação clínica. O tratamento deve ser regulado e integrado com os demais dispositivos assistenciais, construindo consensos sobre urgência, atenção integral, atendimento à crise e regionalização. As equipes territoriais dos diversos componentes da rede devem estar articuladas, de maneira que se desenvolva a corresponsabilidade pelos casos assistidos e se recorra a internação somente depois de esgotadas as possibilidades comunitárias. Essas recomendações visam fazer com que o hospital geral não responda a qualquer tendência de isolamento ou centralização, se mantendo como benéfico no atendimento à crise psiquiátrica desde que funcione em rede. A internação psiquiátrica em hospital geral é apontada como vantajosa por diversas razões, conforme as elencadas no quadro abaixo:

Quadro 1- Vantagens das internações psiquiátricas em hospitais gerais segundo BOTEGA & DALGALARRONDO.

<b>Vantagem</b>	<b>Descrição</b>
Diminuição do preconceito com a doença mental	Os transtornos mentais podem ser vistos com mais naturalidade e aceitação pelos pacientes, familiares, profissionais e população geral.
Proximidade e acesso ao hospital geral	Os hospitais gerais devem estar mais próximos das populações atendidas. Quando essa proximidade acontece, favorece a regionalização e continuidade da assistência nos moldes previstos pela RAPS.
Maior transparência	Não sendo tão isolados, os hospitais gerais permitem uma melhor observação contra possíveis abusos e maus tratos a pacientes internados.
Maior integração com a saúde geral	A assistência integrada a outras especialidades médicas pode facilitar o reconhecimento e tratamento de doenças e intercorrências clínicas que antes acabavam por ser negligenciadas.
Melhor integração da prática psiquiátrica	A formação de novas gerações de profissionais, com uma mentalidade e uma postura mais favorável à desestigmatização da doença mental pode acontecer nos programas de treinamento que operem nos dispositivos inseridos na RAPS (entre eles o Hospital Geral).

Fonte: adaptado de BOTEGA & DALGALARRONDO, (1993) e BOTEGA (2002).

Segundo publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (2005), a integração dos dispositivos de saúde mental na rede de saúde geral é um dos pontos de partida para qualquer processo de reforma. Quando as hospitalizações ocorrem dentro da rede de saúde geral, evita-

se a marginalização do paciente e este pode se beneficiar de outros serviços oferecidos pelo hospital, contribuindo para elevar o seu nível de saúde. Mas os proveitos da internação em hospital geral não podem se resumir ao acesso a exames e diagnósticos. A hospitalização será passageira, durante a agudização, e apenas terá sentido se for tratada como uma fase do projeto terapêutico do sujeito, necessitando da continuidade do tratamento em serviços comunitários depois da alta.

Os dispositivos comunitários de atendimento (CAPS, por exemplo) devem ter relação coordenada com os hospitais gerais que fazem internação psiquiátrica. Segundo Moreno e Desviat (2012), essa coordenação é fundamental para a congruência e atuação sinérgica de dispositivos e profissionais, assim como para garantir a continuidade do cuidado da comunidade ao hospital e vice-versa.

Estudo realizado na cidade de Sobral (CE) por Souza e colaboradores (SOUZA, 2010) investigou a dinâmica do funcionamento da emergência psiquiátrica localizada no hospital geral, no centro da cidade. O hospital tinha como regra a permanência máxima do paciente por 72 horas. Após esse período, o paciente deveria ser encaminhado para continuidade de assistência ou alta em equipamentos da rede de saúde. A análise dos encaminhamentos pós-alta, demonstrou que pouco mais de 60% dos pacientes foram encaminhados para o CAPS da cidade ou vizinhanças e 26,74% dos encaminhamentos após a alta foram para serviços de atenção básica ou ambulatoriais. O encaminhamento não configura por si só um trabalho em rede, mas, no caso da experiência estudada, fala de um desenho assistencial cuja a emergência funciona como corresponsável pelos casos do território. Por não trabalhar de maneira isolada, a emergência consegue participar do desenho da rede de saúde mental de forma horizontalizada. Em estudo de revisão bibliográfica sobre a inserção da psiquiatria em hospital geral, Hildebrandt & Alancaste apontam que a internação do usuário de saúde mental em hospital geral requer serviços extra-hospitalares que ofereçam suporte após a alta, pois as internações tenderão a ter duração menor (HILDEBRANDT L.M & ALANCASTE M.B, 2001).

A carência de leitos de saúde mental em hospitais gerais é um inegável problema, mas ter um leito em Hospital Geral não garante por si só boa assistência. Os leitos de saúde mental em hospital geral representam uma opção de internação hospitalar mais humanizada e eficiente, porém algumas pesquisas têm demonstrado a grande variedade de práticas assistenciais adotadas por essas unidades, podendo inclusive ser mais restritivas do que os hospitais psiquiátricos convencionais.

Gigantesco e outros pesquisadores (2007), em estudo inédito na Itália, avaliando o processo de cuidado oferecido em 3431 leitos de saúde mental, distribuídos em 23 Hospitais

Universitários, 262 Hospitais Gerais e 16 Centros Comunitários de Saúde Mental, se depararam com achados importantes sobre o funcionamento das unidades de crise italianas. A média de permanência na internação variou entre 18,5 dias nos hospitais universitários, 37,09 dias nos centros comunitários de saúde mental e 12,09 dias nos hospitais gerais. Em menos da metade das unidades existiam atividades estruturadas de lazer, como xadrez ou jogos de cartas. As unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais eram mais rígidas do que os hospitais universitários e os centros comunitários de saúde mental. Sobre a contenção física, esta acontecia com mais frequência em unidades com maior número de regras, que eram os hospitais gerais. Na maioria das enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais as portas eram fechadas e a presença de maior quantitativo de recursos humanos não fazia com que essa tendência se invertesse. As descobertas sugeriram que as instalações para pacientes agudos são dominadas por uma abordagem estritamente médica, com centralidade da terapia farmacológica, em desacordo com as expectativas dos pacientes (GIGANTESCO et al, 2007).

Larrobla e Botega (2006), em um estudo nacional realizado com dez hospitais gerais do interior de três Estados brasileiros, apontou que o espaço disponibilizado para os pacientes psiquiátricos internados geralmente era insuficiente, sem estrutura para acomodar pertences pessoais. O tempo de internação variou entre 15 e 28 dias e a permanência de pacientes psiquiátricos na enfermaria suscitou desconforto na equipe do hospital. Tal sentimento se deu em função da dificuldade de lidar com pacientes agressivos, da longa estadia do paciente e a da responsabilidade que o hospital tinha com os demais pacientes. Dos dez hospitais estudados, seis contavam apenas com a terapia farmacológica (LARROBLA & BOTEGA, 2006).

O protagonismo da terapia farmacológica também foi observado no estudo conduzido por Da Silva (2014). Quase a totalidade dos pacientes que receberam alta das internações na unidade estudada saíram com uso de psicofármacos, porém, surpreendentemente, 58,5% dos pacientes não foram encaminhados para continuidade do acompanhamento em serviços de referência. A psicofarmacologia tem importante papel no controle dos sintomas psiquiátricos e diminuição de reinternações, mas o uso de medicações psicotrópicas requer acompanhamento contínuo e apenas a recomendação do uso não garante a adesão ao tratamento farmacológico. O não encaminhamento dos usuários para tratamento em serviços de referência depois da alta pode acarretar em reinternações.

Dalgalarondo (2003) estudou as variáveis clínicas e socioeconômicas associadas com êxitos ou fracassos das internações psiquiátricas em hospital geral. Os desfechos foram definidos a partir de duas variáveis: condição de alta e duração da internação. Os melhores desfechos eram os de internações inferiores a 21 dias e bom exame do estado mental e

comportamental no momento da alta. Um desfecho desfavorável era considerado em internações superiores a 21 dias e com exame mental e comportamental refletindo pouca melhora clínica. O estudo concluiu que os piores desfechos das internações aconteciam com quadros psicorgânicos, em pacientes que tinham mais de 60 anos e não exerciam função social (trabalho, estudo e tarefas domésticas). Tal achado apontou para a existência de um grupo de pacientes internados em leitos psiquiátricos em hospital geral que necessitam de atividades de reabilitação psicossocial, com treinamento em habilidades sociais e orientação dos cuidadores.

Independentemente da modelagem adotada para o funcionamento dos leitos de saúde mental em hospital geral, fatores de resistência à prática de saúde mental em hospital geral perpassam as diversas experiências. O risco de violência e a instabilidade dos pacientes aparece constantemente nas preocupações de membros das equipes de hospitais gerais (BRASIL, 1982; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; DO PRADO et al, 2015). Outros problemas como inadequação do espaço físico e distorção da missão assistencial do leito de saúde mental, submetendo-se ao modelo médico biológico, também apareceram como problemas (BRASIL, 1982; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993; DO PRADO et al, 2015; HILDEBRANDT, 2001). Será apresentado a seguir um quadro com os principais fatores de resistência à implantação dos leitos de saúde mental em hospital geral, segundo diferentes autores:

Quadro 2 - Fatores de resistência à implantação de internações psiquiátricas em hospitais gerais segundo diferentes autores.

Autor(es)	Fator de resistência
Botega e Dalgarrondo, 1993.	“preconceitos e estigmas relacionados à doença mental e ao seu tratamento. Para muitos ainda “lugar de louco é no hospício”
	“preconceitos relacionados à periculosidade dos doentes mentais. Há o temor de que doentes mentais possam representar um perigo de agressão física para os outros pacientes do hospital e pessoal técnico.”
	“temor de que, ao se aceitarem doentes mentais no hospital geral, estes viriam em número crescente e que não haveria como cuidar deles; temor de que os doentes mentais crônicos fiquem ocupando leitos caros e originalmente concebidos para tratar doenças somáticas curáveis”.
Do Prado, de Castilho Sá e Miranda, 2015.	“ideia de que estes pacientes (psiquiátricos) interrompem a estrutura e o fluxo do trabalho da equipe e requerem mais tempo e esforço desta;”
	“Em relação à interação medicamentosa, pode-se considerar que o tratamento farmacológico de pacientes com transtorno mental se apresenta como grande desafio aos profissionais médicos em geral”.
Lucchesi e Malik, 2009.	“a ideia de intratabilidade dos transtornos mentais, particularmente no hospital geral, trouxe à tona a marca da degeneração atribuída sobretudo aos portadores de transtornos mentais severos. Já “cronificados”, esses pacientes supostamente demandariam cuidados hospitalares ininterruptos, afetando negativamente a imagem da instituição”
	Desinteresse dos sistemas locais de saúde em implementarem as políticas de saúde mental, aliadas a postura passiva do órgão gestor no planejamento, organização e controle da rede de saúde local.

Fonte: BOTEGA N. & DALGALARRONDO P., 1993; DO PRADO M.F., SÁ M.de C., 2015; LUCCHESI, M., MALIK,A.M, 2009.

Entre as razões mencionadas, o desinteresse na prestação de serviços de saúde mental chama a atenção. Lucchesi e Malik (2009) avaliaram a implantação de leitos psiquiátricos em um hospital geral de Taubaté –SP e perceberam que o estigma não pareceu ser o maior fator de resistência encontrado na implantação dos leitos. A existência de uma visão auto referenciada da instituição, alheia a qualquer política de saúde local fez com que a unidade optasse por prestar a assistência que melhor lhe conviesse, sem respeitar padrões de cobertura e oferta de serviços de saúde. O trabalho concluiu que a postura passiva do órgão público gestor, que pouco influía no planejamento e organização da rede de saúde local, foi determinante para o desenho desestruturado da rede de saúde do município. A resistência foi superada quando o órgão gestor

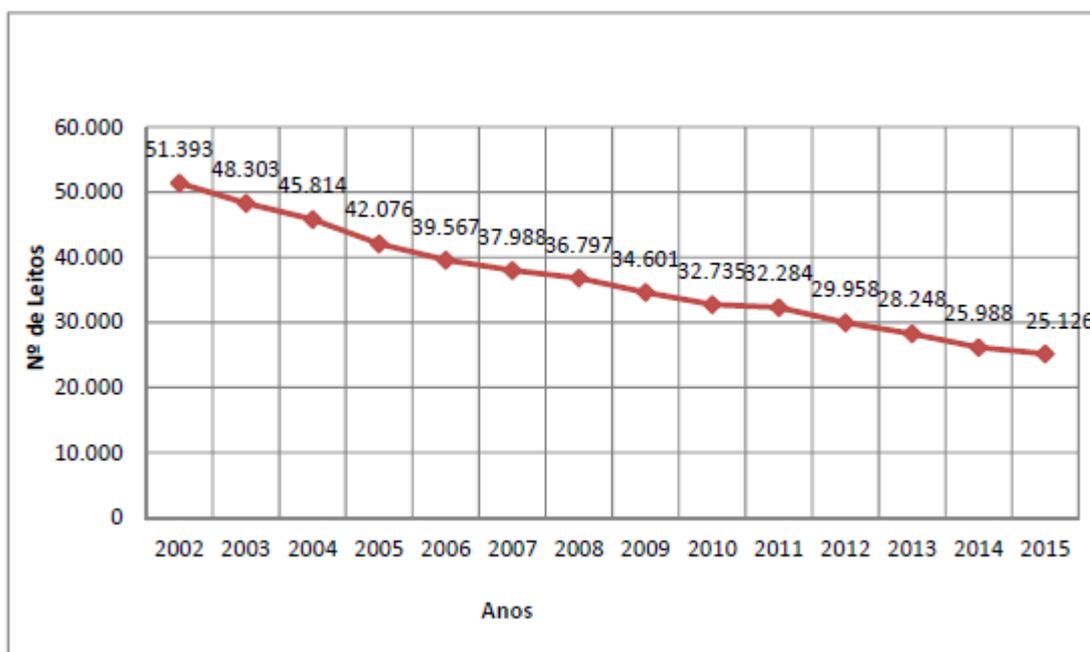
assumiu sua ascendência sobre a unidade hospitalar viabilizando o funcionamento dos leitos e melhorando a remuneração pelas internações na unidade.

#### 4.1 OS LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL E O CONTEXTO ASSISTENCIAL NACIONAL

A organização da rede assistencial extra-hospitalar de maneira regionalizada e hierarquizada é condição essencial para que aconteça a reversão do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos estratégicos no atendimento aos portadores de sofrimento mental no âmbito comunitário. O CAPS nasceu em 1987, em São Paulo, com a missão de ser um potente dispositivo para atendimento comunitário a casos graves, oferecendo a uma população adscrita atendimento de cuidado intermediário entre a internação e o ambulatório (TENÓRIO, 2002). A ideia principal era proporcionar um espaço que pudesse protagonizar a organização da rede de saúde mental substitutiva, servindo também como porta de entrada da rede comunitária para casos que necessitassem de cuidados intensivos, evitando internações. A medida que as internações fossem evitadas e os pacientes pudessem ficar maiores períodos estabilizados e sem se internar, poderia haver diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Quando se fizesse necessária a internação, os leitos de saúde mental em hospital geral poderiam suprir essa demanda de maneira menos iatrogênica.

O relatório da coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) aponta que em 2002 o número de leitos em hospitais psiquiátricos era de 51.393 leitos. Em 2015 haviam diminuído para 25.126. Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial, seu quantitativo passou de 404 em 2002 para 2328 em 2015. Esses números expressam a trajetória histórica e política que vem sendo afirmada pelo subsetor de saúde mental brasileiro. Está em curso no país a reorientação da assistência psiquiátrica, com marcante presença na legislação de saúde, na diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados, na reorientação para uma assistência de base comunitária e na implantação de novos componentes da rede de cuidados.

Gráfico 1 - Leitos do Sistema Único de Saúde em hospitais psiquiátricos por ano – Brasil – dezembro de 2002 a dezembro de 2015.



Fonte: BRASIL, 2016.

A ampliação do número de leitos de saúde mental em hospitais gerais no Brasil vem se afirmando como desafio a ser superado. Em publicação de Delgado (1997), ele escrevia que os leitos asilares estavam em redução, os CAPS em crescimento, mas os leitos de psiquiatria em hospital geral não apresentavam crescimento. Na época de seu texto, se contabilizavam 1765 leitos de psiquiatria em hospitais gerais (DELGADO, 1997). Em 2014 esses mesmos leitos somavam 4620 em todo o país (BRASIL, 2015). O aumento do número de leitos cresceu em ritmo incompatível com sua importância na rede de saúde mental substitutiva. O Brasil reconhece a importância do hospital geral no atendimento aos portadores de transtornos mentais e vem editando leis, portarias e resoluções, tentando induzir seu uso e qualificar a rede já existente.

No que tange aos leitos psiquiátricos em hospital geral, a portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 teve fundamental importância em criar diretrizes e normas para diversos tipos de atendimentos, entre eles os atendimentos psiquiátricos no hospital geral. Essa portaria estabeleceu parâmetros para funcionamento dos leitos no hospital geral, garantindo sua existência nos padrões compatíveis com a reforma psiquiátrica. A internação deveria ser o último recurso e quando necessária, precisaria acontecer com a participação de equipe multiprofissional e de forma coordenada com serviços locais. Vinte anos depois, em janeiro de 2012, o componente hospitalar foi regulamentado através da portaria MS/GM nº 148, passando

a se chamar “Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas” ficando estabelecido que deverá prestar assistência a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de maneira articulada e integrada com os demais serviços da RAPS, por menor tempo necessário, visando a construção de um projeto terapêutico que contemple as necessidades do indivíduo e garanta a continuidade da assistência após a internação. A portaria MS/ GM nº 148 manteve os propósitos reformistas e substitutivos dos leitos de saúde mental em hospital geral, porém estabeleceu novos parâmetros para seu funcionamento. Duas principais mudanças que merecem ser destacadas são: para que os leitos sejam cadastrados e remunerados, têm-se a necessidade de existência de ações de saúde mental na atenção básica e CAPS no município; os leitos são um componente de uma rede maior, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída com a portaria MS/ GM 3088.

A portaria MS/ GM 3.088, de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela aparece como um dos componentes a atenção hospitalar, composta por “a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;”.

Os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas ainda apresenta tímida participação na assistência a agudos no país, sendo seu total 1005 leitos em 206 hospitais no ano de 2015 (BRASIL, 2015). Tentando dirimir as dificuldades enfrentadas na implantação dos leitos de saúde mental, a Coordenação nacional de saúde mental vem adotando algumas medidas de estímulo. No Relatório de Gestão 2011-2015 elaborado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas são apresentadas medidas que buscam parcerias com a Rede de Urgência e Emergência, e com o Ministério da Educação, tentando sensibiliza-los quanto a adoção de leitos de saúde mental em Hospitais Universitários Federais. Além disso, incentivos federais de implantação e custeio de leitos de saúde mental em hospital geral foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde para as unidades que atendessem às exigências para o credenciamento.

As medidas indutivas ainda não se mostraram suficientes para a conversão dos leitos localizados em hospitais psiquiátricos em leitos em hospitais gerais. O cenário atual da

distribuição dos leitos nos dois dispositivos expressa números ainda desproporcionais (1005 leitos em Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e 25.126 leitos em hospitais psiquiátricos do SUS). Ou seja, dos 26.131 leitos para atendimento a agudos, apenas 3,84% são leitos de saúde mental em hospitais gerais.

Os leitos para pacientes agudos em hospitais gerais surgiram como oportunidade de redesenhar a rede assistencial em saúde mental e oferecer atendimento de forma menos estigmatizada e iatrogênica. No Brasil, a assistência extra-hospitalar, representada principalmente pelos CAPS, vem garantindo que haja opção no atendimento aos portadores de transtorno mental, evitando internações desnecessárias. Os leitos de saúde mental em hospital geral, organizados dentro das RAPS, podem contribuir na diminuição do tempo de internação e construção coletiva de um projeto terapêutico para aquele que sofre. Apesar dos esforços para que isso aconteça, as internações em hospitais psiquiátricos ainda são mais ofertadas do que as internações em hospitais gerais. A rede de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro é exemplo disso e seu estudo pode revelar as dificuldades por trás da expansão dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

## 5 A SAÚDE MENTAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Para compreender o desenho assistencial atual da saúde mental no município do Rio de Janeiro, se faz necessário retornar alguns anos e fazer uma rápida mirada em seu modelo de assistência, principalmente nos anos 90. A cidade tinha sido sede do império e depois capital federal até 1960. Por essa razão sofreu com a aglomeração populacional e foi privilegiada em relação a implantação de serviços de saúde. No campo psiquiátrico, o Rio de Janeiro recebeu o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Nacional de Alienados. Seguiu forte tradição hospitalocêntrica, implantando outros hospitais de grande porte, públicos ou conveniados, como a Colônia Juliano Moreira, o Centro Psiquiátrico Pedro II, o hospital Philippe Pinel e a Casa de Saúde Dr. Eiras. Em 1997, a cidade tinha a oferecer 5636 leitos para internação psiquiátrica, sendo que destes leitos, 2958 leitos estavam no setor privado (MAIA, 2012), em clínicas de péssima qualidade que vendiam seus serviços ao setor público.

A gestão municipal tinha participação limitada nas ações de saúde mental da cidade até o início dos anos 90. A oferta mais consistente de atendimento às crises psiquiátricas era a internação, que acontecia em hospitais sob gerência do Ministério da Saúde (MS) ou na rede contratada, ligada ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este mesmo instituto também possuía uma rede ambulatorial que, junto com os hospitais de internação e as emergências psiquiátricas, compunham os serviços de assistência psiquiátrica do território. A opção pública que se tinha na época era basicamente a internação psiquiátrica com alta expectativa de reinternação. O município do Rio de Janeiro pouco podia intervir na organização de sua rede assistencial psiquiátrica. A cidade não dispunha de nenhum serviço próprio, hospitalar ou ambulatorial, de atendimento a clientela com grave comprometimento psíquico (SILVA, 2003).

A década de 90 condensou diversos fatores que favoreceram a organização da política de saúde mental do Rio de Janeiro. Foi uma época de conquistas, com a concretização do SUS e da municipalização. A extinção da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e sua substituição pela Coordenação Nacional de Saúde Mental representou importante passo na formulação e implantação de políticas de saúde mental, alinhadas com a reforma psiquiátrica e a qualificação da assistência pública. Os municípios foram chamados a assumir responsabilidades com seus moradores (MAIA, 2012) e isso impulsionou a organização da assistência psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro. Uma das mais importantes ações do âmbito municipal foi a realização de um censo da população de internos em hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS, na cidade do Rio de Janeiro, em 1995. Neste mesmo ano o

município passou a ser gestor incipiente do sistema único de saúde municipal, podendo exercer maior controle e fiscalização sobre as clínicas psiquiátricas contratadas. O município assinava a autorização de pagamento da AIH (autorização de Internação Hospitalar) para remunerar a rede conveniada e passou a fazer seu papel, de fiscalizar aquilo que era “comprado” enquanto serviço. Ainda na década de 90 aconteceram as municipalizações dos três grandes hospitais psiquiátricos Federais (Colônia Juliano Moreira, Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Phillipe Pinel) ocorridas entre 1996 e 1999 possibilitando que a gestão municipal se apropriasse cada vez mais do gerenciamento dos leitos psiquiátricos da cidade. A partir dessas ações (municipalização de hospitais federais, fiscalização das clínicas conveniadas e a realização do censo) o município do Rio de Janeiro traçou as estratégias necessárias para o início da substituição de seu parque hospitalar psiquiátrico.

O censo hospitalar foi realizado pelo IPUB/ UFRJ, ENSP/ FIOCRUZ e Secretaria Municipal de Saúde. Era composto de um questionário-padrão e de dados qualitativos colhidos em diário de campo. O censo revelou o perfil clínico e sócio-econômico da clientela internada nos hospitais psiquiátricos da cidade e serviu também para conhecer a realidade vivida pelos pacientes nos hospitais de internação. Segundo Tenório, “no contexto da municipalização, portanto, o Censo se desenha como um instrumento estratégico de conhecimento da clientela e dos serviços pelos quais o município foi chamado a zelar” (TENÓRIO, 1999, p.198). Os dados mostrados pelo censo subsidiaram as estratégias necessárias para o início da reversão do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário de saúde mental na cidade.

Entre os achados do censo, três merecem ser apreciados, pois foram fundamentais no esboço da nova rede de saúde que se pretendia criar. O primeiro diz respeito às péssimas condições dos hospitais que promoviam as internações. Os pacientes eram confinados em espaços insalubres, inadequados arquitetonicamente e sem assistência psiquiátrica adequada. O segundo ponto dizia sobre o tratamento dos pacientes antes da internação. Apenas 12,72% estavam na sua primeira internação; as reinternações eram constantes e representavam a quase totalidade da amostra. Afora isso, incoerentemente, 56,90% não faziam tratamento ambulatorial entre as internações (RIETRA, 1999). O tratamento era a internação para a grande maioria dos pacientes avaliados pelo censo. O terceiro ponto importante levantado pelo censo foi descobrir de onde os pacientes eram. Como o grande quantitativo de pacientes pesquisados no censo era da região de Irajá (15,74%), optou-se por ali construir o primeiro CAPS da cidade (RIETRA, 1999). Segundo CERQUEIRA (2008), o CAPS Rubens Corrêa nasceu da necessidade de receber a clientela grave, revelada no Censo que utilizava a internação do Centro Psiquiátrico Pedro II como único recurso de tratamento. A criação do primeiro CAPS representou um ponto

de partida para a revisão da política hospitalar e sua substituição por uma rede comunitária de saúde mental, incumbida de tentar barrar as internações psiquiátricas e oferecer assistência comunitária de qualidade aos portadores de sofrimento mental.

A realização do Censo e o conhecimento da rede hospitalar psiquiátrica municipal, alinhadas com o início da implantação dos CAPS e a organização da rede ambulatorial da cidade logo começaram a dar frutos. Nos cinco anos iniciais, cerca de 10% dos leitos psiquiátricos da cidade foram fechados.

Tabela 2 - Leitos psiquiátricos disponíveis no Sistema único de Saúde, por natureza, no município do Rio de Janeiro - outubro de 1995 e março de 2000.

<b>Natureza</b>	<b>Outubro de 1995</b>	<b>Março de 2000</b>	<b>Percentual de variação</b>
Contratado	3.009	2.660	- 11,6%
Federal	3	3	0%
Federal (verba própria)	2.039	494	-75,8%
Estadual	435	460	+5,7%
Municipal	15	1.072	+7.046,7%
Filantrópico	153	62	-59,5%
Filantrópico (isento de tributos e contribuições sociais)		252	-
Universitário (pesquisas)	127	155	+22,0%
<b>Total</b>	<b>5.781</b>	<b>5.158</b>	<b>-10,8%</b>

Fonte: SILVA, 2003.

O município conseguiu manter o curso da diminuição dos leitos psiquiátricos na cidade, priorizando a permanência dos leitos públicos na prestação da assistência. Os leitos contratados foram sendo descredenciados do SUS e substituídos por outras modalidades de assistência. Nos últimos quatro anos o número de leitos disponíveis em hospitais psiquiátricos da cidade despencou de 1887 para 757 leitos, sendo que a participação do setor contratado deixou de existir em 2018. Ainda sobre esses leitos, dos 757 leitos em hospitais psiquiátricos da cidade, estão disponíveis para internação de pacientes agudos 378 leitos. Os 379 leitos restantes são leitos que funcionam em estratégia diferenciada, nos Institutos Municipais de Assistência à Saúde (IMAS) Nise da Silveira e Juliano Moreira, ocupados por pacientes com grave dependência institucional, em trabalho de desinstitucionalização e posterior retorno a cena comunitária.

Tabela 3 - Número de leitos em hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro - janeiro de 2012 a janeiro de 2018.

<b>Natureza dos leitos</b>	<b>Jan/ 2012</b>	<b>Jan/ 2014</b>	<b>Jan/ 2016</b>	<b>Jan/ 2018</b>
<b>Contratados</b>	820	470	280	0
<b>Públicos</b>	1067	785	856	757
<b>Total</b>	<b>1887</b>	<b>1255</b>	<b>1136</b>	<b>757</b>

Fonte: Dados obtidos no CNES/ DATASUS e informativo digital da Prefeitura do Rio ([www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=6631645](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=6631645)). Acesso em: mar. de 2018.

A diminuição acentuada do número de leitos para internação em hospitais psiquiátricos somente pôde ser alcançada com a construção de diversas ofertas de assistência comunitária que os substituíssem. Os CAPS são serviços estratégicos para a organização da saúde mental e sua assistência em rede, mas outros equipamentos de atenção como os serviços residenciais terapêuticos (SRT), os ambulatórios especializados, a estratégia de saúde da família, os programas de geração de renda e os leitos de saúde mental em hospitais gerais também são fundamentais.

Os CAPS, em função da complexidade dos serviços e da responsabilidade populacional, podem apresentar configuração organizacional de CAPS I, CAPS II e CAPS III (JUNIOR et al, 2016). Os CAPS I seriam para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Os CAPS II e III seriam para municípios com populações acima de 70.000 e 200.000, respectivamente. Os CAPS III são serviços diferenciados dos demais também por possuírem capacidade de acolhimento noturno, com funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana. Os CAPS também podem atender uma clientela específica de usuários de álcool e drogas (CAPSad) e população infanto-juvenil (CAPSi).

A sustentação do usuário na comunidade é função do CAPS e da rede da qual ele participa. Ao ingressar no serviço, é construído junto com o sujeito seu Projeto Terapêutico Individual (PTI), sendo este o conjunto de ações necessárias ao acompanhamento longitudinal de suas necessidades assistenciais. O PTI é feito em equipe, com a participação do usuário, de sua família e dos serviços que a ele se agregarem, sempre respeitando os valores humanos e buscando sua sustentação na comunidade. É uma importante ferramenta organizacional no sentido de favorecer a função social do CAPS, que é de “tratar pacientes graves em regime de liberdade, no território, e com o propósito de substituir o dispositivo hospitalar” (LEAL, 2008, p.19).

O município vem investindo na criação de CAPS de diferentes tipos, em diferentes regiões da cidade. Em 1996 criou o primeiro CAPS da cidade, em Irajá, e seguiu inaugurando

outros serviços ou remodelando alguns já existentes. Atualmente são 33 CAPS espalhados pela cidade, sendo que 30 destes CAPS são municipais, 2 estaduais e 1 federal. Desde 2010 a gestão municipal vem buscando implantar serviços do tipo III, com acolhimento noturno. Para Fagundes Junior e colaboradores a “ampliação do porte dos CAPS é vital para o enfrentamento qualificado às crises mais graves” (FAGUNDES Jr. et al. 2016, p. 1452).

Embora se tenha relativo sucesso na redução de número de leitos em hospitais psiquiátricos e na implantação dos CAPS em diferentes regiões da cidade, seu número ainda não atende as necessidades do município. Segundo o Relatório de Gestão, do período de 2009 a 2016, da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, a população coberta por CAPS em 2016 era de 56%, com grande variação entre diferentes áreas programáticas (APs). A melhor cobertura de CAPS aconteceu na região da AP 2.1, com quase oitenta por cento de cobertura. A pior proporção de cobertura foi da AP 1.0, com apenas 32% de cobertura.

Tabela 4 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial por Área Programática – Município do Rio de Janeiro - 2016.

AP	Total	População estimada 2016	Cobertura 2016
AP 1.0	1	313.102	32%
AP 2.1	4	641.909	78%
AP 2.2	2	373.216	54%
AP 3.1	6	900.477	78%
AP 3.2	4	572.206	79%
AP 3.3	4	948.800	47%
AP 4.0	4	1.026.039	49%
AP 5.1	3	676.844	44%
AP 5.2	3	705.758	43%
AP 5.3	2	397.692	50%
<b>Município</b>	<b>33</b>	<b>6.556.043</b>	<b>56%</b>

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2016.

Além dos CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) também foram fundamentais na redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos da cidade. Grande parte das pessoas internadas nos hospitais já não tinham referências familiares e não conseguiriam gerir suas vidas, de maneira autônoma, fora do hospital. São pessoas dependentes de cuidados e supervisão na realização de atividades diárias. Para essas pessoas o município vem criando Serviços Residenciais Terapêuticos, que são casas inseridas na comunidade, com a missão de cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de longa internação institucional, sem suporte familiar ou social, com vistas a promover sua inserção social. Os SRTs podem ser de dois tipos: Tipo I para até 8 moradores com menor dependência e Tipo II, para 10 moradores,

com maior dependência e, conseqüentemente, maior necessidade de supervisão. No ano de 2016 o município contava com 80 SRTs, atendendo 439 moradores (SOARES, 2017). Levando em consideração o número de leitos em hospitais psiquiátricos da cidade que estão ocupados por pessoas com grave dependência institucional e com sérias desabilidades funcionais, o número de SRTs deveria aumentar consideravelmente para atender os 379 pacientes internados nos IMAS Juliano Moreira e Nise da Silveira. A morosidade na criação de SRTs representa um entrave no fechamento de leitos de longa permanência na cidade e no desmantelamento de seu parque hospitalar psiquiátrico.

A permanência do sujeito fora da internação requer dispositivos específicos do campo da saúde mental, porém necessita também a integração com outras redes de atenção. A Atenção Primária a Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde. Ele pode ser resolutivo para muitos problemas de saúde, sem que estes tenham que evoluir a um nível mais complexo, como a hospitalização. O município do Rio de Janeiro vem ampliando sua cobertura da atenção básica, passando de 3,5% em 2008 para mais de 40% da população coberta em 2013 (SORANZ, 2016). A ampliação da Estratégia de Saúde da Família vem possibilitando que pessoas portadoras de sofrimento mental possam se tratar em unidades próximas as suas moradias, sendo vista sua situação de saúde de forma integral. Entre junho e agosto de 2012 o diagnóstico de ansiedade generalizada esteve entre os principais registrados nos serviços de atenção primária da cidade (OPAS, 2013), sendo tratado nas próprias unidades. Em outros períodos isso poderia demandar um conjunto de ações especializadas, realizadas em ambulatorios distantes dos domicílios ou negligenciada pela ausência de profissionais e por longas filas de espera. As dificuldades dos casos podem ser manejadas através da integração da rede de saúde e do matriciamento feito pelos CAPS. O apoio matricial tem sido a estratégia de integração adotada para atuação conjunta de equipes de saúde mental e atenção básica. Na prática, casos são discutidos em conjunto, organizando o projeto de cuidado de forma sinérgica. Dessa maneira o apoio matricial desenvolve apoio técnico-pedagógico para ambas as equipes de cuidado, promovendo um cuidado integral e territorial, dentro da rede de saúde local.

As diversas ações desenvolvidas pelo município estão alinhadas com as diretrizes do Ministério da Saúde, que instituiu em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por sete pontos de atenção. Os objetivos da RAPS seriam:

- I- ampliar o acesso da população geral à atenção psicossocial;
- II- promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III- garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território,

qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Para efetivação dessa política, o município do Rio de Janeiro dividiu sua área em três regiões, criando as RAPS Centro –Sul, Norte e Oeste. Em cada uma dessas RAPS busca-se a integração dos seus diversos serviços, visando garantir a integralidade da assistência, oferecida em Rede. Os CAPS fazem parte da RAPS e representam o ponto da Atenção Psicossocial Estratégica. A Atenção Básica também está presente na Raps, representada por Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura. Os demais componentes são descritos no quadro abaixo, com especial atenção ao ponto “Atenção Hospitalar”:

Figura 3 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde;</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família;</li> <li>• Consultório na Rua;</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura.</li> </ul>
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades,</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192;</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento;</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial.</li> </ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria</li> </ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos;</li> <li>• Programa de Volta para Casa;</li> <li>• Programa de Desinstitucionalização.</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;</li> <li>• Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.</li> </ul>

FONTE: BRASIL, 2016.

Conforme já falado anteriormente, não há evidências que um sistema de saúde possa prescindir de leitos hospitalares para atenção à crise. A RAPS deixa isso claro e inclui como um de seus pontos a Atenção Hospitalar, qualificada como Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria. O hospital psiquiátrico não está presente na RAPS, pois pretende-se que sua função seja substituída pelos diversos componentes da RAPS, inclusive a Atenção Hospitalar. Nesse sentido, o município do Rio de Janeiro ainda tem muito que caminhar. As internações ocorrem

predominantemente em hospitais psiquiátricos, que dispõem de 378 leitos para tratamento de quadros agudos em cinco grandes hospitais. Chama a atenção nessa conta a presença do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o IPUB, com 106 leitos para atenção à crise, sendo o maior hospital a oferecer vagas. Os hospitais gerais, oferecem apenas 54 leitos para internação em saúde mental, distribuídos em quatro hospitais. Os CAPS III oferecem 60 vagas para acolhimento noturno, divididas em 8 serviços. Os leitos disponíveis para acolhimento no CAPS III foram incluídos entre os leitos para estabilização de situações de crise. São leitos diferenciados, territorializados e para clientela sem comorbidades clínicas. Porém, participam da resolução de casos agudos e compõem a RAPS como ponto de atenção estratégico. A tabela a seguir mostra a distribuição dos leitos para internação/ acolhimento na cidade:

Tabela 5 - Localização dos leitos de atenção à crise na Cidade do Rio de Janeiro – Janeiro de 2018.

<b>Localização dos leitos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Hospitais Psiquiátricos	378	76,83 %
Hospitais Gerais	54	10,97 %
CAPS III	60	12,19 %
<b>Total</b>	<b>492</b>	<b>100 %</b>

Fonte: Dados obtidos no CNES/ DATASUS e informativo digital da Prefeitura do Rio ([www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=6631645](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=6631645)). Acesso em: mar. de 2018.

Uma das principais estratégias adotadas pela cidade para barrar as internações indiscriminadas em psiquiatria foi a criação dos polos de internação, em meados dos anos 80. Foram organizados cinco polos de internação na cidade, correspondente às áreas programáticas que se tinham na época. Esses polos eram responsáveis pela emissão da GIH (Guia de Internação Hospitalar) e visavam tentar regular as internações psiquiátricas. Os polos eram localizados no PAM Venezuela, Hospital Pinel, Hospital Jurandir Manfredini, PAM Bangu e Centro Psiquiátrico Pedro II (MAIA, 2012).

A estratégia de regular a oferta de leitos psiquiátricos foi amadurecida, se organizando e melhorando, mantendo a lógica pensada nos anos 80. Hoje a cidade ainda possui cinco unidades que qualificam a assistência às urgências na cidade, porém espera-se que funcionem imbuídas dos preceitos da reforma psiquiátrica, trabalhando em rede, tentando oferecer alternativas à internação psiquiátrica. As cinco unidades disponibilizadas como emergências estão localizadas no PAM Rodolpho Roco, no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, no Instituto Municipal Philippe Pinel, no CER Barra e no CER Santa Cruz. Juntas, estas unidades oferecem

23 leitos para curta permanência, com internações de até 48 horas, com posterior encaminhamento para a rede assistencial.

Os leitos em Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas são ainda pouco representativos no município. Como esse é o componente da RAPS que corresponde a atenção hospitalar para clientela em situação de crise, seu pequeno quantitativo poderá representar um entrave na continuidade do desmonte dos hospitais psiquiátricos e na reorientação da assistência psiquiátrica da cidade.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Serão apresentados nesse capítulo os resultados das entrevistas feitas com os gestores locais, os ex-coordenadores nacionais de saúde mental e o gestor municipal, confrontando os achados de campo com os documentos oficiais, a legislação sobre o assunto, os dados quantitativos dos bancos oficiais e a literatura pesquisada. Inicialmente foi feita uma leitura atenta das transcrições das entrevistas, tentando achar elementos importantes e repetitivos nas falas dos entrevistados. O referencial teórico foi o pano de fundo dessa leitura, ajudando a capturar subsídios que contribuíssem para a discussão. Esse processo resultou em três categorias de análise:

1. O modelo organizacional dos leitos de saúde mental em hospital geral e a interação com a Rede de Atenção Psicossocial;
2. Estrutura física e equipe técnica multiprofissional das enfermarias de saúde mental em hospital geral;
3. Organização e processo de cuidado nos leitos de saúde mental em hospital geral.

Veremos a seguir cada uma das categorias separadamente. A divisão por categoria foi conduzida com um esforço de síntese, agrupando os dados de acordo com a parte comum existente entre eles.

### 6.1 O MODELO ORGANIZACIONAL DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL E A INTERAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Os leitos de saúde mental estão inseridos em três hospitais gerais com diferentes características. Dos hospitais onde se localizam as enfermarias, dois possuem agregados em sua estrutura uma Coordenação de Emergência Regional (CER) para atendimento de emergências. O Hospital Municipal Pedro II possui em seu térreo a CER Santa Cruz e o Hospital Municipal Evandro Freire, a CER Ilha. Somente o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla não possui emergência em sua estrutura hospitalar. Porém, o fato de ter uma CER não garante atendimento psiquiátrico para a região do hospital. A CER Ilha não realiza atendimentos psiquiátricos. Estes são feitos na Policlínica Rodolpho Rocco, em um bairro vizinho. Apenas a CER Santa Cruz realiza atendimentos psiquiátricos de urgência, podendo encaminhar os casos de internação para o próprio hospital, mediante solicitação de vaga ao sistema de regulação de vagas (SISREG). Esse sistema de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, está implantado na cidade do Rio de Janeiro e permite gerenciar as vagas para procedimentos ambulatoriais e

internações hospitalares em toda a cidade. Todas as vagas de leitos hospitalares do município devem ser disponibilizadas para a central de regulação de vagas por meio do SISREG.

O número de leitos para internação psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro vem decrescendo (conforme apresentado anteriormente) e isso envolve diretamente o sistema de regulação dos leitos da cidade. O sistema de regulação é responsável por otimizar as vagas existentes para internações psiquiátricas no município, monitorando o tempo de espera até a internação e priorizando os casos mais graves da fila. Além disso, a função da regulação também engloba a orientação e o direcionamento do sistema de saúde. Para Nascimento et al.:

... percebe-se que há várias atribuições e competências acerca da regulação, os quais são abrangentes e respondem a uma necessidade de regulação num sentido amplo, não somente no que se refere à fiscalização e controle, mas, também, ao estabelecimento de regras e mecanismos para a orientação do sistema (NASCIMENO et al, 2009, p. 351).

Nos hospitais que não fazem atendimento à crise psiquiátrica, quando chega um paciente necessitando de uma avaliação de emergência, solicita-se uma vaga (chamada de vaga zero) para avaliação em emergência psiquiátrica. Se for definida a internação, a central de regulação do município decide pela unidade de internação, podendo ser um leito em hospital geral ou psiquiátrico. Segundo o gestor local:

...tendo leito disponível, a regulação faz esse controle, internando aqui, preferencialmente, pacientes em crise psiquiátrica e com comorbidade clínica, mas não necessariamente. [...] No caso, quem faz isso é a regulação. A gente aqui só oferta o leito e espera (Gestor Local A).

Embora a visão do entrevistado seja de que a ocupação dos leitos dos hospitais gerais ocorra, preferencialmente, com pessoas portadoras de patologias clínicas e psiquiátricas, isso não foi unânime na fala dos representantes dos três hospitais. Dois entrevistados disseram que suas enfermarias funcionam como qualquer outra enfermaria psiquiátrica, não privilegiando casos mais complexos, ou com necessidades clínicas conjuntas às psiquiátricas. Segundo eles o critério de internação é a presença de quadro psiquiátrico agudo, independente de manifestações clínicas:

A questão toda está baseada só realmente no processo mental, no quadro psicótico para internação. Quando existe uma comorbidade, a maioria das vezes estão em outras clínicas do hospital, a equipe de saúde mental faz uma avaliação desses pacientes nas enfermarias (Gestor Local B).

Como aqui é um hospital geral, a gente trata psiquiatria, mas muitas vezes a gente pega um paciente que tenha comorbidade clínica. Não necessariamente tem que ter comorbidade clínica para estar aqui na saúde mental porque o principal aqui é a questão psiquiátrica (Gestor Local C).

A estabilização do quadro psiquiátrico, independente da presença de quadro clínico, pôde ser notada na fala de todos os entrevistados, enquanto objetivo da internação. A clara definição desse objetivo contrastou com a indefinição sobre os limites territoriais para atendimento. Os entrevistados colocaram como dificuldade o atendimento da clientela de diversos pontos da cidade e de outros municípios. Segundo os entrevistados:

Hoje a gente não se restringe mais a área programática. A gente atende uma demanda de toda a cidade e até de outros municípios. A gente interna gente aqui que vem de Seropédica, paciente que vem de Itaguaí, paciente que vem da Baixada, de Belford Roxo, Nova Iguaçu, porque não existe leito nem um serviço que possa comportar essa população de pacientes psiquiátricos dessas regiões (Gestor Local B).

...quando chega ao Pinel e precisa internar, a gente não pede conta de luz; é preciso internar, vai ser internado, no leito que for. Não dá para restringir acesso por conta de endereço [...] a gente interna, mas trabalha para retornar ao município de origem (Gestor Municipal).

Esse problema é reconhecido na fala dos gestores, que concordam com uma organização mais territorializada. Porém, localizam a dificuldade da falta de regionalização como problema na desigualdade da oferta de leitos na cidade do Rio de Janeiro e em toda a região metropolitana:

A preferência que o regulador da central tem da saúde mental é preferencialmente mais próximo de onde o sujeito mora. Sempre vai ser esse o olhar. Ele sempre vai preferir internar primeiro na área dele. Se não é no hospital da Ilha, não tem vaga no hospital da Ilha, vai internar no Nise... Porque o desenho, a distribuição de recurso na cidade é muito desigual, então você não pode vincular somente a isso, você precisa olhar a rede como um todo (Gestor Municipal).

A portaria GM nº 148/ 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em seu Artigo 2º, itens II e III estabelece que a assistência nos citados serviços deverá acontecer de forma integrada a RAPS, visando a continuidade da assistência e a corresponsabilidade pelos casos. (BRASIL, 2012). A distância entre os territórios de origem dos pacientes e as enfermarias foi apontada como problema para o desenvolvimento de uma engenharia de cuidado mais intensiva.

As equipes dos hospitais gerais com leitos de saúde mental adotam como prática a comunicação da internação às equipes do território do paciente. As ações adotadas a partir daí variam muito em função das características dos territórios e da distância entre estes e a enfermaria. Um dos entrevistados, falando sobre a relação entre a enfermaria de saúde mental do hospital onde trabalha com os CAPS, fala: “Nem todos os CAPS vem; só os que estão mais

próximos. [...] O projeto de saída é feito, muitas vezes junto, outras não porque não tem equipe para vir discutir o caso” (Gestor Local B).

Ao ser internado, nas enfermarias dos três hospitais, as equipes iniciam processo de construção de projeto de cuidado para a internação e sua continuidade no pós alta. A resposta das equipes territoriais na corresponsabilização com o paciente internado parece variar em função da distância e dos recursos que os serviços tem. Cavalcanti e colaboradores (2009), analisando diferentes casos de pacientes graves acompanhados em Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Rio de Janeiro, concluíram ser inviável (em um grande centro urbano como a cidade do Rio de Janeiro) que um profissional vinculado ao CAPS seja responsável tanto pelo atendimento no serviço quanto ao atendimento na comunidade. Segundo Fagundes Jr. e colaboradores (2016, p.1452) o acúmulo de funções das equipes dos CAPS pode ter como consequência “o predomínio de atividades desenvolvidas dentro dos CAPS e pouca interação com outros equipamentos sociais e de saúde”. Mesmo com as dificuldades apontadas, as internações costumam acontecer de forma breve e as altas são dadas com o encaminhamento do paciente a um local de tratamento próximo a sua moradia. Este achado pactua com Uriarte (2012). Segundo ele, “as internações mais curtas são adequadas quando se dispõe de uma rede de recursos comunitários de alta qualidade, capazes de atuar com o paciente de forma imediata depois da alta” (URIARTE, 2012. p.440).

Alguns territórios tem supervisões territoriais mensais, com assentos para os diversos serviços que compõem a RAPS. São espaços de trocas entre equipes e construção de consensos clínicos. Os casos que circulam pelas instituições envolvidas podem ser discutidos, favorecendo a corresponsabilidade e a continuidade do trabalho. Segundo Barros e outros:

Redes extra-hospitalares bem organizadas e eficientes, capazes de absorver rapidamente pacientes em quadros agudos, podem reduzir de maneira significativa os encaminhamentos feitos por serviços de emergência psiquiátricas para internação integral (BARROS et al., 2010, p. 74).

O CAPS destaca-se como importante equipamento de assistência a casos graves, mas os serviços de atenção básica vêm dividindo a responsabilidade do cuidado de forma muito importante. Essa articulação territorial é fundamental para o desenvolvimento do cuidado além da internação. Sobre isso, gestores e entrevistados parecem concordar:

...temos até uma supervisão mensal, de serviços de saúde do território. Então nessa supervisão a gente conversa sobre os casos. Uma vez por mês, nessa supervisão. Obviamente a gente tem uma parceria com o CAPS sim. De estar, quando o paciente é do território eles vem aqui, a gente conversa, troca, trabalha essa saída dele, família dele também (Gestor Local C).

Hospital geral é lugar para sair, não é lugar para entrar. Entra e sai, entra e sai. Aí você tem que ter uma rede de CAPS. Então não adianta você ter leito no hospital geral se não tem uma rede de CAPS. Não adianta nada. Senão reproduz plenamente o hospital psiquiátrico (Ex-coordenador Nacional A).

Em síntese, a articulação com a rede secundária CAPS e com a rede primária, programa de saúde da família, é muito importante para o funcionamento da unidade hospital geral. (Ex-coordenador Nacional B).

A cidade do Rio de Janeiro teve importante crescimento de sua atenção básica. Em 2008, sua cobertura era de 3,5% da população, sendo a mais baixa entre as capitais. Em 2013, a cobertura de atenção básica no município passou para 40%. Soranz (2016), falando sobre a ampliação da atenção básica, aponta que houve a “recharacterização da antiga rede de atenção à saúde de atenção primária em um novo modelo centrado no Saúde da Família, que ampliava o escopo dos serviços oferecidos à população neste nível de atenção” (SORANZ, et al., 2016, p. 1331). A ampliação da cobertura ofertou também novos tratamentos à população, entre eles a assistência psiquiátrica. Em artigo escrito por Soalheiro e colaboradores (2016), sobre as demandas e práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica do município do Rio de Janeiro, os gestores e gerentes das unidades de atenção básica mostraram-se sensíveis a inclusão das abordagens ao sofrimento mental pelas equipes de saúde da família, enfatizando a responsabilização pelo território. Porém apresentaram críticas ao conceito de matriciamento, dizendo ser este insuficiente para o acompanhamento dos casos. Chamaram a atenção para avançar em uma prática de cuidado compartilhada que não se limitasse a encontros e consultas conjuntas. Os trabalhadores das equipes de atenção básica apresentaram dificuldades de identificação de caracterização das demandas de saúde mental do território, “associando com comportamentos repetidos e irracionais que causam incômodos” (SOALHEIRO, 2016, p 166).

A participação de diferentes atores do território têm permitido a reorientação da assistência psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro. Além da regulação do uso de leitos psiquiátricos, a implantação da rede de CAPS III também contribui ativamente para a regionalização do atendimento às crises. Segundo um dos entrevistados, quando um sujeito entra em crise, a primeira coisa é perguntar se na área onde mora tem CAPS III para acolhê-lo. Em um modelo ideal de funcionamento, essa rede local de atendimento à crise passaria pelo gerenciamento do CAPS e o excedente das demandas, que chegassem as CERs, poderia ser direcionada aos hospitais de internação (Gestor Municipal).

Segundo o desenho adotado pelo município do Rio de Janeiro, o atendimento às crises psiquiátricas acontece territorialmente, com a participação de sua rede de CAPS. Os casos que chegam às emergências gerais e que necessitam de maior supervisão, podem ser redirecionados para os CAPS III, através de contato direto com as unidades. A rede de CAPS III da cidade não

têm seus leitos de acolhimento regulados pelo SISREG e pode ser acionada por qualquer equipamento do território. Os casos que não podem ser acolhidos pelos CAPS III são direcionados para leitos psiquiátricos pela central de regulação, tendo a predileção pelo uso dos leitos de saúde mental em hospital geral, mais próximos a residência do sujeito.

Os leitos de saúde mental em hospital geral são leitos contratualizados entre o Município do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais (OS) executantes dos serviços. Nesse modelo de gestão compartilhada, o município outorga o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações de saúde de uma determinada unidade de saúde municipal a uma Organização Social. Por esse serviço o município paga à OS um valor estipulado em contrato e fiscaliza as metas de gestão contratadas. Entre as metas estabelecidas como variáveis no critério de remuneração, está a média de permanência das internações. Essa meta varia de acordo com o hospital, sendo 14 dias de permanência no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e 18 dias nos Hospitais Municipais Evandro Freire e Pedro II. Outro critério é a taxa de ocupação dos leitos, que deve ser de 95% nos hospitais contratados. As metas de gestão colocadas pelo município podem influenciar nas decisões técnicas das equipes e nas decisões gerenciais da superintendência de saúde mental. A transferência de pacientes das enfermarias de saúde mental do hospital geral para o hospital psiquiátrico pode ser um bom exemplo disso.

Os entrevistados relataram situações onde os pacientes apresentaram melhora do seu quadro psiquiátrico agudo, mas por uma questão de falta de familiares, instituições sociais para acolhimento ou serviços residenciais terapêuticos, permaneciam internados à espera de vagas em algum outro dispositivo da rede de assistência social ou de saúde. Em situações onde o paciente permanecia por muito tempo internado, pleiteava-se sua transferência para algum hospital psiquiátrico da rede municipal. Essa transferência, nas poucas vezes em que ocorreu, foi mediada pela superintendência de saúde mental, mas havia pressão por parte dos gestores locais para que fosse instituído um protocolo para transferência direta desses casos, sem a mediação da superintendência. A mediação das transferências do hospital geral para o hospital psiquiátrico, intercedida pelo gestor central, possibilita a discussão dos casos com prolongamento do tempo de internação, permitindo que os atores psicossociais assumam a responsabilidade por essas situações, buscando respostas comunitárias antes de continuar com internações prolongadas. O acionamento do gestor central possibilita que este lance seus recursos para viabilizar o remanejamento do sujeito para recursos extra hospitalares antes de oferecer o prolongamento da internação em hospitais psiquiátricos como saída. Porém, o acionamento da Superintendência de saúde mental nem sempre é feita. Um dos entrevistados

disse que solicitava a transferência de pacientes através da central de regulação, sem a intermediação da superintendência de saúde mental. Segundo o entrevistado:

O que eu busco fazer é o seguinte: quando eu vejo que começa a ter um excesso de tempo eu faço uma AIH, levo para o NIR e busco a transferência para um local aonde haja um trabalho de maior permanência, maior tempo de internação. [...] É. Juliano Moreira, Manfredini, Nise da Silveira, Pinel (Gestor Local B).

Os gestores locais dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, estrategicamente, parecem ter limitações quanto a decisões mais complexas, envolvendo transferências de pacientes para hospitais psiquiátricos ou a admissão de crianças e adolescentes em suas enfermarias. Foi recursiva na fala dos três gestores locais a intervenção direta da superintendência de saúde mental para auxiliar na transferência de pacientes ou fazer a internação de crianças e adolescentes nas enfermarias de saúde mental dos hospitais gerais. As internações de crianças e adolescentes, segundo a portaria GM nº 148/ 2012, devem acontecer em espaço próprio. Os espaços das enfermarias dos hospitais gerais não possibilitam o cumprimento da portaria o que parece justificar a mediação do gestor central para as raras exceções em que ocorreram.

A oferta de leitos de saúde mental em hospital geral e leitos em hospitais psiquiátricos é um ponto nevrálgico da rede de saúde mental municipal, que trabalha com dois tipos de internações. Esse sistema de gestão produz o que Botega & Dalgalarondo (1993) chamaram de “sistema duplo”. Segundo os autores:

...outra questão problemática é a relacionada à existência simultânea de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais (UIPHGs) e hospitais psiquiátricos, gerando o chamado sistema assistencial duplo, em que pacientes agudos, de bom prognóstico, vão para as UIPHGs e os crônicos, mais graves, para os hospitais psiquiátricos (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993, p. 52).

Embora Botega & Dalgalarondo coloquem o problema da dupla entrada no ato da internação, tal problema pode ser recolocado para a transferência do paciente já internado. As duas opções de leitos estão disponíveis no SISREG e podem ser acessadas por quem chega para internação ou por quem já está internado. Os leitos de saúde mental em hospital geral foram montados ou readequados para atendimento da população de usuários de drogas e isso pode ter influência no comportamento das equipes do hospital ou da rede de saúde. A oferta de dois tipos de internação psiquiátrica pode levar ao entendimento de que se destinam a “tipos” diferentes de pacientes. Os leitos em hospital geral oferecem, de fato, cuidado mais integral às necessidades de saúde. São menos estigmatizantes e propiciam alta em menor tempo. Mas as evidências deste estudo apontam que as vantajosas práticas de cuidado em enfermarias de hospitais gerais são tão restritivas quanto as práticas dos hospitais psiquiátricos.

A internação em hospital geral, chamada de primeira linha por um dos gestores, recebeu essa adjetivação por sua integralidade de cuidado da saúde do indivíduo durante a internação. As internações acontecem em unidades menores e com cuidados mais intensivos de equipe técnica. Apesar de ainda operarem com processos de cuidados fortemente biomédicos, pautados na melhora sintomatológica conquistada dentro da enfermaria, representam de fato uma maneira de cuidado diferenciada. A qualificação “primeira linha” pareceu estar ligada ao novo desenho implementado pela coordenação nacional de saúde mental, onde a RAPS não conta com hospitais psiquiátricos e sim com os leitos de saúde mental em hospital geral. Sobre isso um entrevistado fala:

...só que a gente vêm trabalhando com a regulação e vêm trabalhando a perspectiva de entender que eles são os leitos de primeira linha. Eu prefiro internar ali do que internar no Nise da Silveira, eu prefiro internar ali do que internar no Manfredini. Porque eu estou tentando fazer a inversão do modelo (Gestor Municipal).

Segundo Uriarte (2012), nem todos os pacientes que se beneficiam de hospitalização precisariam de unidades de cuidados intensivos, como os hospitais gerais. A RAPS não conta com hospitais psiquiátricos entre seus pontos de atenção, pois a função desempenhada pelo hospital psiquiátrico pode ser substituída por outros pontos de atenção. Entre os pontos disponíveis para continuidade da assistência com supervisão mais intensiva, conta-se com os Serviços Residenciais Terapêuticos e os CAPS III. A integração entre a rede de CAPS III e as enfermarias de saúde mental em hospital geral parece ser um caminho interessante no atendimento as situações de crise no município. Embora os entrevistados das enfermarias de saúde mental afirmassem que há uma regularidade de contato entre eles e as equipes dos CAPS, somente um entrevistado afirmou haver uma parceria onde é possível o tratamento se iniciar na internação e continuar no acolhimento do CAPS III. Não houve citações de encaminhamentos das internações nos leitos de saúde mental para os Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias inseridas na comunidade, com a missão de promover aos egressos de longas internações psiquiátricas, oportunidade de resgatar a cidadania do sujeito, promovendo laços afetivos, sua reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. As residências terapêuticas brasileiras são destinadas apenas para egressos de longas internações psiquiátricas e não se comportam como retaguarda para estabilização de crises psiquiátricas. Alguns pacientes internados nos leitos de saúde mental dos hospitais gerais, com prolongamento dos dias de internação, poderiam ter

seus cuidados continuados em residências terapêuticas. Esse trabalho em parceria poderia evitar a transferência do sujeito para outras unidades hospitalares e promover a continuidade de trabalho assistencial com vistas à reinserção comunitária. Segundo Barbato e colaboradores os modelos de residência terapêutica sofreram mudanças consideráveis nos últimos anos e atualmente as residências podem atender a uma variedade de funções como: a provisão de serviços de reabilitação com limitação de tempo, intervenção em crise como alternativa à internação em unidades para agudos, transição para vida independente após curto período de internação entre outros (BARBATO et al., 2017, p.623).

Calzado e outros (1997) apresentam em seu trabalho diferentes tipologias de serviços residenciais na Espanha. São serviços de curta permanência, permanência transitória ou permanência indefinida. A residência de permanência curta serviria para “descanso familiar”, atendimento à urgências familiares ou sociais, ou a separação preventiva do ambiente familiar. Teria duração de um final de semana a um mês aproximadamente (CALZADO et al., 1997, p. 377). A possibilidade de inserção de dispositivos residenciais na retaguarda dos atendimentos à crise psiquiátrica poderia aumentar o leque de ofertas para cuidados em situações de crises, deixando livres os leitos dos hospitais gerais e dos CAPS III para situações de curta resolutividade.

Os serviços de atenção à crise, apontados na leitura de Thornicroft & Tansella (2010, p.59) também se oferecem como opção ao atendimento à crise psiquiátrica, dentro do contexto comunitário. São casas, em espaços comunitários, com equipes treinadas, que oferecem acolhimento para pessoas que de outra maneira seriam internadas em hospitais psiquiátricos. São casas para acolhimento de pacientes agudos, de modo que evitem a internação em unidades hospitalares.

Sobre o acolhimento à crise, todos os entrevistados corroboraram com a ideia da superação do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma rede de cuidados comunitários. Afirmam a necessidade de criação de formas mais “contemporâneas” de lidar com a crise psiquiátrica, em substituição ao hospital psiquiátrico:

O nosso argumento o tempo todo, continua sendo, é o mesmo, o cuidado deve ser provido em outro lugar. O transtorno psíquico, o transtorno mental não justifica internação em unidade psiquiátrica. E se tiver que haver internação que seja em outros lugares de organização mais contemporânea (Ex-coordenador Nacional A).

Eu acho que não tem que existir os hospitais psiquiátricos, eles são totalmente substituíveis por um sistema equilibrado conforme descrito por Thornicroft, com CAPS 3 e hospital geral. Eles são substituíveis (Ex-coordenador Nacional B).

A estruturação da rede de atenção psicossocial é a base para a implementação de todos os demais projetos de cuidado. A superação do hospital psiquiátrico depende da implementação da rede de CAPS, de Serviços Residenciais Terapêuticos e dos demais pontos da RAPS. A Rede de Atenção Psicossocial deve oferecer condições para que as pessoas em sofrimento mental recebam tratamento adequado e tenham suas necessidades de saúde atendidas no âmbito comunitário. Mesmo as situações de crise poderão ser atendidas pelos serviços comunitários. O uso do leito de saúde mental em hospital geral deve ser uma exceção aos casos atendidos pela RAPS, que não conseguiram se estabilizar utilizando dispositivos do âmbito comunitário.

## 6.2 ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPE TÉCNICA MULTIPROFISSIONAL DAS ENFERMIARIAS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL.

Nesta categoria serão analisados os achados pertinentes à estrutura física e às equipes técnicas multiprofissionais dos serviços estudados. Os achados referentes a estrutura física e a composição da equipe serão analisados à luz da Portaria Ministerial GM nº 148, que regulamenta o funcionamento das unidades, ajudando a compreender se os serviços atuam em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tanto a estrutura física quanto a composição das equipes foram temas abordados nas entrevistas. As três enfermarias estudadas tinham muitas diferenças em seus espaços de assistência e na composição das suas equipes. A montagem ou a adequação das enfermarias esteve ligada originalmente ao atendimento da clientela usuária de crack, através da adesão ao programa federal “Crack é possível vencer”, em 2012. Tinha-se expectativa de implantar diversos dispositivos responsáveis por cuidar dos usuários de crack espalhados pela cidade. Seriam implantadas equipes de consultórios na rua, CAPSad, Unidades de Acolhimento e leitos em enfermarias especializadas. O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (PIEC) buscou a adesão de hospitais gerais para ofertar leitos de atenção integral, mas encontrou resistência dos gestores, como pontuam Da Costa e colaboradores:

Nessa direção, deve-se discutir os hospitais gerais como componentes da atenção hospitalar da RAPS e da rede assistencial sobre drogas. Um dos enfoques do PIEC é a ampliação do número de leitos para a atenção integral aos usuários de drogas em hospitais gerais. Entretanto, observou-se uma baixa adesão dos hospitais gerais na habilitação destes leitos. Da meta estipulada de 3.492 leitos habilitados, até junho de 2011, somente 179 em hospitais gerais foram habilitados, o que corresponde a 5% da meta inicial. Devido a isso, muitos usuários de drogas em situações que exigem internações para desintoxicação ainda são internados em hospitais psiquiátricos, clínicas privadas ou em Comunidades Terapêuticas (DA COSTA, et al, 2015, p. 398).

As enfermarias de saúde mental nos hospitais gerais organizam-se atreladas ao clamor de espaços de tratamento para usuários de crack e outras drogas. Foram implantadas inicialmente com a missão de cuidar desta população, mas se tornaram enfermarias para cuidados de pessoas com transtornos mentais em geral. A missão inicial do tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas pode de alguma forma ter afetado seu desenho estrutural e sua forma de organização. A descrição que será apresentada a seguir é a maneira como atualmente estão estruturadas as enfermarias de saúde mental estudadas.

O Hospital Municipal Ronaldo Gazolla possui 15 leitos, sem distribuição prévia por gênero ou patologia. Os espaços internos são organizados conforme a demanda, podendo ter mais mulheres internadas em um momento e mais homens em outro. Há um leito para isolamento dentro da enfermaria, que pode ser utilizado também para manejo de casos mais graves. A enfermaria fica no térreo, aonde fora planejada ser a emergência do hospital. Possui dois saguões internos aonde ficam dispostos os leitos. Externamente há mais um imenso saguão para recepção de visitantes e movimentação da equipe. A enfermaria conta com uma sala de TV (e atividades), posto de enfermagem, consultórios e uma sala de coordenação de equipe, conforme citado em entrevista.

O Hospital Municipal Evandro Freire possui 15 leitos em sua enfermaria. Está localizada no segundo andar do hospital, em um espaço com três quartos, um hall, uma pequena sala de equipe, um posto de enfermagem e uma sala de descanso, para a equipe. Não há quantitativo de gênero definido à priori. A divisão por gênero acontece de acordo com a demanda, respeitando a separação por quartos. O entrevistado também relatou que não há separação de pacientes por diagnóstico ou gravidade.

A enfermaria de saúde mental do hospital Municipal Pedro II, segundo o gestor local, funciona no oitavo andar do edifício, em uma ala reservada. Possui quatro quartos para atender seus 19 ocupantes. Os quartos se dividem por gênero, sendo dois quartos para homens e dois quartos para mulheres. Além desse espaço, a enfermaria conta com um hall – usado como ambiente de convivência – e um refeitório “multiuso”, para alimentações e atividades coletivas. A área reservada à equipe técnica se restringe ao posto de enfermagem e um depósito de pertences e materiais de enfermagem.

Segundo a portaria GM 148/12, seção II, Art.5º, a estrutura física da enfermaria de saúde mental deverá atender aos seguintes requisitos: “I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança;” (BRASIL, 2012). As contenções mecânicas, quando necessárias, eram feitas nos quartos coletivos, exigindo maior atenção da equipe de enfermagem

quanto a segurança do paciente. Um entrevistado, sobre a contenção mecânica, diz: “Fica na enfermaria, porque a gente não tem ambiente separado para isso. O paciente fica na enfermaria a enfermagem circulando e observando” (Gestor Local B).

Quanto a privacidade, as equipes procuravam manter a privacidade de seus atendimentos de forma improvisada, utilizando refeitórios ou regulando a permanência de outros pacientes nos quartos:

Eu atendo nas enfermarias. Eu vou conversando com eles nas enfermarias. Quando se montou essa enfermaria, se esqueceu de montar um consultório para você ter privacidade e individualidade na enfermaria. Isso não tem. A individualidade eu faço lá na enfermaria. Eu peço aos outros: “me dá licença aqui. Deixa eu conversar com ele”. E é o que faço. É o que me é permitido fazer. As vezes levo para o refeitório e falo: “aguarda lá fora e deixa eu conversar com ele aqui (Gestor Local B).

Outra recomendação da portaria ministerial é que as enfermarias procurem ficar o mais próximo possível do andar térreo, diminuindo os riscos e facilitando o trânsito dos pacientes e da equipe. Com isso poderia se integrar a enfermaria com alguma área para atividades no hospital. Esse trânsito entre pequenas áreas internas das unidades foi citado como eventual recurso terapêutico em duas das três enfermarias. A circulação pelos hospitais geralmente não acontece. Apenas em algumas exceções foram relatados casos aonde o paciente circulava acompanhado pelos corredores do hospital. A restrição da circulação e a palidez ambiental foram relatados como problemas em algumas das entrevistas:

Para isso é bastante interessante, em termos clínicos, já que a gente consegue fazer bastante coisa nesse sentido. Mas é um espaço até bastante amplo, mas pobre em estímulos. Seria bastante interessante se a gente pudesse ter pátio mais disponível, mais acessível, até mesmo adesivos de pinturas nas paredes, algo que pudesse não ser tão asséptico (Gestor Local A).

Um corredor. Nem sol eles veem. É uma internação. É um aprisionamento, no meu ponto de vista. A diferença de uma enfermaria psiquiátrica de origem, digamos assim, que pode ter uma área de refúgio, poder respirar livremente, até poder fumar um cigarro (Gestor Local B).

Não. A gente não tem espaço para fumar. Ali tem uma muretinha baixa, a gente não tem espaço para fumar. Infelizmente (Gestor Local C).

Um dos ex-coordenadores nacionais de saúde mental, citando a experiência de uma enfermaria de saúde mental em um hospital geral que conheceu em São Paulo, fala:

Agora esse paciente que precisa ficar mais tempo, a sugestão que a gente dava na época era o nosso exemplo do Ermelino Matarazzo em São Paulo, que fez isso no início dos anos 90... foi exatamente fazer as enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais do município, no andar térreo. Você facilitava esse trânsito, tinha pátio, ... Humanizava esse tipo de cuidado e facilitava as relações (Ex-coordenador Nacional A).

A integração entre a saúde mental e o hospital geral parece evocar nas equipes médicas sua vocação mais biológica. A disposição da enfermaria, seus adornos e as ocupações de lazer dos pacientes parecem secundárias à grande ordem médico-biológica. A psiquiatria tem se dobrado à indústria farmacêutica, entendendo o sofrimento humano como descompensação de neurotransmissores. Segundo Lougon:

...se a psiquiatria, sob a influência da psicanálise nos anos 60 e 70, sofreu uma relativa desmedicalização, nos anos 80 e 90 ocorre o processo contrário, de remodelização intensa. É nesse processo que a psiquiatria procura tornar-se uma especialidade fundamentada em bases mais hard, menos soft, mais aparentada com as origens do modelo biomédico (LOUGON, 2006: p. 193).

Os pacientes dos leitos de saúde mental são pacientes atípicos ao hospital geral. A maioria dos pacientes da saúde mental permanece a maior parte do tempo fora do leito. Andam pela enfermaria, conversam, fazem refeições fora das camas, necessitando de uma rotina de cuidados diferente da ofertada para as outras clínicas do hospital. Espaços para pegar sol, fazer atividades de terapia ocupacional ou exercícios físicos são importantes durante o pouco tempo em que os pacientes permanecem internados. Tansella (2010), em estudo que avaliou alternativas de internação para pacientes agudos, concluiu que:

Muitos usuários e profissionais do serviço não estão satisfeitos com atendimento hospitalar atual: eles exigem um tratamento mais seguro e um ambiente mais amigável, com maior liberdade e menor distanciamento entre funcionários e pacientes [...] Os achados sugerem que oferecer ambiente mais aceitável aumenta a satisfação com tratamento, embora não melhore o resultado clínico. Este conjunto de estudos coordenados também sugere que devemos ouvir (e falar) mais nossos pacientes e fazer nosso estilo de trabalho em instalações hospitalares e comunitárias menos paternalistas (TANSELLA, 2010, p.1, tradução nossa).

Durante a realização deste estudo a Coordenação de Saúde Mental remodelou e inaugurou o serviço de emergência psiquiátrica integrada a Coordenação de Emergência Regional (CER) da Barra da Tijuca. Esta emergência regional, responsável pelos diversos casos de emergência clínica e psiquiátrica da região, possui seis leitos de observação, destinados a saúde mental. A CER Barra está agregada ao Hospital Municipal Lourenço Jorge, que possui uma pequena enfermaria de saúde mental com cinco leitos. Essa enfermaria sofrerá reforma e terá dez leitos ao final. Segundo um dos gestores entrevistados:

A gente redesenhou o espaço do CER e montou uma enfermaria com seis leitos... São seis leitos para ser exatamente esses leitos de observação. A ambulância chega é no CER. Hoje os profissionais do CER não se queixam da saúde mental como um problema, um apêndice problema. Na verdade está absolutamente integrado, tem mais recurso e ajudam várias outras situações que acontecem... O CER funciona como retaguarda do novo hospital Lourenço Jorge (Gestor Municipal).

Este é o desenho que se pretende chegar na cidade: a emergência psiquiátrica integrada às CERs, com leitos de observação e possibilidade de transferência para internação nos leitos de saúde mental localizados em hospitais gerais. Os usuários internados nesses leitos teriam também o cuidado da rede psicossocial durante a internação e, depois da alta, poderiam receber cuidados divididos entre os CAPS e as equipes de saúde da família. A integração entre emergência psiquiátrica e hospital geral é fundamental, como comentam Barros e outros:

Serviços de Emergência Psiquiátricas ligados a hospitais gerais incorporam esta proposta de tratamento mais amplo, mantendo um direcionamento baseado em evidências para os cuidados de saúde, pois avaliam e buscam o manejo de comorbidades clínicas, além dos transtornos psiquiátricos primários (BARROS et al., 2010, p. S74).

A cidade implantou as três enfermarias de saúde mental em hospital geral em momentos próximos. A enfermaria de saúde mental do Hospital Municipal Pedro II, que trabalha em parceria com a CER Santa Cruz, não segue o modelo adotado recentemente na CER Barra. Não há leitos de observação reservados a situações de saúde mental na CER Santa Cruz. A estes são oferecidos os leitos de observação da unidade ou poltronas hospitalares, onde aguardam o efeito de uma medicação ou um contato com um parente.

A cidade vem qualificando suas portas de entrada para emergências nos grandes hospitais através das Coordenações de Emergências Regionais. São cinco atualmente, distribuídas nas cinco grandes áreas programáticas da cidade: CER Centro (ligada ao Hospital Municipal Souza Aguiar) – A.P. 1.0, CER Leblon (ligada ao Hospital Municipal Miguel Couto) – A.P. 2.1 e 2.2, CER Ilha (ligado ao Hospital Municipal Evandro Freire) – A.P. 3.1, 3.2 e 3.3, CER Barra (ligado ao Hospital Municipal Lourenço Jorge) – A.P. 4.0 e CER Santa Cruz (ligado ao Hospital Municipal Pedro II) – A.P. 5.1, 5.2 e 5.3. As CERs têm por finalidade atender os pacientes com necessidade de pronto atendimento clínico, desafogando os grandes hospitais para atendimentos de casos mais complexos. Elas se integram à rede de saúde e, quando identificam casos de baixa complexidade, referenciam seus pacientes para atendimento na rede básica de assistência. Das cinco CERs existentes, apenas duas funcionam como referência regional para atendimentos psiquiátricos. As outras três estão em áreas com emergências psiquiátricas funcionando em hospitais psiquiátricos ou Policlínica. A qualificação das emergências psiquiátricas através de sua migração para a rede CER é o desenho assistencial almejado pelo gestor municipal. Atualmente o novo desenho CER, com leitos de saúde mental, agregado a um hospital geral também com leitos de internação para saúde mental só acontece

na CER Barra. O sistema desenhado pretende trabalhar para o atendimento do quadro de urgência integrado a rede de CAPS da cidade.

Embora o objetivo das enfermarias seja internações mais breves, ocorrem, conforme os entrevistados, casos de internações mais duradouras, chegando às vezes a três semanas ou mais. O confinamento de pacientes por tempo estendido, em espaços muito restritivos e nada estimulantes pode agravar sua institucionalização. Os dispositivos da RAPS – em especial o CAPS – podem entrar em ação para amortizar os impactos de sua internação. A prática das enfermarias em hospital geral não deve repetir o papel que o hospital psiquiátrico detinha sobre as internações. Os leitos de saúde mental no hospital geral são um ponto da RAPS e devem funcionar articulados aos outros pontos. Na visão de um ex-coordenador nacional de saúde mental:

...o serviço do hospital geral não substitui, nos mesmos termos, o hospital psiquiátrico. Ele se integra a uma rede, que essa sim substitui o modelo da tríade hospital psiquiátrico, internação e ambulatório. Era assim que funcionava o modelo manicomial, emergência, hospital, ambulatório. Era um tripé. A entrada do hospital geral na rede não substitui, mecanicamente, o hospital psiquiátrico. Ele se insere em uma rede dinâmica, que está sim substitui o modelo hospitalocêntrico, que é hospital, emergência psiquiátrica e ambulatório (Ex-coordenador Nacional B).

Sobre a composição das equipes, a Portaria Ministerial GM 148/2012, Art.7º, item III, define que, para enfermarias com 11 a 20 leitos de saúde mental, deverá ter a seguinte equipe mínima: a) 4 técnicos de enfermagem por turno; b) 1 enfermeiro por turno; c) 2 profissionais de saúde mental de nível superior; e d) 1 médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos (BRASIL, 2012).

Nesse aspecto, as enfermarias apresentavam composições muito diversificadas para o atendimento de seus pacientes. Em geral as equipes funcionavam juntas há algum tempo, com pessoas treinadas e especializadas em saúde mental. A necessidade de conjugação da clínica médica com a prática psiquiátrica apareceu como desafio para alguns psiquiatras, que se mostravam intimidados por ter que exercer também a prática clínica. Porém a integração da psiquiatria com outras especialidades médicas dos hospitais surgiu como ponto de conforto para situações clínicas mais desafiadoras. Um entrevistado, discorrendo sobre a parceria com o setor de clínica médica de seu hospital, diz: “E também, mesmo quando tem psiquiatra eles dão aporte. Porque tem algumas patologias que a gente não consegue atender. Aí eles vem e nos ajudam” (Gestor Local C).

O número de profissionais trabalhando nas enfermarias foi difícil de ser contabilizado. As enfermarias possuem diferentes arranjos de trabalho, com funcionários plantonistas, diaristas e funcionários que dividem suas horas de trabalho nas enfermarias de saúde mental

com outros setores do hospital. Os médicos plantonistas do Hospital Municipal Pedro II também atendem a emergências na CER Santa Cruz, o que os colocam numa situação diferenciada. Todas as enfermarias também atendem demandas internas dos hospitais, com número de leitos diferenciados. Os Hospitais Municipais Ronaldo Gazolla, Evandro Freire e Pedro II possuem 223 leitos, 103 leitos e 332 leitos, respectivamente. O que se pode inferir desses números é que o número de técnicos de enfermagem do Hospital Municipal Pedro II está aquém do estimado pela portaria GM nº 148/ 2012. Pode-se visualizar que o número de profissionais de nível superior é maior no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla do que nas outras enfermarias, assim como seu corpo médico, que se assemelha ao do Hospital Municipal Pedro II. Porém, a equipe assistencial do Hospital Municipal Pedro II atende a um número de leitos superior na enfermaria e no hospital como um todo. Além disso atende a emergência da CER Santa Cruz, o que não acontece no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, que não possui emergência.

A portaria GM nº 148/ 2012 determina que um médico seja responsável pelos leitos de saúde mental e isso acontece nas três enfermarias estudadas. Todas têm equipe médica responsável, mas apresentam variação na composição de enfermagem e outros profissionais de nível superior.

Tabela 6 - Distribuição de profissionais nas enfermarias de saúde mental dos Hospitais Municipais Ronaldo Gazolla, Evandro Freire e Pedro II – outubro de 2017

		Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	Hospital Municipal Evandro Freire	Hospital Municipal Pedro II
Número total de leitos do hospital		223	103	332
Número de Leitos de saúde mental		15	15	19
Porcentagem em relação ao total de leitos do hospital		6,72	14,56	5,72
Número de técnicos de enfermagem por turno		4	3	2
Número de enfermeiros por turno		1	1	1
Número de profissionais de saúde mental de nível superior referenciados à enfermaria*		5	1	1
Número de médicos psiquiatras das enfermarias	Plantonistas (24h)	7	0	7
	Diaristas**	2	3	1

\* Profissionais lotados na enfermaria ou com dedicação de turno de trabalho na enfermaria

\*\* Os médicos psiquiatras diaristas tem diferentes arranjos de horas nas enfermarias. No H.M. Ronaldo Gazolla, dois médicos diaristas dividem-se em 30 horas semanais. No H.M. Evandro Freire, 3 médicos dividem-se em 24h de assistência semanais. O H.M. Pedro II o médico faz 20hs semanais de assistência.

Fonte: Tabela elaborada através dos dados colhidos em entrevista com os gestores locais das enfermarias de saúde mental dos três hospitais.

Os três hospitais possuem arranjos assistenciais muito diferenciados para dar conta dos leitos das enfermarias de saúde mental e das interconsultas do hospital. Apesar de tantas variáveis, podemos perceber que o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla possui equipe maior (de médicos e demais profissionais) do que a dos outros hospitais e não atende emergências externas. O Hospital Municipal Evandro Freire tem apenas um psicólogo dedicado à enfermaria e conta com outros profissionais de nível superior do hospital a maior parte do tempo. O Hospital Municipal Pedro II tem maior quantitativo de leitos na enfermaria, maior quantitativo de leitos distribuídos no hospital. Conta com uma psicóloga pelas manhãs e interconsulta de diferentes profissionais. A portaria GM nº 148/ 2012 determina que haja pelo menos dois profissionais de nível superior (não médicos e enfermeiros) trabalhando na enfermaria. Isso aconteceu somente no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

Embora o Hospital Municipal Evandro Freire tenha, proporcionalmente, um maior número de leitos de saúde mental (14,56%), o número total de leitos é menor. Isso pode representar menor demanda de atendimentos fora da enfermaria. A maior participação no total de leitos do hospital também poderia aumentar a visibilidade da enfermaria de saúde mental e

favorecer a troca entre diferentes especialidades médicas. Observar que de acordo com o artigo 9º da portaria GM 148/ 2012, o número de leitos de saúde mental em hospital geral não deverá exceder 15% do total de leitos do hospital, estando os três hospitais de acordo com a portaria.

A equipe de enfermagem de nível superior estava completa em todas as enfermarias, porém a equipe de técnicos de enfermagem era inferior ao preconizado na portaria nº 148 nas enfermarias de saúde mental dos hospitais municipais Evandro Freire (que tinha 3 técnicos por turno) e Pedro II (com dois técnicos por turno).

A heterogeneidade na composição das equipes é importante e está contemplada nos artigos 3º, 4º e 7º da portaria GM 148/ 2012, que regulamenta o funcionamento dos leitos de saúde mental em hospital geral. A multiplicidade de olhares sobre a situação de crise vivida pelo sujeito pode favorecer a elaboração de um projeto terapêutico mais abrangente, alinhado as suas necessidades psicossociais. Para Paes e colaboradores (2013), no campo psicossocial, a multiprofissionalidade pode ser traduzida em uma forma horizontal de trabalho, onde a equipe tem a responsabilidade de ofertar os cuidados necessários e de qualidade ao paciente.

Nas entrevistas feitas com os gestores locais das enfermarias, o trabalho em equipe apareceu como forma de organização da assistência. As equipes dos três hospitais estão presentes de maneira diferenciada em decisões importantes, como confecção do projeto terapêutico do paciente, admissões e altas. Somente um entrevistado relatou que faz reuniões semanais de equipe, traçando diretrizes terapêuticas para o acompanhamento dos casos pelos diferentes profissionais da enfermaria. Duas unidades disseram que a interação entre as diferentes especialidades acontece durante o andamento dos casos, em situações objetivas de divisão de trabalho.

Apesar da composição multidisciplinar das equipes das enfermarias, todas parecem operar com forte influência do modelo biomédico imposto pela psiquiatria e pelo hospital. Um entrevistado fala:

Na verdade é assim: **nós somos da psiquiatria**. Por exemplo, tem algum paciente que esteja com quadro de ansiedade, tenha histórico de psiquiatria, a gente dá um aporte. Por exemplo, o médico quer tirar uma dúvida da medicação, pede um parecer. A gente vai lá. A psiquiatra vê a medicação do paciente. **Mas nós somos lotados na psiquiatria. Somos da psiquiatria** (Gestor Local C, grifo nosso).

A integração da psiquiatria com outras especialidades médicas e com outras práticas de saúde parece não alterar as normas impostas pelo hospital. A rigidez com que os pacientes são tratados é incoerente com a multiplicidade de olhares impostos pela multiprofissionalidade. Para Dias e associados (2010, p.118), os processos de trabalho realizados nas enfermarias de

saúde mental do hospital geral têm potencial de privilegiar ações centradas em procedimentos médicos, com dificuldade de abertura para projetos de caráter interdisciplinares.

### 6.3 A ORGANIZAÇÃO E O PROCESSO DE CUIDADO NOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL.

O cuidado oferecido pelas equipes das enfermarias de saúde mental dos hospitais gerais se baseia em três aspectos principais: integração com outros setores do hospital, melhora do quadro geral de saúde do paciente e alta direcionada à continuidade de tratamento em equipamentos de saúde territoriais.

Os pacientes que chegam às enfermarias de saúde mental dos hospitais gerais passam primeiro por alguma das emergências psiquiátricas do município e, após avaliação, são levados para internação. Quando chegam nos hospitais gerais são avaliados por algum médico da unidade, podendo ser psiquiatra ou clínico. A recepção do paciente na enfermaria difere entre os hospitais do estudo em função do arranjo institucional de trabalho das equipes. O hospital municipal Ronaldo Gazolla possui psiquiatras nos sete dias da semana, 24 horas por dia. O hospital municipal Pedro II possui um psiquiatra lotado na enfermaria de saúde mental três dias na semana, mas divide a responsabilidade de seus pacientes com o Coordenação de Emergência Regional de Santa Cruz, com psiquiatras todos os dias, durante as 24 horas do dia. O mais diferenciado dos três hospitais estudados foi o hospital municipal Evandro Freire. Nele os psiquiatras permanecem na unidade quase todos os dias (exceto sexta), somente das 8 às 12h. Nas três unidades, nos horários em que o médico psiquiatra que não está presente, a avaliação é feita por um médico clínico do hospital. A equipe multiprofissional participa da avaliação inicial quando os pacientes chegam dentro de seus horários de trabalho. Quando não acompanham a chegada do sujeito na enfermaria, avaliam a situação em momento posterior e discutem o caso em reuniões formais ou conversas ao longo da semana.

Os critérios de internação adotados pelas enfermarias tiveram pouca diferenciação. Todos os informantes locais disseram que a principal condição para a internação é a “crise psiquiátrica”. A agudização de sintomas psiquiátricos foi narrada como condição de internação nas enfermarias, porém um dos respondentes afirmou que seus leitos se destinam, preferencialmente, a pacientes com problemas psiquiátricos e comorbidades clínicas. Sobre isso um entrevistado fala:

O perfil preferencial daqui, digamos assim, são pacientes que estão em crise psiquiátrica e concomitantemente estão apresentando alguma comorbidade clínica que justifique a internação em hospital geral (Gestor Local A)

Esse critério preferencial de admissão não apareceu na entrevista com gestores das outras duas unidades. Segundo o gestor municipal, a presença de quadros psiquiátricos associados com quadros clínicos não é critério de admissão nas enfermarias de saúde mental do município. Todos os informantes dos hospitais estudados enfatizaram suas possibilidades de cuidado integral do paciente. O leito de saúde mental em hospital geral teria uma oferta de cuidado mais ampliada, avaliando conjuntamente a situação clínica e psiquiátrica do indivíduo. Os hospitais são equipados com recursos laboratoriais e de imagem, o que facilita a diferenciação diagnóstica entre quadros psiquiátricos e síndromes mentais com causalidade orgânica. Além disso, contam com diferentes especialidades médicas e multiprofissionais, que podem ajudar no cuidado integral das necessidades de saúde do paciente internado.

Nos hospitais em questão, não se verificou o isolamento das equipes de saúde mental em suas enfermarias. A integração da enfermaria de saúde mental com outros setores dos hospitais acontecia de duas formas: pela divisão de responsabilidade com os pacientes internados ou a divisão do profissional em mais de uma linha de cuidado do hospital.

A equipe multiprofissional do hospital municipal Pedro II não é lotada exclusivamente na enfermaria de saúde mental, diferentemente da equipe do hospital Ronaldo Gazolla, que é lotada na enfermaria de saúde mental. O hospital Evandro Freire adotou um modelo misto, tendo um psicólogo lotado na enfermaria de saúde mental, recorrendo a assistente social do hospital, quando necessário.

Apesar dessas divergências de organização institucional e quantitativo de equipe, o *modus operandi* do trabalho nos três hospitais não apresentou discrepância significativa. Quando os profissionais de saúde mental precisam de um parecer de outra área, chamam o especialista e este auxilia na orientação e condução do caso. Da mesma forma, quando outros profissionais precisam de orientação da equipe de saúde mental, os profissionais vão até o setor e auxiliam na direção do caso. Esse intercâmbio profissional aconteceu em todas as unidades estudadas, contribuindo para integração da saúde mental com outras práticas do hospital.

Em raríssimas vezes o paciente é transferido para outros leitos dos hospitais estudados. Segundo os entrevistados isso ocorre quando há necessidade de suporte de CTI, porém, após a melhora do paciente, este retorna para o leito que ocupava na enfermaria de saúde mental ou tem alta com a corresponsabilização da equipe de saúde mental. Esse procedimento está de acordo com o Art. 3º, parágrafo VII, da portaria GM nº 148/ 2012 que diz que as enfermarias de saúde mental construirão seus projetos técnicos pautados em algumas referências, entre elas a “garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade,

devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade” (BRASIL, 2012).

Os entrevistados das enfermarias de saúde mental também disseram que as equipes de seus serviços trabalham em parceria com os demais setores do hospital, fazendo avaliações de possíveis quadros de saúde mental presentes em outras clínicas do hospital. Ter um quadro de saúde mental não é critério para remanejamento do paciente para a enfermaria de saúde mental. Os pacientes são vistos nas enfermarias das clínicas onde estão (cirurgia, obstetrícia, ortopedia, etc.). Segundo comenta um dos entrevistados: “Normalmente os outros setores pedem avaliação psiquiátrica e aí vai o psiquiatra no setor, vê o caso, apresenta o parecer para o assistente, vê a medicação e cuida dele lá” (Gestor Local B).

A interconsulta psiquiátrica é relevante por diversos aspectos. Segundo Botega (2002) a principal função da interconsulta é “colaborar com o médico cada vez que ele não se sinta capaz de manejar uma situação clínica” (BOTEGA, 2002. P. 104). A presença da equipe de saúde mental no hospital pode ajudar a qualificar a abordagem que algumas equipes têm em relação aos pacientes. Nem todos os chamados são oriundos da necessidade de assistência ao paciente. Muitas vezes a intervenção dispensa o uso de medicamentos e recai sobre a orientação da equipe, buscando fazer com que compreendam as vivências do paciente e os sentimentos dos membros da equipe (idem). Nesse aspecto, a participação de todos os membros da equipe multiprofissional é fundamental, pois amplia a possibilidade do entendimento sobre o sofrimento humano para além do escopo médico.

A divisão de responsabilidade entre equipes de diferentes setores do hospital pode servir como desmistificadora de questões referentes ao paciente com problemas psiquiátricos e ajudar a qualificar as equipes de fora da enfermaria de saúde mental para manejar questões referentes ao sofrimento humano e que nem sempre necessitam de um especialista para resolver. Para Tansella a presença de pacientes da saúde mental junto a outros pacientes de outras especialidades no mesmo hospital ajuda a promover a integração entre a saúde mental e outras especialidades clínicas e cirúrgicas, melhorando o diagnóstico e o desfecho das doenças (TANSELLA, 2010, p. s2).

Toda a organização assistencial adotada pelas equipes visa a recuperação do paciente em menor tempo possível. A média de dias internado nas enfermarias de saúde mental dos hospitais gerais, segundo o relatório de gestão 2015 da Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, foi de 16,8 dias no hospital municipal Ronaldo Gazolla, 16,7 dias no hospital municipal Evandro Freire e 7,2 dias no hospital municipal Pedro II. O relatório não apresenta as razões da semelhança de médias de dias de internação entre os hospitais municipais

Evandro Freire e Ronaldo Gazolla e a discrepância destes com o hospital municipal Pedro II, com média de permanência bastante inferior. O tempo médio de internação apresentou importante variação nos dois anos seguintes. Todos os hospitais aumentaram seus tempos médios de permanência em suas enfermarias no ano de 2016. Em 2017 o número de dias internado volta a cair nas enfermarias de saúde mental dos Hospitais Municipais Evandro Freire e Ronaldo Gazolla. O Hospital Municipal Pedro II possui limitações em seus dados, sendo fornecida sua média anual apenas pelo lançamento de seus quatro primeiros meses. De maio de 2016 a dezembro de 2017 não há informação sobre o tempo médio de permanência na enfermaria de saúde mental do hospital (RIO DE JANEIRO, 2018).

Tabela 7 - Tempo médio de internação psiquiátrica - hospitais gerais e hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2015, 2016 e 2017.

<b>Hospitais</b>		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Hospitais Gerais</b>	Hospital Municipal Evandro Freire	16,7	17,1	13,3
	Hospital Municipal Pedro II	7,2	12,9	-
	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	16,8	23	19,3
<b>Hospitais Psiquiátricos</b>	Hospital Municipal Phillippe Pinel	20,2	<b>19,7</b>	<b>17,9</b>
	Hospital Municipal Jurandyr Manfredini	34	39,1	35,7
	Instituto Municipal Nise da Silveira	31,2	30,8	25,2

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2015; RIO DE JANEIRO, 2018.

A título de comparação, apresentamos os dados sobre a média de dias de internação nos três hospitais psiquiátricos municipais (Instituto Municipal Nise da Silveira, Hospital Municipal Jurandyr Manfredini e Instituto Municipal Philippe Pinel) nos anos de 2015 a 2017. A média anual em 2015 foi de 34 dias no Instituto Municipal Nise da Silveira, 31,2 no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini e 20,2 dias no Instituto Municipal Philippe Pinel. Todas as médias foram superiores as médias das enfermarias de saúde mental nos hospitais gerais daquele ano. Nos dois anos seguintes o Instituto Municipal Philippe Pinel apresentou média inferior ao Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, o que parece ser atípico. O tempo médio de permanência em alguns hospitais psiquiátricos também apresentou importante variação. Essa variação talvez possa ser explicada pela presença de pacientes com quadros psiquiátricos estabilizados, mas com alguma questão que impossibilite essa alta. Todos os gestores locais entrevistados disseram ter em suas enfermarias casos de pacientes que permaneceram

internados, apesar de terem seus quadros psiquiátricos compensados. A longa permanência institucional ainda é um problema a ser tratado tanto nas enfermarias do hospital geral quanto nas enfermarias do hospital psiquiátrico.

Em entrevista concedida para esta pesquisa, o gestor municipal afirmou que, em dezembro de 2017, a cidade ainda tinha 295 pacientes de longa permanência no IMAS Juliano Moreira, 12 no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, 10 no Instituto Municipal Philippe Pinel, 25 no IPUB e pouco mais de 40 no IMAS Nise da Silveira.

As características dos pacientes que permaneceram internados estando em condições de saída das enfermarias variaram em torno de questões envolvendo a gravidade de seus quadros clínicos e a falta de suporte familiar. Espera-se que estes casos sejam acompanhados em uma perspectiva intersetorial pelos diversos equipamentos de sua região, sejam do SUAS, do SUS ou da esfera da Justiça (Ministério Público, por exemplo). Os SRTs também deveriam servir de retaguarda para a saída desses pacientes dos leitos de atenção à crise.

Estudo conduzido por Soares (2017) sobre a estrutura e o processo de cuidado dos SRTs mostrou que a cidade do Rio de Janeiro vem implantando Serviços Residenciais Terapêuticos desde 1998, com importante intensificação da implantação a partir de 2012. Em dezembro de 2016 o município contava com 464 vagas em SRTs, distribuídas em 80 módulos residenciais. A taxa de ocupação era de 94,6%, correspondendo a 439 moradores. O estudo concluiu que esta é a principal estratégia de desinstitucionalização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde e está plenamente de acordo com o estabelecido pelas diretrizes da política nacional de saúde mental.

A variação do tempo de internação entre unidades hospitalares pode ocorrer em função de diferentes fatores. Botega e Dalgarrondo (1993, p.35) agruparam as variáveis que interferem no tempo da internação em quatro grupos: variáveis clínicas e sociodemográficas dos pacientes, rede de serviços psiquiátricos e sociais disponíveis, perfil da instituição que realiza a internação e atitudes sociais em relação aos pacientes. Dalgarrondo e colaboradores (2003) em estudo que avaliou as condições clínicas e sociodemográficas de 1463 pacientes internados em unidade de saúde mental em hospital geral entre os anos de 1986 e 1997, concluíram que indivíduos com mais de 60 anos, com diagnóstico de quadro psicorgânico e sem função social prévia tiveram piores desfechos de internação, com pouca melhora de sua sintomatologia psiquiátrica e internações maiores que 21 dias. A metodologia utilizada no artigo não considerou a organização da rede de atenção psicossocial local e a integração desta com a enfermaria do hospital geral. A duração do tempo de internação é afetada tanto pela existência quanto pela organização da rede de atenção psicossocial.

A razão equipe/pacientes também pode ser um fator considerado na variação do número de dias de internação (BOTEGA E DALGALARRONDO, 1993). Os hospitais psiquiátricos costumam ter enfermarias com mais pacientes do que os hospitais gerais. A redução do número de pacientes e sua assistência por maior número de profissionais pode aumentar a frequência de observação e cuidado, abreviando a internação. O entendimento do papel da internação como pontual, no atendimento à crise também favorece o encurtamento das internações. Segundo um entrevistado: “O espírito da enfermaria é enfermaria de crise, enfermaria de emergência. É tirar do quadro mais agudo e encaminhar para a rede do Município” (Gestor Local B).

Na admissão do paciente, os entrevistados disseram que suas equipes buscavam identificar o território do paciente e fazer um primeiro contato com os serviços de referência, construindo uma proposta terapêutica de assistência para o momento posterior a alta. A elaboração de um planejamento de alta desde a admissão pode ser uma das estratégias adotadas na redução do tempo da internação. Uriarte (2012) afirma que as internações mais curtas são adequadas quando se dispõe de uma rede de cuidados de alta qualidade, capazes de cuidar do paciente imediatamente após a alta. Tem-se aí dois elementos que combinados farão a diferença na duração da internação: o planejamento precoce da alta e a existência de uma rede de saúde mental qualificada para tratar o sofrimento. Conforme fala um dos gestores locais:

Normalmente assim que o paciente chega aqui a gente identifica o território dele para ver se tem tratamento ou não; ou saúde da família. Já começa a pensar uma articulação para o projeto terapêutico dele, enquanto ele ainda está internado, pensando na saída dele (Gestor Local B).

O planejamento da alta com a divisão da responsabilidade dos casos com os serviços territoriais nem sempre acontece. Os gestores locais afirmaram que os CAPS que visitam os seus pacientes internados não são muitos. Perceberam que a proximidade geográfica tem sido um importante critério para a aproximação entre o serviço territorial e a enfermaria de saúde mental no hospital geral. Os respondentes das três unidades disseram que as enfermarias são frequentadas por equipes territoriais, mas em condições distintas. Alguns CAPS visitam seus pacientes internados e constroem em conjunto com a equipe da enfermaria o projeto de saída do paciente. Houve o relato de que um CAPS fazia visitas regulares em busca de novos casos internados na enfermaria. A integração com os CAPS também possibilitou a equipe do hospital pensar em uma alta por transferência para o leito de acolhimento do CAPS III. Isso apareceu como um evento isolado, não sendo comum a transferência de pacientes da enfermaria para os leitos de acolhimento dos CAPS III.

A variação da presença dos CAPS nas enfermarias de saúde mental é compreensível, pois a tipologia e a cobertura de CAPS na cidade são diferentes. Segundo Junior e colaboradores (2016, p.1451) a cidade apresentava um índice de cobertura de CAPS de 0,50 por 100.000 habitantes, com 24% dos seus CAPS sendo CAPS III. Segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, as coberturas de CAPS por 100.000 habitantes se dividiriam em: muito boa (acima de 0,70), boa (entre 0,50 e 0,69), regular/ baixa (entre 0,35 e 0,49) e insuficiente ou crítica (abaixo de 0,35). Segundo estes critérios, a cidade teria cobertura de CAPS limítrofe, muito próxima a regular/ baixa.

Embora o planejamento para alta tenha se mostrado uma importante ferramenta na diminuição do tempo de internação, algumas dificuldades no momento da alta foram relatadas. Os pacientes dos três hospitais recebem alta e levam apenas as receitas das medicações que fizeram uso no hospital, junto com medicação para um dia de tratamento. A continuidade do tratamento depende da rápida absorção do paciente por algum equipamento da rede de saúde. A margem de segurança é muito pequena, pois os hospitais não fazem dispensação de medicações e os pacientes tem que ter agilidade para conseguir medicação para o dia seguinte.

A orientação para busca de remédios ou a indicação de continuidade de tratamento em algum ponto da RAPS não é em si mesmo o tratamento. Requer uma transição, com uma fase para apropriação do caso pela equipes de saúde e planejamento de ações. Esse cuidado é importante, pois o encaminhamento do sujeito para serviços territoriais deve ser acompanhado da troca de informações a respeito do paciente e de tudo que diga respeito à condução do tratamento. Para Girolamo (2007) o encaminhamento para o tratamento comunitário de saúde mental teve seu momento de entusiasmo, sendo confundido como o próprio tratamento. Os serviços comunitários são veículos de prestação de serviços onde o cuidado irá se dar.

Nas enfermarias de saúde mental, o cuidado oferecido aos pacientes apresentaram algumas variações, mas todas as três enfermarias se mostraram extremamente restritivas em relação ao seu funcionamento. Das três enfermarias estudadas, uma não autorizava a saída do paciente para licenças temporárias, internas ou externas. Em outra unidade, o entrevistado disse que aceitava fazer licenças internas no hospital, desde que acompanhadas de algum funcionário da unidade. Somente um entrevistado disse que em sua unidade são possíveis licenças internas e externas, acompanhadas de um membro da equipe da enfermaria. Segundo estudo conduzido por Gigantesco e colaboradores (2007) sobre avaliação das unidades hospitalares de saúde mental em hospitais gerais italianos:

Uma menor oferta de psiquiatras e enfermagem estavam associados a uma política de portas trancadas. Um menor número de episódios de contenção física foi associado a oferta de psicoterapias individuais ou terapias comportamentais. Um maior número de regras foi associado a mais episódios de restrição. A presença mais elevada de vários membros da equipe foi associada a uma maior disponibilidade de diferentes tipos de terapia ou intervenção (este efeito foi mais evidente para os psicólogos), enquanto a presença e número de regras foi geralmente associado com menos horas de trabalho da equipe. A presença de portas trancadas foi associada com maior frequência de episódios de contenção física (GIGANTESCO, 2007, p. 512, tradução nossa).

Os achados dos pesquisadores italianos se aproximam com os achados deste estudo. O gestor local que relatou maior permeabilidade a trabalhos internos e externos (como passeios pelo hospital e idas ao CAPS) tinha a maior equipe. A unidade com maior número de leitos e menor quantidade de pessoal de enfermagem e outros membros da equipe multiprofissional, apresentou trabalho mais restritivo, com limitação de saídas internas e externas. A contenção física, presente em unidades com portas trancadas, não apareceu na fala dos gestores locais como prática recorrente, porém todos dizem fazê-la, com protocolo orientado pela supervisão de enfermagem.

A divergência quanto a regras operacionais das enfermarias está relacionada a falta de um protocolo de funcionamento dessas unidades e da sua relação com a rede de saúde mental. O modelo de trabalho parece estar em transição.

O momento atual tem sido de implantação e desenvolvimento da rede de saúde mental, protocolando fluxos de atendimento em diversos serviços. Esse é o ponto em que a política de saúde mental municipal se encontra. Ainda não se conseguiu organizar um protocolo para as enfermarias de saúde mental em hospital geral, com orientações sobre seu funcionamento interno e sua relação com toda a rede de saúde mental. A medida que protocolos não são implementados de forma mais sistemática, a prática nas enfermarias acaba sofrendo a influência do modelo de atenção biomédico característico das organizações hospitalares.

Em geral as internações nos leitos de saúde mental em hospital geral estudados se restringiam a permanência do sujeito no espaço da enfermaria, com eventuais passeios internos nos hospitais. A aproximação com algum serviço territorial não reconfigurou as regras instituídas pelos hospitais. Os cuidados oferecidos pelas unidades se baseiam em observação de enfermagem, psicofarmacologia e atendimentos psicoterápicos. Os pacientes internados ficam sobre a lógica dos cuidados da enfermagem, que supervisionam suas atividades de higiene, alimentação, medicação e sono. A presença de equipe multiprofissional não parece ressignificar essa práxis. As poucas atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional não são estruturadas e parecem impotentes diante da estrutura biomédica estabelecida nos hospitais,

onde a farmacologia se confirma como intervenção mais prevalente. Esse achado está de acordo com a pesquisa desenvolvida por Gigantesco e colaboradores (2007), em estudo já citado anteriormente. Segundo os autores, nas unidades hospitalares psiquiátricas para tratamento de pacientes agudos, existe o domínio de abordagens médicas, com centralidade na terapia farmacológica. As instalações, geralmente estão em desacordo com o que os pacientes esperam.

A falta de qualificação de profissionais para implantar e trabalhar na assistência dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais brasileiros apareceu nos depoimentos dos ex-coordenadores nacionais de saúde mental e na fala do gestor municipal. A formação médica clássica apresenta a psiquiatria aos seus alunos como se fosse uma prática específica dos hospitais psiquiátricos. Gerações de alunos de graduação e de pós-graduação não vêm acompanhando as mudanças no cenário assistencial e ainda acreditam que psiquiatria é uma prática pertencente ao hospital psiquiátrico. A graduação é um bom espaço para iniciar a integração entre a psiquiatria e as demais especialidades da saúde. Mesmo em hospitais que contam com enfermarias de saúde mental falta capacitação e discussão do modelo de cuidado adotado. O modelo assistencial deve ser repensado para formar estudantes e qualificar os trabalhadores. Sobre isso, comentam o ex-coordenador e o gestor municipal:

Se você ensina psiquiatria só dentro de hospital psiquiátrico, como você vai estimular a formação das pessoas trabalharem no hospital geral? Isso naquele tempo. De lá para cá são outros 500, são outras influências, mas naquele tempo era isso. Eu atribuo essa forte hegemonia da formação, da existência do hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro e da formação dos psiquiatras em hospital psiquiátrico (Ex-coordenador Nacional A).

Porque nós não formamos profissionais pensando nessa lógica. A gente não investiu na formação dessa lógica. [...] E outra coisa, não discutimos com a cultura hospitalar a ideia do manejo desse doente. Ele ainda funciona na lógica da enfermagem de fazer a supervisão dos seus doentes internados (Gestor Municipal).

A formação de novos profissionais e a qualificação dos que já existem pode ser frutífero na diminuição do estigma que a saúde mental carrega e que não é diferente nas enfermarias de saúde mental. Nas entrevistas com os gestores locais, houveram relatos de medo e preconceito por parte de outros funcionários do hospital em relação aos pacientes e as enfermarias de saúde mental. Uma das perguntas feitas aos gestores locais foi se notavam preconceito quanto a enfermaria de saúde mental. Dos três entrevistados, dois disseram existir forte preconceito nos hospitais onde trabalham. Segundo eles:

Como a gente tem criado esse trabalho de estar compartilhando o trabalho com outras unidades, tende a diminuir. Mas o estigma ainda é fortíssimo. Ah, paciente psiquiátrico... (Gestor Local A).

Para você ter uma ideia tem técnico de enfermagem que não tem coragem de entrar aqui. Tem médico que não tem coragem de entrar aqui. Isso é clássico dentro da psiquiatria (Gestor Local B).

Em uma das unidades o gestor local respondeu não haver preconceito em relação a saúde mental do hospital. De fato a aproximação entre a psiquiatria e outras clínicas do hospital pode favorecer o intercâmbio interdisciplinar e diminuição do estigma da doença mental. A percepção de que não há estigma por parte do entrevistado difere dos achados das outras duas unidades e da literatura apresentada anteriormente.

A formação de novos profissionais, imbuídos de pensar sobre a prática nas enfermarias de saúde mental, pode contribuir para torná-las mais abertas. As enfermarias de saúde mental em hospital geral apresentam modelo de cuidado com características restritivas. Surpreendentemente, as regras adotadas pelas enfermarias eram mais rígidas que algumas regras adotadas por hospitais psiquiátricos da cidade. Curtos períodos de tempo para visita e número restrito de visitantes são exemplos de regras mais rígidas em hospitais gerais do que em hospitais psiquiátricos. O modelo de cuidado com características restritivas apresentado pelas enfermarias de saúde mental dos hospitais gerais tinha alguns atributos em comum. Eram proibidas saídas desacompanhadas, o uso de celulares e outros equipamentos eletrônicos. Pacientes fumantes não tinham um espaço livre para fumar. As bolsas e os pertences ficavam guardados, podendo o paciente ter um conjunto de higiene e roupas íntimas. Em uma enfermaria os pacientes podiam ficar com suas roupas, mas em duas enfermarias os pacientes usavam uniformes hospitalares. Alimentos trazidos de fora também eram proibidos em duas das três enfermarias.

As regras impostas para o funcionamento dos leitos de saúde mental parecem atender às necessidades de organização do hospital geral e de sua rotina. Ao longo do tempo protocolos informais sobre a regulação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais foram feitos e vem seguindo com relativo sucesso. Mas ainda falta a formação de consensos sobre o padrão de funcionamento de uma enfermaria de saúde mental em hospital geral na cidade.

Parece que as restrições impostas aos pacientes são propostas técnicas decorrentes do sistema hospitalar geral. A reforma psiquiátrica se afirmou como movimento pautado no respeito ao sujeito com sofrimento mental e ao seu protagonismo no tratamento. A maior riqueza dos serviços criados à luz da reforma é a capacidade de ouvir as necessidades do sujeito em sofrimento mental e adaptá-las a uma forma de tratamento menos autoritária e invasiva.

No quadro 3 encontram-se os pontos mais relevantes identificados na pesquisa, agrupados nas categorias anteriormente apresentadas:

Quadro 3 – Quadro-resumo com os principais achados da pesquisa

Categoria	Principais achados da pesquisa
<p>O modelo organizacional dos leitos de saúde mental em hospital geral e a interação com a Rede de Atenção Psicossocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os leitos de saúde mental em HG são regulados pelo SISREG municipal e estão disponíveis para o atendimento à crise psiquiátrica, independente do uso de drogas ou presença de doenças clínicas;</li> <li>• As enfermarias não são regionalizadas. Nelas são internadas pessoas de diferentes regiões da cidade. Há o esforço do regulador municipal em privilegiar a regionalização, mas isso flutua em função da oferta de vagas na cidade;</li> <li>• A interação entre a RAPS e a enfermaria de saúde mental em HG acontece de forma irregular. Geralmente os CAPS mais próximos são os que tem melhor integração com as unidades;</li> <li>• Foi residual o encaminhamento de pacientes da enfermaria para os leitos de acolhimento dos CAPS III;</li> <li>• A atenção básica do município foi apontada como destino de grande parte dos encaminhamentos depois da alta;</li> <li>• As enfermarias não contam com a retaguarda dos Serviços Residenciais Terapêuticos para casos de longa permanência institucional. Observou-se a tentativa de encaminhamento desses casos aos hospitais psiquiátricos municipais.</li> </ul>
<p>Estrutura física e equipe técnica multiprofissional das enfermarias de saúde mental em hospital geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As equipes que trabalham nas enfermarias de saúde mental tinham composições muito variadas. Alguns de seus profissionais cumpriam sua carga horária de trabalho na enfermaria, outros dividiam essa tarefa com os demais setores do hospital;</li> <li>• O número de técnicos de enfermagem, de acordo com a portaria GM 148/ 2012, estava deficitário em dois hospitais do estudo;</li> <li>• Os hospitais onde as enfermarias estão instaladas vem tendo avanços na integração entre a saúde mental e as outras especialidades. As equipes de saúde mental trocam experiências com outros profissionais através da oferta e do recebimento de interconsultas;</li> <li>• As enfermarias de saúde mental são muito restritivas e muitas vezes operam com regras mais rígidas do que as oferecidas em hospitais psiquiátricos. Isso pôde ser notado em relação a permanência de objetos, a circulação dos pacientes e aos horários de visitas;</li> <li>• Os espaços onde se localizam as enfermarias foram descritos como inadequados pela maioria. São espaços muito restritivos e sem estímulos. Independentemente da composição da equipe, não foi narrada a oferta de atividades estruturadas dentro ou fora das enfermarias.</li> </ul>
<p>Organização e o processo de cuidado nos leitos de saúde mental em hospital geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os projetos terapêuticos dos sujeitos internados são construídos conjuntamente entre profissionais médicos e não-médicos;</li> <li>• Durante o tratamento, foi identificadas as possibilidades de transferência do sujeito internado para estruturas de cuidado mais complexas, como CTI, por exemplo;</li> <li>• As equipes das enfermarias de saúde mental buscam acionar a rede territorial assim que o paciente chega para a internação. Isso ajuda a confeccionar o projeto terapêutico e agiliza o planejamento de alta;</li> <li>• O tempo médio de permanência nas enfermarias variou entre as três unidades, ficando abaixo de 20 dias em 2017;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• A dispensação de medicação no momento da alta foi um importante problema identificado. Quando recebem alta, os pacientes levam medicação para apenas um dia de tratamento;</li><li>• Os gestores locais afirmaram que a presença da saúde mental vem diminuindo o estigma e o preconceito com pacientes psiquiátricos.</li></ul>
--	--

Fonte: Pesquisa Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A pesquisa pretendeu conhecer os aspectos envolvidos no modelo organizacional dos leitos de saúde mental em três hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro. A importância deste estudo se dá em função da política de saúde mental que está em curso no país desde o início dos anos 80, onde o leito de saúde mental em hospital geral se destaca como componente hospitalar de atenção à crise.

O campo da saúde mental vem passando por constantes transformações, que envolvem mudanças na assistência e na legislação. A cidade do Rio de Janeiro pode ser vista como exemplo dessas transformações, pois caminha para a substituição do antigo modelo hospitalar pelo modelo de atenção comunitária. Entretanto, o cenário assistencial da cidade ainda é híbrido e nele convivem antigas práticas hospitalares com propostas contemporâneas de assistência à saúde mental, como as emergências integradas as Coordenações de Emergências Regionais da Barra e de Santa Cruz, por exemplo.

O hospital psiquiátrico ainda é apresentado como possibilidade de cuidado para pessoas em crise, mas sua participação vem diminuindo progressivamente. Em 2012, o município oferecia 1.887 leitos em hospitais psiquiátricos públicos e conveniados e hoje oferta 757 leitos, todos em hospitais públicos. Embora essa redução caminhe afinada com a política instituída pelo Ministério da Saúde, chama a atenção que a maior oferta de leitos em hospital psiquiátrico para pacientes em crise aconteça no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), principal centro formador da cidade. O hospital universitário, de quem se espera uma formação diferenciada e integrada à RAPS, continua oferecendo leitos de internação em hospital psiquiátrico.

Outro ponto importante diz respeito ao número de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Desde a normatização da RAPS pela portaria GM 3.088/ 2011, os leitos para tratamento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deveriam estar localizados em hospitais gerais. Apesar do grande quantitativo de hospitais gerais municipais, apenas quatro oferecem leitos de saúde mental. A pouca disseminação dos leitos em hospitais gerais poderá representar um entrave na reorientação da assistência à saúde mental no município.

O modelo de oferta concomitante de leitos para assistência a crise em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais produz um sistema híbrido, condicionando perfis para as diferentes internações. Pacientes com comorbidades clínicas são preferencialmente elegíveis para os leitos de saúde mental em hospital geral e os demais poderiam ser atendidos em hospitais psiquiátricos. Essa divisão por perfis, tenderia a aumentar o risco de transferência de

pacientes com quadros clínicos estáveis para hospitais psiquiátricos. Os leitos de saúde mental em hospitais gerais possuem remuneração diferenciada por tempo de internação: as internações mais curtas são melhor remuneradas, enquanto as mais longas são pior remuneradas. O pagamento menor para pacientes com maior permanência institucional aliada a limitadas possibilidades de reintegração social também pode induzir a transinstitucionalização de alguns pacientes para hospitais psiquiátricos, o que apareceu como demanda no discurso dos gestores locais.

O município vem avançando em sua rede de Serviços Residenciais Terapêuticos, possibilitando que pessoas institucionalizadas possam voltar ao convívio comunitário de maneira assistida. Porém, o modelo de residências terapêuticas adotado pelo Ministério da Saúde e pelo município do Rio procura atender pessoas egressas de longo período de institucionalização, não servindo a pessoas sem suporte social, com menor permanência institucional. O estudo observou que as equipes das enfermarias não contavam com a retaguarda de serviços residenciais terapêuticos para casos com dificuldade de retorno a vida comunitária.

A internação em hospital geral para tratamento de questões de saúde mental não prescinde do acompanhamento dos demais serviços da rede de saúde comunitária. Ao contrário disso, a hospitalização deve fazer parte de um projeto terapêutico comum a toda Rede de Atenção Psicossocial. Na realização desta pesquisa, essa integração aparece como dado preocupante. Não há um protocolo para condução dos casos de usuários internados em leitos de saúde mental em hospitais gerais em conjunto com a Rede de Atenção Psicossocial. A internação de usuários de diferentes territórios apareceu como problema para integração entre as equipes das enfermarias e dos Centros de Atenção Psicossocial. As equipes dos CAPS que conseguiam visitar os pacientes internados eram as que ficavam próximas aos hospitais com leitos de saúde mental. Mesmo assim não tinham regularidade nas visitas e muitos casos entravam e saíam das enfermarias sem a possibilidade de discussão com as equipes dos territórios. Segundo o artigo 4º da portaria GM 148/ 2012, o projeto técnico das enfermarias de saúde mental em hospital geral deve contemplar a articulação com outros pontos da RAPS para a construção do Projeto Terapêutico Singular. A cobertura ainda deficiente de CAPS na cidade e a deficiência estrutural de alguns serviços implantados também podem prejudicar a efetividade do atendimento a crise.

Embora a enfermaria de saúde mental em hospital geral seja um ponto da RAPS, ela parece ter limitações quanto a oferta de seus leitos para atendimento de situações locais. Os leitos são regulados pelo sistema de regulação municipal e um CAPS da região pode não contar com o leito do hospital para atendimento de crise. As enfermarias de saúde mental, embora

pertençam à RAPS, precisam melhorar a pouca articulação que parecem ter com ela. O modelo organizacional da provisão de leitos de saúde mental da cidade deveria ser mais sensível e buscar atender as situações locais identificadas pelas RAPS.

Sobre o funcionamento das enfermarias de saúde mental em hospital geral, as internações ocorridas nessas unidades costumam durar um período médio inferior a 20 dias. Nesse período, os usuários são submetidos a regras muito restritivas e não podem ficar com seus pertences ou circular pelo hospital. Os horários de visita de familiares e amigos são curtos e há limitação do número de visitantes.

Os ambientes descritos pelos entrevistados eram inadequados a proposta de tratamento. Os espaços destinados aos usuários eram pequenos e pouco estimulantes. Além da terapia farmacológica e eventuais atendimentos psicológicos, não foram descritas atividades de lazer ou oficinas terapêuticas estruturadas. O modelo biomédico que orienta as práticas do hospital geral não pareceu ter menos força nas enfermarias de saúde mental. Uma maior participação de serviços territoriais na condução dos casos poderia amenizar os impactos causados pela hospitalização, oferecendo atividades internas complementares a rotina das enfermarias ou a participação do usuário em oficinas terapêuticas nos CAPS da região. A portaria GM 148/2012, que define as normas de funcionamento dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, em seu artigo 5º, determina que as enfermarias tenham espaços confortáveis e com privacidade. Também orienta que as enfermarias devem ficar o mais próximo possível do andar térreo, para que possa facilitar a circulação e a integração com uma pequena área livre para atividades. Os relatos colhidos com os gestores locais indicaram que duas enfermarias não estavam de acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, no quesito estrutura física. As áreas para atividades e atendimentos não eram satisfatórias e se resumiam a corredores dentro da própria enfermaria.

As equipes assistenciais possuíam modos diferenciados de trabalhar e em alguns casos os profissionais de nível superior estavam em número insuficiente e dividiam sua permanência entre a enfermaria e outros setores do hospital. A redução da permanência do profissional no setor tende a diminuir a qualidade da assistência e contraria o disposto na portaria GM 148/2012 que determina para o cuidado de 11 a 20 leitos a assistência de dois profissionais de nível superior. Além da equipe de nível superior, a equipe de técnicos de enfermagem também esteve em desacordo com a portaria citada em dois hospitais.

Sobre o tratamento restritivo oferecido pelas enfermarias, cabe desenvolver um estudo que averigue a opinião dos diversos profissionais do hospital sobre a enfermaria de saúde

mental, investigando se isso ocorre em função da cultura hospitalar ou de preconceitos com a saúde mental.

A baixa implantação de leitos de saúde mental em hospital geral está relacionado com estigmas e preconceitos. O desconhecimento sobre o assunto faz com que gestores de unidades resistam em receber pacientes psiquiátricos em suas instituições, dificultando assim a reversão do modelo assistencial psiquiátrico. Entre os fatores de resistência à implantação de leitos de saúde mental apresentados pelos ex-coordenadores nacionais de saúde mental estão a desinformação, o preconceito e a formação médica desatualizada. Gerações de médicos são formados com o entendimento de que a psiquiatria deve acontecer em hospitais psiquiátricos, apartada de outras práticas médicas. Isso reforça a ideia de que a psiquiatria é uma prática de altíssima complexidade e que merece espaço separado.

Historicamente, o Rio de Janeiro teve uma significativa capacidade instalada de leitos em hospitais psiquiátricos localizada nos antigos hospitais da DINSAM, herdados pela municipalidade. A oferta desses leitos pode estar funcionando como barreira para a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais mais extensiva.

A pesquisa apresentou limitações que poderiam ter contribuído para o estudo. O levantamento dos custos operacionais das enfermarias de saúde mental nos hospitais gerais e sua comparação com os custos operacionais de outras estruturas assistenciais poderia ampliar a discussão a respeito da baixa implantação dos serviços e do desinteresse ao modelo das enfermarias.

Os achados da pesquisa indicam que a cidade do Rio de Janeiro, apesar de algumas lacunas assistenciais, apresenta avanços significativos na reversão no modelo de cuidado hospitalocêntrico para o modelo de atenção comunitária. Nesse desenho territorial de cuidado, o leito de saúde mental em hospital geral cada vez mais assumirá o protagonismo da atenção à crise na cidade, integrando-se aos demais pontos da RAPS. Estudos sobre preferências dos usuários e seus familiares em relação aos dispositivos onde ocorre a atenção às crises também são fundamentais, pois estes são os principais interessados nas consequências de decisões gerenciais e políticas.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAUJO, F.C.A. de. *A (des)integralidade pela (in)diferença: um estudo sobre práticas assistenciais ao louco na emergência de um hospital “quase geral”*. Dissertação (mestrado) – Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013.

BARBATO A. et al. Community residential facilities in mental health services: A ten-year comparison in Lombardy. *Health Policy*, vol. 121, issue 6, p. 623-628. 2017.

BARROS, R.E.M.; TUNG, T.C.; MARI, J.de J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatria*., São Paulo , v. 32, supl. 2, p. S71-S77, Oct. 2010.

BASAGLIA, F. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BOTEGA, NJ. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: BOTEGA NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, p. 15-30. 2002.

BOTEGA, NJ. Intercolsulta Psiquiátrica: Aspectos da Técnica. In: BOTEGA N.J., organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, p. 94-108. 2002

BOTEGA N., DALGALARRONDO P. *Saúde mental no Hospital Geral. Espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde, 1988. *Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p. 15

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 189, de 19 de novembro de 1991: altera o financiamento das ações e serviços da saúde mental. *Diário Oficial da União* 1991; 11 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da União* 1994; 30 jan.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jan. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. Ano X, número 12. Brasília: MS; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=47&VTipo\\_Leito=6&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=) Acesso em: mar 2017.

BRASIL, M.A.A. *A unidade psiquiátrica em hospital geral*. Dissertação (mestrado) – Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

CALZADO T.S., GONZÁLES A.R., CHAVERO, J.M.F. Servicios residenciales comunitários para personas com enfermedades mentales crónicas. In: *Rehabilitación Psicossocial de Personas com Transtornos Mentales Crónicos*. RODRIGUÉZ, A. (coordinador). Madrid. Ediciones Pirámide, p. 365-388. 1997.

CAVALCANTI, M. T. et al . Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, supl. 1, p. 23-28, Aug. 2009.

CERQUEIRA, P. Sobre um trabalho de supervisão na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro: uma conversa em dois tempos. In: LIBERIO, M. & ALBUQUERQUE P. (Org.) *12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revista da Escola de Saúde Mental, p. 28-35. 2008.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre. Editora: Artmed. 2ª Edição. 2007.

DA COSTA, P.H.A. et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):395-406, 2015

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N.J; BANZATO, C.E.M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, Oct. 2003.

DE SOUSA, F.S. P.; SILVA, C.A.F. da; OLIVEIRA, E.N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, Sept. 2010.

DEL RIO F., CARMONA J. Organización de los servicios de salud mental comunitários: la red territorial. Coordinación y colaboración isntitucional. In: DESVIAT M. MORENO A. (editores). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: AEN. p. 341-355. 2012

DELGADO, PGG. Papel Estratégico das Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: *Cadernos do IPUB*, vol. 1, nº 1, p. 9-20. 1997.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 1999.

DESVIAT, M., MORENO A. Las reformas tardias. In: DESVIAT M. MORENO A. (editores). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: AEN;. p. 37-48. 2012

DIAS, M.K., GONÇALVES R. W. e DELGADO PGG. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, EM.(org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: HUCITEC. P.115-140. 2010.

DO PRADO MF, SÁ M de C, MIRANDA L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, V.39, N Especial, p 320- 337, dez. 2015.

DUARTE S.L., GARCIA M.L.T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013.

ENGEL, M.G. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830 -1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FAGUNDES Jr H.M. Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. In: *Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ*, nº 14. Rio de Janeiro: UFRJ, p.31-36. 1999.

FAGUNDES Jr H.M., DESVIAT, M., SILVA, P.R.F da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(5):1449-1460, 2016.

FREITAS, F. AMARANTE P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GIGANTESCO et al. Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy. *J Psychiatry*, 41(6):509-18. Jun 2007.

GIROLAMO G. et al. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 257(2):83-91. 2007.

GONÇALVES R.W., VIEIRA F.S., DELGADO P.G.G. Política de saúde mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*,46(1):51-8. 2012.

GOULART, M. S. B. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1 (1) p. 1-19. São João del-Rei, jun. 2006.

HILDEBRANDT, LM, ALENCASTRE, MB. A inserção da psiquiatria no hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001

HOLLOWAY F. e SEDERER L. Inpatient treatment. In: THORNICROFT, G. et al. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press, p.167-177. 2011.

JOHNSON S., TOTMAN J. e HOBBS L. Crisis and emergency services. In: THORNICROFT, G. et al. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press. P. 118-128. 2011.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LEAL E.M. A formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. In: LIBERIO, M. & ALBUQUERQUE P. (Org.) *12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revista da Escola de Saúde Mental, p. 15-27. 2008.

LARROBLA, C.; BOTEAGA, N. J. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1042-1048, Dec. 2006 .

LOUGON M. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LUCCCHESI M., MALIK A.M. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev Saúde Pública*, jan;43(1):161-8. 2009.

MACHADO, V.; SANTOS, M.A.dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. *J. bras. psiquiatria*, Rio de Janeiro , v. 60, n. 1, p. 16-22, 2011.

MAIA, A.M.Q. *A experiência do planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?* Dissertação (mestrado) – Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial*. Londrina: EDUEL, p.11-25. 2003.

MARTINS, C. A moderna assistência psiquiátrica. In: MARTINS, C. Estudos sobre unidade psiquiátrica em hospital geral: a experiência de dois anos no serviço de psiquiatria e psicologia médica do hospital do servidor público estadual. *Revista do Hospital do Servidor Público Estadual*. São Paulo, p. 15-27. 1967.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v.22, n.37, p.7-32, 1999.

NASCIMENTO M.do et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enfermagem*, 14 (Abril-Junho). 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Anais da conferência regional para reestruturação da assistência psiquiátrica no continente*. Brasil: Ed. Abrasco, 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Atención Comunitaria a Personas con Transtornos Psicóticos*. Washington, DC: OPS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

PAES, M.R., et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciência, cuidado e Saúde*. v.12, n.2, 407-412. 2013.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. *História, Ciências, Saúde* — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

PESSOTI, Isaias. *O Século dos Manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Política. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4579-4589, 2011.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, p. 15-73. 2001.

RIETRA, R.de CP. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1999.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 2553 de 13 de março de 2015: Define o Procedimento Operacional Padrão de Internação em Saúde Mental. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2015*; 16 mar.. Disponível em: [http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar\\_pdf.php?reload=ok&edi\\_id=00002704&page=22&search=2553](http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?reload=ok&edi_id=00002704&page=22&search=2553). Acesso em: mar. 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. *Áreas Programáticas*. Disponível em: <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>. Acesso em: mar. 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Hospitalar de Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. Relatório de gestão 2015. Mimeo. 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Hospitalar de Urgência e Emergência. Relatório de Gestão 2009 a 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/download/222/202>. Acesso em: mar. 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Hospitalar de Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. Sala de situações. Mar. 2018.

SCHECHTMAN A., ALVES D.S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE M.A.S., CARVALHO M.C.deA., SILVA, P.R.F.da. *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-58. 2014.

SILVA, J.P.L.da. *A desinstitucionalização e o processo de reformulação da assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro no período 1995-2000: Monitoração de resultados de uma política pública utilizando dados de inquérito epidemiológico associados a registros administrativos*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, T.L. da et al. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral / Profile of hospitalizations in the psychiatric unit of a general hospital. *REME rev. min. enferm*; 18(3): 644-651, jul.-set.2014.

SOALHEIRO, N.I. et al. Território, violência e adoecimento: reflexões para a saúde mental e a atenção básica. In: NUNES M. e LANDIN F.L.P. *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA, p. 143–174. 2016.

SOARES, L.M.L. Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2017.

SORANZ, D. et al. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, May 2016.

SOUSA, F.S.P.; SILVA, C.A.F.da; OLIVEIRA, E.N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, Sept. 2010.

SYTEMA S., BURGESS, P., & TANSELLA, M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 273-281. 2002.

TANSELLA, M. Alternatives to standard acute in-patient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. *The British Journal of Psychiatry*, 197, s1-s3. 2010.

TEIXEIRA, M.O.L. Nascimento da Psiquiatria no Brasil. In: VENANCIO A.T., LEAL E.M., DELGADO P.G.G. *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, 1997*. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, p. 301-318. 1997.

TENÓRIO, F. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. In: *Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ*.nº3. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 197-214. 1999

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*. Mangueiras, Rio de Janeiro vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

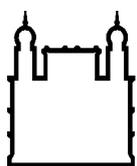
THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 3(1): 3-25, São João del-Rei, Ag. 2008.

THORNICROFT G. & TANSELLA, M. *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*. Barueri, SP: Manole, 2010.

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. 4º edição. Ed. Vozes. Rio de Janeiro, 2010.

URIARTE, J.J. Unidades de reabilitación, “espacios intermédios hospitalários”. In: DESVIAT M. MORENO A. (editores). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: AEN, p. 434-444. 2012.

## APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES LOCAIS DAS ENFERMIARIAS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

### Roteiro para Entrevista com Gestores Locais das enfermarias de saúde mental em Hospital Geral

#### Bloco I – Perfil da clientela da enfermaria

- a) Quais os critérios para internação de pacientes na enfermaria do hospital? Necessariamente devem existir comorbidades clínicas?
- b) A regulação de pacientes se baseia em critérios de regionalização?
- c) Os casos são encaminhados somente pela Central de Regulação? Acontecem outras formas de encaminhamento para internação (demanda interna do hospital, encaminhamento por serviços da RAPS, demanda espontânea, ...)?
- d) A enfermaria atende casos de intoxicação ou abstinência de álcool e drogas?
- e) Os casos de delirium são mantidos na enfermaria?
- f) Quais os diagnósticos mais prevalentes?
- g) Os pacientes internados tinham história de tratamento prévio em psiquiatria? Possuíam acompanhamento em CAPS ou ambulatórios?
- h) Qual o tempo médio de internação? Há limite de permanência?
- i) Quais as características dos pacientes que permanecem mais tempo internados?
- j) Qual a taxa de ocupação dos leitos? Há ociosidade de leitos? Leitos extras?
- k) Em casos de reagudização do quadro psiquiátrico o paciente é reinternado no hospital?
- l) Internam-se menores de 18 anos? Em ambiente separado? Com acompanhantes?

#### Bloco II – O paciente e a equipe

- a) Como é composta a equipe assistencial? Detalhar (membros, horários,...).
- b) Os profissionais da enfermaria possuem formação em saúde mental?
- c) O hospital fornece capacitação para o trabalho nas enfermarias?
- d) Há resistência e estigmas relacionados a saúde mental por parte da equipe da enfermaria?
- e) Notam-se preconceitos e estigmas por outros setores do hospital relacionados aos pacientes da enfermaria?
- f) Há rotatividade de trabalhadores da enfermaria? Por que razão?
- g) Outros profissionais do hospital atendem os pacientes internados nos leitos de saúde mental?
- h) Os profissionais da enfermaria são interconsultores de outros setores do hospital?
- i) Há movimentação interna dos pacientes para outras clínicas médicas (cirurgia, ortopedia,...)?

j) Os profissionais tem acesso a exames laboratoriais e de imagem?

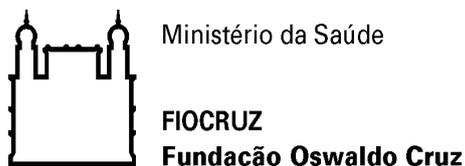
#### Bloco III - Processo de cuidado

- a) Como é feita a admissão do paciente?
- b) Como é a relação da enfermagem com os serviços territoriais (CAPS, ambulatórios)?
- c) Os CAPS visitam os pacientes internados?
- d) De que forma acontece a alta da enfermagem?
- e) O paciente recebe medicação quando sai de alta? Para quanto tempo?
- f) A estratégia de saúde da família é acionada para segmento do caso?
- g) Como é tratado a crise dentro da enfermagem? Que recursos são disponibilizados para contornar um episódio de agitação psicomotora ou heteroagressividade (medicação, sedação, contenção)?
- h) Utiliza-se a contenção química ou mecânica? É frequente? Há protocolo de contenção?
- i) Acontecem transferências para hospitais psiquiátricos? Por que razões?
- j) Além da psicofarmacologia, que outras terapêuticas são ofertadas?
- k) Como lidam com os casos de pacientes em condição de alta, mas sem moradia?
- l) Quais as diferenças entre uma internação em Hospital Geral e uma internação em Hospital Psiquiátrico?

#### IV – Estrutura da enfermagem

- a) A enfermagem é fechada? Os pacientes podem sair?
- b) Que tipo de pertences podem ficar com os pacientes?
- c) Os pacientes podem ficar com celulares ou eletrônicos?
- d) Existem horários e outras regras para visitas?
- e) Há divisões internas na enfermagem (gênero, diagnóstico, gravidade, idade,...)?
- f) Descreva rapidamente a estrutura da enfermagem.
- g) Existem espaços de recreação, oficinas ou *estar* na enfermagem?
- h) A enfermagem apresenta problemas de estrutura ou manutenção?
- i) Na sua opinião, como você considera o ambiente da enfermagem (físico, organização, limpeza,...)? Há escassez de recursos (equipe, material, estrutura, pessoal de apoio)?
- j) A enfermagem é valorizada pela direção tanto quanto outras clínicas médicas do hospital?

**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SUPERINTENDENTE DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (GESTOR MUNICIPAL) E COM OS EX-COORDENADORES NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL**



Roteiro para Entrevista com o Superintendente de Saúde Mental da cidade do Rio de Janeiro (Gestor municipal) e com os Ex-coordenadores nacionais de saúde mental do Brasil.

- a) Na sua opinião, qual a importância da implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais para a mudança do cenário assistencial da saúde mental na cidade do Rio de Janeiro (ou no Brasil)?
- b) Em dezembro de 2015 haviam 25.126 leitos em hospitais psiquiátricos e 1005 leitos em hospitais gerais no país. Na cidade do Rio de Janeiro, segundo o CNES (março de 2017), são 378 leitos em hospitais psiquiátricos e 54 leitos em hospitais gerais. Depois de 30 anos de Reforma Psiquiátrica em curso, por que as internações ainda ocorrem massivamente em hospitais psiquiátricos? Por que essa discrepância na oferta de leitos para atendimento à crise em hospitais gerais?
- c) As políticas indutoras de implantação de leitos de saúde mental em hospital geral do Ministério da Saúde tem se mostrado efetivas?
- d) É possível um modelo híbrido de atenção à crise, coexistindo, na mesma cidade, enfermarias em hospital geral e enfermarias em hospital psiquiátrico?
- e) Quais as resistências e os principais obstáculos enfrentados na implantação das enfermarias de saúde mental em hospital geral?
- f) É mais fácil a implantação de leitos de saúde mental em hospital geral em localidades que não contam com hospitais psiquiátricos? A existência de leitos em hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro desestimula o gestor a construir novas alternativas de cuidado em saúde mental?
- g) Os contratos de gestão dos Hospitais com leitos de saúde mental preveem médias de internação variando de 14 a 18 dias, com repercussão nos repasses financeiros. O Ministério da Saúde também adota pagamentos variados, condicionados ao tempo de permanência. Isso influencia diretamente na condição de alta dos pacientes?

- h) Nos hospitais entrevistados, há forte prevalência da psiquiatria biológica e medicalizadora. A adoção de práticas assistenciais mais restritivas seria um “reflexo” da entrada da psiquiatria no hospital geral? Como reverter isso?
- i) A regionalização não é necessariamente seguida nas internações em hospitais gerais da cidade. Por que isso não acontece e quais as consequências disso para o desenho assistencial territorializado?