

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**Simone Cleide Rodrigues de Jesus**

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE PESSOAS INTERNADAS POR MORBIDADE  
CLÍNICA EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO**

**RECIFE**

**2021**

**Simone Cleide Rodrigues de Jesus**

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE PESSOAS INTERNADAS POR MORBIDADE  
CLÍNICA EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Naíde Teodósio Valois Santos

RECIFE

2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

- J58a Jesus, Simone Cleide Rodrigues de.  
Atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário / Simone Cleide Rodrigues de Jesus. - Recife: [s. n.], 2020.  
130 p.: il.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.  
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque; coorientadora: Naíde Teodósio Valois Santos.
1. Saúde Mental. 2. Política Pública de Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. Hospital Geral. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Santos, Naíde Teodósio Valois. III. Título.

SIMONE CLEIDE RODRIGUES DE JESUS

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE PESSOAS INTERNADAS POR MORBIDADE  
CLÍNICA EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Aprovado em: 27 / 08 / 2020

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo  
Escola de Governo da Saúde Pública de Pernambuco

*A meu sobrinho Luiz Bruno (in memoriam), por todo amor e  
confiança a mim dedicados ao longo de sua vida.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser minha luz e segurança em toda minha vida.

A meus pais, **Francisco de Jesus** (in memoriam) e **Ivone Rodrigues de Jesus**, por seguirem ao meu lado nos caminhos da vida me ensinando a amar e ser responsável pela conquista dos meus sonhos independente dos obstáculos que se apresentassem no caminho.

À minha orientadora, professora **Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque** por sua disponibilidade, generosidade na troca de saberes e práticas. Agradeço, ainda, pela confiança neste trabalho e por me lembrar de que este processo precisava ser vivido de forma suave.

À minha co-orientadora, professora **Dra. Naíde Teodósio Valois Santos**, por aceitar compartilhar esta jornada guiando-me com seu conhecimento e provocando reflexões durante todo o percurso.

A meu esposo, **César Andrei Cunha de Souza Silva**, por sua presença iluminada e tranquila em cada momento de construção deste estudo, comemorando cada avanço, apoiando nos momentos de dúvida ou tensão e disponibilizando sua assessoria na área de tecnologia da informação.

Às minhas irmãs(ão) **Goreti, Cássia, Cassilda, Paula e Ivaldo**, por sempre acreditarem nos meus sonhos e, em particular, minha irmã **Claúdia**, por seu incentivo constante para a efetivação deste mestrado.

A meus enteados, **Yago e Yrla**, pela paciência ao longo desta jornada e, em especial, ao meu querido **Yan**, por seu amor e estímulo diário para a conclusão desta pesquisa.

À minha amiga **Juliana Vieira**, por sua grande generosidade, por acreditar em meu sonho e me orientar em cada etapa do processo seletivo, tornando o desafio mais real e viável!

A **Edjane Alves, Brena Alexia e Aryanne Oliveira**, por colaborarem como membros da equipe de pesquisa de campo nas fases de coleta e análise de dados.

A meu amigo **Ewerton Halan**, por sua disponibilidade e colaboração na análise estatística dos dados.

A todas as assistentes sociais da **Unidade de Serviço Social do HUPAA-UFAL**, da qual faço parte, por fazer o possível para suprir a ausência parcial no trabalho e me incentivarem para o alcance do objetivo. Em especial, a **Eunice Alves**, chefe da unidade e amiga, por me fortalecer em momentos de dúvida e por incentivar a continuar este trabalho, contribuindo ainda com suas reflexões.

À **Gerência de Atenção Psicossocial de Maceió e Gerências do CAPS Dr. Rostan Silvestre** pelo apoio, compreensão e incentivo ao longo da pesquisa.

Aos **professores do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública (2018-2020)**, pelo conhecimento compartilhado e construído, e aos **funcionários** do Instituto Aggeu Magalhães, pela atenção e compromisso.

À **turma 2018-2020**, por trilhar essa jornada juntos com muito compromisso, trocas de saberes e alegria, tornando o percurso mais leve. Em especial, **minha gratidão às amigas Roseane Farias e Vanessa Alves**, pela amizade construída e cotidiano compartilhado.

Um agradecimento especial a **todos profissionais** que colaboraram aceitando participar do estudo e compartilhando suas experiências, sentimentos, opiniões, em prol da construção deste conhecimento.

A todos os **usuários e familiares/cuidadores** que contribuíram como fonte secundária de informação e a quem esperamos que este trabalho possa beneficiar ao contribuir para a reflexão das práticas profissionais a eles destinadas.

JESUS, Simone Cleide Rodrigues de. Atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em um hospital geral universitário de Maceió, Alagoas. Trata-se de estudo exploratório e descritivo desenvolvido no período de janeiro de 2019 a março de 2020. A abordagem qualitativa utilizada analisa as percepções dos profissionais sobre o objeto da pesquisa enquanto a quantitativa, permite conhecer sua dimensão estatística. Realizou-se 2 grupos focais, com 21 participantes, e 3 entrevistas, ambos, com profissionais atuantes nas equipes das unidades de clínica médica, oncologia, cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia, compostas por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos. Utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo para análise dos dados e construção dos discursos síntese. Nestes os profissionais destacam a importância do trabalho multiprofissional e uso de tecnologias leves para abordagem em saúde mental; destacam como maiores dificuldades o medo e resistência a esse tipo de cuidado, por preconceito e sentimento de despreparo; e reconhecem o fortalecimento do trabalho multiprofissional como maior possibilidade para sua efetivação. Para a análise quantitativa foram revisados 549 prontuários eletrônicos com atendimentos em psiquiatria e psicologia nas internações das unidades já citadas, no período de janeiro de 2015 a novembro de 2019. Identificou-se um total de 2% para demandas em saúde mental e das 283 interconsultas psiquiátricas, 72% tiveram hipótese diagnóstica de transtorno mental. Dos 406 usuários internados, 49,7% eram adultos, 80,3% do sexo feminino, 53,4% procedentes de Maceió e 28,8% com baixa escolaridade. Os achados apontam para o desafio de investir a nível de gestão para que do cuidado em saúde mental em hospital geral seja construído por meio de uma clínica ampliada, articulada e integrada em redes, intersetorial e em sintonia com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

**Palavras chaves:** Saúde Mental. Política Pública de Saúde. Integralidade em Saúde. Hospital Geral.

JESUS, Simone Cleide Rodrigues de. Attention to the mental health of people hospitalized for clinical morbidity in a university general hospital. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to analyze the mental health care of people hospitalized for clinical morbidity in a general university hospital in Maceió, Alagoas. This is an exploratory and descriptive study, developed from January 2019 to March 2020. The qualitative approach used analyzes the perceptions of professionals about the object of the research while the quantitative one, allows to know its statistical dimension. There were 2 focus groups, with 21 participants, and 3 interviews, both with professionals working in the teams of the medical clinic, oncology, general surgery and gynecology / obstetrics units, composed of social workers, nurses, pharmacists, physiotherapists, speech therapists, doctors, nutritionists and psychologists. The Collective Subject Discourse method was used to analyze the data and construct the synthesis discourses. In these, professionals highlight the importance of multiprofessional work and the use of light technologies to approach mental health; they highlight as major difficulties the fear and resistance to this type of care, due to prejudice and feeling of unpreparedness; and recognize the strengthening of multiprofessional work as the greatest possibility for its effectiveness. For the quantitative analysis, 549 electronic medical records were reviewed with psychiatric and psychology care during hospitalizations of the units already mentioned, from January 2015 to November 2019. A total of 2% was identified for demands on mental health and 283 inter-consultations. psychiatric disorders, 72% had a diagnostic hypothesis of mental disorder. Of the 406 hospitalized users, 49.7% were adults, 80.3% female, 53.4% coming from Maceió and 28.8% with low education. The findings point to the challenge of investing at the management level so that mental health care in a general hospital is built through an expanded clinic, articulated and integrated in networks, intersectoral and in line with the psychiatric reform guidelines.

**Keywords:** Mental Health. Integrality in Health. General Hospital. Public Health Policy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fonte e instrumentos para coleta de dados secundários quantitativos, e variáveis pesquisadas .....	47
Figura 2 - Fonte e instrumentos para coleta de dados secundários qualitativos, e variáveis pesquisadas .....	48
Figura 3 - Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados primários .....	49
Figura 4 - Processo de construção do Discurso do Sujeito Coletivo .....	53

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central sobre o conceito de sofrimento mental. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019.....	66
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central sobre a abordagem em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019.....	69
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central sobre limites para a atenção em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019.....	77
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central acerca das possibilidades para a atenção em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019.....	83

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição das internações nas unidades selecionadas e percentual de internações com interconsultas em saúde mental registradas no Sistema de Gerenciamento de Internação. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Maceió, 01/01/2016 a 30/11/2019..... 57
- Tabela 2 – Perfil sociodemográfico das pessoas internadas nas clínicas selecionadas que apresentaram demandas em saúde mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Al, 01/01/ 2016 a 30/11/2019. .... 58
- Tabela 3 - Distribuição das 549 interconsultas de psiquiatria e de psicologia segundo o tempo de permanência nas unidades de internação selecionadas. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 01/01/2016 a 30/11/20 ..... 59
- Tabela 4 - Avaliação psiquiátrica nas interconsultas, por unidades de internação selecionadas – Sistema de Gerenciamento de Internação. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 01/01/2016 a 30/11/20. .... 60
- Tabela 5 - Distribuição de participantes dos grupos focais e entrevistas por área profissional e vínculo com o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió, Al, novembro/2019..... 62
- Tabela 6 - Distribuição dos entrevistados(as) conforme faixa etária, formação, tempo de formação e clínicas de referência dos(as) 21 participantes dos grupos focais e entrevistas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió, Al, novembro/2019..... 63

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – DSC 1A - Sofrimento mental como reação de ajustamento .....	66
Quadro 2 – DSC 1B - Sofrimento mental é multifatorial .....	67
Quadro 3 – DSC 2A – Abordagem com uso de tecnologias leves .....	70
Quadro 4 – DSC 2B – Abordagem em situação de crise .....	72
Quadro 5 – DSC 2C – Abordagem pela equipe de saúde mental .....	74
Quadro 6 – DSC 3A - Limites para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Medo e resistência da equipe no encontro com a pessoa em sofrimento mental. ....	77
Quadro 7 – DSC 3B - Limites para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Equipe se sente despreparada para o cuidado em saúde mental.....	79
Quadro 8 – DSC 3C - Limites para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Organização institucional (recursos materiais, ambientais, equipe de saúde, integração com rede de serviços) inadequada para a atenção em saúde mental.....	81
Quadro 9 – DSC 3D – Possibilidades para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Fortalecimento do trabalho multiprofissional integrado às redes de serviço .....	84
Quadro 10 – DSC 3E - Possibilidades para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Oferta de capacitação em saúde mental para a equipe de saúde.....	85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisas
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>EBSERH</b>	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<b>E-CH</b>	Expressão Chave
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>HG</b>	Hospital Geral
<b>HUPAA</b>	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
<b>IC</b>	Ideia Central
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UFAL</b>	Universidade Federal de Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3 Objetivo Específico de Intervenção<sup>2</sup></b> .....	<b>23</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
<b>3.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil</b> .....	<b>24</b>
<b>3.2 Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas no Brasil a partir de 2016: o avanço da Contrarreforma Psiquiátrica</b> .....	<b>28</b>
<b>3.3 A integralidade e a integração dos cuidados no hospital geral</b> .....	<b>31</b>
<b>3.4 Clínica Ampliada e Compartilhada</b> .....	<b>34</b>
<b>3.5 Educação permanente em saúde</b> .....	<b>37</b>
<b>3.6 Sofrimento mental no contexto de internações em hospital geral</b> .....	<b>39</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1 Tipo e período do estudo</b> .....	<b>43</b>
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	<b>44</b>
<b>4.3 Sujeitos do estudo</b> .....	<b>45</b>
<b>4.4 Técnicas, instrumentos e fontes de coleta de dados</b> .....	<b>46</b>
<b>4.5 Análise dos dados</b> .....	<b>51</b>
<b>4.6 Considerações Éticas</b> .....	<b>54</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>5.1 Apresentação e análise da pesquisa quantitativa</b> .....	<b>56</b>
<b>5.1.1 Caracterização da atenção em saúde mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL, Maceió, Al, 01/01/2016 a 30/11/2019</b> .....	<b>56</b>

<b>5.2 Estratégias, possibilidades e desafios do atendimento em saúde mental no hospital geral – discurso do sujeito coletivo (DSC).....</b>	<b>61</b>
5.2.1 As percepções da equipe de saúde para a atenção em saúde mental nas internações hospitalares para tratamento clínico ou cirúrgico .....	65
5.2.1.1 <i>Conceito de Sofrimento Mental</i> .....	65
5.2.1.2 <i>Abordagem em saúde mental</i> .....	68
5.2.1.3 <i>Limites e possibilidades para o cuidado em saúde mental de pessoas internadas no HUPAA-UFAL</i> .....	76
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO FOCAL E ENTREVISTA .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE B - QUADRO SÍNTESE PARA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE C - PLANILHA DE GERENCIAMENTO DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL ALBERTO ANTUNES HUPAA - UFAL.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA ELABORAÇÃO DE PERFIL DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE E - PERGUNTAS DISPARADORAS PARA GRUPO FOCAL E ENTREVISTAS.....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE G - FORMULÁRIO PARA TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA E GRUPOFOCAL.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE H - RELATÓRIO TÉCNICO.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ACEITE.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O recurso de internação em hospital geral para atenção à pessoas em sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas está previsto na Rede de Atenção Psicossocial, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira que preconiza a desativação de leitos em hospital psiquiátrico e a superação da lógica segregadora construída na psiquiatria.

Historicamente, o portador de sofrimento psíquico<sup>1</sup> e seus familiares vivenciaram processos de exclusão social, expressa por meio de estigmas, da privação da liberdade e da dificuldade de acesso a condições dignas de vida. Como forma de enfrentamento dessa questão, a prática profissional dos trabalhadores de saúde mental aliada a usuários e seus familiares tem buscado estratégias de inclusão social desses sujeitos através da garantia dos direitos e da cidadania na perspectiva da integralidade do cuidado para superação do modelo manicomial (MONTEIRO, 2009).

Considerando as conquistas alcançadas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o cuidado em saúde mental para pessoas com transtorno mental deve ser realizado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos por meio da articulação de ações dos diferentes níveis de complexidade. Nessa perspectiva, a atenção primária exerce um papel fundamental na identificação e acompanhamento de pessoas com transtorno mental, aliada ao CAPS, com seu papel estratégico de organização da rede de cuidados no território, e aos demais serviços e equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre eles, os hospitais gerais com leitos integrais em saúde mental (BRASIL, 2001, 2011).

Vale destacar que no estado de Alagoas o número de leitos integrais para saúde mental em hospital geral é ínfimo quando comparado ao número de leitos de psiquiatria em hospitais psiquiátricos. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, em 2019, Alagoas possuía 15 leitos clínicos habilitados para saúde mental em hospital geral, distribuídos entre as cidades de Rio Largo (6) e Murici (9), e 701 leitos de psiquiatria habilitados para internação em 4 hospitais especializados em psiquiatria, sendo 01 localizado no município de Arapiraca e 03 em Maceió. Destes leitos de psiquiatria 589 são destinados ao SUS. Por outro lado, apenas 8 leitos são habilitados para acolhimento noturno no único Centro de Atenção

---

<sup>1</sup> Portador de sofrimento psíquico é o termo elegido pelo movimento de usuários e familiares em substituição aos termos considerados por eles pejorativos: “loucura” e “doença mental” (MONTEIRO, 2009, p. 10).

Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) III, existente no estado, sendo estes voltados para o público adulto e infanto-juvenil (BRASIL, 2019).

Neste contexto, os leitos em hospital psiquiátrico ainda são predominantes no estado de Alagoas, colocando-o em posição de grande atraso no que se refere à ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como a oferta de cuidado em saúde mental, apesar do total de internações em hospitais psiquiátricos ter sido reduzido nos últimos quatro anos por meio de processo de desinstitucionalização.

No tocante ao Brasil, os hospitais gerais universitários foram pioneiros em assistência à saúde mental, de forma que reconhece-se seu papel estratégico no sentido de contribuir para a construção de tecnologia assistencial inclusiva para pessoas com sofrimento psíquico na sociedade (BOTEGA, 2012; THOMAS *et al.*, 2007), rompendo com a lógica manicomial do isolamento e assistência exclusiva em hospitais psiquiátricos.

Ao longo do tempo, vários consensos políticos resultaram em avanços por meio da aprovação de legislações nacionais que reconhecem as pessoas com transtorno mental como sujeitos de direitos, contudo os avanços alcançados por meio da política de saúde mental no país sofreram forte retrocesso a partir de 2016, por meio de posições governamentais que expressaram um rompimento com a perspectiva de atenção psicossocial. Estas posições culminaram em 2019 com a colocação do hospital psiquiátrico no centro do sistema, ao tempo que manteve a oferta de leitos em saúde mental em hospital geral, contudo esta passa a ser dissociada da lógica do território, conforme Nota Técnica do Ministério da Saúde N°11 de fevereiro de 2019, contrariando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira que defendia a desativação de leitos em hospital psiquiátrico (ALMEIDA, 2019).

Para Almeida (2019) isto trará como consequência a diminuição do acesso à atenção em saúde mental de qualidade, aumento das violações dos direitos humanos e da exclusão social das pessoas com transtornos mentais, acrescido dos prejuízos quanto aos esforços de redistribuição dos recursos financeiros e destinação de recursos para serviços na comunidade. Desta forma, as alterações efetivadas contradizem consenso internacional acerca da relevância do cuidado em uma rede integrada e territorial de serviços comunitários em substituição às internações em hospitais psiquiátricos.

A internação em saúde mental em hospital geral é recurso terapêutico indicado para para pessoas com transtorno mental em situação de crise; pessoa com transtorno mental ou em uso abusivo de substância psicoativa internada por outras doenças e pessoa que apresente transtorno mental durante a internação em decorrência ou associado a ela (BOTEGA, 2012; SILVA; OLIVEIRA; IDE, 2011; THOMAS *et al.*, 2007).

A assistência à saúde mental em internações clínicas e cirúrgicas de hospitais gerais é uma realidade cada vez mais frequente representando um grande desafio para os profissionais de saúde considerando que nem sempre são capacitados para compreender a dinâmica na qual as pessoas em sofrimento psíquico estão inseridas.

Transtornos psiquiátricos são observados frequentemente em pacientes internados em hospitais gerais, com variação entre 20% e 60%, a depender das características sociodemográficas da população atendida, do tipo de enfermidade, e da sua gravidade e cronicidade. Neste sentido, costumam ser mais frequentes em enfermarias de emergência e unidades que lidam com pacientes em estado crítico (BOTEGA; SMAIRA, 2012).

Entretanto, apenas 1% a 12% dos pacientes que apresentam algum transtorno psiquiátrico são encaminhados para avaliação de um especialista devido à dificuldade de médicos e enfermeiros identificarem esse tipo de demanda, bem como a necessidade de abordagem e realização de terapêutica em saúde mental (SMAIRA *et al.*, 2003).

Vale destacar que os transtornos mentais são motivo de preocupação na atualidade e representam um sério problema de saúde pública, pois atingem aproximadamente 650 milhões de pessoas no mundo causando grande sofrimento individual, familiar e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013). Sabe-se que 10% da população adulta apresenta algum transtorno mental e 25% irão apresentar alguma doença ao longo de sua vida, porém, a atenção necessária a estas pessoas atinge menos da metade referida. Este dado torna-se mais grave ao se considerar que os transtornos mentais afetam homens e mulheres de todo mundo, independente da classe social, reduzindo sua expectativa de vida e causando sofrimento com a estigmatização e violação dos direitos humanos, além de estarem relacionados a cerca de 90% dos suicídios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2009).

Os trabalhadores de hospitais gerais convivem com a demanda por cuidado em saúde mental e precisam estar capacitados para acolher as pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, respeitando sua condição de sujeito de direito e o princípio da integralidade da assistência em saúde.

Apesar da relevância da questão, no tocante à prática dos profissionais de saúde em hospitais gerais, estudos mostram que estes apresentam dificuldades em cuidar adequadamente de pessoas com sofrimento psíquico. Sendo assim, de forma geral, essas pessoas têm o seu tratamento focado nas alterações físico-biológicas, de maneira que as dimensões psicossociais normalmente não são contempladas pelos profissionais (MOLL *et al.*, 2017; HILDEBRANT; MARCOLAN, 2016).

Tomando por base estudos feitos a partir de revisão bibliográfica, Prado (2015), afirma que a abordagem em saúde mental feita por profissionais de saúde em hospital geral tem caráter fragmentado, focado na doença física, e apresentam resistência para com a pessoa com sofrimento psíquico, dificultando a produção do cuidado às mesmas. A revisão aponta ainda que isto ocorre, em parte, porque este tipo de atendimento é menos esperado em enfermarias clínicas, por não serem destinadas exclusivamente a pessoas em sofrimento psíquico, somado ao fato de hospitais gerais apresentarem pouco espaço para interações mais livres entre pacientes e profissionais, representando obstáculos à produção do cuidado na perspectiva da integralidade e, mais ainda, à escuta sensível das necessidades dessas pessoas.

O interesse pelo foco específico deste estudo foi despertado a partir da experiência profissional da pesquisadora no campo da saúde pública nos últimos sete anos, em particular na área de Saúde Mental, vivenciada em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad III e CAPS II), e em hospital geral universitário, atuando como assistente social, membro da equipe multiprofissional, e como preceptora de Serviço Social em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

As experiências no âmbito de um hospital geral universitário instigaram a conhecer as características das demandas em saúde mental neste serviço, bem como a abordagem desenvolvida pelos profissionais de saúde às pessoas com sofrimento psíquico ou que apresentam necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, quando internadas por causa clínica, considerando a dificuldade relacional observada em atendimentos realizados pelos profissionais envolvidos na assistência e a falta de habilidades para o manejo em saúde mental.

Para além da experiência profissional, a implicação com a temática também acontece pela defesa do outro como sujeito de direitos e de uma prática em saúde que deve compreendê-lo em sua totalidade, apreendendo sua história e seu contexto também como possíveis produtores de sofrimento e de exclusão.

Para Abrahão (2014), o sujeito implicado reflete e questiona sua própria prática, a partir de seu encontro com o objeto, com o ato em si. Diz o estudioso que há espaço para a subjetividade da vida, para a manifestação ampla de estar no mundo com suas experiências, saberes e práticas, com seu caráter político de sujeito que afeta e é afetado.

O pesquisador em ação é por si só um sujeito implicado e gera um movimento de transformação a partir de suas inquietações. Isso reverbera na prática, produzindo um conhecimento militante na percepção de si mesmo, como parte de um coletivo. Reveste-se de

uma singularidade e traz essa possibilidade de desvelar novo aprendizado e nova forma de agir (MERHY, 2005).

Nesta perspectiva, a presente pesquisa propõe analisar a assistência em saúde mental para pessoas internadas em um hospital geral universitário de médio porte em Maceió – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

O estudo visa contribuir para a ampliação do debate sobre a atenção integral à saúde destacando a importância do hospital geral universitário como formador de recursos humanos em saúde e, portanto, seu papel crucial no redirecionamento das práticas de saúde voltadas às pessoas com sofrimento psíquico em respeito aos direitos conquistados por este segmento populacional. Para tanto, requer a compreensão de que cada sujeito tem sua história, com suas potencialidades e dificuldades, evidenciando, assim, a necessidade de que sua experiência seja refletida de forma singular.

O hospital geral estudado (HUPAA – UFAL) não possui leitos clínicos integrais em saúde mental, de forma que o objeto deste estudo é a atenção em saúde mental no contexto de internações clínicas, podendo ser identificadas as seguintes situações: a) pessoa que já possui diagnóstico de sofrimento psíquico ou que apresenta necessidades decorrentes do uso abusivo de substância psicoativa, anteriormente à internação clínica; b) pessoa sem diagnóstico prévio e que apresenta alguma intercorrência psiquiátrica no decorrer de sua internação clínica. Em ambas as situações, compreendemos que o cuidado integral em saúde requer a assistência em saúde mental, o que demandará o manejo adequado pela equipe de saúde envolvida no acompanhamento.

Sendo assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de ampliar a discussão sobre atenção em saúde mental em hospital geral na perspectiva das diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, compreendendo que esta atenção deve estar integrada ao território, ao CAPS e outros dispositivos da rede de atenção à saúde, da RAPS e também rede intersetorial.

Neste contexto, o estudo proposto poderá contribuir para o fortalecimento deste necessário debate para qualificação da atenção em saúde mental, para a formação profissional, produção de conhecimento e melhoria da prática de saúde de diversas categorias profissionais que atuam no hospital geral.

Entendendo que essa discussão está relacionada à noção de integralidade como diretriz universal na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), decidimos conhecer o cotidiano e a prática dos profissionais de saúde inseridos nas unidades de internação para adultos e idosos,

a saber: clínica médica, oncologia, cirurgia geral e especialidades e ginecologia/obstetrícia. Estas contam com equipe de saúde composta por profissionais do quadro da instituição e dos programas de residências médica e multiprofissional.

Considerando a inserção profissional da pesquisadora no hospital universitário onde realizou-se este estudo, a pesquisa partiu do pressuposto de que profissionais de saúde em hospitais gerais tendem a apresentar resistência ao atendimento a este segmento populacional por preconceito e medo, presentes no imaginário dos mesmos, sentimento de despreparo, e referência a condições organizacionais inadequadas que prejudicam a produção do cuidado

Este estudo pretende responder, em sentido mais amplo, como se desenvolve a assistência a pessoas com necessidades em saúde mental, em internação não psiquiátrica, em um hospital universitário de médio porte em Maceió. Ademais, considerando que a assistência em saúde mental é perpassada pelo estigma da "loucura" e pela lógica do tratamento em hospital psiquiátrico, como única referência até bem pouco tempo para esse público, pretende-se responder às seguintes perguntas norteadoras: Qual a proporção de internações por morbidade clínica que necessitam de atenção em saúde mental? Qual o perfil dos usuários assistidos e da equipe de saúde envolvidos na atenção à saúde mental no contexto de internações clínicas? Quais as abordagens utilizadas para a efetivação do cuidado em saúde mental durante as internações, suas possibilidades e limites?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Realizar levantamento de internações que apresentaram necessidades em saúde mental, perfil das pessoas assistidas e dos profissionais envolvidos na assistência;
- b) Descrever a abordagem dos profissionais de saúde para com pessoas que apresentam necessidades em saúde mental durante as internações;
- c) Identificar limites e possibilidades observados pelos profissionais para o cuidado em saúde mental em internações em hospital geral.

### **2.3 Objetivo Específico de Intervenção<sup>12</sup>**

A presente dissertação, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública, tem por objetivo de intervenção, no contexto de atuação profissional da autora, realizar oficina de capacitação para profissionais de saúde do Hospital Universitário acerca da assistência para pessoas com necessidades em saúde mental em internações por causas clínicas.

---

<sup>2</sup> Exigência do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Na reformulação da atenção em saúde mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi fundamental, propondo, entre outras alterações, a reorientação da assistência psiquiátrica hospitalar para a assistência psiquiátrica de base comunitária. Este movimento, iniciado em 1978, foi impulsionado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que criticavam o "hospitalocentrismo", as más condições de trabalho e de tratamento para as pessoas com transtornos mentais e a privatização da assistência psiquiátrica (BORGES; BAPTISTA, 2008). Como reflexo dessa luta, começou a ser construído coletivamente uma crítica ao que se denominava de saber psiquiátrico e ao modelo "hospitalocêntrico" na assistência às pessoas com transtornos mentais, inspirados na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e na sua crítica radical ao manicômio (BRASIL, 2005).

O processo de mudanças na área psiquiátrica, questionando saberes e práticas já institucionalizados, na forma de lidar com o transtorno mental se deu na década de 1980. Para Belmonte (2014) tais experiências comprovam que o manicômio é dispensável como local de tratamento e o conceito de loucura é polissêmico, sendo possível o trabalho com as diferenças dos sujeitos dentro dos serviços de atenção diária estruturados na ocasião. Também nesta década, o discurso político referente à concepção dos problemas relacionados ao uso de drogas apresenta-se mais ampliado, sendo visto também como uma questão de saúde pública (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; MACHADO; MIRANDA, 2007).

No tocante aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas o Estado começa a discutir a questão no início do século XX, porém restringindo-se a uma abordagem jurídica e de segurança pública, considerando o uso de drogas como ato criminoso e moralmente incorreto (MOTA; RONZANI, 2013).

Em 1990, a Declaração de Caracas, produzida na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, representou um marco na luta pela atenção em saúde mental na perspectiva dos direitos humanos e sociais. Neste contexto, considerando a relevância desta questão para a população em geral, a Organização Mundial de Saúde propôs um modelo de organização de serviços que integrava a saúde mental aos outros níveis do cuidado em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Esta proposta compreende que nenhum serviço é capaz de prover o cuidado

integral à saúde da população individualmente, exigindo a articulação de diversos níveis de atenção (CARVALHO, 2014).

Ainda na década de 1990 a desinstitucionalização psiquiátrica ocorre no Brasil com a implementação de serviços, aprovação de portarias, criação de associações de usuários e familiares, cooperativas, núcleos regionais e estaduais, interligados nacionalmente à Luta Antimanicomial (VASCONCELOS, 2016). O conceito de desinstitucionalização que norteia a Reforma Psiquiátrica brasileira propõe alteração do modelo manicomial para além da desospitalização, e prevê também a extinção de hospitais psiquiátricos. Com isso ocorre o deslocamento do centro do cuidado para a comunidade através de serviços extra-hospitalares ou substitutivos de saúde mental de base comunitária e territorial (HIRDES, 2009; LEÃO; BARROS, 2012).

Apesar da criação de alguns dispositivos para prestar assistência aos usuários de álcool e outras drogas na década de 1970 e 1980, entre estes, os hospitais psiquiátricos, apenas no final da década de 1990 e início dos anos 2000, o Brasil inicia a construção de políticas nacionais específicas para a prevenção e assistência aos usuários de drogas, tendo como marcos principais: a criação em 2002, e reformulação, em 2005, da Política Nacional sobre Drogas; seguida da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2004, e a promulgação da legislação sobre drogas por meio da Lei n. 11.343/2006 (ALVES, 2009). A partir destas políticas e leis o fenômeno relacionado ao uso de drogas lícitas e ilícitas, passa a ser considerado como questão de saúde pública, e não mais relacionado à ordem social (MOTA; RONZANI, 2013).

A aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril 2001 conhecida como "Lei Paulo Delgado", que defendia a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade, regulação da internação psiquiátrica compulsória e respeito aos direitos humanos do paciente só foi aprovada no Congresso após 12 anos de tramitação. Além desta lei, outras portarias importantes foram criadas, entre elas a Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, estabelecendo as modalidades em que os Centros de Atenção Psicossocial poderiam se constituir: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Os serviços baseados na comunidade foram criados para substituir os serviços baseados no hospital. Têm como função a proposição de alternativas terapêuticas com o objetivo de alcançar a reinserção de pessoas com transtorno mental que viviam em hospitais psiquiátricos em sua comunidade promovendo a inclusão social e a reabilitação psicossocial, a partir do

desenvolvimento da autonomia e da produtividade do indivíduo, que favoreçam transformações em seu cotidiano (VIOLA, 2015).

Além dos CAPS que representavam o núcleo fundamental dos serviços substitutivos, foram criados serviços residenciais terapêuticos, que poderiam abrigar até oito pacientes de internação de longa permanência em hospital psiquiátrico, e o Programa de Volta para Casa aprovado por meio de lei nacional em 2003, garantindo apoio financeiro a pacientes desinstitucionalizados que tivessem estado internados ininterruptamente por pelo menos um ano (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015). A rede de atenção psicossocial contempla, ainda, o serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras e outras drogas em Hospitais Gerais (BRASIL, 2011).

Apesar do leito integral em saúde mental em hospital geral não ser uma modalidade nova na área, o que muda a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica é a forma como este passa a se articular com a rede, sendo alterada sua forma de funcionamento que deve estar em interação com os serviços extra-hospitalares (MONTEIRO, 2009).

Neste sentido, o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental em hospital geral, previsto na Política Nacional de Saúde Mental de 2001, previa a articulação entre os serviços, sendo referência para suporte à pessoa com sofrimento psíquico em situação de crise, bem como às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para tanto, objetivavam tornar-se ponto de atenção na garantia do acesso para usuários à tecnologia hospitalar, em particular, no manejo do cuidado às intercorrências clínicas, tendo como proposta intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, favorecendo a redução do estigma do transtorno mental e práticas de cuidado mais transparentes, em oposição ao que ocorria no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2012).

No que se refere à atenção ao usuário e dependente de drogas e seus familiares entre as atividades previstas para atenção estão aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução de danos associados ao uso de drogas (BRASIL, 2011).

Nascimento *et al.* (2012) apontam que o número de internações em hospitais psiquiátricos privados tem crescido, bem como entidades como as comunidades terapêuticas têm se expandido pelo Brasil. Essa tendência reforça a lógica manicomial, uma vez que partem de princípios autoritários, morais e religiosos e, com relação às drogas, desconsideram a estratégia de redução de danos e adotam a abstinência.

Acerca da redução de danos compreende-se que representa ação estratégica no território onde os usuários fazem uso de substâncias psicoativas e busca intervir na rede de suporte social

dos sujeitos, com vistas a atingir graus de autonomia, de modo a lidar com os momentos de violência decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Desta forma, não foca na abstinência como único recurso, apesar de não excluí-la como uma etapa possível, ou mesmo necessária, do processo de tratamento daqueles que usam substâncias psicoativas de forma abusiva ou que delas criam dependência (MOREIRA, 2019).

Neste contexto, o fenômeno do uso de substâncias psicoativas vem se configurando historicamente como um problema que envolve diversas questões individuais e sociais, de maneira que requer uma abordagem multifatorial envolvendo a coordenação de serviços capilares, interdisciplinares e intersetorializados. Este trabalho integrado e intersetorial se dá a partir da articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e assistência social, educação, esporte e lazer etc, compreendendo uma rede maior que o conjunto de pessoas e serviços, pois exige a inserção da comunidade e dispositivos próprios do território (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Ao longo de todo esse processo histórico os movimentos sociais também contribuíram decisivamente para a aprovação de leis que garantem a oferta de dispositivos público-estatais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais dispositivos têm como proposta ofertar assistência à saúde de pessoas com transtorno mental e usuárias de álcool e outras drogas, indo contra práticas preconceituosas, criminalizadoras e naturalizadoras dos fenômenos sociais relacionados às chamadas “doenças mentais”, confirmando princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica que propõem uma nova forma de atendimento às pessoas em sofrimento mental, além do seu reconhecimento como sujeitos de direitos (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011).

A RAPS é constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS) e visa garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Define os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, bem como os efeitos nocivos substâncias psicoativas (BRASIL, 2013). Sua constituição está diretamente vinculada ao modelo de atenção psicossocial que objetiva proporcionar aos portadores de transtornos mentais vivência em outros papéis sociais que não sejam os reservados à doença, favorecendo sua participação social através da ampliação de redes de trocas sociais do indivíduo, favorecendo a vivência da diferença, e fortalecendo uma rede de serviços que atenda à complexidade dos sujeitos (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009; LUCENA; BEZERRA, 2012).

A atenção psicossocial representa o respeito aos princípios da integralidade de ações e respeito aos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, inseridos em lei nacional. Para tanto deverá ser garantido através de ações de cuidado, com respeito, proteção, liberdade,

ambiente terapêutico, informação, humanidade. (MONTEIRO, 2009). Nesta lógica, o usuário de saúde mental pode acessar todos os níveis de atenção e não apenas os especializados em saúde mental, de forma que pode circular e receber os cuidados nos diversos pontos de atenção à saúde.

Nesse contexto, a RAPS foi criada por meio da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12/2011, tendo como objetivos gerais: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso aos pontos de atenção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias; e garantia da 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. Essa nova lógica veio representar uma nova dimensão às ações em saúde mental no SUS (BRASIL, 2011).

Em seguimento a este processo, em 2012 ocorre a qualificação das práticas de saúde mental e assistência para situações de crise psiquiátrica por meio da portaria GM nº 148/ 2012, a qual apresenta entre seus objetivos a necessidade de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012). Esta proposta veio repercutir a tendência mundial de oferta de assistência às pessoas com transtornos mentais em hospitais gerais por meio de enfermarias, leitos e unidades psiquiátricas, por favorecerem aos pacientes maiores benefícios do que os ofertados nos hospitais psiquiátricos asilares, contribuindo para a redução do estigma da doença mental (BOTEGA, 2012; THOMAS *et. al.*, 2007).

### **3.2 Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas no Brasil a partir de 2016: o avanço da Contrarreforma Psiquiátrica**

Contrariando os avanços alcançados no âmbito legislativo e a mudança de modelo de atenção à saúde mental, em 2019, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas emite a Nota Técnica nº11/2019 esclarecendo as mudanças ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Segundo essa Nota as mudanças têm o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de saúde mental, sendo necessária a construção de uma rede de assistência capaz de oferecer atendimento eficaz e humanizado às pessoas com transtornos mentais. A nota

aponta, ainda, que as mudanças acontecem após meses de debates culminando no anúncio pela Comissão Intergestores Tripartite, em dezembro de 2017, de medidas que façam com que, independente da complexidade dos casos, pacientes possam acessar para tratamento efetivo no SUS, em conformidade com suas necessidades e peculiaridades, contemplando toda modalidade de tratamento validada e aplicável (BRASIL, 2019).

Com a proposta de expandir e qualificar a RAPS o Governo Federal apresenta uma ampliação da RAPS que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes. Na nota afirma-se que as ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades que conhecem a realidade da saúde mental no país (BRASIL, 2019).

No entanto, a comunicação da Nota naquele período ganhou grande repercussão e gerou forte pressão social pelo movimento organizado do campo da saúde mental, que discordou e se manifestou contra as suas determinações. O movimento de repúdio provocou a retirada da Nota Técnica pelo Ministério da Saúde, contudo as mudanças legais continuaram sendo relevantes, tendo em vista que as portarias não foram revogadas, e elas confirmam uma tendência que contradiz tudo que foi defendido e construído nas últimas três décadas referente à Reforma Psiquiátrica Brasileira (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019).

Frente a esta mudança, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) - critica esta alteração e destaca que não se trata de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contrarreforma Psiquiátrica, uma vez que representa um retrocesso, pois o hospital psiquiátrico, principal instituição que perpetua o modelo manicomial ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, voltam a fazer parte da rede de atenção. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019).

Ainda sobre as “mudanças”, a ABRASCO salienta que a Reforma Psiquiátrica nunca negou a internação como possibilidade de tratamento, mas defende que os serviços sejam próximos às pessoas que necessitam de cuidados e das suas famílias, para que se mantenha a lógica do cuidado em território, sem isolamento e segregação, por ser prejudicial e cronificadora para pessoas com transtorno mental e em uso problemático de substâncias psicoativas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019).

Para Almeida (2019) reinserir o hospital psiquiátrico no centro do sistema de saúde mental e parar o processo de substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços integrados em rede e de base comunitária, como informado na Nota Técnica, ocasionará na diminuição do

acesso à atenção de qualidade e, conseqüentemente, no aumento das violações dos direitos humanos e da exclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Da mesma forma, a mudança que gera a separação da gestão da política de saúde mental daquela relacionada às substâncias psicoativas, retira dos usuários de álcool e outras drogas o direito de receberem cuidado em liberdade. Desta forma, desconsidera-se a importância do território e a participação destes sujeitos na elaboração de seu projeto terapêutico singular afetando gravemente os princípios da atenção psicossocial (GULJOR *et al.*, 2019).

A alteração na política confirma o abandono da estratégia de Redução de Danos (RD), abordagem utilizada em diversos países, como Canadá, Portugal, Espanha, Holanda e alguns estados norte americanos, e aposta na abstinência total como única alternativa para o tratamento, a ser alcançada através de modelos com alta exigência contratual, como a internação de longo prazo em comunidades terapêuticas, apesar de muitas destas serem alvo de várias denúncias que incluem a violação de direitos (GULJOR *et al.*, 2019, p. 3).

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) as comunidades terapêuticas têm conquistado um espaço e poder político e econômico muito grande nos últimos anos e isto merece atenção considerando que são instituições que se constituem como “pequenos manicômios”, onde os direitos dos usuários costumam ser desrespeitados. Para além destas questões, essas instituições são, em sua maioria, entidades religiosas, que tratam o uso e abuso de álcool e outras drogas como um problema moral (MOREIRA, 2019).

Cabe lembrar que a RAPS da Portaria 3.088 de 2011 já previa a existência de leitos em hospitais gerais, bem como os leitos de acolhimento noturno em CAPS III e CAPS ad III, de maneira que não se justifica o argumento de que a mudança vem “ofertar uma variedade de cuidados”. A RAPS da Reforma Psiquiátrica Brasileira já é reconhecida como a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde, e sua grande diferença é que deixava de lado instituições manicomiais e estimulava o tratamento no território habitado pelas pessoas em sofrimento mental e suas famílias. Considera que é nesse espaço que existem as redes de apoio e de sociabilidade, mesmo que às vezes precárias, somadas à rede de serviços intersetoriais (escola, trabalho, moradia, saúde geral, lazer, etc.) fundamentais à recuperação e vida digna das pessoas que dela necessitam (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019).

As alterações na Lei 10.216 abrangem uma série de mudanças que implicam no abandono dos princípios legais e assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, representando um grande risco de retrocessos das políticas de saúde mental no país. (GULJOR *et al.*, 2019).

### 3.3 A integralidade e a integração dos cuidados no hospital geral

Possuindo um sentido polissêmico *integralidade* refere-se a um conceito inacabado e em processo de construção (MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2006; ASSIS, 2014).

Paim (2009) destaca que o objetivo da integralidade é permitir que seja garantido a todos os usuários do SUS o acesso às ações e serviços exigidos para cada caso ou situação. Desta forma, para Hartz e Contradiopoulos (2004, p. 331-332) o conceito de integralidade:

[...] remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competência necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. [...] A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço conforme os conhecimentos disponíveis.

Para De Marco *et al.* (2007) a integralidade requer diversos olhares sobre a pessoa com transtorno mental para que se apreenda o indivíduo em sua totalidade, e a integração pode ser compreendida como a articulação de diferentes modos de assistência do sistema de saúde no âmbito da complexidade dos cuidados.

No tocante à integralidade da atenção hospitalar, Merhy e Cecílio (2003) apontam que ela pode ser vista por dois ângulos: a integralidade da atenção olhada “no hospital em si” e o hospital “no sistema de saúde”. No primeiro ângulo, destaca-se a característica multidisciplinar do cuidado, nas organizações de saúde em geral e no hospital em particular. Envolve “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 2). Sendo assim, é a forma como as práticas dos trabalhadores se articulam que irá definir, em boa medida, se a integralidade da atenção se deu em maior ou menor grau.

Já no segundo ângulo, a partir do hospital em si, “a integralidade do cuidado só pode ser obtida com a atuação em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde trazidas por cada um (CECILIO, 2001). “Porém, a ‘linha de cuidado’ pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade

do cuidado pensada de forma ampliada, como uma ‘estação’ no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita” (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 6).

O que torna a atenção voltada para a integralidade é o cuidado baseado em uma visão de saúde que favoreça o acompanhamento dos sujeitos pelos serviços de saúde, levando-se em conta suas condições de vida, de risco social, seus trânsitos pela cidade, suas redes de relação social (MONTEIRO, 2009).

Vale destacar que, no hospital geral, a integração entre os profissionais de diversas áreas se faz fundamental, cabendo ainda aos profissionais de saúde mental orientar, instrumentalizar e capacitar os profissionais de outras áreas, como clínica médica, serviço de emergência e clínica cirúrgica, para o cuidado integral do paciente com transtorno mental (LARROBLA; BOTEAGA, 2006).

Considerando que historicamente o hospital geral se tornou um espaço de atuação predominantemente médica, para que a integração multiprofissional seja efetiva é imprescindível que o modelo de assistência biomédica seja alterado, permitindo que cada profissional atue conforme sua formação, havendo o respeito ao campo de saberes dos outros profissionais (PAES *et al.*, 2013).

Por outro lado, ao considerar a integralidade partindo de uma relação mais próxima, Pinheiro (2009) salienta a importância do acolhimento e do vínculo a serem construídos pelos profissionais de saúde no encontro com as pessoas cuidadas, de maneira que o cuidado em saúde envolve o tratamento, respeito, acolhimento e atendimento do ser humano, cujo sofrimento se dá em larga medida segundo sua fragilidade social. Ainda de acordo com Pinheiro (2009), qualidade e resolutividade são imprescindíveis ao cuidado em saúde, compreendido como ação integral a partir das relações de todos os sujeitos envolvidos: usuários, profissionais e instituições.

A atenção em saúde mental em um hospital geral está inserida no contexto maior da integralidade e integração dos cuidados em saúde representando um grande desafio a ser enfrentado cotidianamente no âmbito de cada caso que se apresenta para a equipe de saúde. Requer visão ampliada, transdisciplinar e multiprofissional, das necessidades da pessoa assistida compreendendo que estas não serão atendidas completamente em nenhum serviço de saúde. Para tanto, exige a integração com as diversas redes de serviços, sociais, culturais, e conseqüentemente, com o território onde habitam as pessoas com sofrimento psíquico e/ou aquelas que fazem uso de substâncias psicoativas.

A relação profissional-paciente pressupõe a construção por meio da troca, implicação, escuta, “co-operação” e co-responsabilização por todo processo. Desta forma, a participação ativa do paciente no processo de tratamento é condição imprescindível para a produção do cuidado (PRADO, 2015).

Nesta perspectiva, Merhy e Franco (2002) consideram o trabalho em saúde como relacional, em virtude de ser construído no momento em que é produzido, isto é, “trabalho vivo” em ato. Para os autores, as relações podem ocorrer de forma sumária e burocrática, constituindo-se em assistência prescrita e produtora de procedimentos pelo saber médico hegemônico; ou podem ser como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. O cuidado é, pois, uma tessitura de atos vivos em um processo dialético de cooperação, mas também de disputa.

Desta forma, o “espaço intercessor” que se abre entre profissional e usuário consiste na relação mútua entre ambos e ao mesmo tempo lugar de construção comum, do cuidado em saúde. É a subjetividade do trabalhador ancorada em sua história de vida, experiências, valores, que determina sua ação e contribui para a implicação com o objeto, ou seja, o problema de saúde do usuário com o qual se relaciona (MERHY, 1999).

No que se refere ao cuidado integral em Saúde Mental, Guljor (2003) afirma que conhecer as noções e conceitos básicos da clínica da atenção psicossocial são condições determinantes no direcionamento do exercício de uma clínica comprometida com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e de um processo de transformação cultural dos atores envolvidos – a saber: a comunidade/sociedade, os profissionais, os portadores de sofrimento psíquico e suas famílias – aliado à articulação dos recursos e à vontade política dos gestores.

O processo de hospitalização traz sérios efeitos à subjetividade da pessoa que busca atenção em saúde. Neste sentido novas formas de se praticar a relação sujeito-profissional de saúde são necessárias. Merhy e Franco (2009) usam a imagem de três valises que representam o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só tem materialidade em ato (tecnologias leves). Assim, a depender do processo de produção de saúde que se esteja desenvolvendo poderá haver a predominância de uma das lógicas citadas (MERHY; FRANCO, 2009).

Neste sentido, Prado (2015) destaca o predomínio de tecnologias leve-duras e duras em detrimento do uso de tecnologias leves nos processos de trabalho dos hospitais contemporâneos, a exemplo dos hospitais gerais. Esta constatação refere-se à dinâmica mais estruturada, normatizada e segmentada verificada nesse espaço de trabalho, aumentando o desafio para a

oferta de uma escuta mais qualificada da singularidade dos pacientes e para uma atenção ao conjunto de suas necessidades e demandas.

Assim como reflete Prado (2015, p.70), “nem toda ação de saúde implica cuidado e, toda ação de saúde comprometida com o cuidar é fundamentalmente cuidado integral. Talvez seja pleonasma manter essa expressão (cuidado integral), uma vez que a ideia de cuidado exige o olhar para o sujeito, que se apresenta com sua história, desejos, sentimentos e pensamentos”. Neste sentido, se faz necessário compreender a condição de saúde do usuário(a) a partir de uma visão ampliada que considere a multidimensionalidade de fatores que compõem sua vida.

A intervenção em saúde a partir da perspectiva da integralidade e integração considera a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, devendo ser tratada e cuidada por profissionais que a reconheçam inseridas no seu contexto histórico e socialmente construído. Para que a integralidade ocorra, é necessário apreender a determinação do processo saúde-doença e promover práticas em saúde que abarquem suas dimensões biológicas, psicossociais e culturais manifestadas na população. Para tanto, à medida que se compreende que o processo saúde-doença é resultante de diversos condicionantes, as práticas em saúde devem partir da visão de uma Clínica Ampliada e Compartilhada, que busca integrar várias abordagens com vistas a garantir um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, compreendendo que este é transdisciplinar e, portanto, multiprofissional.

### **3.4 Clínica Ampliada e Compartilhada**

De base comunitária, esta clínica propõe a discussão da fragmentação do processo de trabalho de maneira que se torna necessário criar um contexto favorável para falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo (BRASIL 2009). Sendo assim, pensar ações de saúde para a produção do cuidado implica a realização de uma Clínica Ampliada. Para Campos e Amaral (2007, p. 852):

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito, essa é a principal ampliação sugerida.

A clínica ampliada é concepção apresentada por Campos (1996) em contrapartida às concepções de clínica oficial e clínica degradada. Estes dois conceitos são utilizados para analisar os tipos de clínica realizadas nos serviços de saúde, sendo a primeira voltada para a doença e distante daquele que sofre, reforçando o desenvolvimento do conhecimento científico para fundamentar as ações e protocolos clínicos, e a segunda comprometida com a clínica oficial, isto é, aquela baseada em obstáculos que impossibilitam a execução de intervenções necessárias a agravos ou doenças, como falta de recursos financeiros, falta de profissionais e falta de responsabilização para com a vida.

Exercer uma clínica do sujeito não significa deixar a doença de lado, negar a necessidade da medicina; significa colocar o sujeito no centro das práticas de cuidado. Seu objeto abrange a doença, o sujeito e o contexto onde está inserido; é “[...] uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências” (CAMPOS, 1996, p. 4).

A proposta da Clínica Ampliada como ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas na atenção à saúde é referência importante para a compreensão do objeto deste estudo. Nesta perspectiva se acredita que no contexto da atenção em saúde, em um algum momento haverá a necessidade de se olhar de forma singular para um tema predominante na atenção, sem que isso signifique a negação de outras visões e possibilidades de ação. Para além dessa necessidade o cuidado em saúde requer o compartilhamento com os usuários de seus diagnósticos e condutas em saúde, garantindo-lhe o direito de participar de seu processo terapêutico, principalmente se este percurso for longo, pois irá requerer adesão, participação e autonomia do sujeito em relação ao seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada envolve os seguintes eixos: compreensão ampliada do processo de saúde-doença evitando o privilégio de algum conhecimento; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas dando a direção da equipe e serviços de saúde e da ação intersetorial; ampliação do “objeto de trabalho” recusando a fragmentação do trabalho e fazendo com que pessoas se responsabilizem por pessoas; transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho expressa em técnicas relacionais que favoreçam uma clínica compartilhada por meio da escuta do outro e de si mesmo, postura crítica perante posturas automatizadas de lidar com problemas sociais e subjetivos, com família, comunidade etc., e suporte para os profissionais de saúde permitindo que lidem com suas próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas nos diversos tipos de situação (BRASIL, 2009).

A diretriz da clínica ampliada é uma ferramenta de articulação e inclusão que consiste em meio de atendimento conjunto e/ou da discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos singulares, aliado aos dispositivos de 'equipe de referência' - conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente - e de 'apoio matricial', com a disponibilização de recursos especializados, sendo uma alternativa de superação da racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante (BRASIL, 2009).

Para o contexto da saúde mental Guerreiros *et al.* (2009) destacam a interconsulta em saúde mental como uma valiosa estratégia pedagógica que favorece a integração das dimensões biológica, psicológica e social, permitindo uma intervenção diferenciada e estruturada na avaliação, diagnóstico e tratamento levando-se em conta os aspectos psicológicos que interferem na experiência do adoecimento.

O trabalho em saúde numa perspectiva de interdisciplinaridade da clínica requer a construção de espaços coletivos que permitam o compartilhamento de poder e saberes. Para Campos *et al.* (2014) os conceitos de campo e núcleo possibilitam a distinção necessária dos saberes e práticas próprios a cada profissão, dos saberes, práticas e responsabilidades compartilhadas com todos os profissionais de saúde. Desta forma, compreende-se:

Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, p.220).

Nesta lógica, o trabalho multiprofissional acontece de forma interdisciplinar por meio do compartilhamento de conhecimentos comuns, incluindo seu espaço de atuação, ao tempo em que cada núcleo integra o trabalho grupal a partir das contribuições específicas de saberes unificados e práticas, de modo dinâmico, dialógico, com ações pactuadas coletivamente, tendo o sujeito e a(s) doença(s) que personifica como objeto de intervenção (PAULA, 2016).

O trabalho em equipe multiprofissional requer que sejam consideradas as diferenças de papéis pertinentes a cada núcleo de formação, compreendendo a formação de profissionais que atuam em áreas de cuidado, a exemplo da saúde e, em particular, da saúde mental, as quais exigem a construção de novas competências e habilidades e para tanto urge a necessidade de projetos pedagógicos que partam do princípio de que a realidade é mutante e a formação é processual. (CAMPOS, 2000; EMERICH; ONOCHO-CAMPOS, 2019).

Otenio (2007) ressalta a complexidade dinâmica dos objetos de trabalho dos profissionais de saúde considerando que intervêm sobre questões referentes à vida e à morte, delimitadas enquanto objetos de intervenção como a saúde e a doença no seu âmbito social, de maneira que apreender e transformar esses objetos na esfera do processo de trabalho exige o inter-relacionamento de variados saberes e práticas em um processo dirigido à multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

O hospital como espaço de formação em saúde passa por processo de redefinição quanto às suas próprias demandas, bem como em relação à formação de profissionais para atenção e gestão hospitalares que ofereçam serviços de qualidade, integralidade e eficiência. Como equipamento de saúde requer profissionais qualificados e também é responsável pela formação de nível técnico, graduação e pós-graduação. É uma organização complexa e permeada por diversos interesses, além de ser formadora de identidades profissionais (FEUERWERKER, CECÍLIO, 2007).

Considerando a natureza do local deste estudo e sua função formadora de profissionais para a área da saúde no âmbito do SUS, compreende-se o grande desafio a ser enfrentado, sendo necessário o uso de estratégias potentes que permitam a reflexão, autocrítica e problematização a partir do contexto profissional em que encontra-se inserido.

### **3.5 Educação permanente em saúde**

A mudança do processo de formação é praticamente uma exigência social no sentido de produzir profissionais diferentes, com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas. Para tanto, estes devem ser capazes de trabalhar em equipe e tomar decisões que levem em conta não só a situação clínica individual, mas também o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes (FEUERWERKER, 2001).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.1401) refletem que a hegemonia do conteudismo tecnicista na formação profissional em saúde, fragmenta os indivíduos em especialidades precocemente, o que reforça abordagens conservadoras nas práticas em saúde, ignorando estratégias de educação superior com foco em modos de ensinar problematizadores e protagonismo dos estudantes.

Neste sentido, a despeito das transformações já realizadas no acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde no Brasil, para que outras mudanças aconteçam, verifica-se a

necessidade de alterações profundas na formação e na qualificação dos profissionais da área. Enquanto ‘política de educação na saúde’ a ‘educação permanente em saúde’ é considerada como “estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e do controle social no setor da Saúde” (BRASIL, 2005, p. 12). Desta forma, a educação permanente acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, partindo dos problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas têm (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº. 198, de 2004 (BRASIL, 2004), é uma estratégia do SUS voltada para a aprendizagem no trabalho, conciliando o aprender e o ensinar no contexto das organizações de saúde. Representa a articulação do sistema de saúde, em suas esferas de gestão, com as instituições formadoras, na identificação de problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde e na construção de soluções. Considera o trabalho como eixo estruturante para o processo pedagógico, já que é neste espaço onde estão previstas as práticas a serem realizadas por cada um e por todos os trabalhadores, com uma participação ativa em seu próprio processo de aprendizagem (BRASIL, 2004).

A estratégia de educação permanente em saúde se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, de forma que representa uma importante vertente educacional, que possibilita gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2004).

Enquanto ‘prática de ensino-aprendizagem’ representa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, partindo do cotidiano vivido pelos atores envolvidos, questionando os problemas enfrentados no trabalho, bem como as experiências desses atores.

Para Merhy (2005) o processo que esteja comprometido com as questões da educação permanente implica a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva, colocando no centro do processo pedagógico a dimensão ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

Para Macêdo *et al.* (2014) as mudanças conceituais observadas na gestão da educação na saúde desafiam todos os atores da saúde (profissionais, gestores e instituições formadoras)

a construir novas opções teórico-conceituais para embasar uma prática mais reflexiva acerca da realidade e dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Desta forma, exigem uma ruptura com posicionamentos teóricos que separam teoria e prática nos processos de formação para a atuação profissional. Destacam, ainda, a necessidade de mudança de posicionamento subjetivo que supere a posição de 'recurso humano' como um realizador de tarefas para uma posição de sujeito que analisa criticamente sua realidade e os processos de trabalho.

No âmbito do SUS a educação permanente representa estratégia potente de transformação das práticas de formação, de atenção, de participação popular, entre outras. O hospital onde se deu o estudo é instituição universitária formadora de profissionais para a saúde no contexto do SUS e, portanto, possui o grande desafio de pensar a atenção em saúde mental em todas as suas unidades. Sendo assim requer estar em sintonia com as necessidades dos sujeitos que buscam o serviço, as demandas apresentadas, alinhada à reflexão da prática e dos encontros entre usuários e trabalhadores nela produzidos.

### **3.6 Sofrimento mental no contexto de internações em hospital geral**

O conceito de sofrimento mental ou transtorno mental grave é uma construção epidemiológica e possui conceitos diversos, que de forma geral, destacam o grau de gravidade e persistência dos transtornos, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, considerando ser mais comum nas psicoses (RUGGERI *et al.*, 2000, SCHINNER *et al.*, 1998). Campos (2014, p. 173), ressalta que a definição sobre sofrimento mental ou transtorno mental grave:

[...] é multiaxial e abrange o eixo da clínica, do laço social e a dimensão temporal. Caracteriza-se, em síntese, por: 1) sintomatologia grave, com sintomas incapacitantes, muitas vezes, persistentes, e reagudizações frequentes; 2) comprometimento importante no desempenho psicossocial e no laço social do sujeito, sendo comuns situações de conflito, ameaça ou ruptura na sua rede social e familiar de suporte; 3) evolução prolongada, persistente e requisição de grande aporte de cuidados, inclusive os de urgência e intensivos, bem como recursos de reabilitação psicossocial.

Atualmente o vocabulário médico utilizado é o de transtorno mental, em substituição aos termos doença ou enfermidade, visando favorecer uma abordagem diagnóstica descritiva, isto é, reconhecível pelos sintomas ou comportamentos. A Organização Mundial da Saúde (1993) apresenta a classificação médica acerca dos transtornos mentais, entendendo que são originários não de uma causa específica, mas de fatores biológicos, psicológicos e, sobretudo, socioculturais.

Para Serpa Jr. (2011) o sofrimento psíquico, expressão também utilizada para referir-se a transtorno mental, é categoria universal e pode ser vivenciado por qualquer pessoa em um

determinado momento de vida, podendo assumir expressões diferentes conforme quem o experimenta e o contexto no qual está inserido. Sendo assim, a loucura representa uma das maneiras pelas quais o sofrimento psíquico se manifesta. “Neste sentido, o transtorno mental apresenta dimensão mais ampla, que inclui os aspectos sociais, relacionais, biológicos, a história do desenvolvimento do indivíduo e a cultura em que ele se insere” (JORGE, 2014, p. 99).

Acerca da frequência de transtornos mentais, estudo feito em enfermarias clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, avaliou 4.352 pacientes internados tendo encontrado taxas de 14% de depressão, 10% de abuso/dependência de álcool e 17% de dependência de nicotina. Além destes resultados, em outro braço do estudo, avaliando o comportamento de pacientes clínicos e cirúrgicos internados, verificaram que a taxa de prevalência de risco suicida havia sido de 5%, sendo 3,7% de relato de planejamento e 1% de tentativa de suicídio (BOTEGA *et al.*, 2010).

Alguns autores apontam que é frequente que as unidades de clínica médica recebam pessoas com sintomas de transtornos de somatização e conversivos<sup>3</sup> e, na maioria das vezes, o tratamento restringe-se aos aspectos clínicos, considerando que normalmente a internação justificou-se por queixas orgânicas. Destacam ainda que, nestas unidades, também é comum a internação de pacientes com sintomas depressivos em diferentes graus, apresentando ou não doenças orgânicas, e que o sofrimento psíquico também aparece associado à própria hospitalização, passando despercebido pela equipe (ALMEIDA; FORTES, 1986; FURLANETTO; BRASIL, 2006; MACHADO *et al.*, 1989).

Furlanetto e Brasil (2006) observaram, em uma pesquisa realizada na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 1995, que 32,3% das pessoas internadas apresentavam sintomas depressivos, incluindo depressão leve, moderada e grave. A autora defende a importância do diagnóstico precoce e da intervenção adequada nessas situações, o que será possível na medida em que forem divulgados os critérios que possam auxiliar o médico clínico na realização do diagnóstico diferencial. Por outro lado, Hildebrant e Alencastre (2001) aposta no trabalho em equipe para que todos os membros sejam capazes de perceber situações que indiquem depressão ou qualquer outro sinal de sofrimento psíquico, e realizar o atendimento adequado, pois acredita

---

<sup>3</sup> Transtorno de somatização (F45.0) consiste na apresentação de queixas de sintomas físicos, múltiplos e variáveis no tempo com histórico longo de contatos com a assistência médica primária e especializada por período por ao menos dois anos; e transtornos dissociativos, ou de conversão (F44), são representados por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade, das sensações e do controle do movimento do corpo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

que o trabalho em equipe favorece o olhar holístico e possibilita visualizar o paciente como um todo.

Outra demanda por sofrimento psíquico em internações clínicas, de difícil enfrentamento pela equipe do hospital geral, é a ideia ou tentativa de suicídio. Nunes (1988) reflete sobre a dificuldade evidenciada em lidar com o assunto morte, apontando questões como os profissionais entrarem em contato com sua própria finitude ou de reviver experiências dolorosas de perdas de pessoas próximas. Sendo assim, afirma que o tratamento de pessoas que tentaram suicídio limita-se em atender os aspectos concernentes aos sintomas vinculados à área orgânica.

Estudo realizado por Trzepacz *et al.* (1985) aponta frequência entre 10% e 18% de quadro confusional agudo ou delirium entre pacientes internados. Por outro lado, Evans *et al.* (1999) destaca a prevalência de demandas psiquiátricas em serviços oncológicos em decorrência da gravidade da doença e dos efeitos secundários de seu tratamento, os quais comprometem a qualidade de vida da pessoa trazendo-lhe limitações físicas.

Sobre tentativas de suicídio no hospital geral autores afirmam que a maioria das pessoas que se suicidam no decorrer da internação hospitalar tem doenças crônicas ou terminais dolorosas ou que causam incapacidade, como câncer, insuficiência renal crônica e síndrome da imunodeficiência adquirida. Contudo, assim como ocorre na população em geral, a maioria dos suicídios se dá devido a transtornos psiquiátricos, como depressão e agitação, sendo esta última decorrente de estados confusionais (delirium). Apontam, ainda, para o abuso de substâncias como fator comórbido de risco, na forma de intoxicação ou abstinência. Ademais quadros psiquiátricos decorrentes de tratamentos usados em diversas condições clínicas (ALLEBECK *et al.*, 1988; ABRAMS *et al.*, 1971; COTÉ *et al.*, 1998; SUOMINEN *et al.*, 2002; BOTSWICK; RACKLEY, 2007).

Neste contexto cabe destacar que para os portadores de sintomas depressivos há que se considerar o risco de suicídio e este não costuma ser bem aceito pelos profissionais, os quais adotam posturas preconceituosas e discriminadoras em relação ao paciente. Assim, o preconceito pode ser expresso por meio de juízos de valores e condutas ameaçadoras e preconceituosas, além de adoção de procedimentos mais agressivos e dolorosos para “impedir” novas tentativas de suicídio (AVANCI *et al.*, 2005).

Entre os transtornos mentais mais comuns em hospital geral encontram-se depressão, ansiedade, estados confusionais, abuso de álcool, tabagismo e risco de suicídio. Sabe-se, ainda, que a depressão interfere na vida pessoal e familiar do sujeito causando-lhe prejuízos, bem como representa o transtorno mental mais identificado em idosos, prolongando o tempo de

internação hospitalar. Verifica-se ainda que a mortalidade por suicídio cresceu em 60% nos últimos 45 anos, sendo mais verificada nos pacientes com doença física em relação à população geral, porém ainda é reduzido o número de estudos que associem distúrbios psiquiátricos, faixa etária, sexo e comorbidades em pacientes de hospitais gerais no Brasil (BOTEGA *et al.*, 2010).

No tocante ao abuso e dependência de álcool Botega; Smaira (2012), Botega *et al.*, (2010); afirmam que os casos costumam ser frequentes e subdiagnosticados, bem como estudos nacionais referentes à prevalência de dependência ou uso prejudicial de álcool no hospital geral apresentam taxas de 10 a 20%.

Tais dados reforçam a necessidade de abordagem adequada junto aos profissionais acerca dessas questões, sendo a educação permanente estratégia potente para este fim., entendendo que o cuidado integral em saúde mental, não é identificado apenas em serviços especializados, mas em todos os níveis e serviços de atenção à saúde, como preconizado no SUS.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo e período do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagens qualitativa e quantitativa. Este tipo de estudo deu-se por necessidade de abordar uma temática pouco trabalhada na literatura ou nos meios acadêmicos.

A escolha pelo estudo exploratório se deve à pouca produção científica na área proposta e ao fato de permitir melhor refletir sobre a realidade estudada, ou seja, a atenção em saúde mental em hospital geral, enquanto parte do direito à atenção integral à saúde previsto na Política Nacional de Saúde Mental, na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

A abordagem qualitativa analisa as percepções e valores dos profissionais buscando compreender o objeto da pesquisa. Busca explorar a complexidade das interações sociais e, para tanto, compreender o que os sujeitos pensam, como percebem e se relacionam com a assistência às pessoas que apresentam demandas em saúde mental durante as internações. A abordagem quantitativa veio complementar a compreensão do objeto e buscou conhecer a dimensão estatística dos casos com demandas em saúde mental atendidos no hospital em estudo.

O conjunto de diferentes abordagens proporcionou a compreensão da atenção às pessoas internadas no hospital geral universitário, incluindo a assistência prestada pelos trabalhadores envolvidos.

Para os autores Minayo, Deslandes e Gomes (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois busca conhecer o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Para tanto, compreende estes fenômenos humanos como parte da realidade social ao entender que o ser humano se distingue pelas capacidades de agir e de pensar sobre o que faz, além de interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes.

O período de estudo correspondeu ao intervalo de janeiro de 2019 a março de 2020. Cabe esclarecer que o uso do prontuário eletrônico nas unidades estudadas passou a ser feito em 2013, no entanto os pedidos de interconsulta em Psiquiatria e Psicologia só foram iniciados por este meio em 2016. Sendo assim, o período pesquisado corresponde ao tempo em que se iniciou o uso de prontuários eletrônicos para as solicitações de interconsultas para estas duas áreas, porém este início não foi igual para todas, de forma que o número de interconsultas pode ser maior do que o identificado.

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), o qual é vinculado à Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Localiza-se no bairro Cidade Universitária, no município de Maceió, capital do estado de Alagoas, e foi fundado na década de 1950. É credenciado como hospital geral de ensino, de médio porte, que atende, exclusivamente, à média e alta complexidades da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Possui um corpo clínico e infraestrutura física e tecnológica capaz de fornecer serviço humanizado e de qualidade à comunidade, e qualificação aos alunos nas áreas de graduação em Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, entre outras, além de pós-graduação. É cenário de prática para 11 programas de residência médica (Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Oftalmologia, Pediatria, Neurocirurgia, Patologia, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia), sendo formados 80 novos profissionais na área de saúde a cada nova turma. Conta ainda com um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, contemplando as áreas de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, formando 20 profissionais a cada dois anos. Além das residências, este hospital recebe estudantes de cursos de graduação da UFAL para estágio supervisionado em suas respectivas áreas (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

O hospital é porta aberta em urgência oncológica para usuários já acompanhados pelo Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), e também para a maternidade, direcionada à gestação de alto risco. Possui contrato com a Prefeitura Municipal de Maceió e com o Governo do Estado de Alagoas para serviços de consultas em ambulatório de diversas especialidades médicas, serviços de apoio diagnóstico e terapias de média e alta complexidade (fonoaudiologia, oftalmologia, ginecologia, urologia, broncoscopia, otorrinolaringologia, coloproctologia, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, entre outros) (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

É subdividido em cinco unidades de internamento com a seguinte distribuição de leitos: 10 de Unidade de Terapia Intensiva para adultos, 10 de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 20 de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, 6 de Infectologia e Doenças Parasitárias

e 164 para adultos de internações nas clínicas médica, oncologia, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

No contexto atual, o HUPAA possui uma Unidade Psicossocial composta por médicos psiquiatras e psicólogos, que trabalham de forma transversal nas clínicas de internamento e também no ambulatório de Psiquiatria, mas não possui leitos de atenção integral em saúde mental e não faz parte da RAPS.

Este hospital foi escolhido por ser um dos locais de atuação da pesquisadora responsável, permitindo a articulação entre conhecimento, metodologia e aplicação orientada para o campo de atuação profissional, na perspectiva de propor estratégias para o enfrentamento de problemas reais vivenciados no cotidiano de trabalho.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

O campo social é formado por representantes legítimos, ou seja, pessoas aptas a dar opiniões, emitir julgamentos, posicionar e argumentar sobre o problema, em razão de sua implicação no contexto pesquisado. Sendo assim, compreende-se o campo social como “um espaço que enquadra ou condiciona a ação dos atores sociais” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p. 38).

Desta forma, para responder aos objetivos propostos, foram convidados profissionais de diversas áreas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social) inseridos nas enfermarias das unidades de clínicas médica, oncologia, cirurgia geral e especialidades e ginecologia-obstetrícia, envolvidos com a assistência aos usuários internados.

Para a seleção dos participantes da equipe de saúde, levou-se em consideração a organização das equipes assistenciais nas unidades pesquisadas. Considerou-se o fato de que as unidades de oncologia e obstetrícia oferecem apenas residência médica, enquanto as unidades de clínica médica e cirúrgica são cenários de prática para residências médica e multiprofissional (enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social). Cada clínica possui um quadro de profissionais que assume a assistência ou preceptoria junto aos residentes, sendo as equipes compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem, contando com uma média de 36 pessoas por turno, entre profissionais e residentes.

Buscou-se garantir na amostra a representatividade das diversas áreas assistenciais referidas, que lidam diretamente com as pessoas internadas. No primeiro momento, a seleção dos sujeitos foi feita por meio do aceite ao convite junto às chefias, buscando fortalecer a adesão e, no segundo momento, foi acrescido o convite direto aos profissionais. Foram entregues convites impressos e por meio eletrônico (informado no Apêndice A), para garantir a divulgação.

Como critérios de exclusão foram considerados: ser profissional em período de afastamento ou não ter comparecido às datas agendadas para realização da coleta de dados.

No tocante às pessoas pesquisadas, tomamos por critério de inclusão, todas aquelas que estiveram internadas nas clínicas estudadas do HUPAA no período de janeiro 2016 a novembro 2019 e demandaram atendimento em Psiquiatria e/ou Psicologia.

#### **4.4 Técnicas, instrumentos e fontes de coleta de dados**

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em etapas distintas conforme tipo do estudo. Para a coleta de dados da pesquisa quantitativa foram utilizados os seguintes instrumentos conforme apresentado na figura 1:

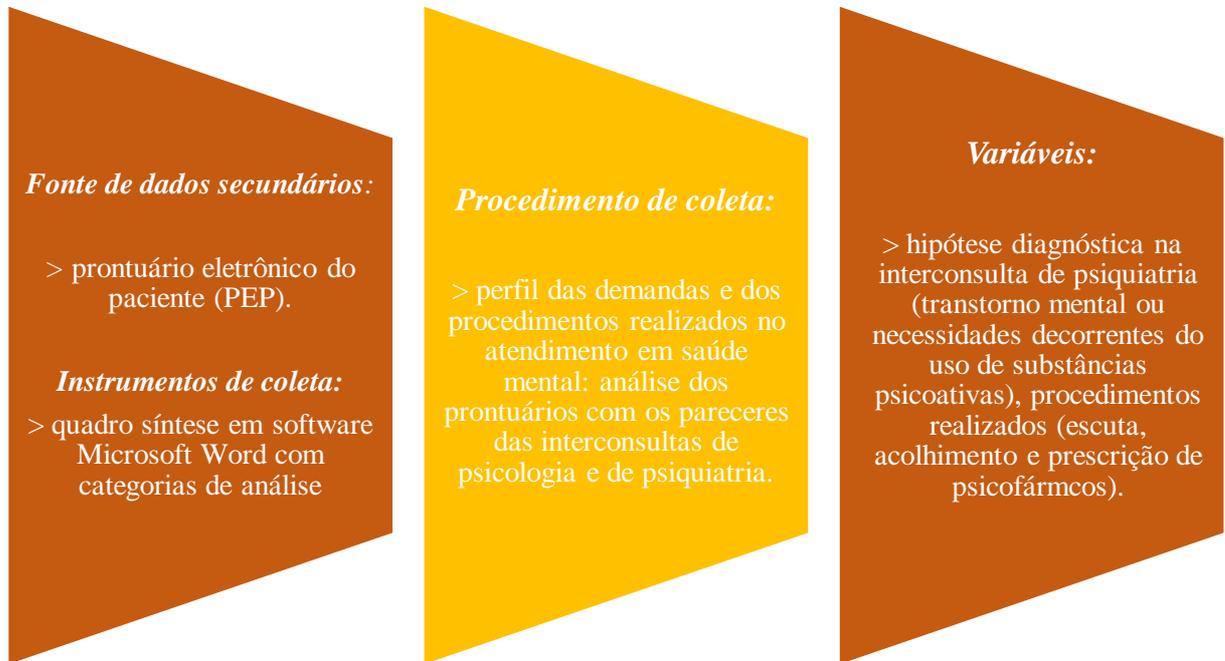
Figura 1- Fonte e instrumentos para coleta de dados secundários quantitativos, e variáveis pesquisadas.



Fonte: A autora, 2019.

No que se refere à revisão de dados qualitativos no prontuário eletrônico do paciente, construímos um quadro síntese (informado no Apêndice B) para registro das informações encontradas na planilha de atendimentos (informada no Apêndice C). Esta apresenta variáveis relativas aos atendimentos de pessoas que receberam interconsulta em psiquiatria e psicologia por serem as áreas específicas de saúde mental (informadas na figura 2).

Figura 2 - Fonte e instrumentos para coleta de dados secundários qualitativos, e variáveis pesquisadas

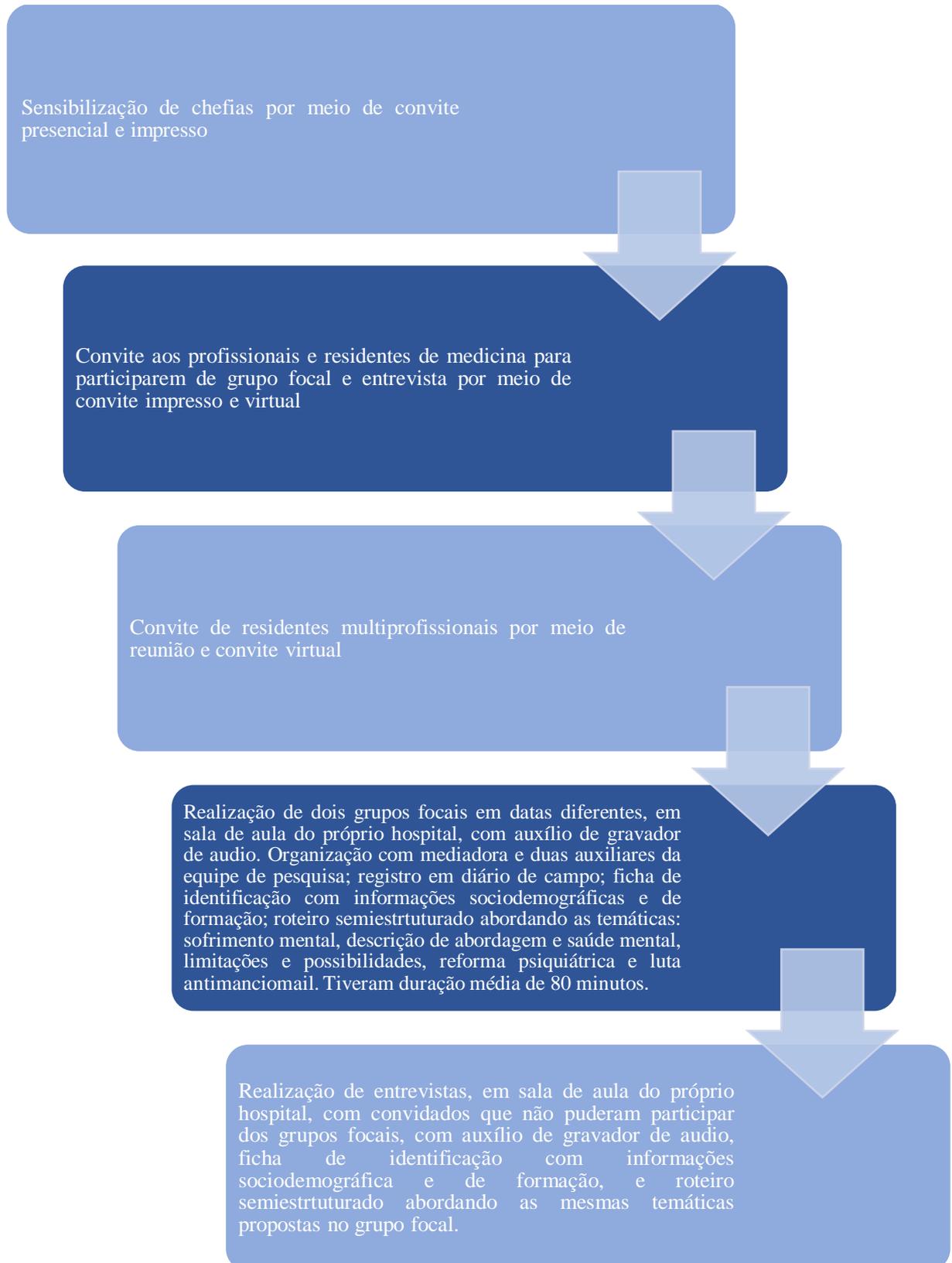


Fonte: A autora, 2019.

Este “acervo” serviu como base para complementar e dialogar com as falas dos entrevistados que estarão presentes em todo estudo.

Ao tempo em que estávamos trabalhando as informações quantitativas ocorreu o outro momento deste estudo que corresponde à pesquisa qualitativa baseada no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A Figura 3 mostra os procedimentos e instrumentos referentes a este momento do estudo.

Figura 3- Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados primários



Fonte: A autora, 2019.

Os sujeitos foram convidados para comporem dois grupos focais de até 12 pessoas, com a participação de profissionais e residentes de medicina e multiprofissionais envolvidos com a assistência às pessoas internadas nas unidades estudadas. Desta forma, conseguiu-se alcançar a participação de 18 pessoas no total, sendo: 11 profissionais e 7 residentes multiprofissionais que participaram dos grupos focais em duas datas do mês de novembro de 2019. O primeiro contou com a participação de 13 sujeitos e o segundo com 5 sujeitos.

Por diversos motivos, foram registradas algumas ausências de profissionais que haviam confirmado participação, tais como terapeuta ocupacional e médicos(as) que não dispuseram de tempo compatível com o disponibilizado pela pesquisadora.

Para Gui (2003), o grupo focal permite observar uma grande quantidade de interações entre os participantes sobre uma questão, em um curto espaço de tempo, favorecendo ao pesquisador a condição de direcionar e focalizar o tema da pesquisa. A interação em grupo também permite aos participantes a reflexão sobre temas e comportamentos complexos, de forma que promove continuidade ao processo de construção social que acontece no cotidiano das relações entre as pessoas.

Considerando o objeto de estudo, a escolha da técnica do grupo focal como instrumento de coleta de dados se deu por compreendermos que os significados que emergem no momento da discussão sobre a situação de pesquisa estão em movimento, não são dados fixos e prontos, eles surgem durante a reflexão e discussão, daí estarem em processo de construção. A técnica favorece, portanto, uma aproximação empática dos pesquisadores à experiência dos participantes do estudo (GUI, 2003).

Os trabalhadores que não puderam participar dos grupos focais foram convidados a participar de entrevista individual, de forma que pudemos contar com 2 profissionais (Psiquiatria e Psicologia) e 2 residentes de Medicina (Clínica Médica e Gineco-Obstétrica) para entrevista individual. Contudo, por problemas técnicos com a gravação de uma entrevista não foi possível utilizarmos o conteúdo da mesma.

A entrevista semiestruturada foi utilizada pela liberdade que esta confere ao entrevistador para explorar as perguntas ou temas, sem necessariamente ter que obedecer à ordem estabelecida. O entrevistador pode encontrar e seguir novas pistas durante a entrevista, mas deve manter-se focado nos objetivos do roteiro da mesma (TOBAR; YALOUR, 2001).

De acordo com Haguette (2013), a entrevista consiste num processo de interação entre duas pessoas onde o(a) entrevistador(a) busca a obtenção de informações por parte do(a) entrevistado(a), e estas são alcançadas por meio de um roteiro de entrevista com tópicos previamente selecionados, conforme a problemática central a ser seguida.

O perfil dos profissionais incluídos neste estudo foi coletado por meio de questionário semiestruturado (informado no Apêndice D), aplicados individualmente. As perguntas para a elaboração do perfil continham as seguintes informações: idade, sexo, formação, tempo de formação, pós-graduação, cursos realizados na área de saúde mental, função exercida no hospital, tempo de trabalho/programa de residência no hospital. Os participantes dos grupos focais e das entrevistas foram identificados por números de 1 a 25 para garantir seu anonimato.

Para mediar a discussão nos grupos focais e para guiar as entrevistas, foram utilizadas perguntas disparadoras (informadas no Apêndice E), conforme segue: o que você entende por sofrimento mental?; como identifica as necessidades de assistência em saúde mental das pessoas internadas?; como você descreve a assistência às pessoas internadas que apresentam necessidades em saúde mental?; como você avalia as condições existentes no HUPAA para a atenção em saúde mental?; o que você conhece sobre a Reforma Psiquiátrica e/ou Luta Antimanicomial, e o que pensa a respeito delas?

Para facilitar a compreensão dos participantes acerca da forma de identificação dos sujeitos, foram utilizadas as denominações mais conhecidas no seu cotidiano, tais como: paciente psiquiátrico ou pessoa em sofrimento psíquico; usuário de álcool e outras drogas, ou dependente químico.

#### **4. 5 Análise dos dados**

Tendo como propósito responder às questões centrais deste estudo, que envolvem a complexidade das interações sociais, e para tanto, compreender o que pensam, como percebem e se relacionam com a assistência às pessoas que apresentam demandas em saúde mental durante internações em hospital geral universitário, a metodologia se embasou no Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvere e Lefèvere.

Para Lefèvre; Lefèvre (2012, p. 35), atribuir sentido como ator social envolve, entre outras coisas, perguntas do tipo: “o que pensa o indivíduo sobre o problema, o que acha de, qual a sua opinião sobre, como vê tal problema, como o representa, como o percebe, como o define, como o vive, como o avalia, como o sente, como se posiciona diante dele etc.” Portanto, trata-se de perguntas da ordem do afeto, da conduta, do comportamento, da cognição, dos valores que os atores sociais comunicam em relação ao tema pesquisado.

Para o tratamento adequado dos dados extraídos do PEP e armazenados na planilha de Excel, referentes aos internamentos nas unidades selecionadas, foi utilizada a ferramenta

Business Intelligence Qlik Wiew (aplicativo que permite a integração e auxilia a análise de dados brutos).

Por meio da análise quantitativa, foi feita a caracterização sociodemográfica dos(as) usuários(as) assistidos(as) no período estudado, com registro no PEP de solicitação de atendimento por psicólogo ou psiquiatra. A análise quantitativa também foi empregada para caracterizar o perfil dos participantes dos grupos focais e das entrevistas. Foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, e apresentadas em tabelas e gráficos.

Para a análise dos dados da pesquisa qualitativa, ou seja, dos grupos focais e entrevistas, foram feitas inicialmente as transcrições dos áudios pelas auxiliares da pesquisa de campo, a residente e a graduanda de Serviço Social, que posteriormente foram conferidas e ajustadas, quando necessário, pela pesquisadora principal, por meio da leitura e escuta das gravações.

Para análise do conteúdo, utilizou-se da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre; Lefèvre (2005). Segundo os autores, a análise do DSC é plena em conteúdos significativos e mais rica semanticamente, permitindo destacar detalhes individuais de uma mesma opinião coletiva no contexto do tema pesquisado.

Para Lefèvre; Lefèvre (2014) o DSC é um método de resgate da Representação Social, que procura reconstituir estas representações resguardando a articulação da dimensão individual com a sua dimensão coletiva. Afirmam que um ponto de vista, posicionamento, manifestação ou pensamento de um sujeito em sua vida cotidiana contém sempre uma representação social, de forma que é sempre possível reunir e reconstituir depoimentos ou outras manifestações de pensamentos individuais em grandes categorias de sentido. Os autores descrevem o DSC como:

[...] produtos *falando* porque representações sociais são práticas discursivas, comportamentos reais de agentes sociais. Eles são também produtos *falados* porque a sociedade (ou os “outros”), enquanto esquemas cognitivos ‘socialmente compartilhados, estão sempre presentes nas falas individuais. As representações sociais reconstituídas pelo Discurso do Sujeito Coletivo permitem que o sujeito comum se identifique com elas, viabilizando sua utilização em práticas de intervenção social (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 502).

O DSC é uma técnica de pesquisa que pode ser utilizada para abordagem de todo tipo de temática que englobe o vastíssimo campo dos pensamentos, sentimentos, crenças, atitudes, valores e representações sociais, ao tempo em que são expressas sob forma de discursos verbais. É uma técnica qualitativa para a obtenção do pensamento coletivo, porém, ao ser obtido, adquire o caráter de variável comum, podendo e devendo ser quantificado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). O processo de construção do DSC está ilustrado na figura 4:

Figura 4 - Processo de construção do Discurso do Sujeito Coletivo



Fonte: A autora, 2019.

Conforme Otenio (2007), a produção dos DSC de Lefèvre & Lefèvre envolve as seguintes operações:

- Identificação das Expressões-Chaves (E-CH): são trechos selecionados do material verbal dos depoimentos individuais que melhor descrevem seu conteúdo;
- Identificação das Idéias Centrais (IC): são fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de cada resposta de diferentes indivíduos, que apresentam sentidos semelhantes ou complementares. Vale destacar que a Idéia Central não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos;
- Identificação das Ancoragens (Ac): são como as Idéias Centrais, fórmulas sintéticas que descrevem não mais os sentidos, mas as ideologias, valores e crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou nas agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. Na técnica do DSC, considera-se que existem Ac apenas quando estão presentes, no material verbal, marcas explícitas destas afirmações genéricas.
- Os DSC: são a reunião das Expressões-Chaves presentes nos depoimentos, que têm Idéias Centrais de sentido semelhante ou complementar, para dar-lhes a forma de frases encadeadas. Com o material das Expressões-Chaves das Idéias Centrais semelhantes, constroem-se discursos-síntese ou DSC, na primeira pessoa do singular, com um número variado de participantes, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. Uma vez “qualificada” a variável pelo

DSC, ela pode ser quantificada usando-se os recursos habituais de quantificação como gráficos, tabelas, etc.

A técnica do DSC parte de um trabalho minucioso para analisar os conteúdos das narrativas. Para auxiliar a análise, utilizou-se o software *DSCsoft@*, que permite “criar um banco de dados com as respostas coletadas, classificá-las e, posteriormente, agrupá-las para a construção do DSC e suas variações, além de fornecer diversos resultados quali-quantitativos a partir das respostas e dos perfis dos entrevistados” (TOLTECA, 2020).

Cabe esclarecer que enquanto recurso facilitador, o *DSCsoft@* não substitui, de maneira alguma, o papel do pesquisador, pois não faz a análise pelo pesquisador, apenas auxilia na organização e classificação dos dados.

A técnica do DSC permite ao investigador social produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e seu discurso coletivo correspondente, fazendo o sujeito social falar como se fosse um indivíduo. O DSC é construído adotando-se procedimentos explícitos, transparentes e padronizados para construir a fala do sujeito social, com base no material empírico proveniente das falas dos indivíduos, o que acaba redundando numa sensível economia de tempo e num aumento da eficácia da atividade investigativa (OTENIO, 2007).

#### **4.6 Considerações Éticas**

Este projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco, em cumprimento às Resoluções Nº. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido desenvolvido após aprovação do projeto e dos instrumentos pelo CEP, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 19561519.3.0000.5190 . O parecer de aprovação foi apresentado à Gerência de Ensino e Pesquisa do HUPAA para a obtenção da Carta de Anuência (informada no Anexo A).

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães.

A todos os sujeitos convidados para participar do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (informado no Apêndice F), apresentando a justificativa, os objetivos e os procedimentos que seriam utilizados na pesquisa.

A participação dos sujeitos se deu de forma voluntária e com a ciência e assinatura do TCLE. Cada participante recebeu uma via deste termo, assinada pela pesquisadora, onde consta

seu telefone e endereço eletrônico, permitindo esclarecer, a qualquer momento, suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Foram garantidos o anonimato e o retorno do trabalho finalizado aos participantes. O único risco existente com a participação foi o de constrangimento perante algum questionamento, mas garantimos o total sigilo das informações pessoais, diminuindo tal risco. Este estudo não trouxe nenhum gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de analisar a assistência para pessoas com necessidades em saúde mental internadas em hospital geral universitário, além de contribuir para a melhoria do processo de trabalho dos profissionais envolvidos diretamente na referida assistência e, conseqüentemente, para a formação profissional, considerando que este é um hospital de ensino.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico, sendo assegurado o sigilo sobre os participantes.

As falas dos grupos focais e entrevistas foram gravadas, conforme informado no TCLE, e foram transcritas em sua íntegra. Os dados coletados nesta pesquisa por meio das entrevistas gravadas e transcritas ficarão armazenados em pasta discriminada em computador pessoal sob a responsabilidade da pesquisadora principal pelo período mínimo de cinco anos.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão serão apresentados no mesmo capítulo, visando facilitar a compreensão quanto à identificação do tema estudado e sua localização. Para tanto, tomou-se por referência os objetivos específicos deste estudo, apresentados no item 2.2, para definição do formato da apresentação. Iniciaremos pela análise quantitativa de dados obtidos na planilha de gerenciamento de internações nas unidades do HUPAA-UFAL, seguida da análise qualitativa das respostas dos sujeitos, na forma de DSC, às questões respondidas nos grupos focais e entrevistas.

### **5.1 Apresentação e análise da pesquisa quantitativa**

#### **5.1.1 Caracterização da atenção em saúde mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL, Maceió, Al, 01/01/2016 a 30/11/2019**

No período estudado, janeiro/2016 a novembro/2019, foram realizadas 28.682 internações entre as unidades de clínica médica, oncologia, cirurgia geral e especialidades e ginecologia-obstetrícia, sendo identificados 549 atendimentos em interconsulta de Psiquiatria e Psicologia. Este número representa um universo aproximado de 2% para atendimentos em saúde mental, sendo este percentual maior nas clínicas médica (5,4%) e oncológica (3,7%), conforme Tabela 1. O número nos remete ao estudo de Silva e Oliveira (2011), o qual refere que os hospitais gerais recebem um número elevado de pessoas com algum tipo de sofrimento mental, porém apenas um número entre 1% a 13% desses pacientes é referenciado para avaliação de um especialista.

Considerando que nosso estudo definiu como amostra as interconsultas psiquiátricas e psicológicas, as quais são demandadas por médicos assistentes, residentes médicos e enfermeiros, verifica-se que este número pode ser maior do que o identificado, pois as clínicas médica e cirúrgica contam com acompanhamento da equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos) e esta realiza visitas diárias aos usuários internados, identificando e abordando diretamente aquelas demandas que não dependem da avaliação direta do especialista. Nestes casos, o registro desse atendimento é feito nas evoluções das respectivas áreas no prontuário eletrônico e/ou físico.

**Tabela 1** - Distribuição das internações nas unidades selecionadas e percentual de internações com interconsultas em saúde mental registradas no Sistema de Gerenciamento de Internação. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Maceió, 01/01/2016 a 30/11/2019

Unidade de Internação	Internações n	Interconsulta Psiquiatria		Interconsulta Psicologia		Total Interconsultas (Psiquiatria + Psicologia) % de internações com interconsulta	
		n	% de internações com interconsulta	n	% de internações com interconsulta	n	% de internações com interconsulta
Gineco-Obstétrica	14.555	133	0,9	184	1,3	317	2,2
Cirúrgica	10.733	49	0,5	22	0,2	71	0,7
Médica	2.042	73	3,6	38	1,9	111	5,4
Oncológica	1.352	28	2,1	22	1,6	50	3,7
<b>Total Geral</b>	<b>28.682</b>	<b>283</b>	<b>1,0</b>	<b>266</b>	<b>0,9</b>	<b>549</b>	<b>1,9</b>

Fonte: A autora, 2019.

Cabe esclarecer que o uso do prontuário eletrônico nas unidades estudadas passou a ser feito em 2013, no entanto, os pedidos de interconsulta em Psiquiatria e Psicologia só foram iniciados por este meio em 2016. Sendo assim, o período pesquisado corresponde ao tempo em que se iniciou o uso de prontuários eletrônicos para as solicitações de interconsultas para estas duas áreas nas referidas clínicas, porém este início não foi igual para todas, de forma que o número de interconsultas pode ser maior do que o identificado.

Anteriormente ao uso deste recurso, as solicitações de parecer eram verbais ou por meio de comunicação interna e as respostas aos pedidos eram feitas nos prontuários físicos, os quais não foram pesquisados.

Considerando o tempo disponível para viabilização da pesquisa e conclusão do estudo, optamos por trabalhar apenas com as informações do prontuário eletrônico considerando as solicitações das áreas de Psiquiatria e Psicologia, apesar de compreendermos que o cuidado em saúde mental não é restrito à atuação destas duas áreas, motivo pelo qual escolhemos como sujeitos desta pesquisa os profissionais e residentes das clínicas estudadas. Contudo, este é um tema inexplorado nesse serviço e sem referência de estudos no Estado de Alagoas, de forma que se torna relevante analisarmos os dados obtidos como uma aproximação da realidade estudada.

O número reduzido de interconsultas em saúde mental, em relação aos anos estudados, pode também ser compreendido pela escassez de profissionais da área, problemática destacada por participantes do estudo, conforme pode ser observado nos discursos, que serão apresentados na próxima seção. Conforme Baremblytt (2002, p. 61) “a demanda não é espontânea, a demanda

não é o primeiro passo de um processo: ela é produzida, de tal modo que existe um passo anterior à demanda que é a oferta. A demanda não existe por si.”

Quanto ao perfil sociodemográfico das pessoas internadas no período estudado, a maioria era de adultos, na faixa de 30 a 59 anos (49,75%), do sexo feminino (80,3%), procedentes de Maceió (53,45%) e de baixa escolaridade (28,8%), apresentando apenas o ensino fundamental incompleto, conforme apresentado na Tabela 2.

O perfil foi feito a partir dos dados de identificação existentes nos prontuários, sendo identificado que em (28,8%) dos casos não havia declaração de resposta para a variável escolaridade. Acredita-se que isto acontece em virtude da informação imprecisa no ato da admissão.

**Tabela 2** – Perfil sociodemográfico das pessoas internadas nas clínicas selecionadas que apresentaram demandas em saúde mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Al, 01/01/ 2016 a 30/11/2019.

Características	Clínica Médica		Clínica Oncológica		Clínica Cirúrgica		Clínica Gineco-Obstétrica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>										
Masculino	41	46,1	20	51,3	19	40,4	0	0	80	19,7
Feminino	48	53,9	19	48,7	28	59,6	231	100	326	80,3
<b>Procedência</b>										
Maceió	55	61,8	18	46,2	25	53,2	119	51,5	217	53,5
Outros municípios de Alagoas	34	38,2	21	53,8	22	46,8	112	48,5	189	46,5
<b>Faixa Etária</b>										
15 – 29 anos	17	19,1	04	10,3	04	8,5	129	55,9	154	37,9
30 – 59 anos	47	52,8	24	61,5	29	61,7	102	44,1	202	49,7
60 – 79 anos	24	27,0	11	28,2	12	25,5	0	0	47	11,6
> 80 anos	01	1,1	0	0	02	4,3	0	0	03	0,8
<b>Escolaridade</b>										
Não alfabetizado	04	4,5	04	10,2	2	4,3	2	0,9	12	2,9
E.Fundamental Incompleto	33	37,1	11	28,2	14	29,7	59	25,5	117	28,8
E.Fundamental Completo	7	7,9	2	5,1	4	8,5	23	10,0	36	8,9
E.Médio Incompleto	2	2,2	1	2,6	4	8,5	15	6,5	22	5,4
E.Médio Completo	13	14,6	7	18,0	5	10,6	58	24,5	83	20,5
E.Superior Incompleto	4	4,5	0	0	0	0	2	0,9	6	1,5
E.Superior Completo	2	2,2	3	7,7	2	4,3	6	2,6	13	3,2
Não Definido	24	27,0	11	28,2	16	34,1	66	28,6	117	28,8

Fonte: A autora, 2019.

Das 283 interconsultas psiquiátricas, 2 não puderam ser avaliadas pois estavam registradas em prontuário físico (dados não tabulados), de forma que das 281 interconsultas

realizadas, 205 (73%) tiveram a confirmação de hipótese diagnóstica para transtorno mental de acordo com os critérios da CID-10 e 76 (27%) não apresentaram transtorno mental no momento da avaliação.

Ao observarmos a distribuição do número de interconsultas em psiquiatria e psicologia segundo o tempo de permanência do usuário no hospital (Tabela 3), verifica-se que em todas as unidades de internação a maior frequência acontece na faixa de mais de 12 dias de internação, porém é interessante observar que na unidade de ginecologia-obstetrícia, há registro de interconsultas psiquiátricas em todas faixas de tempo.

Ressalta-se que o período gestacional ou puerperal envolve uma série de mudanças na vida da mulher, sendo observadas questões de ordem emocional, familiar, afetiva, socioeconômica, além de situações de risco como violência doméstica, gravidez na adolescência, estupro de vulnerável, uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outras. Desta forma, tais situações associadas à problemas de ordem clínica ou não, podem gerar sofrimento psíquico.

Este dado pode ser observado com frequência no primeiro e nos últimos 30 dias de puerpério. Isto ocorre pelas diversas dimensões da gravidez e da maternidade que trazem em seu bojo mudanças significativas na inserção e na organização familiar, além da autoimagem e identidade da mulher. Na gravidez também ocorre uma incidência de alterações metabólicas, como diabetes gestacional, anemia e disfunção tireoidiana, quadros que podem desenvolver sintomas psiquiátricos (BOTEGA *et al.*, 2012).

**Tabela 3** - Distribuição das 549 interconsultas de psiquiatria e de psicologia segundo o tempo de permanência nas unidades de internação selecionadas. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 01/01/2016 a 30/11/20

Tempo de permanência em dias	Clínica Médica		Clínica Oncológica		Clínica Cirúrgica		Clínica Ginecológica-Obstétrica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 3					1	1,4	35	11,1
4 a 6	6	5,4	3	6,0	1	1,4	53	16,7
7 a 9	6	5,4	3	6,0	6	8,5	57	17,9
10 a 12	4	3,6	0	0	5	7,0	37	11,7
>12 dias	95	85,6	44	88,0	58	81,7	135	42,6
	111	100,0	50	100,0	71	100,0	317	100,0

Fonte: A autora, 2019.

Conforme demonstrado na Tabela 4, nas interconsultas psiquiátricas os transtornos de humor (episódios depressivos moderados e graves) foram predominantes neste hospital com um total de 74 (26%) das hipóteses diagnósticas, seguido dos transtornos de ansiedade e estresse

43 (15%). A exemplo do observado neste estudo, Cardoso (2005) sugere que depois dos transtornos depressivos, os transtornos de ansiedade e cognitivos são os mais frequentes em hospitais gerais, diferindo entre serviços e populações estudadas. Acresce ainda a necessidade de melhorar a capacidade de identificação e tratamento dos casos pelas equipes médicas, considerando que a existência de comorbidade psiquiátrica em pessoas com doença somática agrava a evolução da doença, aumenta a necessidade dos cuidados médicos intra e extra-hospitalares e gera prolongamento da incapacidade física.

Verifica-se, ainda, a frequência significativa de diagnóstico de transtornos mentais orgânicos (delirium) na clínica oncológica 10 (36%), 8 (16%) na clínica cirúrgica e 9 (13%) na clínica médica.

**Tabela 4** - Avaliação psiquiátrica nas interconsultas, por unidades de internação selecionadas – Sistema de Gerenciamento de Internação. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 01/01/2016 a 30/11/20.

	Clínica Médica		Clínica Oncológica		Clínica Cirúrgica		Clínica Gineco-Obstétrica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Avaliação Psiquiátrica</b>										
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	9	13	10	36	8	16	2	2	29	10
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	5	7	2	7	2	4	2	2	11	4
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	3	4	1	4	0	0	10	8	14	5
Transtornos do humor [afetivos]	16	23	4	14	10	20	44	33	74	26
Transtornos neuróticos, estresse e somatoformes	8	11	6	21	6	12	23	17	43	15
Transtornos da alimentação	4	6	0	0	2	4	2	2	8	3
Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade	2	3	1	4	6	12	6	5	15	5
Retardo Mental	0	0	1	4	3	6	4	3	8	3
Transtornos hiper-cinéticos	0	0	0	0	0	0	3	2	3	1
Sem transtorno mental	24	34	3	11	12	24	37	28	76	27

(continua)

Avaliação Psiquiátrica	Clínica Médica		Clínica Oncológica		Clínica Cirúrgica		Clínica Ginecológica-Obstétrica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	71	100	28	100	37	100	96	100	281	100

Fonte: A autora, 2019.

Nota: Avaliações psiquiátricas a partir dos prontuários eletrônicos onde foram registradas as hipóteses diagnósticas.

Quanto aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, 11 (4%) foi a frequência encontrada neste estudo, conforme a Tabela 4. Este resultado mostrou-se inferior a um estudo nacional que estimou a frequência de 10% a 20% para casos de abuso e dependência de álcool (BOTEGA *et al.*, 2010).

Acerca da forma de abordagem desenvolvida pelos profissionais de saúde mental verifica-se a partir da revisão dos prontuários inseridos neste estudo que os atendimentos da psicologia envolvem escuta ativa, apoio e acompanhamento psicológico, quando necessário, além de orientações acerca do cuidado para a equipe de saúde. No tocante à psiquiatria observa-se o uso de entrevista, anamnese psicossocial, prescrição de psicofármacos e orientação à profissionais, quando necessário. Quanto à conduta médica, observou-se que em (63%) das 281 interconsultas realizadas houve prescrição de psicofármacos.

## 5.2 Estratégias, possibilidades e desafios do atendimento em saúde mental no hospital geral – discurso do sujeito coletivo (DSC)

Para construir o DSC sobre as estratégias, possibilidades e desafios do atendimento em saúde mental no hospital geral, foram convidados a participar dos grupos focais e entrevistas, os profissionais de nível superior e médio que integravam as equipes de saúde das unidades de internação selecionadas para o estudo, por meio de convites distribuídos virtualmente e de cartazes. Aceitaram o convite para participar, compondo a amostra intencional, 21 dos 30 profissionais convidados, sendo 13 membros efetivos e 8 residentes, conforme apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5** - Distribuição de participantes dos grupos focais e entrevistas por área profissional e vínculo com o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió, Al, novembro/2019

Área Profissional	Profissionais		Residentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Serviço Social	2	15,4	2	25	4	19
Enfermagem	3	23,1	0	0	3	14,3
Farmácia	0	0	2	25	2	9,5
Fisioterapia	1	7,7	0	0	1	4,8
Fonoaudiologia	1	7,7	0	0	1	4,8
Psicologia	2	15,4	2	25	4	19
Medicina	1	7,7	1	12,5	2	9,5
Nutricionista	0	0	1	12,5	1	4,8
Técnico de Enfermagem	3	23,1	0	0	3	14,3
Total de entrevistados	13	100	8	100	21	100

Fonte: A autora, 2019.

No tocante à equipe assistencial, houve a participação de praticamente todas as áreas envolvidas no cuidado, conforme Tabela 5, exceto Terapia Ocupacional (que não dispunha de disponibilidade nos horários de realização dos grupos e entrevistas). As áreas com maior número de representantes foram: Enfermagem (28,6%) incluindo enfermeiro(as) e técnicos(as), Psicologia (19%) e Serviço Social (19%). Quanto ao vínculo profissional com o serviço, verificamos a participação de 62% de profissionais e (38%) de residentes.

Importante observar a variedade de áreas representadas nesta pesquisa que contou com nove categorias profissionais considerando que o cuidado em saúde realizado em unidades hospitalares é essencialmente de ordem multiprofissional. Esta característica diverge da maioria dos estudos existentes. Conforme Prado *et al.* (2015), em seu estudo de revisão bibliográfica, verificou-se que as pesquisas existentes em relação ao atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não psiquiátricas concentram-se na percepção da enfermagem. Aponta, ainda, que somente dois artigos levaram em conta como sujeitos dos estudos outros profissionais de saúde: médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas (MINAS *et al.*, 2011; CHIKAODIRI, 2009).

O desafio do cuidado em saúde mental em hospital geral é grande e exige ser pensado a partir dos diversos olhares da equipe multidisciplinar, considerando que o trabalho interdisciplinar e enter-profissional são importantes para a atenção em saúde mental integral.

Conforme Tabela 6, a maioria dos(as) participantes da pesquisa (81%) é do sexo feminino. Este fator ratifica os dados censitários do Brasil acerca do fenômeno da feminização da força de trabalho em saúde, também verificado no Censo de 2000 no tocante à distribuição

dos profissionais de saúde por gênero, havendo predomínio da ocupação por mulheres nas profissões de enfermeiros e afins, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, entre outras (MACHADO, 1987).

Considerando a faixa etária dos participantes, observa-se que (33,3%) estão inseridos na faixa etária de 30 a 39 anos e quanto à formação profissional (90,9%) são de nível superior e (9,5%) são de nível médio, a saber: técnico de enfermagem. Ainda na tabela 6, observa-se que a maioria (47%) dos participantes se encontra nas faixas de 1 a 10 anos de formados e (42,8%) na faixa de 11 a 20 anos. Ressalta-se ainda a referência das clínicas às quais os participantes estavam vinculados, sendo a maioria (42,8%) inserida na clínica cirúrgica e (28,6%) inseridos em todas as clínicas estudadas. Vale destacar que os residentes da Residência Multiprofissional, inseridos na clínica cirúrgica, já haviam vivenciado o cenário da clínica médica.

**Tabela 6** - Distribuição dos entrevistados(as) conforme faixa etária, formação, tempo de formação e clínicas de referência dos(as) 21 participantes dos grupos focais e entrevistas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió, Al, novembro/2019

<b>Características dos Profissionais</b>	<b>n (21)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	17	81
Masculino	4	19
<b>Faixa etária</b>		
20 a 29 anos	6	28,6
30 a 39 anos	7	33,3
40 a 49 anos	6	28,6
50 a 59 anos	1	4,8
Não informado	1	4,8
<b>Formação</b>		
Enfermagem	4	19
Farmácia	2	9,5
Fisioterapia	1	4,8
Fonoaudiologia	1	4,8
Medicina	2	9,5
Nutrição	1	4,8
Psicologia	4	19
Serviço Social	4	19
Técnico de Enfermagem	2	9,5
<b>Tempo de Formação</b>		
1 a 10 anos	10	47,6
11 a 20 anos	9	42,8
21 a 30 anos	1	4,8
Não informou	1	4,8

(continua)

(continua)

<b>Características dos Profissionais</b>	<b>n (21)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Pós-graduação<sup>a</sup></b>		
Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso	4	12
Cuidados Paliativos	2	6
Residência Médica	1	3
Residência em Psiquiatria	1	3
Mestrado em Serviço Social	1	3
Mestrado em Políticas Sociais e Residência Multiprofissional	2	6
Mestrado em Serviço Social com ênfase em Saúde Mental	1	3
Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental	1	3
Psicologia Hospitalar, Psicanálise e Cuidados Paliativos	3	9
Mestrado em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família	1	3
Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde	1	3
Gestão em Saúde Pública	1	3
Gerontologia Social e Educação em Direitos Humanos e Diversidade	2	6
Linguagem: Enfoque em Neurociências	1	3
Ensino, obstetrícia	2	6
Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família, Cuidados Paliativos e Saúde do Trabalhador	3	9
Enfermagem do Trabalho, Avaliação em Saúde, Saúde Indígena e Ensino para Educação Profissional	4	12
Não respondeu	1	3
<b>Clínica de Referência</b>		
Clínica Médica	3	14,3
Clínica Oncológica	2	9,5
Clínica Cirúrgica	9	42,8
Clínica Gineco-Obstétrica	3	14,3
Múltiplas Clínicas	6	28,6

**Nota:** <sup>a</sup>o total de cursos é superior ao número de participantes pelo motivo de alguns profissionais terem realizado mais de uma pós-graduação.

Fonte: A autora, 2019.

O trabalho em saúde envolve uma dinâmica intensa e complexa que exige dos profissionais de saúde a capacidade de aprender e se transformar. Para tanto, torna-se necessário inter-relacionar conhecimentos e práticas em um processo multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido, a convivência dos participantes nos diversos espaços das clínicas estudadas favorece a troca de saberes e experiências, mas também exige atualização do conhecimento.

Quando perguntados sobre cursos específicos em saúde mental, verifica-se que 9 participantes (42,9%) afirmaram já terem participado de algum curso a nível de capacitação ou especialização na respectiva área, entre eles: Supera (curso voltado à detecção do uso abusivo de álcool e outras drogas); curso sobre a Reforma Psiquiátrica; Psicologia Hospitalar; Psicanálise; Terapia Familiar Sistêmica; Saúde Mental no Trabalho; Prevenção ao Suicídio; Psicopatologia; Atenção a Usuários de Álcool e outras drogas; Semiologia dos Transtornos Mentais. Entre estes cursos, observamos que 3 deles são capacitações oferecidas na modalidade

de educação à distância em plataformas de iniciativa da Universidade Aberta do SUS (Unasus), assim como as especializações em serviço ofertadas pelos Programas de Residências Multiprofissionais e Residências em área Profissional de Saúde. Tais programas são iniciativas que buscam proporcionar uma formação em sintonia com as necessidades da população e com o desenvolvimento do SUS.

### 5.2.1 As percepções da equipe de saúde para a atenção em saúde mental nas internações hospitalares para tratamento clínico ou cirúrgico

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo recorreu-se a perguntas que permitissem explorar o universo simbólico percebido pelos participantes de maneira que os DSC foram construídos com base nas questões respondidas.

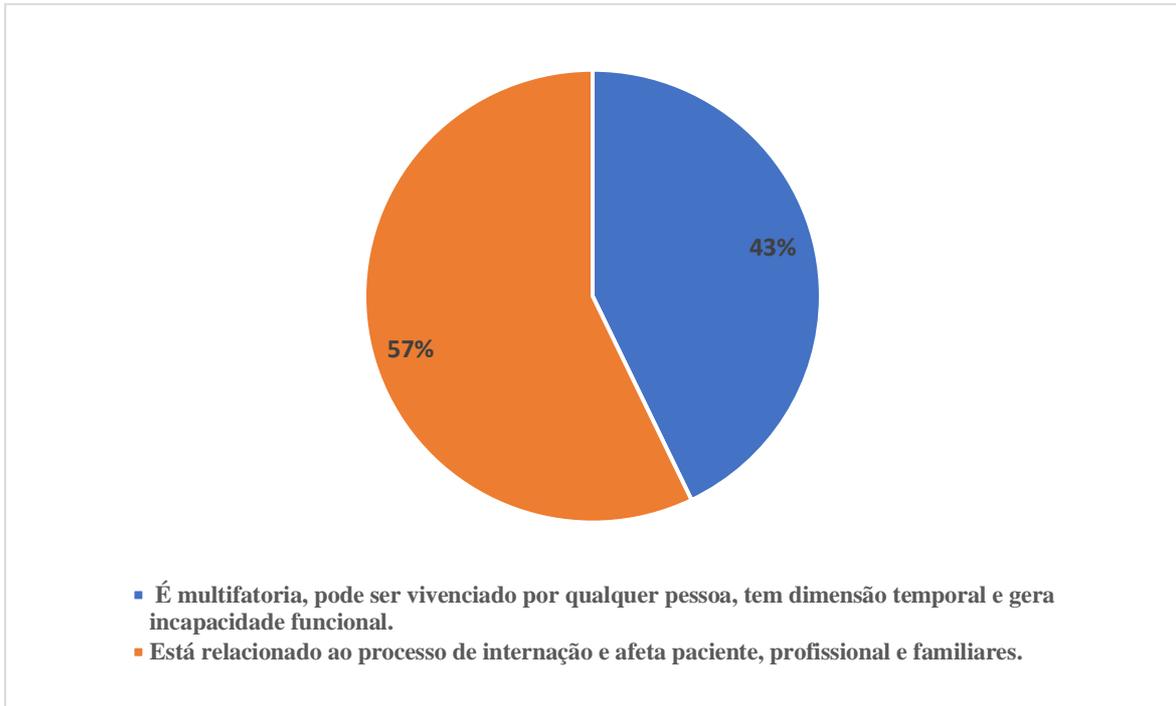
Dessa forma, os resultados serão apresentados a partir das perguntas do roteiro de entrevista (Apêndice F), destacando-se as ideias centrais apreendidas a partir da identificação das expressões-chave nos discursos dos participantes, ou seja, os conteúdos centrais das falas que respondem às perguntas.

As ideias centrais, após identificadas e categorizadas, foram quantificadas e apresentadas em gráficos. As expressões-chave que trazem conteúdos semelhantes, ou seja, que descrevem o sentido de um conjunto de depoimentos semelhantes, foram agrupadas em discursos-síntese que representam o discursos do sujeito coletivo e são apresentados em relação a cada ideia central identificada.

#### 5.2.1.1 *Conceito de Sofrimento Mental*

Como demonstrado no Gráfico 1, foram identificadas duas ideias centrais referentes à percepção dos participantes sobre sofrimento mental (categoria 1). Na primeira, a maioria dá destaque à ideia de sofrimento relacionado às reações de ajustamento ao processo de adoecimento e hospitalização (57%). Também presente em quase metade do discurso, a determinação multifatorial relacionada a aspectos sociais, psicológicos, físico e afetivo, de dimensão temporal e consequências incapacitante, aparece como percepção coletiva (43%).

**Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central sobre o conceito de sofrimento mental. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019.**



Fonte: A autora, 2019.

A seguir são apresentados os discursos do sujeito coletivo referente a cada uma das ideias centrais apreendidas sobre a categoria o sofrimento mental.

**Quadro 1 – DSC 1A - Sofrimento mental como reação de ajustamento**

**Ideia Central 1 A:** Sofrimento mental está relacionado ao processo de internação e afeta paciente, profissional e acompanhantes.

*“Por estar no hospital e existir pessoas que estão sofrendo, tanto mentalmente como fisicamente, dependendo do nosso estilo de vida, de nossa personalidade, do meio, e de como nós lidamos com o nosso sofrimento, nós seremos afetados, pelo sofrimento do outro.*

*Fatores externos e internos colaboram para o sofrimento mental né? e o estresse é um deles, pois convivemos com o sofrimento dos pacientes todos os dias [...]. Vejo os pacientes paliativos [...] e sofro pela pessoa que tá ali do lado e também sofre sozinha. Às vezes é entendido que a equipe pode tudo e vai saber lidar com tudo, mas somos humanos, todos sofremos. A gente precisa saber também pedir ajuda. [...] Os profissionais têm uma implicação direta com os casos e, muitas vezes, somatizam; e somatizar é um componente do sofrimento mental. A depender das características das clínicas existem ritmos que produzem mais sofrimento do que outros. Tem muitos fatores que interferem na saúde mental no hospital: o ambiente das clínicas, os profissionais, os pacientes e acompanhantes. Nossa maternidade, por exemplo, é de alto risco, e muitas vezes as mulheres, desencadeiam transtornos, devido ao tempo que permanecem no hospital. [...] Já na a clínica oncológica o sofrimento é muito maior devido à perda de pacientes, e na clínica médica os pacientes ficam mais tempo internados. É preciso despertar para esse assunto e ver o paciente de uma forma mais subjetiva. Esquecer que ele está aqui para cuidar apenas de um tumor, ou receber cuidados paliativos, pois a gente sabe que esse paciente está em sofrimento e sua família também. Uma vez que ele entra no hospital já lhe é tirado seu espaço, sua zona de conforto. E será que estamos atentos para isso?”*

Sujeitos: P5, TE3, E4, TE8, RP11, AS1, F6

Fonte: A autora

Neste discurso o conceito de sofrimento mental distancia-se do conceito relacionado ao transtorno mental grave e aproxima-se da associação às reações de ajustamento ao processo de adoecimento do paciente e implicação dos profissionais e familiares em relação ao contexto no qual encontram-se inseridos. Percebe-se uma forte referência dos sujeitos aos sentimentos, identificações com a história vivenciada e percebida por cada indivíduo no cotidiano das internações. A representação coletiva refere-se ao sofrimento relacionado às formas das pessoas reagirem ao adoecimento e processo de internação hospitalar e a repercussão dessa condição expressa também pelo acompanhante (familiares ou terceiros envolvidos no cuidado).

As pessoas costumam reagir de diversas maneiras ao adoecimento e processo de internação hospitalar e as reações de ajustamento podem ser verificadas no hospital estudado onde 43 (15%) dos 281 pacientes internados apresentaram sintomas de ansiedade e 74 (26%) apresentaram sintomas depressivos (Tabela 4).

Também foi possível identificar a preocupação para com o sofrimento vivenciado, em particular, pelos profissionais, na relação de cuidar do outro e na rotina de suas atividades assistenciais perpassadas de incertezas, tensões e pressões que os tornam suscetíveis ao sofrimento psíquico. Destacam as implicações observadas na relação com o sofrimento de pacientes com dificuldade particular, em clínicas onde a convivência com diagnósticos reservados, perspectiva de morte e impotência frente à possibilidade de cura, a exemplo da unidade de oncologia, trazendo aos mesmos sofrimento emocional.

A ideia central seguinte amplia a visão sobre sofrimento mental ao compreendê-lo como relacionado a diversos aspectos (orgânicos, sociais, psicológicos, culturais, afetivos, entre outros), além de ter uma dimensão temporal, interferir na capacidade funcional para a vida e poder ser vivenciado por qualquer pessoas em algum momento da vida.

**Quadro 2** – DSC 1B - Sofrimento mental é multifatorial.

**Ideia Central 1 B:** O sofrimento mental é multifatorial, pode ser vivenciado por qualquer pessoa, tem dimensão temporal e gera incapacidade funcional.

*“Quando se fala em sofrimento mental, ainda hoje, está associado aos transtornos persistentes, né? como esquizofrenia [...], mas o sofrimento mental vai muito além disso. O conceito envolve um leque muito grande de situações. É a perda de liberdade interna, tanto nas áreas sociais, psicológicas, física e também na afetiva e gera incapacidade funcional. É um reflexo de uma sociedade tão louca, que gera segregação...e pode estar relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, tem questão de gênero, de classe, de raça, que fazem com que todos nós estejamos, de uma forma ou de outra, passando por sofrimento mental. Sofrer por nós e pelo outro, é inerente do ser humano e, às vezes, chega-se numa fase desse processo em que começa a perder a noção do que é, do que pode acontecer, do que é certo do que é errado, e começa a confundir tudo. Já percebo o sofrimento no pré-parto, quando mulheres chegam com aquela carga toda: algumas sem querer ficar com o bebê;*

*às vezes sem família de referência ou em situação de rua. ansiedade por questões sociais (preocupação com filhos que deixam em casa sem ter alguém confiável para cuidar deles). Então, existem os extremos do sofrimento mental, e existe aquele que pode ser vivenciado todo dia ou em algum momento. É preciso lembrar que o sofrimento pode estar em qualquer pessoa e que pode ser temporário, enquanto a pessoa está internada ou pode ser um transtorno persistente, mas vai depender do momento que você está vivendo, como por exemplo, o momento de luto, então é um sofrimento, apesar de não ser um transtorno mental, não é uma esquizofrenia, mas a pessoa está sofrendo e também precisa da nossa atenção. Então, por estar em ambiente hospitalar, no primeiro momento, existe a tendência a associar o sofrimento a uma patologização, mas não compreendo dessa forma, porque também é um estado.”*

Sujeitos: RP23, MP14, AS18, P5, RP11, RP23

A concepção de sofrimento mental expressa neste discurso coletivo é de base ampliada e dialoga com o pensamento expresso por Jorge (2010), Serpa Jr. (2011) e OPAS/ OMS (2016) ao reconhecer que engloba diversos fatores, entre eles: orgânicos, sociais, culturais, sexuais, econômicos etc., estando estes inter-relacionados e em interação. Desta forma o sofrimento não é visto como doença localizada no corpo, mas sim relacionada à existência-sofrimento, podendo ser vivenciado por qualquer pessoa e permeado por aspectos sociais, psicológicos, biológicos, a história do desenvolvimento do indivíduo e a cultura em que ele se inscreve.

A discussão acerca desta questão nos grupos focais e entrevistas proporcionou abertura para o compartilhamento de pensamentos e sentimentos relativos ao sofrimento mental e à área da saúde mental como transversal a todas as clínicas, de forma a aproximar os participantes da realidade singular de cada cenário reconhecendo suas diferenças e também suas similaridades. Neste sentido, ambos discursos síntese abordam questões importantes à atenção em saúde mental em ambiente hospitalar. Em particular o discurso 2 se aproxima dos avanços na discussões na área em torno da atenção baseada no modelo psicossocial de saúde mental entendendo que qualquer avaliação relacionada à atenção à pessoa e seu sofrimento, requer que o foco seja na relação do profissional e equipe de saúde com o(a) usuário(a) e sua família considerando todos os aspectos a ele(a) relacionados.

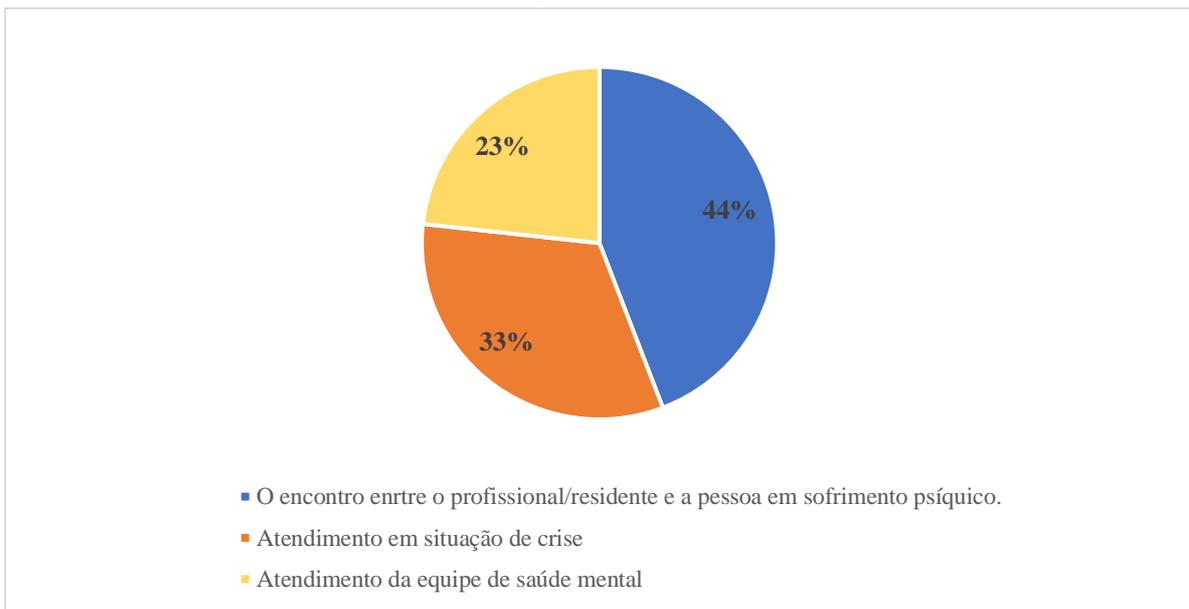
### *5.2.1.2 Abordagem em saúde mental*

As internações clínica e cirúrgica em hospital geral acontecem como recurso para restauração do estado de saúde da pessoa que apresenta alterações impostas pela vulnerabilidade orgânica do corpo e nesta busca por cuidado espera-se encontrar atenção profissional capaz de compreender o sofrimento e favorecer a cura da enfermidade.

Aprofundando o conhecimento da prática desenvolvida pelos profissionais de saúde no HUPAA – UFAL em demandas de saúde mental buscamos descrever a abordagem dos sujeitos às pessoas internadas em hospital geral. Para tanto, utilizou-se a pergunta “Como você descreve a assistência às pessoas internadas que apresentam necessidades em saúde mental?”

O Gráfico 2, apresenta três ideias centrais obtidas a partir da opinião do sujeito coletivo acerca da descrição da abordagem realizada à demandas em saúde mental, (categoria 2). A primeira IC descreve a percepção coletiva mais relevante (44%) acerca do encontro entre profissional/residente e a pessoa com necessidade em saúde mental. A segunda ideia central vem descrever o atendimento em situação de crise psíquica da pessoa internada com (33%) e a terceira mostra como acontece a organização e processo de trabalho da equipe de saúde mental (23%) no HUPAA-UFAL.

**Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central sobre a abordagem em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019**



Fonte: A autora, 2019.

A seguir são apresentados os discursos do sujeito coletivo referente a cada uma das ideias centrais apreendidas sobre a categoria abordagem em saúde mental no hospital geral universitário. O próximo discurso apresenta a percepção coletiva acerca da ideia central 2A que descreve a assistência realizada pela equipe de saúde do hospital envolvendo profissionais e residentes na prática cotidiana e traz reflexões para a importância do trabalho multiprofissional a partir de uma abordagem de clínica ampliada.

**Quadro 3** – DSC 2A – Abordagem com uso de tecnologias leves**Ideia Central 2A: O encontro entre o profissional/residente e a pessoa em sofrimento psíquico.**

*“Uma das ferramentas importantes para trabalhar essas situações é a escuta, né? [...] Na maternidade, a gente recebe pacientes que já chegam com transtornos e fazem uso de drogas e aquelas que desenvolvem algum sofrimento próprio do processo puerperal. Lá a enfermagem identifica os casos de sofrimento mental por meio da escuta, porém como nosso tempo é curto para conversar com as pacientes, então ‘terceirizamos’ para psicologia e esperamos a orientação. Para os residentes nas clínicas médica e cirúrgica o que facilita é a visita multiprofissional diária e a discussão de casos, semanalmente. Neste espaço é possível dialogar [...] Já na clínica oncológica é feita uma entrevista, assim que ele é admitido, procura-se saber se tem algum sofrimento mental já diagnosticado, etc. Posteriormente observa-se o humor do paciente, durante as visitas, conversas, aceitação da alimentação e autocuidado e, se há relação com sofrimento mental. [...] também é preciso observar o acompanhante da própria família. [...] A gente procura ver o paciente como um todo, e quando percebe o sofrimento pede ajuda também da psicologia. Na enfermagem estamos mais juntos, mas os médicos e a equipe multiprofissional também contribuem de alguma forma na escuta. Estabelecemos uma relação de confiança já que passamos muito tempo com esses pacientes e também buscamos a assistência multiprofissional. O serviço social usa um instrumento que é a entrevista social, que busca conhecer todo o histórico social e econômico dessa família, as relações, os vínculos [...] para compreender e ampliar o cuidado. Fazemos a articulação com a família. Tem mulheres que fazem uso de álcool/drogas e estão em situação de rua, e elas muitas vezes não tem suporte familiar, né? estão em nível de dependência muito alto! Além disso, tem a questão da comunicação, que faz parte da segurança do paciente, né? Também costumamos atender e pensar em estratégias junto com a psicologia e enfermagem para acolher melhor os pacientes. Nas múltiplas clínicas que atuo, quando não tem nenhuma alteração orgânica para o quadro, eu sugiro na evolução e converso com o médico para ser abordado por outras pessoas, mas acredito que seria importante termos discussões[...] também procuro conversar com as psicólogas. Eu tenho atendimento diários daí a gente forma vínculo e isso ajuda muito. [...]Jesses pacientes exigem muita criatividade dos profissionais para pensar além e poder atender às demandas. Vejo esse atendimento como outro caso qualquer, mas depende muito do paciente, uns são muito resistente e acham que não tem problema mental e que não precisa de um psiquiatra, e outros querem psiquiatra todos os dias. Na clínica médica não é tão frequente pedir psiquiatra, pois nós temos psicologia muito atuante. Também temos um contato muito intenso com o paciente, estamos com ele todo dia, então você sabe quando paciente deprime ou quando está delirando porque ele é nosso paciente e todos os dias a gente visita e tem como comparar. Quando ele já tem transtorno mental relatado pela família e faz acompanhamento fora do hospital, aí a gente pede para ter uma continuidade aqui. Solicita o parecer pelo sistema eletrônico. Às vezes eles vem e a gente não está aqui, quando é à noite, mas mesmo assim dá certo.*

Sujeitos: F06, F20, TE25, RP11, E07, AS02, P05, TE8, RP23, RM14

O discurso destaca a importância de técnicas relacionais na atenção em saúde como a escuta qualificada usada nos encontros entre profissionais, usuários(as) e familiares no cotidiano de suas práticas nas diversas unidades estudadas. Reconhece como recurso que favorece a realização do cuidado, permitindo identificação de demandas em saúde mental, acolhimento e construção de vínculo, arsenal tecnológico fundamental para a efetivação do cuidado.

Sobre a escuta qualificada, uma das ferramentas citadas pelos participantes como fundamental ao processo de cuidado sendo preciso disponibilidade de tempo e uma posição aberta, sem julgamento à pessoa em sofrimento. Contudo, a enfermagem alega falta de tempo para oferta adequada desta ferramenta, de forma que identifica a demanda, mas logo transfere o pedido de escuta para o serviço de psicologia, ‘terceirizando a demanda’, para que depois recebam a orientação de como lidar com o caso. O fragmento do discurso alerta para a realidade das rotinas de enfermagem com o rigor do cumprimento de horários, visitas e procedimentos a serem seguidos, trazendo ao profissional cobranças que, muitas vezes, enrijecem a relação e impedem o encontro entre usuário e profissional.

Esta ferramenta, caracterizada como tecnologia leve, tem função relacional e permite perceber e avaliar os aspectos psicossociais da pessoa, tipo eventos estressantes que atuem como desencadeantes ou agravantes de sofrimento psíquico. Desta forma, consiste em ferramenta fundamental para a atenção à pessoa com demandas em saúde mental.

Além das técnicas relacionais o sujeito coletivo destaca no discurso o uso da entrevista como instrumento que permite a enfermeiros, médicos e assistentes sociais, reconhecer a realidade na qual o sujeito encontra-se inserido, suas necessidades relacionadas à saúde, condições socioeconômicas, relação com a rede de serviços e rede social e autonomia, visando construir estratégias de atenção em saúde. Assim como aponta Botega e Dalgalarro (2012) este instrumento pode ganhar intencionalidade e objetivos diversos conforme a área de conhecimento, sendo considerado o principal instrumento de trabalho dos profissionais da saúde mental.

A visita multiprofissional realizada diariamente por residentes de diversas áreas, nas unidades de clínica médica e de cirurgia geral, articulada à discussão semanal de casos com participação de preceptoria, faz parte do processo de formação em serviço e se realiza baseada nos eixos norteadores da Clínica Ampliada. Tal abordagem é fundamental para a produção de cuidado em saúde mental considerando que permite não só compreender o processo de saúde-doença, mas também os aspectos psicossociais envolvidos, além de fortalecer a relação interprofissional e possibilitar a construção de cuidado a partir da singularidade do sujeito.

No tocante às demandas em saúde mental verifica-se a referência positiva quanto ao apoio e orientação que a equipe de saúde encontra nos profissionais de psicologia. Contudo, apesar do discurso coletivo enfatizar boas práticas da equipe de saúde, também destaca que o trabalho multiprofissional e interprofissional não é uma realidade em todas as clínicas, pois o processo de trabalho ainda se dá de forma fragmentada e ainda existe carência de profissionais

em determinadas áreas exigindo que trabalhem em diversas clínicas sem fazer parte de uma equipe específica.

A próxima ideia central expressa a opinião dos sujeitos sobre situações de crise psíquica ocorridas no hospital e a forma da equipe lidar com a mesma.

**Quadro 4** – DSC 2B – Abordagem em situação de crise.

**Ideia Central 2B:** Atendimento em situação de crise.

*“[...] a maioria dos casos conseguimos que sejam solucionados aqui no hospital. Houve uma situação que a paciente precisou ser transferida para um hospital psiquiátrico [...], mas foi no final de semana: teve um surto psicótico e agitação psicomotora e aí, o pessoal não tinha o apoio da psiquiatria naqueles dias e seguiu o fluxo que já existe para esta situação. Foi encaminhada para o Portugal Ramalho, e depois ela voltou e a gente deu continuidade. Já tivemos caso em que a mulher quebrou a enfermaria e teve que transferi-la para o Hospital Portugal Ramalho<sup>4</sup>. Em nossa maternidade, por exemplo, não temos estrutura para crises mais fortes, apesar de lidarmos no dia a dia com essa população. E vemos diversos casos aqui, como o caso de uma puérpera que chegou a quebrar o box de vidro no banheiro da enfermaria chegando a se cortar [...] Caso de abstinência também é uma situação difícil. Teve uma paciente que disse que queria descer para fumar, senão iria causar, então a enfermeira atendeu ao pedido, mas foi criticada por outros profissionais [...] mas se você tá no plantão vivenciando a situação, tem que saber lidar, e se para se acalmar ela precisa fumar, então naquele momento, vamos deixar. Geralmente elas passam alguns dias com a gente tentando amenizar o quadro, né? Quando não consegue pede ao médico para encaminhá-la para hospital de referência. A gente diz que a equipe realmente não está conseguindo lidar com a paciente para que ele tome uma atitude. Existem também aqueles pacientes que parecem estar tranquilos e de uma hora para outra surtam e ficam agressivos com acompanhante ou com a equipe e isso não é pouco comum não, tenho visto acontecer algumas vezes. Por ser um hospital universitário, a equipe que cuida desse esse paciente tem que saber lidar, de forma que a pessoa continue seu tratamento no hospital. [...] resta-nos, pedir ajuda a outros profissionais como o médico psiquiatra, mas cabe ao médico clínico tirar a pessoa do surto naquele momento. No meu ponto de vista, a ida para o hospital psiquiátrico, seria a última opção, mas nossas enfermarias são coletivas e isto é um sério problema, porque muitas vezes o paciente surta e a enfermaria está cheia, então é complicado. Sobre essa questão da terapêutica, muito do que se faz atualmente na saúde mental está ainda relacionado ao processo de medicalização. Quando se percebe o sofrimento do paciente (é claro que há características fisiológicas que provocam rebaixamento a nível de consciência, alterações do humor etc.) a opção é unicamente pelo processo de medicalização. Teoricamente, a maior proposta do hospital psiquiátrico é a contenção, isolamento e medicalização para sedá-lo e impedir que expresse aquilo que gera o transtorno. [...] o que acontece é que quando se caracteriza como sofrimento mental pode se negligenciar a clínica e o transtorno pode ser anterior à internação mas, por conta dele, muito do que poderia ser feito para tratar o problema base, acaba sendo deixado de lado porque ficam esperando avaliação da psiquiatria. Sei que é muito importante para estabelecer uma conduta, mas é preciso também entender até que ponto isto está dificultando o tratamento ou se há outros fatores que estão desencadeando. Eu acredito que o processo de medicalização é algo que interfere, uma vez que ele não resolve a causa do que gera sofrimento, mas pode ocultá-lo com o uso da medicação.”*

Sujeitos: M, MP14, TE25, E07, F06, E24, R01

<sup>4</sup> Hospital Escola Portugal Ramalho, especializado em psiquiatria e referência em urgência psiquiátrica.

O discurso descreve o fluxo adotado no hospital para atendimento a situações de crise psíquica com surto psicótico, agitação psicomotora, heteroagressividade ou autoagressividade, o qual consiste, em primeira instância, no atendimento pela psiquiatria e psicologia, com a devida orientação de manejo para a equipe de saúde e, em última instância, o encaminhamento da pessoa em situação de crise para o hospital de urgência psiquiátrica para controle de sintomas, quando não houver psiquiatra na escala do dia.

Esta estratégia gerou reflexão entre os participantes sobre a interrupção sofrida no tratamento que vem sendo realizado devido ao deslocamento para a avaliação terapêutica em hospital psiquiátrico, considerando que o atendimento nesse outro serviço se resumirá ao controle de sintomas por contenção medicamentosa ou física, em ambiente que, nem sempre, oferecer hospitalidade e vivência acolhedora.

Destacou-se a fragilidade da formação profissional no hospital considerando o despreparo de profissionais para lidarem com a situação na ausência do médico psiquiatra, além do entendimento de que esta conduta, apesar de ser necessária em virtude das condições objetivas de assistência no hospital, reforça o dualismo cartesiano entre corpo e mente muito presente no modelo biomédico.

De fato, Botega (2012) ressalta que uma das principais funções da interconsulta psiquiátrica é dar resposta rápida às solicitações de avaliação considerando que as requisições costumam ser decorrentes de quadros agudos, a exemplo dos estados confusionais. Acrescenta, ainda, o fato de que a decisão de solicitar avaliação psiquiátrica já pode ter sido adiada de forma que, quando confirmada, o médico já está à beira da angústia gerada por uma situação clínica, então requer urgência na resposta, e quando não houver uma enfermaria de psiquiatria no hospital, recomenda procurar outra instituição que possa acolher a pessoa em sofrimento.

Ao tempo em que a conduta é apresentada como última alternativa para o atendimento, essa estratégia carrega em si o risco de reforçar na equipe de saúde a idealização da presença do psiquiatra assumindo a responsabilidade diária dos pacientes, bem como o pensamento de que o local da crise psíquica é exclusivo dos serviços especializados. Neste sentido compreende-se ser necessário uma discussão acerca da possibilidade do atendimento às crises dessa natureza serem realizados pela própria equipe da clínica sob o matriciamento de interconsultores, visando qualificá-la para o reconhecimento dos sinais e sintomas associados aos transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e responsabilização do cuidado de forma coletiva, produzindo a visibilidade devida que os casos requerem.

Por outro lado, apesar da dificuldade expressa para o atendimento das situações de crise, existe também a percepção coletiva de que é possível realizá-lo no hospital, sendo necessária a

equipe buscar recursos e estratégias de manejo que permitam a continuidade do acompanhamento sem interrupção ou transferência para hospital psiquiátrico, considerando que a intervenção em crise deve ser pensada e realizada em qualquer espaço onde se encontre a pessoa, bem como seu manejo não pode ser pensado apenas do ponto de vista medicamentoso.

Para Campos (2014) a prática de abordagem das crises precisa ser revista partindo de uma transformação básica quanto ao local de intervenção, ao compreender que esse espaço se desloca do campo do hospital psiquiátrico e das urgências clássicas a ele vinculadas e se expande para toda a rede de atenção à saúde, os novos serviços da Reforma Psiquiátrica, o território, a rua e o domicílio.

O discurso 2C, a seguir, apresenta a descrição da organização da Unidade Psicossocial do HUPAA – UFAL, quanto ao seu quadro de profissionais (psiquiatria e psicologia) e processo de trabalho. Nele se verifica que a interconsulta é a prática clínica usual no hospital e se realiza a partir da solicitação de avaliação e conduta feita por outra especialidade médica, ou categoria profissional.

**Quadro 5 – DSC 2C – Abordagem pela equipe de saúde mental.**

**Ideia Central 2C:** O atendimento da equipe de saúde mental

*“Atualmente a Unidade Psicossocial conta com 10 psicólogo(a)s e 4 psiquiatras que dão cobertura tanto aos ambulatórios quanto às clínicas. A partir da percepção dos profissionais da equipe é feita a solicitação da visita da psicologia para identificar o que está ocasionando aquele sofrimento. Tem pacientes que já possuem histórico de sofrimento mental, outros relatam, alguns a família informa; e outros foram desencadeados nesse processo de hospitalização. A depender da avaliação pode acontecer o acompanhamento. Então a gente já conversa com a equipe e pede que tenha um olhar diferenciado, no sentido de estar mais atenta. Às vezes, por conta da própria estrutura da enfermaria pedimos para que fique mais próximo(a) do posto de enfermagem. Daí seguimos o acompanhamento. Os psiquiatras atendem mediante as solicitações de interconsultas feitas por meio do sistema. Existe uma escala e cada psiquiatra é responsável por um dia para atender essas demandas. Quando algum entra de férias o plantão fica descoberto porque não temos psiquiatra para substituição. As solicitações devem ser atendidas no máximo em 24 horas. Em escala normal a gente consegue, mas se tiver alguém de férias passa para 48 h. Mesmo durante a semana, se precisar de uma intervenção mais imediata) o paciente é levado para o Hospital Portugal Ramalho, faz a avaliação e retorna para o hospital, mas essa questão de pessoal é algo difícil de administrar até na própria psicologia. Não conseguimos ter uma rotina de visitas, então atendemos por solicitação. Alguns casos a gente poderia detectar com mais antecedência. Às vezes, quando nos solicitam já é aquele caso com um comprometimento maior ou então o paciente está chamando mais a atenção da equipe, de forma que precisamos também estar atentos aquele que tá muito quieto, pois o fato dele estar ali no canto dele, pode ser que esteja ocorrendo sofrimento psíquico, algum transtorno, ideação suicida. Então pode não serem percebidos. A psicologia acaba sendo mais chamada quando paciente não está comendo, deixou de tomar o remédio ou porque o paciente quer ir embora, e aí são casos que às vezes já demandam a psiquiatria. Como é solicitada por parecer ele só virá quando desocupar das funções ambulatoriais porque eles também têm um excesso de trabalho. Os psiquiatras estão inseridos junto com a equipe da residência médica em psiquiatria e recebem os pedidos de interconsulta e respondem. Avalia-se o paciente e, quando é possível, que deveria ser o ideal, discuti-se o caso com a equipe para integrar os conhecimentos como um todo. Após o atendimento registra-se no prontuário*

*e deixa-se o contato telefônico com a equipe, além da recomendação de marcação da consulta para o ambulatório. Tem algumas unidades que costumam solicitar com mais frequência a nossa avaliação e a clínica gineco-obstétrica é a que mais demanda, além da clínica médica e oncológica que também costumam requisitar. No primeiro caso, o próprio período gestacional e puerperal trás mais sofrimento psíquico; mas eu acredito que é também pelo fato de já terem vivenciado um caso de suicídio de uma paciente, há alguns anos, então isso deixou a equipe um pouco mais alerta em relação aos pacientes da psiquiatria como um todo. Já as outras duas chamam pelas comorbidades (deficiência hepática, renal, de tireoide) que contribuem também para as comorbidades psiquiátricas.”*

Sujeitos: P16, P5, MP14

O discurso 2C expressa a forma de organização dos atendimentos feitos pelos profissionais de saúde mental, psicologia e psiquiatria da Unidade Psicossocial do HUPAA - UFAL, destacando que trabalham por meio de interconsulta psiquiátrica e psicológica.

Observou-se que a equipe reduzida de profissionais traz limites ao desenvolvimento da atenção em saúde mental, considerando que a ausência de psiquiatras em dias ou horários da semana podem gerar o deslocamento do usuário em situação de crise para um hospital psiquiátrico (conforme já tratado anteriormente no DSC 2B), bem como o número reduzido de psicólogos não permite que se antecipem às solicitações, de forma que terminam atendendo por demandas referenciadas pelos profissionais.

De fato, a agilidade na resposta às solicitações é importante visando o exposto no discurso de que, às vezes, quando às solicitações são feitas já se trata de casos com maior comprometimento psíquico. Esta recomendação, no entanto, nem sempre é possível conforme expresso no discurso anterior em virtude da sobrecarga de trabalho para o número reduzido de profissionais.

A psiquiatria e psicologia contam com os programas de residência médica em psiquiatria e residência multiprofissional, respectivamente, de forma que estes representam diferencial importante para as unidades onde atuam, conforme destacado no discurso 2A, em relação ao acompanhamento da psicologia na clínica médica, favorecendo um olhar mais singular que garante antecipação às necessidades em saúde mental.

Na maioria das vezes, a interconsulta, é requisitada pelo médico responsável pela condução do tratamento, mas também pode ser realizado pelos outros profissionais da equipe de saúde. Alguns destes optam por discutir o caso com o médico responsável e sugerir a solicitação da interconsulta, confirmando a prevalência do modelo centrado na figura do médico. Os pedidos de avaliação psiquiátrica são feitos por meio do sistema de prontuário eletrônico e os de Psicologia seguem os meios eletrônico e pessoal, a partir dos encontros profissionais nas próprias clínicas. Antes da avaliação com a pessoa em sofrimento os profissionais de saúde

mental referem que fazem consulta ao prontuário para conhecimento da situação atual, identificação de diagnósticos já existentes e, na sequência, conversam com profissionais solicitantes para em seguida realizar a interconsulta. Após a avaliação, a psicologia faz a devolutiva com as respectivas orientações à equipe e a psiquiatria, quando possível, realiza discussão e orientação acerca do caso com o solicitante e equipe. Quando isso não é possível, realizam a evolução com orientações necessárias acerca da conduta no prontuário eletrônico, ou físico (em casos de problemas com acesso ao sistema).

O discurso apresentado faz referência à dificuldade de cumprimento da função pedagógica intrínseca à interconsulta em virtude do número reduzido de profissionais e consequente processo de trabalho adotado pelos mesmos para atendimento nas clínicas, dificultando o encontro dos interconsultores com a equipe de saúde.

A partir das categorias já apresentadas e análises dos discursos realizadas a seção a seguir remete às limitações e possibilidades para o cuidado em saúde mental nas internações em hospital geral.

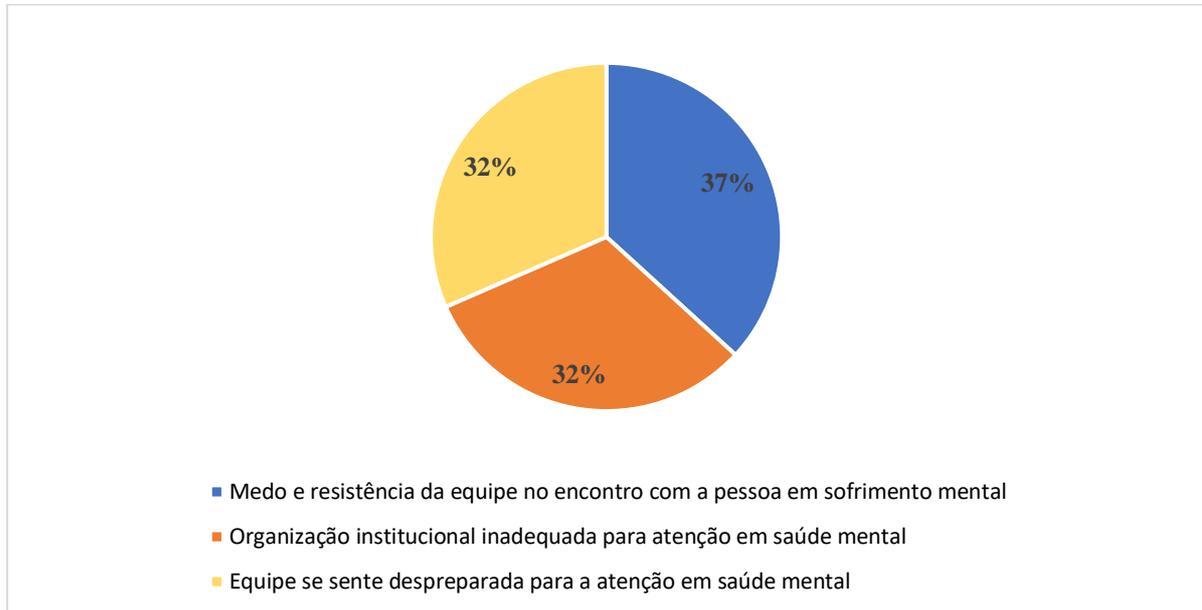
### *5.2.1.3 Limites e possibilidades para o cuidado em saúde mental de pessoas internadas no HUPAA-UFAL.*

Para conhecer as condições existentes no hospital estudado para o desenvolvimento de atenção à saúde mental de pessoas internadas por causa clínica foi utilizada a pergunta “Quais as condições existentes no HUPAA - UFAL para a atenção em saúde mental?”

O Gráfico 3, apresenta três ideias centrais obtidas a partir da opinião do sujeito coletivo acerca dos limites identificados (categoria 3). A primeira IC descreve a percepção coletiva mais relevante (37%) acerca do medo e resistência por parte da equipe de saúde. As outras duas ideias centrais apresentam a mesma frequência de expressões-chaves (32%), sendo a segunda relativa ao sentimento de despreparo da equipe para o cuidado em saúde mental e a terceira referente à organização hospitalar inadequada a esse tipo de cuidado.

Assim como no estudo desenvolvido por SILVA *et al.*, (2012) as limitações para o cuidado em saúde mental em hospital geral foram mais enfatizadas do que as possibilidades, ao que afirma os autores atribuem ser consequência da dissociação histórica entre o cuidado somático e psiquiátrico verificado no passado e, ainda, no presente reforçando a segregação em espaços e exclusão para pessoas com transtorno mental.

**Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central sobre limites para a atenção em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2019.**



Fonte: A autora, 2019.

**Quadro 6** – DSC 3A - Limites para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Medo e resistência da equipe no encontro com a pessoa em sofrimento mental.

**Ideia Central 3A:** Medo e resistência da equipe no encontro com a pessoa em sofrimento mental.

*“Quando chega aqui o pessoal fala logo: ‘leva para o Portugal Ramalho porque é o hospital de referência’. Uma vez eu ouvi um(a) profissional dizendo: ‘aqui está parecendo o Portugal Ramalho’, como se aqui não fosse espaço para estar alguém que tenha transtorno, e pelo contrário, a gente tem que se preparar para isso. Quando eu cheguei em Alagoas, eu achava que nem existia mais hospital psiquiátrico, daí ouvi falar no Portugal Ramalho, então eu disse: “Óxe, aqui ainda existe hospital psiquiátrico? Até então, achava que já tinham sido fechados. Por isso acho que as pessoas ainda dizem: ‘leva para lá, a gente não tem responsabilidade sobre esse paciente’, e não é bem assim, né? a gente sabe que o sofrimento mental pode levar a outros problemas de saúde física. Muitas vezes vejo que a equipe não está preparada para lidar com essas situações e entende que aquela intervenção é exclusiva dos profissionais da ‘área psi’ e que eles vão resolver tudo: ‘É um problema seu. Resolva!’, e isso é algo que angustia muito, porque eu entendo que precisa do envolvimento de toda a equipe, até porque não temos leito integral em saúde mental, mas a gente tem que pensar que trata-se de um usuário que veio para uma intervenção e que ele pode ter algum transtorno mental, né? A equipe precisa acolher e procurar dar a melhor assistência. Nós precisamos pensar que nós aqui somos profissionais da área da saúde e temos autonomia de dialogar, de nos aproximar dos sujeitos, seja paciente ou família, e estar nessa área de sensibilidade. Mas quando se conclui que o problema é psicológico é como se o físico saísse de cena e dissessem ‘eu não tenho nada a fazer, eu tenho que aguardar o psiquiatra, o psicólogo para depois agir’. É uma coisa que assusta, se alguém diz que é usuário de CAPS, chama logo a psicologia, mesmo que esteja estabilizado, mas acha que tem que ser monitorado, tem que ter alguém de olho para ver se em algum momento não vai descompensar. Percebo que falamos tanto no físico que esquecemos o mental. Então, existem pessoas que tem mais sensibilidade e disponibilidade para intervir em algumas situações, enquanto outros têm aversão e se afastam do(a) paciente. Costumamos cometer um erro quando chega um paciente psiquiátrico e a gente sabe que tem um colega que trabalha em hospital psiquiátrico, daí a gente diz: ‘Olha o fulaninho é seu, viu?’, entendeu? mas é a questão do tabu. Creio que se for preciso, eu preste a assistência, como já apareceu diversos aqui. O paciente, às vezes, oferece até, menos riscos do que*

*aquele que é tido como comum, né? A percepção que eu tenho dos profissionais é que eles têm medo em relação aos pacientes psiquiátricos. É, medo de não saber como agir, medo do paciente surtar porque está com depressão, acha que vai ter um surto psicótico iminente. Além disso, existe uma certa concepção de que o sofrimento psíquico é do psiquiatra, então, por exemplo, se uma paciente sofreu um aborto e ela está chorando chamam a Psiquiatria, mas o que aquela paciente está precisando ali é o acolhimento. Aquele é o momento adaptativo e, não necessariamente, necessita de uma assistência especializada em Psiquiatria. Eu dei plantão em que uma paciente quebrou os vidros do box do banheiro da enfermaria e a gente ficou com receio de entrar lá porque não sabia como ela iria reagir. Foi um peso porque eu não estava conseguindo resolver o problema, então o que eu mais queria era que aquela paciente saísse dali, pois parece que o plantão para e temos que dar atenção só para aquela paciente, principalmente se ela entrar em crise, porque daí a equipe inteira também entra. São situações que causam angústia no profissional e ao mesmo tempo transformam o hospital em um caos, mas precisamos aprender a lidar melhor com isso. Nós somos profissionais, mas quando chegamos lá fora, você encontra aquela pessoa em qualquer local e daí não tem segurança nenhuma.”*

Sujeitos: P18, P16, P20, R11, P05, P07, P08, MP14, P25, P24

A percepção coletiva dos profissionais acerca dos limites para a atenção em saúde mental nas unidades do HUPAA – UFAL é permeada de preconceito, medo e resistência em relação ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico ou que fazem uso de substâncias psicoativas. Refletindo sobre o espaço ao qual entendem ser adequado ao tratamento da pessoa em sofrimento mental, o sujeito coletivo mostra que os profissionais ainda apresentam resistência ao encontro com essas pessoas, chegando a apresentar rejeição ao cuidado ou medo na aproximação, além de associarem, por vezes, o hospital psiquiátrico como referência para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

Esta representação social ratifica a afirmação de diversos autores sobre o medo que profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, referem para com pacientes com transtorno mental (CHIKAODIRI, 2009; MINAS *et al.*, 2011) e que esta condição tem seu fundamento no preconceito causado pelo diagnóstico de transtorno mental, (ZOLNIEREK, 2009); e ainda perceberem os mesmos como difíceis e problemáticos (ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012); perturbadores (de JONGE *et al.*, 2001) e imprevisíveis (LETHOBA; NETSWERA; RANKUMISE, 2006).

Apesar de já conviverem com algumas demandas em saúde mental em enfermarias clínicas e cirúrgicas, a equipe se sente despreparada para esse tipo de cuidado e este sentimento revela-se como uma das barreiras para o cuidado em saúde mental.

Nesse contexto, observa-se no referido discurso que o estereótipo da pessoa em sofrimento psíquico associado a perigo, agressividade e transtorno, é mantido e reforçado nos dias atuais considerando que “suprimir sintomas e normatizar experiências” ainda é o tratamento prevalente para a loucura.

Para além do preconceito o discurso expressa a visão própria do modelo biomédico com a divisão entre “profissionais do corpo e profissionais da mente” e a fragmentação do cuidado sobre o sujeito ao ressaltarem a ideia de que esse tipo de cuidado é próprio da área de psiquiatria e psicologia, reforçando a ideia de que os outros profissionais da equipe não estariam preparados para isto.

Sobre a ideia da formação e habilidade para o cuidado em saúde mental os profissionais expressam, ainda suas opinião sobre outro fator limitante para o cuidado, a saber: despreparo para o cuidado em saúde mental, conforme mostra o discurso do sujeito coletivo 3B.

**Quadro 7** – DSC 3B - Limites para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Equipe se sente despreparada para o cuidado em saúde mental.

**Ideia Central 3B:** Equipe se sente despreparada para o cuidado em saúde mental.

*“Não estamos preparados, mas precisamos estar, porque pessoas com transtornos mentais também precisam de atendimentos clínicos e cirúrgicos e poderão ser atendidos aqui. Acho também que é por falta de conhecimento técnico. Eu sinto muita carência da equipe como um todo. Às vezes o pessoal solicita a avaliação para casos que não são psiquiátricos, são adaptativos, ou que seriam da própria clínica. [...] eu vejo a falta de capacitação dos profissionais como um problema muito grande e acredito que culturalmente ainda não existe essa preocupação no hospital. Eu sinto os médicos mais perdidos [...] Então é preciso que o hospital esteja mais aberto para esse tipo de doença, que não é não é fácil, a gente sabe [...], mas é preciso ter outro olhar. Muitas vezes não têm essa formação para compreender o que está acontecendo. Eles estão saindo sem esse cuidado, né? de ver o paciente como um todo [...] muitas vezes, não conseguimos evoluir os pacientes por conta de sofrimento mental. [...] A depender da formação, a maioria de nós estudou para lidar com doenças orgânicas, com alguma causa específica, daí termos um grande despreparo para tratar de saúde mental. [...] Eu não me sinto preparada, porque eu nunca tive um treinamento em relação a essas situações, daí vemos que pessoas desenvolvem transtornos no hospital, mas a equipe só visualiza a medicação como forma de assistência. [...] Chegamos a ouvir relatos das pacientes, dizendo que vão jogar a criança pela janela ou que irão pular da janela e a equipe fica realmente transtornada porque não sabe como lidar. Eu saio com uma carga tremenda daqui! Teve uma paciente que chegou no pós-parto, e foi logo descendo da maca. Quase que ela cai, então pensei: e agora? Ninguém chegava perto dessa paciente, porque não temos o conhecimento para abordar da forma que o pessoal que trabalha com eles sabe, né? [...] apesar de sabermos que, muitas vezes, a abordagem deles não é tão boa [...] A gente precisa melhorar muito em humanização nessa parte da Psiquiatria. Quando chamamos um obstetra, ele não quer passar uma medicação para a paciente se acalmar. Alguns tem esse receio porque dizem que não são capacitados para aquilo, mas eu entendo que se você está em um hospital que atende todo tipo de paciente, a equipe tem que ser preparada para tudo porque também vamos ter pacientes com distúrbios psiquiátricos. Tem pacientes que são usuárias de drogas e entram em abstinência e a gente fica insegura no plantão porque, muitas vezes, ela não está medicada como deveria, porque o que faz ela ficar tranquila e aceitar o tratamento é a medicação. Percebo que há dificuldade até para identificar depressão pós-parto. [...] Outra questão muito comum que vivemos é a situação de uso abusivo de álcool e outras drogas, além de mães que chegam a surtar porque não querem ficar nesse ambiente porque deixaram suas famílias em casa [...] Já acompanhei paciente alcoólatra aqui na clínica médica, que durante o internamento queria ir embora por conta da abstinência. Ficou agressivo, mas o acompanhante dele conseguiu maconha e ele fumou escondido. Depois um acompanhante disse: “fulaninho foi usar lá, por isso que ele tá tão calmo, daí eu já fiquei sabendo que o dia que estava agitado era porque ele não tinha fumado, e no dia que ele estava calminho era porque [...] Aí você vê a situação do profissional cuidador. Qual o posicionamento? Ele fazer o uso e se acalmar ou ficar infernizando todo mundo? Porque ele perturbava o acompanhante, os outros da enfermaria e os profissionais.”*

Sujeitos: R23, E02, P20, R09, P25, P24, P18, P08

Como já comentado anteriormente, em outra seção, (42,9%) dos 21 participantes da pesquisa já realizaram algum curso a nível de capacitação na área de saúde mental e no tocante à qualificação dos mesmos, verifica-se que todos possuem pós-graduação, sendo (19%) em nível de mestrado, (23,8%) em nível de especialização, do tipo Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase na saúde do adulto e do idoso, (14,3%) especialização em cuidados paliativos e (61,9%) em cursos de áreas diversas (Tabela 6). Conforme Onocho-Campos (2012), o trabalhador de saúde que não tiver uma razoável formação técnica estará submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o “nada saber”, pois havendo insegurança técnica toda demanda é amplificada e se torna difícil discernir em relação a riscos e urgências.

O discurso refere a relação percebida entre o comportamento apresentado na prática e a formação recebida confirmando a influência do modelo biomédico na prática de saúde do hospital. Para Campos (2006) a graduação é um dos motivos para o comportamento resistente de alguns profissionais a mudanças no modelo de atenção à saúde no SUS considerando que ainda é focada no orgânico e, portanto, voltada para a doença, com um pouco de prevenção e promoção. Aliado a estes fatores, ainda destaca a desarticulação entre a produção do conhecimento e o ambiente de trabalho, que reforça a ideia de que o espaço da objetividade e o da subjetividade, do indivíduo e do coletivo, da saúde e da doença, da clínica e da saúde pública, são contraditórios e incompatíveis, não havendo possibilidade de síntese entre os mesmos.

Interessante observar que apesar de mencionar esta limitação o discurso faz referência ao reconhecimento da necessidade de que pessoas com transtornos mentais também possam acessar o espaço do hospital geral e destaca a necessidade da equipe estar preparada para tanto. Tal pensamento sinaliza para a questão do direito à integralidade em saúde garantida às pessoas com transtorno mental no Brasil. Assim como é refletido por Prado (2015) as relações humanas apresentam certo grau de ambivalência e contradições onde nossos afetos podem se configurar como obstáculos à solidariedade e à produção do cuidado em saúde.

A expressão do medo em não saber lidar com as demandas em saúde mental, a dificuldade de manejo, insegurança perante as situações de crise, referência de tensão constante, necessidade de atenção continuada e vigilância sobre a pessoa em sofrimento somada às condições objetivas de trabalho estão presentes na representação coletiva apresentada.

Essas mesmas manifestações de dificuldades foram referidas em estudo feito por Zolnieriek e Clingeman (2012) onde destacaram as categorias de tensão, desconforto, falta de satisfação profissional e dificuldade para identificar as experiências de enfermeiros no

atendimento a pacientes com transtorno mental no HG. Sobre a categoria ‘tensão’ foi referida a necessidade de vigilância contínua para garantir a segurança do paciente, a sua própria e dos outros. Já o ‘desconforto’ foi caracterizado como o sentimento de estar despreparado do ponto de vista da formação e do conhecimento para o manejo e ‘falta de satisfação profissional’ foi atribuída ao sentimento de ineficácia de suas ações, por acreditarem que não trazem resultados positivos.

Em outro estudo sobre a enfermagem, a dificuldade referida pela falta de habilidade para se relacionar com algumas situações, bem como o reconhecimento de não saber lidar com suas ações/reações provocam no enfermeiro sensações de estresse com resultados negativos, podendo ocorrer o adoecimento (STACCIARINI, 2001). Referindo-se a este dado, SILVA *et al.*, (2012) destaca a importância de investimento também na saúde mental dos trabalhadores para garantir condições adequadas à atenção integral às pessoas internadas.

A presença de pessoas com sofrimento psíquico em unidades de internação clínica e cirúrgica é uma realidade e consiste em uma demanda crescente, de maneira que requer organização do hospital para oferecer atenção em saúde qualificada, incluindo processo de educação continuada e educação permanente para a equipe de saúde voltado para a atenção em saúde mental, além de disponibilidade de recursos materiais e construção de procedimento operacional voltado para esse tipo de demanda.

Ainda sobre a categoria dificuldades apresentadas para a atenção em saúde mental em hospital geral o discurso síntese a seguir apresenta as opiniões do sujeito coletivo sobre a ideia central referente à organização institucional inadequada para a atenção em saúde mental.

**Quadro 8** – DSC 3C - Limites para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Organização institucional (recursos materiais, ambientais, equipe de saúde, integração com rede de serviços) inadequada para a atenção em saúde mental.

**Ideia Central 3C:** Organização institucional (recursos materiais, ambientais, equipe de saúde, integração com rede de serviços) inadequada para a atenção em saúde mental.

*“Vivemos atualmente no hospital um momento complicado em relação à saúde mental pois sabemos que não há estrutura adequada para a assistência. Então, quando nós recebemos pacientes com transtorno mental, a clínica não tem suporte para isso, pois não temos segurança com a paciente, não temos habilidade, nem meios para lidar com a situação. Quando a paciente é psiquiátrica deixamos que fique com acompanhante porque que não tem como ela ficar sozinha, mas, o que acho mais grave é que as janelas não têm grades. Sei que aqui não é uma prisão, mas é preciso proteção, porque pode acontecer acidentes, como já aconteceu, suicídio. Tem paciente que chega, entra em depressão, fala em suicídio, e também tem a questão de estar com o bebezinho e isso faz com que a gente fique insegura porque não tem gente suficiente para ficar ali de olho e ela pode causar dano aquele bebê sem ter noção. Isso preocupa porque já tivemos o suicídio de uma mulher que se jogou pela janela do 6º andar. Colocar grades por fora, talvez já fosse suficiente, mas a gestão reclama que*

*seria mais caro, então tomou atitudes mais arcaicas. Também tem a escadaria, que se o paciente estiver no sexto andar pode se jogar e não tem proteção nenhuma, além de ter muito vidro nas enfermarias como um todo. Outra dificuldade é de recursos humanos, pois quando tem algum paciente psiquiátrico que demanda um pouco mais de cuidado, a equipe técnica fica muito sufocada, então a sensação que eu tenho quando olham pra o psiquiatra é de pensar: “dê logo um medicamento para ele se acalmar e pronto!” Só que na Psiquiatria não é assim, né? É tudo, pouco a pouco; é necessário ir acolhendo, e as respostas das medicações não são rápidas. Além disso, às vezes, não é só uma questão de medicação, é questão social também implicada. Então eu tenho a sensação de que eles estão ‘super’ atarefados, e não conseguem lidar com um apoio mais intensivo. Por outro lado, às vezes ocorre falta do medicamento mais apropriado, então a gente sai fazendo os ajustes que forem possíveis para manter o cuidado da pessoa. Outro fator que dificulta é que na maternidade não conseguimos estabelecer vínculo com os obstetras porque ficam muito tempo no centro obstétrico, então deixamos as recomendações para a equipe na evolução do prontuário. Para além dessas questões, nós não temos leito integral em saúde mental e o que mais dificulta a implantação destes, são: necessidade de espaço físico em andar térreo, com estrutura adequada para essa assistência (e não apenas uma enfermaria), e a questão também do pessoal. Além de tudo isso, [...] ainda tem a falta de apoio na rede: saúde, assistencial e sóciofamiliar para continuidade da assistência após alta hospitalar, pois nossa comunicação ainda é baseada no fato de conhecer outro profissional amigo/conhecido, mas eu acho que a gente precisa pensar de fato, nessa rede e no hospital fazendo parte dela, sendo algo mais integrado porque hoje eu vejo que ainda estamos isolados. Além de tudo a gente não tem muito tempo para o acompanhamento e encaminhamentos porque precisa rodar o leito. Infelizmente muitos problemas que as pessoas desenvolvem aqui dentro, foram iniciados lá fora: é uma mulher que foi abusada, um filho que descobre que é usuário de drogas etc, e a gente gente fica de mãos atadas porque lá fora a gente não tem essa rede com quem contar, né? O posto de saúde não tem psicólogo e psiquiatra só se consegue uma consulta a cada 6 meses. Como é a rede de família e de amigos? A gente não sabe se a pessoa vai ter assistência quando sair do hospital. Com o processo da Reforma Psiquiátrica e também da luta antimanicomial, a ideia é que hospitais gerais tenham emergência psiquiátrica para que não precise mais existir o hospital psiquiátrico, e o que a gente percebe aqui é que a gente não consegue lidar nem com os nossos pacientes, né? por isso aquela história de mandar para o hospital psiquiátrico. Precisamos ter o acolhimento desses pacientes para que eles possam ter atendimento psiquiátrico aqui dentro, mas hoje a gente não tem, né?”*

Sujeitos: E24, TE25, P16, MP14, AS18, RP23, P5.

Por meio do DSC 3C observamos a manifestação dos profissionais acerca das condições objetivas postas ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental neste hospital, lembrando que o mesmo não possui leito integral em saúde mental e esta linha de cuidado ainda não é contemplada como prioritária pela gestão.

As IC que constituíram destacam aspectos de ordem física (instalações inadequadas para prevenção e proteção dos usuários em situação de crise) e ênfase na falta de segurança (relacionada à falta de habilidade para o manejo). Acrescem às dificuldades referentes a medicamentos que nem sempre são os mais apropriados às demandas em saúde mental), equipe de saúde reduzida para cuidados que envolvem atitude vigilante para toda os cuidados assistenciais (equipe reduzida em diversas áreas).

Vale ressaltar que a unidade de ginecologia-obstetrícia já vivenciou, anos atrás, a situação de crise de uma puérpera que culminou em suicídio (precipitou-se pela janela do 6º

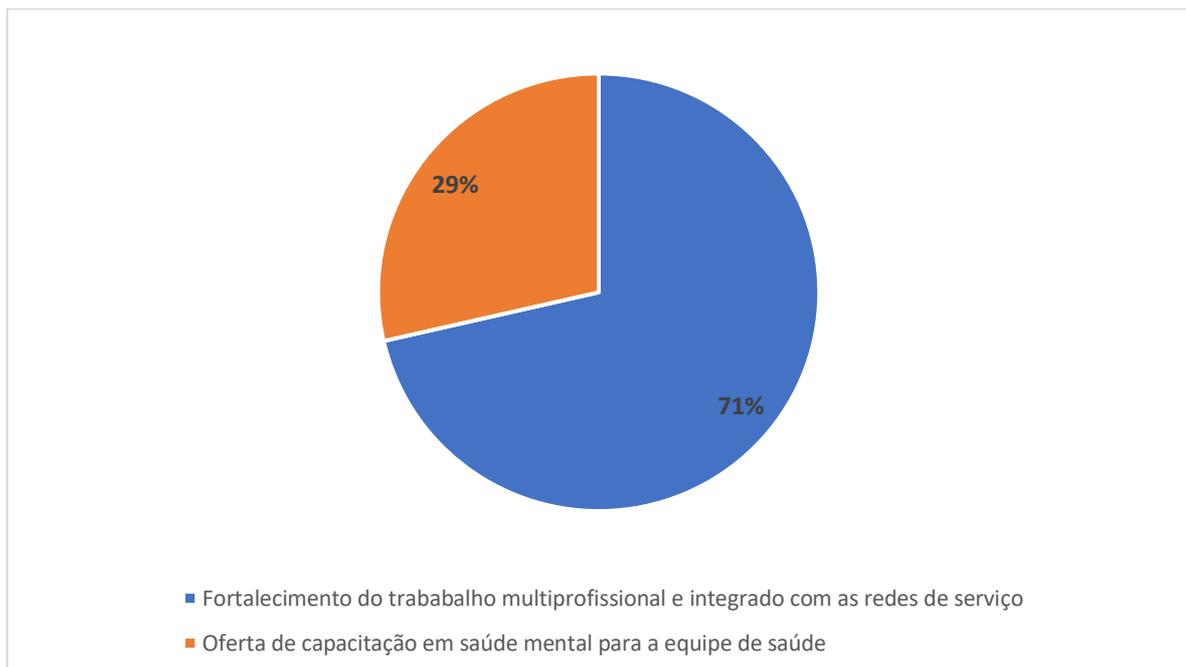
andar), de forma que esta experiência ficou fortemente registrada na memória da equipe. A situação vivida, em parte, deixou a equipe mais atenta aos riscos associados ao sofrimento psíquico questões, mas também, com nível maior de tensão.

O discurso também faz menção à dificuldade relacionada à insuficiência de profissionais, em particular, área de enfermagem, para vigilância e continuidade do cuidado assistencial, além de psiquiatra para atendimento às interconsultas, considerando que em determinados dias e horários da semana, essa disponibilidade não existe, e há referência à dificuldade dos médicos obstetras em atenderem a tais demandas.

Os discursos anteriores expressaram a concepção coletiva acerca das dificuldades, mas também sinalizaram em algum momento para necessidade de organização para a realidade do atendimento a pessoas com demandas em saúde mental em internações não psiquiátricas. Desta forma, será apresentado a seguir o discurso do sujeito coletivo refletindo sobre a categoria possibilidades para a atenção em saúde mental no hospital geral, ainda referente à 3ª questão.

O Gráfico 4, apresenta duas ideias centrais obtidas a partir da opinião do sujeito coletivo acerca das possibilidades identificados (categoria 3) para a atenção em saúde mental. A primeira IC descreve a percepção coletiva mais relevante (71%) destacando a força do trabalho multiprofissional associada ao uso de técnicas relacionais na atenção à saúde e integração com redes de serviços. A outra ideia central refere-se à oferta de capacitação em saúde mental para a equipe de saúde.

**Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 21 participantes segundo a ideia central acerca das possibilidades para a atenção em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, 2019.**



Fonte: A autora, 2019.

**Quadro 9** – DSC 3D – Possibilidades para a atenção em saúde mental interações no HUPAA-UFAL: Fortalecimento do trabalho multiprofissional integrado às redes de serviço.

<b>Ideia Central 3D:</b> Fortalecimento do trabalho multiprofissional integrado às redes de serviço.
<i>“Eu acho que o cuidado multiprofissional tem que ser fortalecido e que acesso aos profissionais seja mais facilitado, além de que todos devem cooperar para a garantia do cuidado integral. Aqueles que tem mais experiência ou tem uma formação mais específica para vai ajudando o outro que não sabe como lidar, como residentes, psicólogos [...] aqueles que estão mais perto de mim. Eu acredito que, realmente, a equipe precisa estar bem integrada. Também acho importante a participação em momentos de discussão em equipe multiprofissional, pois um ponto que facilita a atuação da nossa prática, isso melhora a abordagem para o paciente. Outro fator que ajuda é o fato de termos uma Residência Médica em Psiquiatria e esta oferece uma boa assistência e cobertura. Eles vêm sempre, e a gente dá esse segmento conjunto. No momento da discussão de casos vemos como está sendo feita a abordagem pela equipe e a inclusão da família no processo (quando é uma família presente no cuidado), porque tem pacientes que não conta com familiares. Então vamos procurando essas redes de apoio. É importante fortalecer a rede porque seja no hospital geral ou em hospital psiquiátrico chegará o momento em que a pessoa voltará para casa. E se existir um hospital geral para recebe-la em momento de crise fica mais fácil, pois a família vai entender que não vai isolá-lo. A luta antimanicomial tem que ser pela ampliação dessa rede, né? Tendo ampliação da rede melhoram as condições [...] eu acho que o trabalho do CAPS é um trabalho muito importante, porque concentra uma equipe multiprofissional então você não vai apenas para o médico psiquiatra. Daí, você vai desmistificando. Mas é preciso realmente um trabalho multiprofissional, né? E quanto mais próximo da residência, melhor!”</i>
Sujeitos: P5, F20, TE08, RP11, RM15, P16, AS18

A importância da abordagem multiprofissional para o cuidado em saúde é enfatizada neste discurso como uma experiência já experimentada na formação em serviço da residência multiprofissional em atuação no Hupaa – UFAL. Esta tem se constituído em meio relevante para o desenvolvimento do cuidado a partir da lógica da clínica ampliada.

Ferramentas como visita multiprofissional e discussão de casos ocorrida semanalmente entre preceptores e residentes multiprofissionais nos cenários das unidades de clínica médica e cirurgia, além de interconsultas psiquiátricas, residentes de psiquiatria e psicólogos em todas as clínicas, contribuem para a compreensão das necessidades dos usuários a partir de uma visão ampliada possibilitando à equipe de saúde a problematização e ressignificação de suas práticas.

Apesar do reconhecimento acerca da força do trabalho em equipe multiprofissional o discurso também expressa a necessidade de que este seja fortalecido e o acesso aos profissionais seja mais facilitado denotando dificuldades na relação interprofissional e na integração entre equipes.

Conforme o discurso o trabalho multiprofissional nas práticas da equipe de saúde é existente, porém não é observado em todas as clínicas. O trabalho interdisciplinar pode ser evidenciado de forma pontual nas práticas da residência multiprofissional nas clínicas médica e cirúrgica, permitindo processos de trabalho que rompem com a fragmentação do cuidado e favorecem o compartilhamento de saberes. A divisão de responsabilidades, construção de ações

criativas fundadas na singularidade do sujeito, além de composições possíveis com outros profissionais são possibilidades para a atenção em saúde mental. Para tanto a abordagem fundada na clínica ampliada com uso de matriciamento e tecnologias leves em consonância com os princípios do modelo psicossocial são fundamentais.

O discurso apresentado traz ainda a referência à importância das redes de serviços e sociais para a efetivação do cuidado, ressaltando a importância da participação familiar no processo terapêutico e do cuidado no território tendo o CAPS como referência de cuidado.

A estas possibilidades apontadas pelo sujeito coletivo soma-se ainda a ideia central referente à oferta de capacitação em saúde mental para os profissionais de saúde no hospital geral.

Quadro 10 – DSC 3E - Possibilidades para a atenção em saúde mental em internações no HUPAA-UFAL: Oferta de capacitação em saúde mental para a equipe de saúde.

<p><b>Ideia Central 3E:</b> Oferta de capacitação em saúde mental para a equipe de saúde</p>
<p><i>“Também penso que o hospital precisa investir em qualificação em saúde mental para os profissionais, porque esta área é transversal a tudo que acontece com o ser humano, já que a gente não lida apenas com o físico. Tem que ter a contrapartida da instituição no sentido de que a gente possa estar melhor desempenhando assistência em saúde mental nas clínicas. Pensamos em capacitação para a equipe, mas ainda não avançamos muito. Depende muito de cada profissional. Tem profissionais que são bem mais receptivos a essa abordagem, mas entendo que está faltando capacitação em saúde mental e o que falta também é um incentivo para que o profissional compareça, porque fazemos capacitação e [...] os médicos, por exemplo, não comparecem! Então é preciso haver esse incentivo, uma sensibilização, além de ofertar os cursos, é preciso chegar junto desses profissionais para mostrar que ele precisa participar, e caso não alcance os profissionais da casa (que já tem muito tempo na carreira) e, acham que sabem tudo, pelo menos possamos alcançar os residentes de medicina, os estudantes, doutorandos, que estão começando a carreira.”</i></p>
<p>Sujeitos: P16, MP14, E7, P5, AS18.</p>

Ao evidenciar a necessidade de qualificação profissional para o cuidado em saúde mental o discurso coletivo reconhece esta área como transversal na vida do ser humano e sinaliza para a existência de alguma ação já iniciada no hospital, porém ainda com pouca valorização ou adesão da equipe, com destaque para a resistência de participação da categoria médica e profissionais de maior tempo de trabalho no hospital. Acerca dessa questão Silva *et al.* (2012) ressaltam que a capacitação para esse tipo de cuidado deve estar embasada nas mudanças ocorridas no modelo assistencial em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e, por conseguinte, na inserção da pessoa com transtorno mental no hospital geral. Para tanto se faz necessário refletir e repensar esse cuidado a partir de maneiras que respeitem as mudanças decorrentes do desenvolvimento técnico-científico e da política de saúde mental contribuindo

para uma nova construção cultural em que o lugar de “louco” seja nos serviços de saúde como um todo (hospital geral, a USF, o domicílio etc.).

Diversos autores indicam capacitação em saúde mental como estratégia de qualificação em saúde mental, assim como indicado no DSC 3D (BOLTON, 2012; ZOLNIEREK, 2009; CHIKAODIRI, 2009; ZOLNIEREK; CLINGERMAN, 2012; ELIAS, 2012).

Contudo, acreditamos que a capacitação isoladamente não é estratégia suficiente para a mudança de comportamento e atitudes, de maneira que deve estar associada a processo de formação por meio da educação permanente, embasada na própria vivência dos profissionais, objetivando um resultado mais efetivo na prática profissional com vistas ao cuidado integral por produzir reflexões, problematização e autocrítica entre os participantes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção psicossocial objetiva possibilitar às pessoas com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas o cuidado baseado na autonomia e participação social do indivíduo a partir de suas vivências, trocas pessoais e fortalecimento de redes de serviços considerando a complexidade dos sujeitos. Para tanto, respeita os princípios da integralidade de ações e direitos desse seguimento populacional, inseridos em lei nacional. Neste sentido o usuário de saúde mental pode e deve acessar todos os níveis e pontos de atenção, não apenas os especializados em saúde mental, e é neste contexto que se insere o hospital geral universitário que serviu de local para este estudo.

As abordagens quantitativa, por meio de estatística descritiva, e qualitativa, através do DSC, mostraram-se apropriadas para a análise da atenção em saúde mental de pessoas internadas em hospital geral universitário em Maceió. Possibilitaram conhecer o número e as características das demandas em saúde mental neste hospital, por meio do levantamento de internações com atendimentos em psiquiatria e psicologia, bem como conhecer o perfil das pessoas assistidas e dos profissionais envolvidos na assistência. Para além das questões objetivas permitiram descrever abordagem da equipe de saúde para com pessoas que apresentam demandas em saúde mental, identificar desafios e possibilidades observados pelos profissionais para o cuidado durante as internações em questão.

A representação de profissionais das diversas áreas de assistência das unidades de internação estudadas, por meio da participação nos grupos focais e entrevistas, permitiu conhecer suas percepções sobre o objeto estudado.

Participaram da abordagem qualitativa 21 profissionais da equipe de saúde das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, medicina, psicologia e serviço social, com exceção de terapia ocupacional em virtude de incompatibilidade de horários. Entre estes ressalta-se a participação de oito residentes dos programas uniprofissional de residência em medicina e programa de residência multiprofissional em saúde, favorecendo assim a visão de profissionais que encontram-se em processo de formação em serviço e estão em relação direta com a academia.

O perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo apresenta-se com: prevalência do sexo feminino (82%); faixa etária de 30 a 39 anos (33%); e (90,9%) com formação profissional de nível universitário, sendo que (47%) dos participantes encontram-se na faixa de 1 a 10 anos de formados. Entre os sujeitos da pesquisa (42,8%) estava inserido na unidade de cirurgia geral, porém cabe destacar que os residentes multiprofissionais já haviam

vivenciado o cenário da unidade de clínica médica, e os profissionais de fisioterapia e fonoaudiologia são referência para múltiplas clínicas, constituindo olhares significativos de todas as unidades de internação estudadas.

Sobre a capacitação ou qualificação na área de saúde mental (42,9%) dos participantes afirmaram já ter participado de cursos para detecção do uso abusivo de álcool e outras drogas; Reforma Psiquiátrica; psicologia hospitalar; psicanálise; terapia familiar sistêmica; saúde mental no trabalho; psicopatologia; atenção a usuários de álcool e outras drogas e semiologia dos transtornos mentais.

Foram utilizados dados de 549 interconsultas de psiquiatria e psicologia, correspondendo à aproximadamente 2% do total de internações realizadas, referentes a 406 usuários internados nas unidades de clínica médica, oncologia, cirurgia e ginecologia-obstetrícia, no período de janeiro de 2016 a novembro de 2019, verificando-se uma média de 137 atendimentos em interconsultas em saúde mental por ano.

A maior distribuição do número de interconsultas aconteceu em internações de pessoas com tempo de permanência hospitalar superior a doze dias, sendo que na unidade de ginecologia-obstetrícia foi observada a existência de interconsultas em saúde mental em todas as faixas de tempo de internação. Este dado se justifica pela intensidade das mudanças ocorridas na vida das mulheres em virtude da gestação, envolvendo questões de ordem clínica, socioeconômica, familiar e também de mudanças vivenciadas na própria identidade pessoal.

O perfil sociodemográfico de pessoas atendidas por demandas em saúde mental corresponde a: prevalência de pessoas do sexo feminino, procedentes da zona urbana (Maceió), com baixa escolaridade equivalente ao ensino fundamental (28,8%), e inseridas na faixa etária economicamente ativa de 30 a 59 anos, condições que irão refletir nas condições sociais e de renda individual e familiar.

Das 281 interconsultas psiquiátrica realizadas (73%) apresentaram confirmação de hipótese diagnóstica para transtorno mental, conforme Classificação Internacional de Doenças, sendo que observou-se a prevalência dos transtornos de humor (episódios depressivos moderados e graves) em (26%) dos casos, seguidos dos transtornos de ansiedade em (15%) e transtornos orgânicos em (10%). Quando relacionados às unidades de internação observou-se maior prevalência de casos de transtornos depressivos nas unidades de clínica médica (23%), cirurgia geral e especialidades (20%) e ginecologia-obstetrícia (33%), enquanto na unidade de oncologia (36%) das interconsultas apresentaram hipótese diagnóstica de transtornos mentais orgânicos (delirium).

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa foram evidenciados em (11%) das interconsultas em clínica médica, (8%) na unidade de oncologia, (5%) na unidade de cirurgia e (2%) na unidade de ginecologia-obstetrícia.

A prescrição de psicofármaco foi observada em (63%) das 281 interconsultas psiquiátricas estando associada também à escuta ativa, anamnese e orientações para equipe. No caso da psicologia foi verificado o uso de ferramentas como escuta ativa, apoio e acompanhamento psicológico e orientações à equipe.

Por meio dos discursos percebe-se a compreensão coletiva dos sujeitos acerca do conceito de sofrimento mental associado às reações de ajustamento ao processo de adoecimento do paciente e implicação dos profissionais e familiares em relação ao contexto em que encontram-se inseridos, havendo uma ênfase no sofrimento vivenciado pelo profissional de saúde na relação de cuidado. Complementando este conceito aponta-se a saúde mental como área transversal a todas as clínicas, sendo portanto vivenciada por todos os participantes a partir da realidade singular de cada cenário, reconhecendo suas diferenças e também suas similaridades.

Como forma de abordagem às demandas em saúde mental utilizadas pelos profissionais ressalta-se a importância das tecnologias leves para facilitar o encontro com a pessoas em sofrimento psíquico. A escuta ativa foi destacada por todas as áreas como técnica relacional fundamental para identificação de demandas em saúde mental e construção de vínculo entre os envolvidos na assistência durante o período de internação. Destacou-se, ainda, a entrevista, como tecnologia utilizada pelo serviço social e enfermagem para o conhecimento das necessidades do usuário considerando para tanto a intencionalidade de intervenção de cada área.

Apesar de reconhecerem a potência da escuta qualificada para o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, percebe-se no discurso que a rigidez das rotinas assistenciais no hospital, no sentido do cumprimento de horários para medicações e procedimentos, bem como de visitas às pessoas internadas para seguimento de prescrições, limitam a escuta e aproximação de profissionais. No caso particular da enfermagem, esta dificuldade é bastante ressaltada, sendo frequente a requisição de profissionais da psicologia para a abordagem.

A esse respeito também verificou-se nos discursos a ênfase à oportunidade do encontro entre usuário e profissional, entendendo que sensibilidade para escuta e oferta de diálogo podem e devem ser ofertados por qualquer profissional da equipe de saúde. Tal atitude pode inclusive colaborar com os profissionais da área de saúde mental que relatam a falta de clareza de alguns profissionais que costumam solicitar atendimento em situações que poderiam ser

administradas por qualquer membro da equipe ou, em outro extremo, não reconhecendo as necessidades e comunicando apenas quando o sofrimento psíquico encontra-se agravado.

Os instrumentos de visita multiprofissional e discussão de casos utilizados pelos profissionais residentes das unidades de clínica médica e cirurgia geral apresenta-se como espaço potente de formação em serviço e de qualificação da prática profissional considerando que configura-se como prática baseada nos eixos norteadores da Clínica Ampliada. Representa uma ferramenta importante para a produção de cuidado em saúde mental considerando que permite não só compreender o processo de saúde-doença, mas também os aspectos psicossociais envolvidos, além de fortalecer a relação interprofissional e possibilitar a construção de cuidado a partir da singularidade do sujeito.

No que diz respeito à ênfase quanto a relevância do trabalho multiprofissional e interprofissional para a atenção em saúde o discurso coletivo mostra que esta prática não é evidenciada em todas as unidades de internação, sendo estimulada pelo programa de residência multiprofissional em saúde, contudo o processo de trabalho ainda se dá de forma fragmentada e não há integração com o programa de residência médica. Além dessa dificuldade, a carência de profissionais em determinadas áreas, exige que os mesmos sejam referência para diversas unidades de internação, sem fazer parte de uma equipe específica, o que prejudica a comunicação e gera baixo grau de interação entre os profissionais da equipe.

Desta forma, apesar de os discursos expressarem o reconhecimento do direito de pessoas com sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas serem atendidas em todos os serviços de saúde, verifica-se contradição ao afirmarem apresentar resistência e medo na relação com este segmento populacional devido ao preconceito presente em seu imaginário e visão manicomial construída ao longo da história da saúde mental no país.

A partir dos dados apresentados confirma-se o pressuposto deste estudo quanto à existência de práticas de saúde fragmentadas no hospital estudado, além de resistência e medo por parte dos profissionais no encontro com pessoas que apresentem demandas em saúde mental.

O sujeito coletivo expressa em seu discurso o sentimento de despreparo para lidar com situações relativas ao sofrimento psíquico e faz referência às condições inadequadas do hospital estudado para garantir a proteção da pessoa em sofrimento psíquico, entre elas: fatores ambientais (estrutura verticalizada do prédio; enfermarias com uso de vidros nas janelas e box do banheiro, entre outras) ou relativos ao processo de trabalho (conciliar atenção às pessoas com rotinas, prazos, horários, tecnologias duras) falta de medicamentos mais adequados para

as prescrições médicas e equipe de saúde com quadro de profissionais reduzido, falta de capacitação e educação permanente) prejudicando a produção deste tipo de cuidado.

Sobre o número insuficiente de profissionais, cabe um destaque para a grande dificuldade observada na atual configuração da unidade psicossocial no hospital, a qual é composta por uma equipe reduzida, com poucos profissionais nas áreas de psicologia e psiquiatria, limitando a capacidade de atendimento nas unidades de internação considerando que também prestam assistência ao ambulatório.

A escala restrita de psiquiatras gera brechas em alguns dias ou horários e, conseqüentemente, o deslocamento de usuários em situação de crise, (surto psicótico, agitação psicomotora, heteroagressividade ou autoagressividade) para hospital psiquiátrico para avaliação e conduta, em virtude da equipe de saúde não sentir-se preparada para o manejo da situação de crise no próprio hospital. Esta estratégia, apesar de ser usada em último recurso, como medida protetiva para a pessoa em sofrimento e profissionais que a assistem, tende a reforçar o dualismo cartesiano entre corpo e mente ainda muito presente no modelo biomédico.

No formato atual os atendimentos da psicologia e psiquiatria são feitos por meio de solicitações do médico responsável pela condução do tratamento ou por outros profissionais da equipe. Estas áreas contam com o apoio importante dos programas de residência em psiquiatria e multiprofissional, no entanto a escassez de profissionais na área dificulta a antecipação de demandas e, também uma regularidade no trabalho de matriciamento das equipes, considerando as dificuldades existentes para o encontro entre interconsultores e equipe de saúde.

Apesar dos limites identificados pelo sujeito coletivo para a atenção à saúde mental em internações não psiquiátricas no hospital geral universitário estudado, os mesmos também reconhecem em seus discursos a importância e valorização do acolhimento e construção de vínculo no encontro com as pessoas cuidadas, incluindo tratamento, respeito ao ser humano e olhar ampliado para suas necessidades, considerando o sofrimento psíquico em suas diversas dimensões.

Os desafios cotidianos a serem enfrentados para o cuidado em saúde mental em hospital são diversos e singulares a cada caso que se apresenta para a equipe de saúde. Desta forma, exige visão ampliada, transdisciplinar e multiprofissional, das necessidades da pessoa assistida e clareza de que estas não serão atendidas completamente em nenhum serviço de saúde. Por este motivo, torna-se fundamental a integração com as diversas redes de serviços, e conseqüentemente, com o território onde habitam as pessoas com sofrimento psíquico.

A presença de usuários em sofrimento psíquico em internações clínicas e cirúrgicas no HUPAA-UFAL alerta para a necessidade de reconhecer o espaço do hospital geral como

produtor de cuidado em saúde mental, independente da existência de leitos clínicos integrais ou enfermaria especializada na área. Para tanto, urge a sensibilização de gestores e profissionais envolvidos na assistência para repensar a prática e processos de trabalho visando esta dimensão da atenção em saúde.

Destaca-se como fundamental o reconhecimento institucional da valorização do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico em seus diferentes níveis de intensidade ou complexidade e para tanto, a necessidade de mudança de conceitos permeados de preconceito, medo ou resistência ao cuidado.

Neste contexto, a educação permanente para os profissionais de saúde, é estratégia potente e transformadora para as práticas, devendo estar fundamentada nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, reconhecendo a pessoa com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de substâncias como sujeitos com direito a viver e receber cuidado em liberdade, junto à família, com respeito à sua autonomia e participação no projeto de cuidado e integração às redes intersetoriais. Neste sentido busca-se a construção do cuidado na perspectiva da Clínica Ampliada buscando a possibilidade de transformação e construção de uma nova prática nos serviços de saúde a partir da implicação dos profissionais.

No que se refere aos limites deste estudo destaca-se que devido a fatores relacionados ao tempo para realização do estudo e equipe reduzida para apoio à pesquisa de campo, optou-se pelas unidades de internação para adultos, de forma que a Unidade de Atenção à Criança e Adolescente e Unidade de Terapia Intensiva não foram pesquisadas. Pelos mesmos motivos expostos não foi possível trabalhar com todos os prontuários, visto que o tempo de implantação dos prontuários eletrônicos nas unidades de internação foram diferentes, havendo então a existência de prontuários físico e eletrônico. Sendo assim, optou-se por usar como fonte de dados secundários apenas os prontuários eletrônicos e isto pode ter interferido no número identificado de interconsultas em psiquiatria e psicologia. Da mesma forma, não foram considerados os registros de atendimentos feitos pelos outros profissionais em virtude de não poderem ser filtrados eletronicamente nos prontuários.

Ressalta-se, também, as dificuldades relacionadas ao tempo para análise dos dados coletados considerando a ousadia ao alterarmos a opção do desenho do estudo, inicialmente qualitativo, para um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, exigindo um trabalho mais detalhado sobre os dados coletados referentes aos dois momentos do percurso metodológico, mesmo considerando os cuidados para delimitação do objeto e do cronograma da pesquisa. Apesar desta mudança os objetivos propostos foram alcançados.

A partir desta experiência, visualizamos a possibilidade de outras abordagens que busquem conhecer a visão dos gestores do campo das redes de atenção à saúde e de atenção psicossocial acerca da compreensão que têm sobre a questão, e sobre as ações que têm empreendido no sentido de garantir o cuidado a essa população. Pode-se, ainda, buscar conhecer a opinião dos próprios usuários assistidos acerca da vivência que tenha tido em internações clínicas com intercorrências em saúde mental.

Com estes resultados espera-se ter contribuído para a visibilidade da questão permitindo que sejam consideradas e refletidas por profissionais da saúde, usuários, familiares, movimentos de defesa dos direitos destes sujeitos, bem como no âmbito mais amplo da gestão em saúde, especialmente no estado de Alagoas, que segue em passos lentos o processo de mudança no modelo de atenção em saúde mental.

Com poucos investimentos na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial e na qualificação dos profissionais em saúde mental, o Estado segue mantendo número elevado de leitos em hospitais psiquiátricos (apesar do processo de desintitucionalização iniciado) e em comunidades terapêuticas (voltadas às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas).

Cabe destacar que este estudo não esgota a discussão sobre a atenção em saúde mental em serviços da rede de atenção à saúde que complementam o cuidado ofertado à pessoas em sofrimento psíquico na RAPS ou mesmo àquelas que apresentem sofrimento psíquico como reação ao processo de adoecimento e hospitalização, pois reconhece-se a complexidade do tema e suas diversas possibilidades de abordagem, bem como entende-se que a realidade está em constante movimento e suas contradições exigem olhar crítico e sensível que permita rever conceitos, práticas e atitudes favorecendo a construção de novos conhecimentos.

Pensar novas abordagens para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico ou usuárias de substâncias psicoativas na rede hospitalar de atenção em saúde requer o desenvolvimento de ações que contemplem o acesso, mas também ofereçam atenção singular reconhecendo o direito de poderem participar de seu processo terapêutico junto aos profissionais de saúde.

Para a equipe de saúde (profissionais e residentes), propõe-se a reflexão acerca da prática e de suas implicações, assumindo-se como parte de seu processo de trabalho, a disponibilidade para estar junto e construir vínculos garantindo responsabilização pelas relações interpessoais, e pelos encontros vivenciados no processo do cuidar.

Os pensamentos, opiniões, argumentos e reflexões dos participantes deste estudo expressam um recorte da realidade, sendo possível reconhecer conquistas alcançadas no

processo histórico e também desafios que persistem até hoje. Muitas são as contradições e o processo é constituído de avanços e retrocessos, sendo fundamental o engajamento dos profissionais em movimentos de defesa dos princípios do cuidado em saúde mental em liberdade e, principalmente, em território, integrado em redes e intersetorial, sendo o hospital geral um local possível para essa assistência.

Ademais, sendo o HUPAA um hospital de ensino, assume importante função no âmbito da formação em saúde e encontra-se em posição relevante na prestação de serviços de saúde no estado de Alagoas, sendo espaço de construção de identidades profissionais que deve assumir seu papel na produção do cuidado em saúde mental a partir das noções e conceitos básicos da clínica da atenção psicossocial, comprometida com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira com um processo de transformação cultural dos sujeitos envolvidos: a comunidade, os profissionais, as pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias, acrescido de articulação dos recursos e vontade política dos gestores.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *In: GOMES, M. C. P.; MERHY, E. E. (org.). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.* Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 155-170.
- ABRAMS, H. S, MOORE, G. L, WESTERVELT, F. B. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, n 127, p.1199-1204, Mar. 1971. DOI: 10.1176/ajp.127.9.1199. PMID: 5100612. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.127.9.1199>. Acesso em: 8 jan. 2019.
- ALLEBECK, P.; BOLUND, C.; RINGBÄCK, F. Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. **J. Clin. Epidemiol**, New York .v.42, n7 p:611- 6, 1988. DOI 10.1016/0895-4356(89)90003-6. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90003-6](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90003-6). Acesso em: 13 jan. 2019.
- ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.11, p. e00129519, 2019. DOI 10.1590/0102-311X00129519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 4 ago. 2020.
- ALMEIDA, L. M. de.; FORTES, S. L. C. L. O paciente somatoforme no hospital geral - uma trajetória errante. **J. Bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.35, n.4, p.251- 255, jul./ago.1986.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2309-2319, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-35124>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- AMADEI, J. R. P.; FERRAZ, V. C. F. **Guia para elaboração de referências: ABNT NBR 6023:2018.** Bauru, 2019. 54 p.
- AMORIM, A. K. DE M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195–204, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 Dec. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Rio de Janeiro, Abrasco, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- AVANCI, R. C.; PEDRAO, L. J.; COSTA JUNIOR, M. L. da. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. **SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.1, n.1, fev. 2005. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762005000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 04 jun. 2020.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2000. (Biblioteca Instituto Félix Guattari).

Disponível em:

[http://repocursos.unasus.ufma.br/tutores\\_20142/repositorio/modulo2/pdfUnid1.pdf](http://repocursos.unasus.ufma.br/tutores_20142/repositorio/modulo2/pdfUnid1.pdf). Acesso em: 14 abr. 2019.

BECK, C. L. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. 2019. 292 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78333>. Acesso em: 12 de mar. 2019.

BELMONTE, P. Introdução. *In*: JORGE, M. A. S; CARVALHO, M. C. de A.; SILVA, P. R. F. da. (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 13-18.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T.W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, Fev. 2008. DOI 10.1590/S0102-311X2008000200025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BOTEGA, N.J. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. **Gen. 43. Hosp. Psychiatry**, New York, v. 32, n. 4, p. 396-400; Jul. – Aug. 2010. DOI 10.1016 /j.genhosppsy.2010.02.004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016 /j.genhosppsy.2010.02.004>.

BOTEGA, N. J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012, 718 p.

BOTEGA, N. J, *et.al*. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. **Ver. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 32, n. 3, lo, p:250-6, 2010. DOI: 10.1590/S1516-44462010005000016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000016>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BOTEGA, N. J.; SMAIRA, S. I. Morbidade psiquiátrica no hospital geral. *In*: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012, p. 208-218.

BOTEGA, N. J., DALGALARRONDO, P. Avaliação do Paciente. *In*: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012, p. 165-189.

BOLTON, J. ‘We’ve got another one for you!’ Liaison psychiatry’s experience of stigma towards patients with mental illness and mental health professionals. **The Psychiatrist**, Cambridge, v. 36, p. 450-454, 2012. DOI: 10.1192/pb.bp.112.038646. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.038646>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BOTSWICK, J. M.; RACKLEY, S. J. Completed suicide in medical/surgical patients: who is at risk? **Curr. Psychiatry. Rep.**, Philadelphia. v.9, n 3, p:242-6, 2007. DOI 10.1007/s11920-007-0026-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0026-6>. PMID: 17521522. Acesso em: 25 may. 2019.

BRASIL. **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. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216). Acesso em: 30 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150>. Acesso em: 29 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 64 p. (Projetos, programas e relatórios, Série C). Disponível em: [http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Sa%C3%BAde/cartilha\\_educacao\\_permanente.pdf](http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Sa%C3%BAde/cartilha_educacao_permanente.pdf). Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 e 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). Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 20 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em; [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf). Acesso em: 01 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde – CNES. **Indicadores - Leitos em hospitais por estado**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=87&VTipo\\_Leito=2&VListar=1&VEstado=27&VMun=&VComp=201903](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=87&VTipo_Leito=2&VListar=1&VEstado=27&VMun=&VComp=201903). Acesso em 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>. Acesso em: 20 de jan. 2020.

CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo, 1996/1997. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. DOI 10.1590/S1413-81232000000200002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Acesso em: 06 Abr. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clinica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849- 859, 2007. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 Dec. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.

CAMPOS, G.W. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Botucatu, São Paulo**. 2014; 18 Supl 1:983-95. Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622013.0324. Acesso em: 21 mar. 2019.

CARDOSO, G. Perturbações psiquiátricas no hospital geral. **PsiLogos - Rev. Serviço Psiquiatria Hospital Fernando Fonseca**, Amadora, v.1, n. 2, , p:48-56, 2005. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/download/6075/4773/>. Acesso em: 5 jan. 2020.

CARVALHO, M. C. de A. Saúde Mental na Atenção Básica. *In*: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. de A.; SILVA, PAULO; R. R. F. da. (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014, p.59-72.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.- out. 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500036  
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>. Acesso em: 30 out. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; Mattos, R. A (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO; 2001. p. 113-26. DOI 10.1590/S0103-73312002000100014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000100014>. Acesso em: 14 mai. 2019.

CHIKAODIRI, A. N. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. **Ann. Gen. Psychiatry**, London, v.8, n. 19, 2009. DOI:10.1186/1744-859X-8-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-19>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Dia Mundial da Saúde Mental. *In*: **CFESS Manifesta**. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011\\_saudemental\\_SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_saudemental_SITE.pdf). Acesso em: 13 ago. de 2019.

COSTA, P.H.A.; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. *In* RONZANI, T.M. *et al.* (org.), **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015. P. 41-66.

COTÉ, T. R; BIGGAR, R. J; DANNENBERG, A. L. Risk of suicide among persons with AIDS: a national assessment. **Sao Paulo Med. J.**, v. 116, n.3, São Paulo, May. - Jun. 1998. DOI 10.1590/S1516-31801998000300005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-31801998000300005>. Acesso em: 17 apr. 2019.

DE MARCO, M. A; CITERO, V. A; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Revisando conceitos: o papel da psiquiatria moderna no hospital geral e na atenção primária. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.29, n.2., São Paulo, 2007, jun; p: 188-8. DOI 10.1590/S1516-44462007000200019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000200019>. Acesso em 22 abr. 2019.

DE JONGE, P. D., *et al.* Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. **J. Adv. Nurs.**, v. 36, n.3, Amsterdam, p. 355–363, 2001. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01983.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01983.x>. Acesso em: 24 feb. 2019.

DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n.4, p. 698-703, 2011. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61865/000822135.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 jan. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Assistência**. 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/especialidades1>. Acesso em: 14 jun. de 2019.

ELIAS, A. D. **Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral**: real e imaginário. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. 2012.

EMERICH, B.F; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170521.2019>. Acesso em: 06 abr. 2020.

EVANS, D. L. et al. Depression in the medical setting: biopsychological interactions and treatment considerations. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, 1999; v. 60, n. 4: p. 40-56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10086482/> Acesso em: 13 fev. 2019.

FEUERWERKER, L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Cadernos CE**, v. 2, n. 4, p. 11-23, 2001.

FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/262672251\\_Technical\\_healthcare\\_models\\_management\\_and\\_the\\_organization\\_of\\_work\\_in\\_the\\_healthcare\\_field\\_nothing\\_is\\_indifferent\\_in\\_the\\_struggle\\_for\\_the\\_consolidation\\_Brazil's\\_single\\_healthcare\\_system](https://www.researchgate.net/publication/262672251_Technical_healthcare_models_management_and_the_organization_of_work_in_the_healthcare_field_nothing_is_indifferent_in_the_struggle_for_the_consolidation_Brazil's_single_healthcare_system). Acesso em: 30 mar. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, pág. 965-971, agosto de 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 de dez. de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO FALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental**: documento técnico final. Rio de Janeiro, 90 p. (mais anexo, 4p.), 2015.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, vol.55 no.1, , p.363-370, 2006. DOI 10.1590/S0047-20852006000100002. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100002>. Acesso em: 24 mar. 2019.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas: **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.20, n. 2, p.267-276, 2008. DOI 10.1590/S0102-71822008000200014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000200014>. Acesso em: 14 jun. 2019.

GUERREIROS, D. F. *et al.* Liaison Psychiatry in a General Hospital: Seven Paradigmatic Cases. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v.22, n 1, p: 59- 70, 2009. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1683>. Acesso em: 14 mar. 2019.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 135-159, jun. 2003. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 jul. 2019.

GULJOR, A.P. *et al.* **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019:** - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. 2019. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

GULJOR, A. P. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saú de Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003, 197 f. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4710/2/ve\\_Ana\\_Paula\\_ENSP\\_2003%20.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4710/2/ve_Ana_Paula_ENSP_2003%20.pdf). Acesso em: 14 jun. 2019.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 170 p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um ‘sistema sem muros’. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p:331-336, 2004. DOI 10.1590/S0102-311X2004000800026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 30 jul. 2019.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009 . Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 mar. 2019.

HILDEBRANT, L. M.; MARCOLAN, J. F. **Rev Rene**, Santa Catarina, v. 17, n.3, 2016 Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/issue/view/>. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000300011. Acesso em: 20 mar. 2020.

HILDEBRANT, L.M.; ALENCASTRE, M.B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/issue/view/404>.

JORGE, M. A. S. Introdução à Psicopatologia e aos Transtornos Mentais. *In:* JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. de A.; SILVA, P. R. F. da. (org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental:** contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. p. 99-120.

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 . DOI 10.1590/S0034-89102006005000010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000010>. Acesso em: 16 ago. 2020.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, Sept. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 Jan. 2019.. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Caxias do Sul: EDUSC, 2005, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.** 2 ed. Brasília: Liberlivro Editora. 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, ju/2014. DOI 10.1590/0104-07072014000000014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Acesso em: 17 fev. 2020.

LUCENA, M. A. DA S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2447–2456, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900025&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900025>.

MACÊDO, N. B. de; ALBUQUERQUE, P. C. de; MEDEIROS, K. R. de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, Aug. 2014. DOI 10.1590/S1981-77462014000200010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200010>. Acesso em: 14 jul. 2020.

MACHADO, M. H. A participação da mulher na força de trabalho em saúde no Brasil. *In*: MÉDICI, A. C. (org). **Textos de Apoio - planejamento I: recursos humanos em saúde.** Rio de Janeiro, PEC/ENSP, 1987.

MACHADO, S. C. E. P. *et al.* Depressão no hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não-psiquiatra. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v.11, n.3, p.97-100, 1989.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

- MERHY, E. E. **O ato de cuidar**. Campinas, 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. DOI 10.1590/S1414-32832005000100015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>. Acesso em 20 set. 2019.
- MERHY, E. E; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias\\_do\\_Trabalho\\_e\\_Cuidado\\_em\\_Sa%C3%BAde.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf). Acesso em 20 jan. 2020.
- MERHY, E. E; CECÍLIO, L. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003, p. 6). Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 06 mai. 2020.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- MINAS, H. *et. al.* Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. London, v. 11, p. 1-10, 2011. DOI 10.1186/1471-2458-11-317. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-317>. Acesso em: 24 ago. 2019.
- MOLL, M. F. *et al.* Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. **CogitareEnferm.** v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49933>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- MONTEIRO, J. da R. **Loucura é a falta de cuidado! O hospital geral como um lugar possível na rede de saúde mental**. 2009. 121 p. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/444>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- MOREIRA. S. As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil. **Cfess**, 2019. Disponível em: <https://tecnoblog.net/247956/referencia-site-abnt-artigos/>. Acesso em: 30 jan. 2020.
- MOTA, D.C.B.; RONZANI, T.M. Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. *In: RONZANI, T.M. (Org.). Ações Integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013. P. 293-324.

NASCIMENTO, D. S.; FAGUNDES, P. R.; ROSÁRIO, N. do. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Medwave**, v. 12, n. 10, 2012, e5545 DOI: 10.5867/medwave.2012.10.5545. Disponível em: <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.10.5545>. Acesso em: 15 de Mai. 2020.

NUNES, S. V. Atendimento de tentativas de suicídios em um hospital geral. **J. bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.37, n.1, p.39-41, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional das Doenças**. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. Mental Health Gap Action Programme. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 22 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: **World Health Organization**; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>. Acesso em 30 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. Disponível em: [www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf). Acesso em: 10 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. Acesso em 20 set. 2019.

OTENIO, C. C. M. **Representações do trabalho multiprofissional em um serviço público de saúde municipal**. 2007. 194 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/85.pdf>. Acesso em 14 jul. 2019.

PAULA, B. H. B de. **Estudo das relações interprofissionais no hospital geral: contribuições da saúde mental para uma clínica do sujeito**. 2016. 106 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312653>. Acesso em: 30 ago. 2018.

PAULON, S.M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Rev. Polis e Psique**, Porto Alegre, v.2, n. temático, p.73-94,

2012. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.40322>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40322>. Acesso em: 09 set. 2019.

PAIM, J. **A criação e a implementação do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em:

<https://ria.ufrn.br/jspui/bitstream/1/354/6/PAIM.%20A%20criacao%20e%20a%20implementacao%20do%20SUS.%20p.%2043-101.htm>. Acesso em: 20 set. 2019.

PAES, M. R. *et al.* O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v 12, n. 2, p. 407 -412, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v12i2.14207>. Acesso em: 14 jun. 2019.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. *In:* ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html#:~:text=O%20'cuidado%20em%20sa%C3%BAde'%20%C3%A9,com%20qualidade%2C%20acolhimento%20e%20v%C3%ADnculo>. Acesso em: 10 out. 2019.

PRADO, M. F. do; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 320-337, dez. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165027> . Acesso em: 23 set. 2018.

PRADO, M. F. do. **O louco no hospital geral**: imaginário sobre a loucura e os desafios ao cuidado integral. 2015. 227 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13329>. Acesso em: 23 set. 2018.

RUGGERI, M; *et al.* Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. **Br. J. Psychiatry**, Cambridge, 2000. Aug;177:149-155. DOI: 10.1192/bjp.177.2.149. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SCHINNER, A. P. *et al.* Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v.55, n. 5, p. 393-401, 1998. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/203874>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SERPA JR. O. D. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (12): 4.675-4.683, 2011.

SILVA, N. G; OLIVEIRA, A. G. B.; IDE, P. H. Demandas de atendimento psiquiátrico em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 2011, vol. 32, n. 3, p.531-538. ISSN 1983-1447. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300014>. Acesso em: 30 jun. 2019.

SILVA, N. G., SILVA, P. P., OLIVEIRA, A. G. B. de. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Ciência, Cuidado**

**E. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p: 302-310, 2012.

DOI:10.4025/ciencucidsaude.v11i2.11181. Disponível em:

<https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v11i2.11181>.

STACCIARINI, J. M.;TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto , v. 9, n. 2, p. 17-25, Apr. 2001 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200003>.

SUOMINEN, K; ISOMETSA, E; HEILA, H; LONNQVIST, J; HENRIKSSON, M. General hospital suicides: a psychological autopsy study in Finland. **Gen. Hosp. Psychiatry.**, Nova York, Elsevier / North-Holland, v. 24, n. 6, p:412-6. 36, 2002. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>. Acesso em: 09 Set. 2020.

THOMAS, J., SANTOS, L. B. W., WETZEL, C., BARBBISAN, R. B. K. Implantação da consultoria de enfermagem psiquiátrica em hospital geral. **Clinical and Biomedical Research**, Porto Alegre, [S.l.], v. 27, n. 2, out. 2007. ISSN 2357-9730. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/2033>. Acesso em: 10 out. 2019.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRZEPACZ, P.T; TEAGUE, G.B; LIPOWSKI, Z.J. Delirium and other organic mental disorders in general hospital. **Gen. Hosp. Psychiatry.**, London, v.7, n 2 p:101-6, 1985. Disponível em: 12 abr. 2019. Disponível em: <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/56/7/742.full.pdf>. Acesso em: 20 de mai. 2019.

TOLTECA. Tolteca informática. **DSC Soft**. Disponível em: <http://www.tolteca.com.br/dscsoft20.aspx>. Acesso em: 02 mar. 2020.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016. 228 p.

VIOLA, A. C. S. **Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade: o Ministério Público e a desinstitucionalização em saúde mental**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015, 135 f.

ZOLNIEREK, C. D. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1570-83, 2009. DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x.. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493137/>. Acesso em: 14 out. 2018.

ZOLNIEREK *et al.* The importance of knowing the Patient. **Mental Health Nursing**, Austin, v. 32, p. 392–393, 2011. DOI: 10.3109/01612840.2011.565543. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51237788>. Acesso em: 20 out. 2019.

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. A Medical–surgical nurse’s perceptions of caring for a person with severe mental illness. **Journal of the American Psychiatric Nurses**

**Association.**, Virgínia, v. 18, no 4, p. 226-235, 2012. DOI:10.1177/1078390312446223.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1078390312446223>. Acesso em: 14 ju.2019.

**APÊNDICE A - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO FOCAL E ENTREVISTA**

**GRUPO FOCAL DE PESQUISA DO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE PÚBLICA - FIOCRUZ PERNANBUCO**



**Tema: Assistência à saúde mental de pacientes internados em hospital geral universitário por morbidade clínica.**

**Data: 12 ou 14/11/19  
Horário: 10h - 12h  
Local: Sala de aula 512 -  
Clínica Cirúrgica**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "Assistência à saúde mental de pacientes internados em hospital geral por morbidade clínica", o qual faz parte do Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco.

A pesquisa é do tipo quantitativa e qualitativa e tem como local de estudo o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA-Ufal. Os sujeitos são profissionais e residentes das clínicas médica, oncológica, cirúrgica e obstétrica, envolvidos com a assistência

Sua participação contribuirá para a discussão e construção de conhecimento acerca do tema.



**APÊNDICE C – PLANILHA DE GERENCIAMENTO DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL  
PROFESSOR ALBERTO ANTUNES – HUPAA – UFAL.**

Nº	ATEND.	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	PACIENTE	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	CIDADE	DATA ENTRADA	DATA SAÍDA	DIAS INTERN.	PARECER	SOLICITAÇÃO PARECER	RESPOSTA PARECER
1	810651	CLÍNICA OBSTÉTRICA -2º ANDAR	856367	FEM	27	MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO	SAO JOSE DA LAJE	29/03/2016	01/04/2016	3	PSIQUIATRIA		Foi abordada no leito, na companhia da mãe e do esposo. Dizia estar bem melhor, negou ideias suicidas, assim como, sentimentos depressivos, mas dizia querer muito receber alta e por este motivo "chantageou a equipe de que iria embora mesmo que precisasse pular a janela pra ir", mas ratificou que nunca faria isso, e que foi mais uma forma de conseguir ir embora. Queixa-se de insônia leve. Humor eutímico, afeto normomodulado, sem demais alterações ao exame mental. Hd: Paciente não apresenta transtorno psiquiátrico. Cd: Sugiro Fenegan 25mg se insônia.
2	818491	CLÍNICA OBSTÉTRICA-2º ANDAR	743792	FEM	29	NÃO INFORMADO	MACEIO	06/04/2016	11/04/2016	5	PSIQUIATRIA		Paciente com humor deprimido, com nível de ansiedade elevado, evidenciando desesperança, anedonia, sensação de não ter saída. Relata pensamento suicida (diz que já pensou em tomar veneno). Situação social precária, não tem companheiro, mora com a mãe (que diz ser acamada e sofrer de depressão), tem 3 irmãos, uma irmã foi presa ontem por envolvimento com tráfico de drogas. Tem mais dois filhos de pais diferente: uma de 4 anos que mora com ela e o mais novo (de 2 anos) mora com pai. Relata ter tentado aborto na gestação deste último, pois sofria agressões físicas e moral do pai deste filho. Hd: f32.2 Cd: Fluoxetina 20mg: 01 cp de manhã. Agendamos consulta para 13/12/17, às 13 horas.
3	206434	CLÍNICA OBSTÉTRICA-2º ANDAR	218375	FEM	33	MÉDIO	RIO LARGO	21/11/2019	26/11/2019	5	PSICOLOGIA		Puérpera teve parto normal de feto morto, encontra-se deprimida e chorosa. Puérpera mostrava-se no momento entristecida em decorrência da perda gestacional. Referindo ter sido sua primeira gestação e que foi acompanhada no pré-natal desde o início da gestação. Verbalizou que fez tudo conforme foi orientada durante o pré-natal, e não sabe o motivo do feto ter ido a óbito. Demonstrando dificuldade na elaboração da perda do feto, usa a fé como recurso para o enfrentamento e alívio do sofrimento. Realizado suporte emocional

Fonte: Núcleo de Tecnologia da Informação – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – Ufal, 2019.

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA ELABORAÇÃO DE PERFIL DOS  
PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

**1 Identificação:**

1.1 N° de identificação: \_\_\_\_\_

1.2 Idade: \_\_\_\_\_

1.3 Sexo: \_\_\_\_\_

**2 Qualificação profissional:**

2.1 Formação: \_\_\_\_\_

2.2 Tempo de formação: \_\_\_\_\_

2.3 Pós-graduação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.4 Cursos realizados na área de saúde mental: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3 Situação funcional no HUPAA – UFAL:**

3.1 Função: \_\_\_\_\_

3.1 Tempo de trabalho/residência no Hupaa – UFAL:

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE E – PERGUNTAS DISPARADORAS PARA GRUPO FOCAL E ENTREVISTAS.**

1. O que você entende por sofrimento mental?
2. Como você descreve a assistência às pessoas internadas que apresentam necessidades em saúde mental?
3. Quais as condições existentes no HUPAA para a atenção em saúde mental?
4. O que você conhece acerca da política nacional de saúde mental?
5. O que você conhece sobre a Reforma Psiquiátrica e/ou Luta Antimanicomial, e o que pensa a respeito delas?

## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **“Atenção à Saúde Mental de Pessoas Internadas em Hospital Geral Universitário: o olhar dos profissionais de saúde.”**

Você foi selecionada(o) por fazer parte da equipe que presta assistência pessoas internadas nas Clínicas Médica, Oncológica, Cirúrgica ou Obstétrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Para decidir participar, é importante que leia estas informações sobre a pesquisa e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a assistência prestada por profissionais de saúde a pessoas com necessidades em saúde mental, internadas em hospital geral universitário.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá mediante participação em grupo focal para coleta de dados ou realização de entrevista individual, conforme sua disponibilidade. O grupo focal e a entrevista têm a finalidade de conhecer a abordagem dos profissionais de saúde para com usuários que apresentam sofrimento mental durante internações clínicas e cirúrgicas; identificar limites e possibilidades observados pelos profissionais para o cuidado em saúde mental em internações e conhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais para garantia do direito à atenção integral às pessoas que apresentam necessidades em saúde mental nestas internações.

O grupo focal e a entrevista serão gravados e transcritos em sua íntegra. O único risco de sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas será garantido o total sigilo de suas informações pessoais, de forma que será diminuído. Este estudo não trará nenhum gasto para os participantes, pois será realizado no local de trabalho, em espaço reservado para a pesquisa, autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

Caso aceite participar, mesmo após assinar o consentimento você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos às suas relações de trabalho ou com a instituição de pesquisa.

O benefício relacionado à sua participação é a oferta de oportunidade de analisar a assistência a pessoas com necessidades em saúde mental em internações em hospital geral universitário, contribuindo para melhoria do processo de trabalho e, conseqüentemente, para a formação profissional, considerando que este é um hospital de ensino.

Na apresentação dos resultados deste estudo em eventos e/ou publicações científicas, sua identidade, assim como quaisquer formas de identificação, serão mantidas em total sigilo. Para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, em qualquer momento do estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Simone Cleide R. de Jesus, pelo telefone (082) 99994-9778, ou pelo endereço eletrônico [simone.rodrigues@hu.ufal.br](mailto:simone.rodrigues@hu.ufal.br)

Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, através do telefone (81) 2101.2639.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar. Minha participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, ficando uma delas em minha posse e a outra com a pesquisadora.

Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Maceió, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**APÊNDICE G – Formulário para transcrição de entrevista e grupo focal.**

**TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL**

Identificação do material	Ent01; PSI.01-A.,25Nov19
Folha de rosto	Entrevistadora: Simone
Identificação da entrevistadora, do entrevistado e da transcritora Local	Participantes: E versus Psico01, A.; Simone. Centro de Estudos – Hupaa - Ufal
Tipo de transcrição	Naturalista
Tempo de entrevista	21:46
Formatação do documento	Times New Roman; espaçamento simples; Linear, margens de 1,5, entrevistadora em negrito

<b>Ent:</b> O que você entende por sofrimento mental?
<b>Ent_2:</b> Como você descreve a abordagem dos profissionais de saúde para com usuários que apresentam necessidades em saúde mental.
<b>Ent_3:</b> Quais as condições existentes no HUPAA para a assistência em saúde mental em internações por morbidade clínica?

**APÊNDICE H – Relatório Técnico**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**SIMONE CLEIDE RODRIGUES DE JESUS**

**RELATÓRIO TÉCNICO**

Projeto de intervenção como contribuição ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, oriundo da dissertação de mestrado profissional apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz.

**RECIFE**

**2020**

**SIMONE CLEIDE RODRIGUES DE JESUS**

**RELATÓRIO TÉCNICO**

Projeto de intervenção como contribuição ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, oriundo da dissertação de mestrado profissional apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Naíde Teodósio Valois Santos

**RECIFE**

**2020**

## 1 INTRODUÇÃO

A área de saúde mental vem sendo bastante considerada nas últimas décadas tendo em vista que a população a nível mundial tem apresentado necessidades relacionadas ao tema. Tais necessidades estão relacionadas à prevalência global dos transtornos mentais e dos problemas psicossociais causados pelo uso do álcool e de outras drogas, representando tema relevante de saúde pública além de ter se tornado foco de discussões e pesquisas da comunidade científica.

Do ponto de vista da assistência em serviços de saúde observa-se que aproximadamente 30% dos pacientes internados para tratamento clínico ou cirúrgico em hospitais gerais fazem uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), bem como verifica-se que a maioria desses pacientes apresenta doenças clínicas relacionadas com a dependência química ou um transtorno mental (BOTEGA, 2012; MOLL, 2017).

A assistência a pacientes com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas em hospitais gerais envolvem uma maior complexidade se comparada aos demais pacientes em decorrência das particularidades existentes e da postura da equipe de saúde que os atende. Assim como é observado em hospitais gerais, estudos mostram que a dificuldade observada no manejo de pacientes com transtorno mental grave também pode ser observada em serviços ou setores voltados ao atendimento desta população em situações de crise psíquica (PAULON, 2012; DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011). No hospital geral as equipes de saúde, muitas vezes, não estão preparadas para atender às necessidades de assistência à condição clínica associada às condições psicossociais. (MOLL, 2017; HILDEBRANDT, 2016).

Por outro lado, cuidado realizado nos serviços de saúde em geral e no hospital em particular é de base, necessariamente multidisciplinar, construído a partir da coordenação do trabalho de profissionais de diversas áreas. Associado a isto as relações profissionais são permeadas por relações assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultando a colaboração indispensável entre aqueles que executam as tecnologias de saúde para a realização do cuidado. Este cuidado é direcionado ao paciente que busca o serviço de saúde para atendimento de uma necessidade específica. Sendo o hospital geral um espaço destinado ao cuidado de diversas especialidades constitui-se um espaço que demanda os mais variados atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes e práticas de trabalhadores num processo dialético de complementação e também de disputa que constroem o cuidado em saúde (MERHY, 2003).

O cuidado realizado pelas diversas áreas multiprofissionais, passam por processo de modificações continuamente, e assim, também acontece com a saúde mental, que nas últimas décadas vem exigindo uma maior aproximação do paciente, seja aquele portador de sofrimento psíquico ou pessoa com necessidade decorrente do uso de substância psicoativa. Para tanto, se faz necessário estabelecer uma relação interpessoal que permita reconhecê-lo como um sujeito de direito inserido num dado contexto histórico e de relações sociais. O trabalho dos profissionais precisa buscar o sentido do ser e do seu cuidar.

Ao considerarmos estes aspectos voltados para a atenção em saúde mental em hospital geral, em internações não psiquiátricas, verifica-se o grande desafio contribuir para a transformação dessa realidade considerando que as políticas públicas de saúde mental no Brasil têm levado em conta o hospital geral como recurso importante na rede de atenção psicossocial (PAES *et. al.*, 2013).

Este projeto de intervenção surgiu a partir da pesquisa de mestrado profissional em saúde pública da servidora do município de Maceió e da Universidade Federal de Alagoas. O estudo foi de tipo descritivo e exploratório em um hospital universitário do Nordeste do Brasil, e utilizou abordagem qualitativa e quantitativa para melhor compreensão do objeto. Para tanto buscou responder as seguintes questões norteadoras: Qual a abordagem dos profissionais de saúde para com pessoas que apresentam necessidades em saúde mental; número de internações, perfil dos usuários assistidos e equipe de saúde envolvidos na assistência; as possibilidades, limites e estratégias utilizadas para a efetivação do cuidado em saúde mental durante internações em hospital geral?

A pesquisa partiu do pressuposto de que profissionais de saúde em hospitais gerais tendem a apresentar resistência e medo em relação a este segmento populacional por preconceito presente no imaginário dos mesmos, sentimento de despreparo, e referência a condições organizacionais inadequadas que prejudicam a produção do cuidado.

Sendo assim, no projeto de intervenção realizado foram realizados dois grupos focais com profissionais e residentes componentes da equipe de saúde envolvida com a assistência aos usuário nas unidades de internação de clínica médica, oncologia, cirurgia e ginecologia-obstetrícia. Os grupos exploraram a pluralidade de idéias existentes entre os participantes e favoreceram a interação entre os mesmos contando com a moderação da pesquisadora. O primeiro grupo contou com 13 participantes e o segundo com 8 participantes representantes das diversas áreas que compõem a equipe multiprofissional de saúde envolvida com a assistência nas clínicas.

A discussão aconteceu a partir de perguntas disparadoras acerca do cotidiano nas clínicas e as práticas desenvolvidas em situações de saúde mental tomando por base os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os participantes opinaram e refletiram criticamente acerca de seus pensamentos e comportamento frente ao tema, ratificando o pressuposto da pesquisa, ao tempo em que reviam suas próprias opiniões e/ou influenciavam as opiniões dos demais e permitiam ao pesquisador aprofundar sua compreensão acerca das respostas obtidas.

Ao final dos grupos, os participantes destacaram a importância do espaço para a reflexão crítica das práticas de saúde e construção de novas estratégias de cuidado ressaltando o sentimento de despreparo para o manejo associado ao reconhecimento da importância do cuidado em equipe multiprofissional e baseado em abordagem psicossocial.

Desta forma, a pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar a discussão, considerando que a política de saúde mental, no que se refere ao hospital geral, vem sendo focada na assistência às pessoas que necessitam da urgência psiquiátrica e da internação psiquiátrica em leitos de atenção integral em saúde mental, mas não tem pensado sobre a atenção integral à saúde mental em leitos de internação não psiquiátrica em situações clínicas e cirúrgicas.

Neste contexto, o estudo proposto é relevante considerando a importância do tema para a saúde pública e quantidade reduzida de pesquisas sobre o tema no Brasil, bem como as contribuições que trará para a discussão acerca desta dimensão do cuidado ainda pouco explorada pela política de saúde mental, no sentido da formação profissional, produção de conhecimento e melhoria da prática de diversas áreas da saúde, atuantes neste hospital, voltadas para a comunidade em geral. Acredita-se que a compreensão destas questões contribui para a melhoria das ações de promoção, prevenção e tratamento das pessoas acometidas por sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral:

Realizar oficina de sensibilização sobre a atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário a partir da perspectiva psicossocial.

### 2.2. Objetivos Específicos:

- a) Favorecer reflexão acerca das práticas de saúde voltadas às pessoas que apresentam demandas em saúde mental durante internações não psiquiátricas neste hospital.
- b) Proporcionar discussão sobre as condições atuais para a realização da atenção em saúde mental no hospital pesquisado.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Organização Mundial de Saúde 25% da população mundial (um em cada quatro indivíduos) apresentam, pelo menos, um transtorno mental em dada fase de sua vida, de forma que 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou de transtornos relacionados ao uso nocivo de álcool e outras drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

No Brasil, as mudanças observadas na área da saúde mental aconteceram nos últimos trinta anos e são resposta ao descaso anteriormente verificado para com a assistência às pessoas que apresentavam transtornos mentais. Desta forma, estas mudanças aconteceram a partir da década de 90, impulsionadas pelos movimentos sociais, que lutavam pela redemocratização do país desde os anos 70, e encontraram inspiração nos pensadores da Reforma Psiquiátrica italiana, baseada em propostas alternativas ao modelo da psiquiatria tradicional (SPRICÍGO, 2002). Apesar disto, apenas em 2001, foi criada uma lei de caráter nacional, Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que propõe a desinstitucionalização e sua substituição por instituições abertas que preservem a integridade das pessoas com transtorno mental, garantindo uma assistência integral pautada nos princípios de inclusão, de solidariedade e de cidadania, constituindo-se em um resgate ético (BRASIL, 2001).

A lógica da desinstitucionalização implica desconstruir parâmetros da psiquiatria institucional com características de exclusão, segregação, práticas de confinamento e maus tratos. Para tanto requer uma atenção qualificada, com atuação no território, ou seja, no local em que o indivíduo com transtorno mental vive e mantém relações sociais (FREITAS; RIBEIRO, 2006; AMARANTE, 2009).

Nesta nova abordagem se faz necessário repensar o cuidado e as novas formas possíveis de tratamento para pessoas com transtornos mentais em serviços da rede hospitalar de atenção, levando-se em conta que este indivíduo é um cidadão autônomo, com condições, na maioria das vezes, de inserção ativa em seu processo terapêutico. Para tantas mudanças são necessárias por parte de todos os profissionais de saúde, no sentido de agir com cooperação, construindo objetivos comuns para intervir na realidade e nas possibilidades de atenção individualizada ao paciente com transtorno mental (JUNQUEIRA, 2000).

Ressalta-se que este tema ainda é pouco tratado ou discutido entre a equipe de saúde, comunidade acadêmica e também pelos gestores da Rede de Atenção Psicossocial, de maneira que os existentes tratam, em sua maioria, da assistência à pessoa em sofrimento psíquico em serviços de urgência e emergência psiquiátrica ou nas enfermarias de referência em saúde mental, bem como costumam ter foco nas opiniões e práticas médica e de enfermagem.

Ao longo da história as pessoas com sofrimento psíquico ou que fazem uso de substâncias ilícitas têm sofrido com o estigma da sociedade por apresentarem condutas e comportamentos diferentes dos considerados “normais” pela maioria da população.

Neste contexto o desafio da educação permanente é ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematização, e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (MERHY, 2005).

Oliveira e Guareschi (2010) ao refletirem sobre a formação em saúde para o SUS afirmam que a educação em serviço representa uma estratégia significativa das residências multiprofissionais em saúde por proporcionar aos trabalhadores o exercício contínuo de análise do sentido das práticas nos locais de produção, favorecendo a definição de ações questionadoras na ressignificação para aprendizagem. Desta forma, o rompimento da reprodução social de práticas hegemônicas e flexibilização dos procedimentos estabelecidos constitui-se em desafio a ser superado.

Vemos que a prática da assistência permite considerar que as pessoas acometidas por transtornos mentais também adoecem fisicamente, precisam de cuidados clínico-cirúrgicos e, para tal, são internadas em hospitais gerais. Assim, essas pessoas são atendidas por profissionais diversos, muitas vezes detentores de representações subjetivas.

Assim, compreende-se que a produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, verificado no exato momento em que o trabalho humano é executado determinando a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2002).

## **4 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **4.1 Local**

O projeto será desenvolvido no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas, na Região Metropolitana de Maceió, Alagoas, Nordeste do Brasil.

### **4.2 Participantes**

Equipe de saúde das diversas áreas existentes (enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional), a saber:

- a) Profissionais da equipe de saúde das unidades de internação para adultos (clínica médica, oncologia, cirurgia geral e especialidades e ginecologia/obstetrícia;
- b) Residentes médicos e multiprofissionais das unidades de internação anteriormente citadas às quais estão vinculados;

### **4.3 Estratégias utilizadas**

Serão entregues convites às chefias das unidades participantes visando sensibilizá-los para a importância da atividade permitindo a liberação de profissionais para participação da oficina durante o horário de trabalho em sala pertencente ao próprio hospital.

No segundo momento o convite impresso ou por meio digital será feito à equipe de saúde como estímulo à participação.

A discussão inicial será desenvolvida a partir da crônica “Desumano, puramente desumano”<sup>5</sup> texto inicial de abertura para estimular a reflexão e início das discussões buscando explorar as percepções dos participantes e dialogar acerca dos caminhos possíveis para a atenção à pessoa com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e modelo psicossocial de atenção à saúde mental.

A oficina será coordenada pela pesquisadora e profissionais da Unidade Psicossocial.

---

<sup>5</sup> Crônica publicada no jornal “Folha de São Paulo” em Janeiro de 1996.

#### 4.3.2 Recursos utilizados

A oficina será realizada em sala de aula climatizada existente próprio hospital e localizada em uma das clínicas participantes do estudo visando facilitar a adesão dos sujeitos.

Serão utilizados: música ambiente, crônica impressa para leitura, cadeiras postas em formato de roda e coffe breack de apoio para o conforto dos participantes.

## **5 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que as discussões e reflexões desenvolvidas na oficina desperte nos participantes um olhar sensível e crítico para a atenção à saúde mental desenvolvida nas clínicas favorecendo seu comprometimento com a mesma. Entende-se que o processo de educação permanente tem a capacidade de gerar na equipe de saúde mudanças na produção do cuidado e transformações da sua prática. Para tanto, é preciso ser capaz de problematizar a si mesmo no agir em seu próprio cotidiano.

### **5.1 AVALIAÇÃO**

A avaliação será feita pelos participantes ao final do encontro.

Em virtude da pandemia do novo Coronavírus e consequente medidas de proteção que não permitiam atividades em grupo, não foi possível realizar a oficina no período previsto pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública, ficando a mesma como proposta para efetivação em período posterior à mesma.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 6 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- AMADEI, J. R. P.; FERRAZ, V. C. F. **Guia para elaboração de referências: ABNT NBR 6023:2018**. Bauru, 2019. 54 p.
- BOTEGA, N.J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- FREITAS, F. F. P; RIBEIRO, G. A. Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia a Perúgia. **Estud. Psicol.(Natal)**, Natal, v.11, n 3, p:307-14, 2006. DOI 10.1590/S1413-294X2006000300008.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300008>. Acesso em: 23 fev. 2019.
- GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 135-159, jun. 2003. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 jul. 2019.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, São Paulo, v.34, n 6, p: 35-45, 2000.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. DOI 10.1590/S1414-32832005000100015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>. Acesso em 20 set. 2019.
- MERHY, E. E; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em:  
[https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias\\_do\\_Trabalho\\_e\\_Cuidado\\_em\\_Sa%C3%BAde.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf) . Acesso em 20 jan. 2020.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. Disponível em:  
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 06 mai. 2020.
- MOLL, M. F. *et al.* Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. **CogitareEnferm.** v. 22, n. 2, 2017. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49933>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- OLIVEIRA, C.F.; GUARESHI, N.M.F. Formação de profissionais para o sus: há brechas para novas formas de conhecimento? In: **Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (org.). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

Organização mundial de saúde. Improving health systems and services for mental health. 2009[citado em 2013 out. 22]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf). Acesso: 20 jul. 2019.

PAES, M. R; MAFTUM, M. A. Difficulties of nursing team of a general hospital in the care of patient with mental disorder. **J. Nurs. UFPE on line, Curitiba**, v.7 n.9, 2013. Disponível: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i9a13675p5566-5573-2013>. Acesso em: 27 ago. 2017.

PAULON, S.M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Rev. Polis e Psique**, Porto Alegre, v.2, n. temático, p.73-94, 2012. DOI <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40322>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40322>. Acesso em: 09 set. 2019.

SPRÍCIGO J. S. **Desinstitucionalização ou desospitalização: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis**. Florianópolis, 2002. 177 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

## ANEXO A: CARTA DE ACEITE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

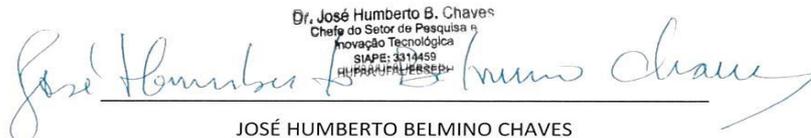
### Carta de Aceite

Maceió, 18 de julho de 2019.

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL PARA PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO POR COMORBIDADE CLÍNICA - 4º Clínica Médica”, protocolo 805, sob a coordenação local de **Paulette Cavalcanti de Albuquerque** obteve parecer **favorável** do Chefe de Pesquisa e Inovação Tecnológica da GEP/HUPAA/UFAL/EBSERH e somente será **AUTORIZADO** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Em tempo informamos que o **Hospital Universitário Professor Alberto Antunes** possui **infraestrutura adequada** para realização desse projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

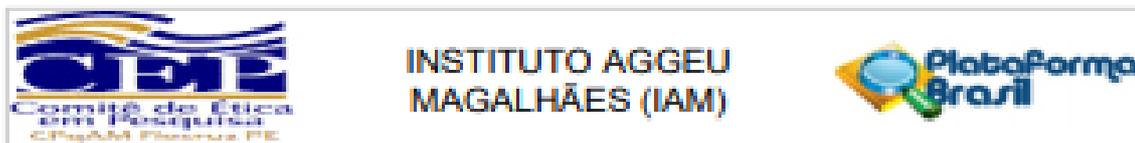
  
 Dr. José Humberto B. Chaves  
 Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
 SIAPE: 3314459  
 HUPAA/UFAL/EBSERH

JOSÉ HUMBERTO BELMINO CHAVES

Chefe de Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica

HUPAA/UFAL/EBSERH

## ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL PARA PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO POR COMORBIDADE CLÍNICA.

**Pesquisador:** SIMONE CLEIDE RODRIGUES DE JESUS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19581519.3.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.646.740

#### Apresentação do Projeto:

O projeto trata-se de uma Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública, que se propõe a analisar a assistência em saúde mental para pessoas internadas por morbidade clínica em enfermarias clínicas e cirúrgicas de um hospital geral universitário de médio porte em Maceió. O estudo será exploratório do tipo quantitativo e qualitativo, compreendendo o período entre janeiro de 2015 e janeiro de 2020. Para a coleta de dados serão utilizadas as seguintes técnicas e instrumentos: grupo focal, entrevista semiestruturada, revisão de prontuários e análise documental. A análise dos dados será feita por meio de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos sendo a análise dos dados coletados feita a partir de Análise do Discurso (AD).

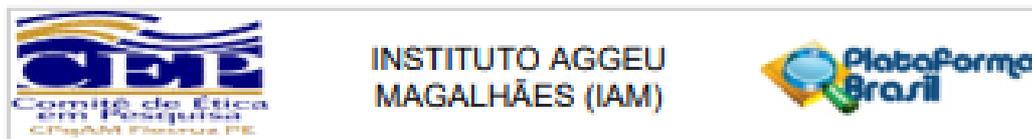
#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:** Analisar a assistência prestada por profissionais de saúde a pessoas com necessidades em saúde mental, internadas em hospital geral universitário por morbidade clínica.

#### Objetivos Específicos:

- a) Realizar levantamento de internações que apresentaram necessidades em saúde mental e de suas características;
- b) Descrever a abordagem dos profissionais de saúde para com usuários que apresentam

Endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.666.0163

podem expressar os discursos do coletivo que representam.

A seleção de profissionais será feita por amostragem, em função do período determinado para duração da pesquisa. Entre estes é relevante garantir, prioritariamente, a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais, por estarem mais diretamente ligados à identificação dos casos e atendimento das necessidades apresentadas pelos usuários com sofrimento mental. Os sujeitos serão convidados a participar da pesquisa mediante contato direto e presencial. Ao serem convidados, será esclarecido que a coleta de dados será realizada por meio de grupo focal. Os profissionais que apresentarem dificuldade em participar do grupo por questões de tempo ou por opção pessoal, serão convidados a participarem de entrevista individual.

A análise dos dados será feita por meio de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos sendo a análise dos dados coletados feita a partir de Análise do Discurso (AD).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados, sem pendências.

**Recomendações:**

Entrega de relatórios parciais e final, assim como informar qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto, em sua segunda versão, atende a todos os requisitos éticos, estando portanto APROVADO para se executado. O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br