

## Atendimento em enfermaria psiquiátrica: concepções dos profissionais de saúde

Larissa de Freitas,<sup>1</sup>  ★ Camila Mugnai Vieira<sup>II</sup> 

<sup>1</sup> Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

<sup>II</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, SP, Brasil

### Resumo

Buscou-se compreender as concepções de profissionais de uma enfermaria psiquiátrica referentes à organização do serviço e terapêutica oferecida, no que tange a aproximações e distanciamentos dos ideais da Reforma Psiquiátrica. A abordagem foi qualitativa e o tratamento dos dados baseou-se na técnica de Análise de Conteúdo Temática. Aplicou-se um questionário aberto, com temáticas referentes ao tratamento oferecido, planejamento e avaliação das ações, participação do usuário em seu tratamento, continuidade da assistência após a internação e a percepção dos profissionais sobre a enfermaria psiquiátrica. Participaram sete profissionais, sendo eles da área da enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e psiquiatria. De acordo com os resultados, os profissionais têm incorporado conceitos da Reforma Psiquiátrica; no entanto, encontram impasses, pois o cuidado ainda se mostra fragmentado e há espaços subutilizados para a comunicação da equipe. É essencial repensar formas de otimização do trabalho em equipe multiprofissional, com o propósito de proporcionar um cuidado integral.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde mental; psiquiatria.

## Attendance in psychiatric ward: healthcare professionals' conceptions

### Abstract

This study intended to understand the psychiatric ward professionals' conceptions concerning the organization of the provided service and therapeutics, with respect to the approach and distancing from the Psychiatric Reform ideals. The qualitative approach was adopted and the data was processed by using the Thematic Content Analysis. The data collection was performed by applying an open questionnaire, approaching themes related to the treatment, planning and evaluation of the actions, participation of the user in his/her treatment, continuity of the assistance after the admission period and professionals' perception about the psychiatric ward. The sample comprised seven professionals from the nursing, psychology, social service, occupational area and psychiatry areas. According to the results, the professionals have incorporated concepts resulting from the psychiatric reform; however, they find impasses, once the care is still fragmented and there are underused spaces for the team communication. With this respect, it would be important to rethink the multiprofessional team work optimization ways in order to provide an integral care.

Keywords: mental health; mental health services; psychiatry.

## Asistencia en un servicio de psiquiatria en hospital: concepciones de los profesionales de la salud

### Resumen

Se buscó comprender las concepciones de los profesionales de un pabellón psiquiátrico sobre la organización del servicio y la terapia ofrecida, en cuanto a enfoques y distancias de los ideales de la Reforma Psiquiátrica. El enfoque fue cualitativo y el procesamiento de datos se basó en la técnica de Análisis de Contenido Temático. Se aplicó un cuestionario abierto, con temas relacionados con el tratamiento ofrecido, la planificación y evaluación de las acciones, la participación del usuario en su tratamiento, la continuidad de la atención tras la hospitalización y la percepción de los profesionales sobre el servicio de psiquiatria. Participaron siete profesionales de las áreas de enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y psiquiatria. Según los resultados, los profesionales han incorporado conceptos de Reforma Psiquiátrica; sin embargo, se enfrentan a un callejón sin salida, ya que la atención aún está fragmentada y hay espacios infrutilizados para la comunicación del equipo. Es fundamental repensar formas de optimizar el trabajo en equipo multidisciplinario, con el propósito de brindar una atención integral.

Palabras clave: salud mental; servicios de salud mental; psiquiatria.

### Fundamentação teórica

No decorrer da história, a loucura se configurou como objeto de conhecimento, interpretação e práticas que correspondiam às condições sociais, econômicas, científicas e culturais próprias de cada período.

As primeiras tentativas de oferecer um sentido à experiência da loucura reportam-se à Grécia Antiga, momento em que prevalecia uma visão politeísta-animista do mundo e o comportamento humano era entendido como fruto da vontade dos deuses. Nesse contexto, a experiência da loucura não era concebida como algo negativo ou patológico, mas como um dom, inclusive a mesma palavra (*manike*) designava tanto o divino quanto o delirante, pois o delírio era visto como via de acesso a verdades divinas. O fato de a loucura ser considera-

\*Endereço para correspondência: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Rua Odilon Braga, 199 - Cj, Sebastião de Melo Cesar - Londrina, PR. CEP: 86084-600.

E-mails: [larissafreitas.psi@gmail.com](mailto:larissafreitas.psi@gmail.com), [camilamugnai@gmail.com](mailto:camilamugnai@gmail.com)

Os dados completos das autoras encontram-se ao final do artigo.



da uma dádiva não significa que os denominados loucos eram considerados normais, pois estes indivíduos eram isolados da sociedade, a fim de separar o mundano do sagrado. Reservava-se ao louco o lugar de mensageiro da palavra divina, o elo entre o mundo espiritual e o terreno. Tal concepção místico-religiosa de loucura foi preponderante até meados da Idade Média (CARDOSO, 2004; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Posteriormente, mas ainda na Grécia Antiga, foram construídas explicações psicológicas e orgânicas para o sofrimento psíquico. Quanto à concepção psicológica, esta deixava de atribuir à loucura a vivência de um episódio dramático imposto pelos deuses e passava a relacionar a perda da racionalidade à consequência do conflito entre razão e emoção, o que, apesar de ser considerado um fenômeno humano, não era entendido como normal. Já a visão orgânica, que tem como representante Hipócrates, entendia a loucura como decorrente de um desarranjo de natureza corporal, concepção que passa a atribuir sentido patológico à loucura, na medida em que a assinala como um desequilíbrio orgânico, além do desejo do indivíduo (CARDOSO, 2004).

Na Idade Média, com o predomínio do pensamento cristão, ocorreu o retorno da visão religiosa da loucura. Neste momento, entendia-se a loucura como uma possessão demoníaca, determinada por castigo divino, o que, segundo Cardoso (2004), atribuía ao desvario uma carga de culpa.

De acordo com Foucault (1978), durante a Alta Idade Média os maiores excluídos da sociedade eram os leprosos, sendo a lepra considerada um castigo divino, que causava terror na sociedade e destinava seus portadores à exclusão. No final do século XIV, com a redução dos focos de infecção no Oriente, a lepra foi consideravelmente eliminada; no entanto, os valores e imagens ligados à figura do leproso permaneceram. Inicialmente a lepra foi “substituída” pelas doenças venéreas, e seus portadores eram destinados a diversos hospitais, barracas e casebres antes tomados pelos leprosos. Transcorreram quase dois séculos até que a loucura assumisse definitivamente a sucessão da lepra entre os “medos seculares” e suscitasse, como ela, reações de segregação, exclusão e purificação.

Assim, os denominados loucos eram confinados em grandes asilos e hospitais, os quais não possuíam nenhum caráter terapêutico, apenas serviam para a reclusão dos que não faziam parte da sociedade, os indesejáveis, como inválidos e mendigos.

A partir do Renascimento, as práticas exorcísticas foram gradualmente abandonadas. Vislumbravam-se mudanças nos modos de entender a loucura. O século XVIII marcou a apreensão da loucura como objeto de saber médico (SILVEIRA; BRAGA, 2005), caracterizando-a como doença mental. É o “século das luzes”, no qual a razão ocupou lugar central, tornando-se instrumento para o homem conquistar a liberdade e a felicidade. Com a valorização do pensamento científico, o hospital surgiu como espaço terapêutico.

Nesse contexto, surgiu a figura de Philippe Pinel, que passou a destinar as instituições asilares apenas aos loucos e pensá-las como lugar de cuidado dos doentes mentais. Segundo Foucault (1978), Pinel criou o “encadeamento moral”, pois o tratamento nos manicômios proposto por ele fundamentava-se na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento às condutas inoportunas. Deste modo, surgiu uma minuciosa delimitação desse espaço físico, onde eram basais os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma a garantir que nenhum pormenor escapasse a esse saber. Este espaço proporcionava a institucionalização das relações, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de seus vínculos exteriores. Segundo Goffman (2001), isso fomentava o processo de “mortificação do eu”, o qual anula as singularidades, o conjunto de identidade, e retira do sujeito seu papel na vida civil.

A crença que fundamentava esse modelo concebia os loucos como seres perigosos e impertinentes, os quais, por serem “doentes”, não estariam aptos a viver de acordo com as normas sociais. Deslocou-se, então, o saber desse sujeito acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença para o especialista (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Deste modo, com o tratamento de Pinel fortaleceu-se a relação assimétrica de poder entre o médico, seu corpo técnico de auxiliares e os doentes.

De acordo com Nicacio (2011, p. 612):

A visão predominante entre nós a respeito do legado de Pinel foi muito determinada pela leitura de Foucault, para quem Pinel, mais do que humanizar os métodos de tratamento, estreitou o controle sobre os loucos. Ao arrebitar as correntes dos loucos, ele promoveu o encarceramento moral da loucura no conceito de doença mental. Decorre daí a compreensão da psiquiatria como prática disciplinadora que veicula e reforça a violência repressiva promovida pela sociedade.

Paralelamente, no Brasil no século XIX, com a chegada da Família Real, foi criado o primeiro lugar específico para acolhimento e tratamento de doentes mentais. Fundou-se o Hospital Dom Pedro II devido à pressão de um grupo de médicos da nascente Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Até então, os loucos brasileiros eram deixados em condições deploráveis em porões das Santas Casas de Misericórdia ou perambulavam pelas ruas (AMARANTE, 1994).

No Brasil, o processo de exclusão iniciou-se identificado com os ideais franceses, de modo que o local destinado aos loucos foi planejado para ser organizado por idade, sexo e diagnóstico, distante dos centros urbanos e ainda vinculado a cuidados religiosos, devido à enfermagem persistir sob a tutela das Santas Casas.

Com o passar do tempo, o Hospital Dom Pedro II encontrava-se superlotado, e a classe médica passou a se incomodar por dividir a direção com a Santa Casa. Nesta conjuntura, o Estado apoiou a psiquiatria, ajudando-a a se firmar como possuidora do poder sobre a loucura, pois

se entendia que somente ela poderia evitar os cronificados no sistema e reabilitar os recém-adoecidos à vida social (AMARANTE, 1994).

Em 1903, Juliano Moreira assumiu a direção do hospício e da assistência aos alienados. Conhecido como o “Mestre da Psiquiatria Brasileira”, trouxe ao Brasil a Escola Psiquiátrica Alemã, que passou a constituir a visão dominante, em detrimento da visão francesa. Uma importante consequência do atrelamento da psiquiatria brasileira à alemã foi o grande enfoque dado ao biologicismo, que passou a explicar a origem e prognóstico das doenças mentais (AMARANTE, 1994).

Nos anos 1930, a psiquiatria apropriou-se de novas técnicas, como o choque insulínico, eletroconvulsoterapia e as lobotomias, levando a crer que finalmente se havia encontrado a cura para a loucura. Com tais técnicas, a psiquiatria tornou-se mais poderosa e o asilamento mais frequente.

Em 1945 foi publicado o Código Brasileiro de Saúde, o qual passou a desaprovar o uso de expressões como “hospício, asilo, retiro” e indicou chamar-se “hospital” o local da assistência psiquiátrica. Também suprimiu termos como “doido, louco, alienado e alienista”; no entanto, em nada transformou o cenário da assistência, apenas ampliando a rede de serviços públicos com novos hospitais (GONÇALVES, 2001).

Na década de 1950, o processo de “psiquiatrização” foi fortalecido com a invenção dos primeiros neurolépticos. Com a síntese da clorpromazina, seguida pela descoberta de outros medicamentos psicofarmacológicos, a psiquiatria adentrava sua “era farmacológica”, fato que lhe possibilitou alcançar legitimidade científica (FERAZZA et al., 2010).

A partir da Segunda Guerra Mundial, surgiram diversas experiências de reformas psiquiátricas pelo mundo que começaram a questionar a assistência hospitalocêntrica, dentre as quais se destacavam as comunidades terapêuticas, a psiquiatria preventiva e a comunitária, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática. No Brasil, contudo, como aponta Amarante (1994), tais experiências tinham o traço de marginalidade, tratavam-se apenas de experiências locais. A psiquiatria brasileira manteve-se alheia a tais novidades terapêuticas até a década de 70, quando, além da inviabilidade econômica dos grandes asilos, sua ineficiência tornou-se insustentável. Eclodiram denúncias de fraudes no sistema financeiro dos serviços, e principalmente denúncias quanto ao abandono, violência e maus-tratos aos pacientes internados em muitos dos hospícios do país (TENÓRIO, 2002).

Assim, na década de 1970, em um contexto de combate ao Estado Autoritário Brasileiro, iniciaram-se questionamentos que desencadearam a Reforma Psiquiátrica, a qual Amarante (1994) propôs que fosse compreendida como um “processo social complexo”, pois a palavra processo nos remete a pensar em algo “em permanente movimento, sem um fim predeterminado, nem objetivo último ou ótimo” (YASUI, 2010, p. 185).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve suas raízes na antipsiquiatria da Inglaterra, que pela primeira vez questionou a loucura como doença de dentro do campo médico, e inspirou as reformas no modelo asilar italiano. Na Itália, a reforma foi liderada por Basaglia, que propôs a gradual substituição do modelo asilar por serviços que realmente possuíssem funções terapêuticas e socialmente integradoras (GONÇALVES, 2001).

Em 1978, criou-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da saúde pública, que unia reivindicações trabalhistas e discurso em prol do atendimento humanizado (GAIOTO, 2013).

Em 1987, ocorreram a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde, que proporcionaram o aumento dos atores sociais envolvidos com a Reforma Psiquiátrica. Para Tenório (2002), a I Conferência marca o início da trajetória de desconstrução do cotidiano das instituições e das formas enraizadas de lidar com a loucura. Tal conferência estabeleceu o tema: “Por uma sociedade sem manicômios”. A participação mais ativa dos agora denominados “usuários dos serviços de saúde mental” (em substituição ao termo “paciente”) e de seus familiares passou a ser uma característica marcante do processo.

Neste ponto, Tenório (2002) destacou a necessidade de uma reformulação conceitual quanto ao significado de doença mental, pois esta deve ser vista como uma questão de existência, e não meramente como remissão de sintomas, de modo que o saber psiquiátrico não seja dispensado, mas incorpore outras preocupações e outros conhecimentos, uma perspectiva consagrada pela expressão “clínica ampliada”.

A década de 1980 ainda testemunhou a criação de experiências institucionais substitutivas bem-sucedidas, como o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), que principiou a construção de um exemplar Programa de Saúde Mental (TENÓRIO, 2002).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado propôs o Projeto de Lei 3.657/1989 (BRASIL, 1989), que visava à extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. O projeto dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental.

Assim, a década de 1990 assistiu ao desenvolvimento e à consolidação do cenário da Reforma Psiquiátrica. Hospitais psiquiátricos foram substituídos por novas modalidades de atenção psiquiátricas, como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospital Dia (HD); Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral e Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG).

Apenas em 2001, após mais de 10 anos do Projeto de Lei 3.657/1989 e amplas discussões entre os serviços de saúde mental, trabalhadores da área, usuários do serviço

e seus familiares, foi publicada a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que indicou os caminhos para garantir ao cidadão com transtorno mental o melhor tratamento possível, resguardando a sua singularidade e o protegendo de possíveis violações de direito (CASTRO; SILVA, 2020). A Lei é clara quanto ao objetivo de “reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001, p. 2).

Somente em 2011, com a Portaria nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, que objetivou organizar a atenção à saúde mental, definindo e articulando os serviços, com o respeito à autonomia dos usuários e visando à integralidade do cuidado, propondo o atendimento à pessoa com sofrimento psíquico sem o rompimento de seus vínculos sociais. A RAPS foi concebida tendo como componentes a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter provisório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Dentro da atenção hospitalar, a Portaria nº 3.088/2011 propôs a enfermagem especializada dentro do Hospital Geral como uma das estratégias de cuidado. Uma UPHG foi o cenário deste estudo. Para Tenório (2002), esta modalidade de serviço possui a função de proporcionar uma retaguarda hospitalar à rede de atenção psicossocial, pois se trata de mais um recurso que busca evitar as internações prolongadas, a perda de identidade e dos vínculos sociais (BRASIL, 2011; MACENA; CAPOCCI, 2004).

A UPHG desponta como uma alternativa ao serviço manicomial, pois propicia a diminuição do estigma da doença mental e a redução da exclusão social, evitando isolamento e promovendo maior transparência da prática psiquiátrica, menor duração da internação e maior possibilidade de reinserção social, devido ao maior contato com a família e com a comunidade de origem (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Porém, há desvantagens também, que englobam a arquitetura médico-hospitalar, uma vez que o paciente psiquiátrico, em sua grande maioria, não fica acamado, sendo necessário um espaço diferente do hospitalar para circulação e atividades socioterápicas, que raramente se encontram disponíveis. Além disso, geralmente os casos mais graves não são atendidos em UPHGs, havendo grande probabilidade de os pacientes ainda serem encaminhados a manicômios (MACENA; CAPOCCI, 2004).

Hildebrandt e Alencastre (2001) apontaram que há uma complexa rede de sentidos que leva as equipes a não atenderem indivíduos agressivos, desorientados e agitados no Hospital Geral, e consideram o quanto esse comportamento, na verdade, revela a resistência em tolerar a figura do louco. Segundo os autores, isso denota haver, por parte desses profissionais, a concepção de que o lugar apropriado para tratar esses casos seria, de fato, um manicômio, fechado, com janelas reforçadas e grandes equipes capazes de conter imprevistos, embora comu-

mente justifiquem a rejeição aos pacientes psiquiátricos sob a alegação de falta de estrutura física e de membros da equipe para acolhê-los.

Hildebrandt e Alencastre (2001) apontam, ainda, alguns fatores que promovem a reprodução dessa situação, como, por exemplo, equipes pouco envolvidas com o cuidado do paciente psiquiátrico e, por conseguinte, com os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo com os autores, princípios como a incurabilidade, imprevisibilidade e periculosidade do doente mental ainda permeiam o imaginário das equipes, e são responsáveis inclusive pela resistência ao cuidado a esses indivíduos. Dentro de uma nova perspectiva de atenção, é de extrema importância que o cuidado proporcionado por tais equipes não reproduza relações manicômias ao atender pessoas com transtorno mental no Hospital Geral.

As concepções acerca dos transtornos mentais permeiam a prática dos profissionais de saúde que, mesmo nos serviços substitutivos, podem repetir a mesma lógica que leva à segregação (YASUI, 2010). Assim, considerando a unidade psiquiátrica em Hospital Geral como uma retaguarda hospitalar à rede de atenção psicossocial, faz-se importante pesquisar as concepções dos profissionais desses serviços para que se analise se os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira têm sido consolidados ou obstaculizados. Afinal, Hildebrandt e Alencastre (2001) apontaram o risco da mera substituição do manicômio por “minimanicômios” em hospitais gerais.

Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), no período entre 1989 e 2016 o modelo de cuidado baseado nos ideais da Reforma Psiquiátrica avançou de forma contínua, mesmo que vagarosamente. Porém, a partir de dezembro de 2016 até maio de 2019 foram editados 15 documentos normativos que visaram a instituir uma “Nova Política de Saúde Mental”. A partir de então nota-se que houve uma mudança de rumos da política de cuidado em saúde mental que vinha sendo estabelecida, redirecionando-se ao modelo anterior à Reforma Psiquiátrica, em que o cuidado tem a característica asilar e hospitalar, e se contrapõe aos serviços de base comunitária.

Nesse cenário, duas publicações oficiais do Ministério da Saúde destacaram-se: a Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017) e a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019). Ambas convergem quanto ao direcionamento de uma atenção centrada no modelo hospitalar, que retira o sujeito em sofrimento psíquico de seu meio social. Em especial, a Nota Técnica explicita que deixa de existir a noção de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, e salienta que os considera como parte da atenção ao usuário de serviços em saúde mental, o que segue na contramão da política de desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Uma vez que as ações de internação têm sido privilegiadas na atual política nacional de atenção à saúde mental, torna-se necessário refletir sobre as concepções dos profissionais de saúde para o atendimento dos usuários de serviços de saúde mental, não perdendo de vista que

estes são sujeitos de direitos inseridos num contexto social, o qual pode facilitar ou dificultar suas condições de saúde. Nesse sentido, o presente estudo analisou as concepções dos profissionais de uma enfermaria psiquiátrica em relação à terapêutica oferecida e sua compreensão acerca do papel da enfermaria quanto às suas fragilidades e fortalezas e distanciamentos e aproximações com os ideais da Reforma Psiquiátrica.

### Método

Os critérios éticos das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos foram respeitados, conforme a Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, tendo sido o projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob o número 638.110. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o direito ao anonimato e a possibilidade de se retirarem do estudo a qualquer momento.

A presente pesquisa foi realizada em uma Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral, localizada em uma cidade do interior paulista, com cerca de 240 mil habitantes.

A enfermaria era composta por 18 leitos e era mista quanto ao gênero, sendo apenas os quartos divididos entre masculinos e femininos. Proporcionava atendimento a crianças, adolescentes, adultos e idosos. Seu espaço físico era constituído por nove quartos, com dois leitos cada um e banheiro privativo, um espaço multifuncional, disponibilizado para as refeições, atividades de terapia ocupacional e interação, composto por sofás, mesas e aparelhos de som e televisão. A unidade também possuía cozinha, posto de enfermagem, área externa e uma sala na qual ocorriam as reuniões de equipe, supervisões clínicas, bem como sessões de grupos terapêuticos e de familiares. Como a enfermaria se situava em um hospital universitário, as ações de assistência encontravam-se associadas à finalidade de ensino.

Foi convidada a participar da pesquisa a equipe de profissionais que atua no turno diurno, de segunda à sexta. A escolha desse grupo ocorreu por ser esta a equipe que participa e está mais próxima das reuniões semanais responsáveis pelas delimitações das condutas. Assim, participaram da pesquisa dois enfermeiros assistenciais, quatro auxiliares de enfermagem, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um psiquiatra docente e quatro residentes de psiquiatria.

Dentre os convidados, sete profissionais da enfermaria psiquiátrica aceitaram participar da pesquisa e responderam ao questionário, respectivamente um enfermeiro assistencial, um auxiliar de enfermagem, um assistente social, um terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um psiquiatra docente e um residente de psiquiatria.

Três dos sete sujeitos realizaram alguma espécie de capacitação para trabalhar na área de saúde mental, como residência médica em psiquiatria ou especialização em saúde mental. O tempo médio de experiência nesta área foi de 8,77 anos, que variou de um ano e quatro meses a 28 anos de experiência, apresentando desvio padrão de

9,28 anos. Já a idade média dos participantes foi de 39 anos, que variou entre 26 a 53 anos, com desvio padrão de 10 anos. A maioria dos participantes foi do gênero feminino, o que correspondeu a cinco dos sete sujeitos que responderam ao questionário.

Foi utilizado como instrumento para esta pesquisa de campo um questionário aberto, estruturado e elaborado pelas pesquisadoras. O questionário continha questões abertas que abordavam, além de dados do sujeito, as temáticas: formas de tratamento oferecidas pela enfermaria psiquiátrica, planejamento e avaliação das ações terapêuticas, participação do usuário de serviço de saúde mental em seu tratamento, continuidade da assistência após o período de internação e a percepção que os profissionais de saúde mental possuem do papel da enfermaria psiquiátrica.

O instrumento foi testado em uma amostra piloto a fim de que fossem analisadas questões como adequabilidade da linguagem utilizada e fossem identificadas duplicidade de questões ou questões desnecessárias. Cada participante da pesquisa foi abordado individualmente e orientado sobre os objetivos da pesquisa, sendo requisitado seu consentimento. O questionário foi entregue aos participantes, que tiveram cerca de uma semana para respondê-lo por escrito e entregar à pesquisadora.

A análise de dados foi realizada mediante a técnica de Análise de Conteúdo Temática, idealizada por Bardin (2011). Esta técnica compõe-se de três fases, realizadas nesta pesquisa como descrição a seguir: 1) Pré-Análise: fase de organização de ideias. Nesta etapa, as respostas dadas ao questionário foram digitadas literalmente e organizadas em arquivos separados por questão. Realizou-se a leitura de todas as respostas para cada questão repetidas vezes. 2) Exploração: nesta etapa, foram identificadas as ideias centrais encontradas no discurso dos participantes, e buscou-se organizá-las em categorias, que são expressões ou palavras significativas em torno das quais o conteúdo de uma fala e as ideias centrais dela foram organizados. Em um segundo momento, ocorreu a organização das mensagens a partir dos elementos fragmentados, chegando-se a subcategorias. Ao final, as categorias foram integradas em Blocos Temáticos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: neste momento, foram realizadas inferências e interpretações, relacionando os resultados ao quadro teórico.

### Resultados e discussão

Nos resultados sobre as concepções dos profissionais da enfermaria psiquiátrica acerca do serviço prestado, foram evidenciados dois blocos temáticos: 1) descrição do funcionamento da enfermaria psiquiátrica; e 2) percepções sobre o próprio serviço.

### **Bloco temático 1: Descrição do funcionamento da enfermagem psiquiátrica**

As modalidades de tratamento oferecidas pela enfermagem psiquiátrica citadas pelos sujeitos foram: os tratamentos medicamentoso e psicológico e a abordagem da terapia ocupacional. Eles descreveram tanto abordagens individuais quanto grupais. Cinco dos sete profissionais enfatizaram que as abordagens são estendidas aos familiares, tanto de modo individualizado quanto em relação a um grupo de familiares. Como descreveu S3:<sup>1</sup> “São oferecidos: tratamento psiquiátrico individual, abordagem familiar individual (uma família) e grupal, abordagem em terapia ocupacional (individual e grupal) e psicológica (individual)”.

Esta descrição aparece em consonância com o previsto na Portaria 224/1992, que estabelece as diretrizes de funcionamento dos serviços de saúde mental e determina que a unidade psiquiátrica em Hospital Geral deve oferecer avaliação médico-psicológica e social, atendimentos individuais e grupais, bem como abordagem estendida ao familiar (BRASIL, 1992). Também se coaduna com a Portaria 3.088/2011, que pontua que o atendimento em uma enfermagem especializada deve propor terapêuticas multidisciplinares (BRASIL, 2011).

Em relação ao modo como as ações terapêuticas são planejadas e avaliadas pela equipe, foram apontadas três categorias: reuniões clínicas semanais de equipe, reuniões de cada núcleo de saber específico e a reunião que indicou o médico como a figura central no planejamento.

A primeira categoria, presente em seis entre os sete sujeitos da pesquisa, enfatiza que os planejamentos e avaliações das ações ocorrem em reuniões clínicas semanais onde há a presença de profissionais de ensino superior da equipe de saúde.

Três profissionais apontaram que, além das reuniões semanais de discussão de casos, também ocorrem reuniões de cada área específica de saber, que visam à elaboração do próprio plano terapêutico, bem como tem a função de supervisão para os profissionais que estão em formação na unidade de psiquiatria (estagiários, aprimorandos de psicologia, residentes multiprofissionais e residentes médicos).

A terceira categoria é representada por um profissional, que afirmou que os planejamentos e avaliações ocorrem conforme indicação médica, o que explicita, ainda, resquícios da lógica biomédica neste ambiente substitutivo.

Tais respostas nos fazem refletir sobre o momento de transição paradigmática presente nos cenários substitutivos, assim como aponta Machado, V. e Santos (2013), nos quais coexistem modelos antagônicos, como, por exemplo, o biomédico e o biopsicossocial. Os autores atentam para o cuidado, para que uma nova configuração, como uma equipe multiprofissional que se reúne semanalmente para discutir os casos, não se organize como o antigo instituído, marcado pela predominância do poder médico e da fragmentação das ações.

Quando questionados se há trabalhos realizados após o período de internação, todos os sujeitos apontaram a ocorrência de uma continuidade extra-hospitalar do atendimento, e que esta continuidade se dá, principalmente, por meio do Ambulatório, no Programa de Egressos, conforme avaliação de indicação, localizado na mesma estrutura hospitalar. Um sujeito destacou que, quando necessário, são realizados encaminhamentos aos serviços de saúde ou assistenciais, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para acompanhamento do paciente e do seu familiar. Mas um outro sujeito apontou que a rede básica municipal e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem uma menor integração com a enfermagem psiquiátrica.

A valorização da continuidade da assistência ressaltada pelos sujeitos encontra-se em consonância com a literatura publicada; afinal, a internação em Hospital Geral prioriza uma duração menor, portanto exige que o usuário do serviço tenha um suporte no período pós-alta (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001; OLIVEIRA, 2013; DALGALARRONDO, 1990).

Essa valorização evidencia a concepção da internação não como a totalidade da terapêutica, mas como uma parte do tratamento que é indicada a alguns usuários em situações específicas de crise. No entanto, embora se enfatize a necessidade da continuidade extra-hospitalar, esta ocorre predominantemente por meio do ambulatório de saúde mental. De acordo com Lucchesi (2001), a menor integração de unidades psiquiátricas em Hospital Geral com serviços da rede municipal possivelmente ocorre pelo desconhecimento da estrutura e funcionamento da mesma.

Essa pouca integração com os serviços da rede municipal é um desafio também enfrentado por outros elementos da RAPS, como a Atenção Básica e os CAPS (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Leão e Batista (2020) enfatizam que para ultrapassar a lógica manicomial é necessária uma articulação com os diferentes serviços substitutivos da rede de atenção à saúde. A maior integração entre os serviços, por meio do aumento de espaços de diálogos da rede de atenção à saúde, poderia possibilitar maior acolhimento das situações de sofrimento psíquico e maior corresponsabilidade dos serviços com o usuário.

### **Bloco temático 2: percepções sobre o funcionamento do serviço**

Quando questionados se ocorre a participação do sujeito em seu próprio tratamento dentro da enfermagem psiquiátrica, os profissionais forneceram três tipos de respostas: sim, não e relativamente.

Entre os que afirmaram que sim, que a participação se efetiva, encontramos os que declararam que as necessidades dos pacientes são discutidas e pactuadas entre os pacientes, familiares e equipe, considerando o acolhimento e a responsabilidade do próprio paciente pelo seu tratamento. Já S6 afirmou que “a participação é estimulada, eles buscam sensibilizar em relação à patologia e adesão ao tratamento para que mantenha o equilíbrio e permaneça em seu meio”. No mesmo sentido, outro sujeito afirmou que a participação ocorre, pois durante a

<sup>1</sup> “S” significa “Sujeito da pesquisa”, e o número a seguir é apenas uma forma de identificá-lo no grupo de participantes.

internação tenta-se explorar, com o paciente, respostas terapêuticas, efeitos colaterais, diagnóstico e prognóstico, com a equipe multiprofissional e médica. A participação é entendida como a família e o paciente recebendo informações a partir da equipe.

Outra categoria, representada por um sujeito, concebeu que o usuário do serviço não participa do tratamento, visto que o considera essencialmente medicamentoso, e que o usuário apenas recebe as informações da equipe sobre o que será realizado.

Outros três profissionais consideraram que a participação do paciente no próprio tratamento ocorre, mas de forma limitada, em função da iniciativa da equipe; contudo, esta se encontra restringida por conta de dificuldades por parte da enfermaria, dos familiares e dos próprios pacientes. Como ilustra a fala de S4,

*Durante todo o período de internação é priorizado o envolvimento do paciente e da família. No entanto, devido às condições do paciente no momento da crise, na maioria das vezes não ocorre coparticipação. Por vezes ocorre dificuldade da família e do paciente aceitar ser portador de um transtorno mental [...].*

Assim, encontramos uma diversidade de entendimentos sobre a participação do paciente no próprio tratamento e como esta se efetiva. Para Costa-Rosa (2000), a participação do usuário em seu tratamento, dentro do paradigma da Reforma Psiquiátrica, não deve se constituir como mero recebimento de informações, visto que isso caracteriza, por parte dos profissionais, uma postura orientadora, típica do modo asilar. Segundo o autor:

No modo asilar são altamente sublinhadas as estratificações de poder e saber, mesmo no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e população, que estão excluídos de qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo (COSTA-ROSA, 2000, p. 159).

Yasui (2010) enfatiza que a Reforma Psiquiátrica se caracterizou justamente pela transformação da concepção do usuário do serviço de objeto de cuidado para sujeito implicado com o próprio tratamento. Desta forma, também se modifica a compreensão de participação no tratamento, que deixa de ser passiva, de recebimento, para ser ativa, de construção conjunta e corresponsabilidade.

Este é um ponto importante para ser discutido em equipe, pois esta mudança de concepção se efetiva por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional que atue de modo interdisciplinar, ou seja, que se distancia de um padrão fragmentado, com foco na especialização dos saberes, que supere este *modus operandi* em favor de um intercâmbio de saberes e práticas, o que implica também uma horizontalidade das relações de poder, tanto entre os profissionais quanto em relação aos usuários (PEDUZZI, 2001; YASUI, 2010).

No que tange à percepção que os profissionais da enfermaria psiquiátrica possuem do funcionamento do próprio serviço, foi requisitado que indicassem os pontos positivos e negativos. Assim, destacaram-se três categorias, que contemplam aspectos favoráveis e desfavoráveis do serviço (subcategorias), sendo elas: 1) Estrutura; 2) Recursos Humanos; e 3) Terapêutica.

O Quadro 1 indica os resultados obtidos referentes à categoria Estrutura, organizados em aspectos positivos e negativos evidenciados.

Quadro 1 – Estrutura da Enfermaria Psiquiátrica segundo os participantes

| Positivos                                | Negativos                                  |
|--|--|
| Localização em Hospital Geral            | Crítérios de internação não atendidos      |
| Acompanhamento integral, por 24 horas    | Articulação empobrecida com outros setores |
| Internação de menor duração              | Falta de estrutura apropriada              |
| Serviço associado a atividades de ensino |  |
| Ações intersetoriais                     |  |

Fonte: elaborado pelas autoras.

A categoria “Estrutura” trouxe características decorrentes de se tratar de um serviço de internação situado em um Hospital Geral. Deste modo, os participantes indicaram como pontos positivos o acompanhamento integral e uma média de permanência menor que em hospital psiquiátrico. Também foi apontado como positivo o fato de ser um serviço em que a assistência está associada a atividades de ensino e que, portanto, comporta programas de residência médico-psiquiátrica e multiprofissional em saúde mental. Foi destacada, ainda, a possibilidade de articular ações intersetoriais, como o serviço de nutrição, ou demais especialidades do hospital. Quanto aos aspectos negativos relacionados a questões estruturais da enfermaria, os participantes ressaltaram a percepção de que, em alguns casos, os critérios de internação não são atendidos, visto que o encaminhamento para a internação ocorre a partir de outro setor, bem como entendem que a articulação com os outros setores do hospital ocorre de forma empobrecida. Além disso, apontaram a falta de estrutura física apropriada.

Nesse sentido, a literatura reitera os pontos positivos dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pois considera que essa modalidade de tratamento se articula ao movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica, pois evita internações prolongadas, o que, segundo Dalgarrondo (1990), contribui para diminuir um padrão de reinternações, uma vez que, devido à sua brevidade, deixam de ser entendidas como a única forma de lidar com o usuário de serviço de saúde mental. Moreira, Crippa e Zuardi (2002) aludem que o tratamento em unidades psiquiátricas em Hospital Geral apresenta um resultado para além da remissão dos sintomas psiquiátricos, colaborando para a reinserção social dos usuários, principalmente quando há a participação dos familiares no tratamento.

Também por se tratar de um Hospital Geral que atende a uma diversidade de demandas, compreende-se que proporciona menor estigma à pessoa atendida, bem como evidencia que é viável a convivência com o usuário de serviço de saúde mental. No sentido de convivência e integração dentro de um Hospital Geral, um dos benefícios da unidade psiquiátrica seria a proximidade com outras clínicas, o que implicaria uma maior disponibilidade de recursos terapêuticos e diagnósticos.

No entanto, embora a questão das ações intersetoriais seja um aspecto reconhecido pelos profissionais, estes percebem impasses para a sua materialização, o que resulta em uma articulação precária com os demais setores e profissionais do hospital. Deve-se ter o cuidado de não se habituar com o isolamento e de não deixar que a enfermagem psiquiátrica venha se tornar uma área anexa ao hospital, o que fomentaria ainda mais a segregação e a mistificação com o usuário desta modalidade de serviço (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001; MACHADO, A.; COLVERO, 2003; TELLES; JARDIM; ROTTEMBERG, 2019; SONENREICH; ESTEVÃO; SILVA FILHO, 1999).

Ainda quanto à estrutura física, é bastante discutido na literatura o fato de o usuário de serviço de saúde mental raramente necessitar estar acamado e de o ambiente hospitalar restringir as possibilidades de locomoção; logo a enfermagem deveria incluir salas para a realização de sessões de grupos e utilizar espaços da área externa em que fossem desenvolvidas atividades socioterápicas e de lazer, o que geralmente não é privilegiado em uma estrutura médico-hospitalar (COLITO, 2014; HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

O Quadro 2 apresenta as categorias referentes aos Recursos Humanos, também com aspectos positivos e negativos. Quatro participantes indicaram a importância do trabalho em equipe multidisciplinar. Também apontaram a importância da elaboração de cuidados individualizados e de projetos terapêuticos, além das reuniões semanais para discussões de caso. Por outro lado, assinalaram a presença de profissionais insatisfeitos e que não gostam da sua área de atuação. Avaliaram como negativo o fato de a equipe ser rotativa, haver poucos técnicos de enfermagem e faltar capacitação para a equipe multiprofissional. Igualmente conceberam como problemática a falta de comunicação entre os três turnos de plantão e a pouca compreensão do objetivo dos plantões da residência multiprofissional. Apontaram, ainda, uma lógica médico-centrada e uma equipe pouco integrada.

**Quadro 2** – Recursos Humanos da Enfermagem Psiquiátrica segundo os participantes

| Positivos                                | Negativos  |
|--|--|
| Equipe Multidisciplinar                  | Profissionais insatisfeitos                                    |
| Projeto Terapêutico Singular             | Equipe Rotativa  |
| Reuniões semanais                        | Falta de capacitação   |
| Serviço associado a atividades de ensino | Poucos técnicos de enfermagem                                  |
| Ações intersetoriais                     | Falta de comunicação entre os turnos de plantão                |
|  | Pouca compreensão dos Plantões da Residência Multiprofissional |
|  | Lógica médico-centrada   |
|  | Equipe pouco integrada   |

Fonte: elaborado pelas autoras.

Apesar de conceberem como positiva a atuação de uma equipe multiprofissional que visa a promover um olhar para a singularidade, os sujeitos encontram em seu cotidiano obstáculos para a execução de um trabalho integrado, que aparece sobretudo na dificuldade de comunicação entre a equipe e na percepção de profissionais pouco preparados para a função.

Uma equipe multiprofissional se configura para além de profissionais de diferentes áreas atuando concomitantemente, com ações justapostas; ela exige uma articulação das ações e interação entre os sujeitos. Por meio de uma comunicação efetiva, se torna possível elaborar um trabalho com objetivos, linguagens e propostas compartilhadas. Problemas comunicacionais podem gerar uma atenção fragmentada e se tornar um impasse à concretização da integralidade do cuidado. Os espaços de diálogo e troca poderiam ser fomentados em reuniões de equipe, que já ocorrem nesta unidade, o que nos leva a questionar se são espaços que estão sendo subutilizados (PEDUZZI, 2001).

O Quadro 3 ilustra a Categoria “Terapêutica”, que abarcou respostas com sentidos associados ao cuidado recebido pelo usuário, compreendendo-se que a este é proporcionado acolhimento e tratamento humanizado e individualizado, o qual é estendido aos seus familiares. Também se entendeu que se trata de um ambiente que assegura maior contenção externa do risco à própria integridade e à de terceiros e que facilita o estabelecimento do diagnóstico, da abordagem familiar e do tratamento indicado, tanto quanto o direcionamento do pós-alta (encaminhamentos). Nesta mesma categoria, os profissionais apontaram como aspecto negativo a internação ser uma modalidade terapêutica que retira o sujeito de seu contexto social, e que observam a dificuldade de uma intervenção mais específica com as crianças, por se tratar de um mesmo ambiente que atende adultos e crianças.



**Quadro 3** – Aspectos terapêuticos da Enfermaria Psiquiátrica segundo os participantes

| Positivos   | Negativos                                     |
|---|---|
| Acolhimento   | Falta de intervenção específica com crianças. |
| Tratamento humanizado e singular (estendido aos familiares)       | Retirada do contexto social                   |
| Contenção externa do risco à própria integridade e à de terceiros |   |
| Facilita maior abordagem ao diagnóstico e à intervenção familiar  |   |
| Encaminhamentos pós-alta  |   |

Fonte: elaborado pelas autoras.

Nessa temática parece ocorrer uma idealização do cuidado desenvolvido, visto que os aspectos refletidos em relação à categoria “Recursos Humanos”, como a pouca integração da equipe, de forma geral, não ressoaram na categoria referente à terapêutica, o que nos leva a supor que os impactos da falta de comunicação podem estar sendo minimizados no modo como o cuidado é construído. Mesmo assim, nota-se que os profissionais estão sensibilizados em relação ao conceito de singularidade do cuidado e à extensão deste conceito à família, e nesta direção se questionam se está sendo viável fornecer essa intervenção individualizada às necessidades de crianças internadas, visto tratar-se de uma unidade que não discrimina idade.

Quando questionados se o trabalho desenvolvido na enfermaria psiquiátrica se coaduna com os ideais da Reforma Psiquiátrica e das políticas atuais de saúde mental, os profissionais forneceram três categorias de respostas: sim, não e parcialmente.

Quatro, dos sete sujeitos da pesquisa, afirmaram que a enfermaria realiza um trabalho coerente com os ideais da Reforma Psiquiátrica, visto que tem abordagem multidisciplinar, há a proposta de internações mais breves, visa à reintegração do indivíduo à sociedade, assegura um atendimento humanizado, respeita a singularidade e estimula a autonomia e a responsabilidade. Além disso, inclui a família no tratamento e, assim, promove maior compreensão do contexto de vida do paciente e providencia a continuidade do tratamento ambulatorial, garantindo acesso a serviços extra-hospitalares.

Também houve os que responderam que a enfermaria atende parcialmente aos ideais da Reforma Psiquiátrica, pois, embora tenham reafirmado as características anteriormente citadas, compreenderam que ocorrem limitações ao cuidado ampliado, visto que o hospital privilegia uma atenção biomédica medicalizante. Como ilustra a fala de S4,

*[...] Está de acordo no sentido de que está previsto na rede de atenção psicossocial, o tratamento não é só medicamentoso e a família também recebe atenção, busca-se uma internação breve apenas para a remissão do quadro agudo. No entanto, tem limitações em relação à ampliação das práticas e, por tratar-se de Hospital Geral, prevalece o modelo biomédico.*

Houve, ainda, um profissional que considerou que a enfermaria não está de acordo com os ideais, e que, portanto, seriam necessárias mudanças para adequação, visto que a estrutura física não é adequada, faltam recursos e materiais para atividades elaboradas e a equipe deveria ser capacitada frequentemente.

Para que o trabalho em Hospital Geral esteja cada vez mais comprometido com os ideais da Reforma Psiquiátrica, Marchewka (2007) indica alguns caminhos, como, por exemplo, o desenvolvimento de um processo de educação permanente com todos os profissionais, assim como o incentivo para a realização de pesquisas sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental em hospitais gerais. Também são importantes espaços de interlocução com os demais serviços da RAPS, bem como com as políticas intersetoriais (Assistência Social, Esportes e Educação). Tais práticas possibilitariam o conhecimento do potencial de cuidado do município, bem como auxiliariam na concepção de que a internação é um breve período na trajetória do usuário do serviço em saúde mental, garantindo os encaminhamentos implicados para outros serviços que auxiliariam na integração social do paciente com diagnóstico em transtorno mental (LEÃO; BATISTA, 2020).

### Considerações finais

Os profissionais da enfermaria psiquiátrica têm se sensibilizado e incorporado conceitos decorrentes da Reforma Psiquiátrica, como a valorização de uma abordagem multidisciplinar que proporcione atendimento humanizado e singular e priorize internações breves e a continuidade extra-hospitalar do cuidado, a fim de não promover a segregação. No entanto, essas propostas podem encontrar-se cerceadas por um cuidar ainda fragmentado, com espaços subutilizados para a promoção de maior comunicação entre a equipe e, até mesmo, entre a equipe e os usuários do serviço. Tais espaços poderiam proporcionar maior participação do usuário em seu próprio tratamento.

Nesse sentido, seria importante repensar as formas e espaços de comunicação entre a equipe e promover espaços de educação permanente, em que trabalhem modelos de atenção em saúde mental e haja o propósito de construir uma linguagem comum, proporcionado, assim, um cuidado integral.

Ainda diante da ameaça de retorno dos hospitais psiquiátricos e investimentos em práticas asilares, conforme sugerido na Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), faz-se necessária a reflexão sobre as concepções dos profissionais de saúde, para que seja possível uma análise crítica do cenário das políticas públicas atuais,

promovendo assim, segundo Leão e Batista (2020), o engajamento dos trabalhadores e pesquisadores em saúde mental (bem como o dos pacientes e seus familiares) em prol dos direitos e do reconhecimento que estavam sendo continuamente produzidos pela Reforma Psiquiátrica.

#### Informações sobre as autoras:


Larissa de Freitas

 <https://orcid.org/0000-0002-2074-5363>

 <http://lattes.cnpq.br/4103412113526539>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (2010) e especialização em Psicologia Clínica e da Saúde pelo Centro Universitário Filadélfia (2012) e Especialização modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Marília (2015). Atualmente é psicóloga da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, atua como Psicóloga do Trabalho no Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Atuação com ênfase nos temas: Direitos humanos, políticas públicas, saúde mental, humanização, gênero e violência.

Camila Mugnai Vieira

 <https://orcid.org/0000-0001-7564-6218>

 <http://lattes.cnpq.br/6321486142314762>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (2003) e Mestrado em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (2006). Doutora em Educação pelo Programa de pós-graduação em Educação da Unesp/Marília (2014). Pós-Doutoranda em Educação na Unesp/Marília. Docente da Disciplina de Psicologia e do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

#### Contribuições das autoras:

As autoras colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Ambas aprovaram o manuscrito final para publicação.

#### Como citar este artigo:

##### ABNT

FREITAS, Larissa de; VIEIRA, Camila Mugnai. Atendimento em enfermagem psiquiátrica: concepções dos profissionais de saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 33, n. 2, p. 72-83, maio/ago. 2021. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i2/5826>

##### APA

Freitas, L., & Vieira, C. M. (2021, Maio/Agosto). Atendimento em enfermagem psiquiátrica: concepções dos profissionais de saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 33(2), 72-83. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i2/5826>

##### Copyright:

Copyright © 2021 Freitas, L., & Vieira, C. M. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2021 Freitas, L., & Vieira, C. M. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

## Referências

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. *PL 3657/1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. NOVA EMENTA DO SUBSTITUTIVO DO SENADO: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar na assistência à saúde mental. 1992. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=836](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836). Acesso em: 1 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. 1996. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. *Lei 10.216, de 6 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. 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019*. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

CARDOSO, Lígia Maria Ananias. *Ensino-aprendizagem de psicopatologia: um projeto coletivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

- CASTRO, Ingrid Paula Gonzaga e; SILVA, Marina Tomas do Nascimento e. A reforma psiquiátrica promovida pela lei 10.216/01 e os direitos das pessoas com transtornos mentais. *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*, Belo Horizonte, n. 40, p. 53-69, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/wp-content/uploads/2020/07/DIR40-03.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.
- CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/92625>. Acesso em: 28 dez. 2020.
- COLITO, Eliana Atanázio. *Assistência a pacientes portadores de transtornos mentais em unidades de emergência e urgência: capacitação dos profissionais de saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167292>. Acesso em: 15 maio 2021.
- COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168. Coleção Loucura & Civilização. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.
- CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020, e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- DALGALARRONDO, Paulo. *Repensando a internação psiquiátrica: a proposta de unidades de internação psiquiátricas em hospitais gerais*. 1990. 310 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1990. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/308849>. Acesso em: 16 maio 2021.
- FERRAZZA, Daniele de Andrade et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 381-390, dez. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300010>
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GAIOTO, Lisandra de Brito. *O cuidado à pessoa com transtorno mental na estratégia saúde da família: a vivência dos agentes comunitários de saúde*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, PR, 2013.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GONÇALVES, Soraya Mattar. *Enfermaria Psiquiátrica: do projeto a reconstrução (relatos e perspectivas)*. 2001. Monografia (Aprimoramento Básico em Saúde Mental). Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília - FAMEMA, Marília, 2001.
- HILDEBRANDT, Leila Mariza; ALENCASTRE, Marcia Bucchi. A inserção da psiquiatria no hospital geral. *Revista gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 167-186, jan. 2001. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4357>. Acesso em: 5 nov. 2015.
- LEÃO, Adriana; BATISTA, Alana Machado. Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da grande Vitória. *Trabalho, educação e saúde*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00271102, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00271>
- LUCCHESI, Maurício. *A gestão de unidades de saúde mental em hospitais gerais na grande São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Medicina). 2001. 128 f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. <https://doi.org/10.11606/D.5.2001.tde-09082005-141938>
- MACENA, Raimunda Hermelinda Maia; CAPOCCI, Pollyanna Oliveira. Unidade psiquiátrica em hospitais gerais. *Revista de Enfermagem*, Universidade Santo Amaro, São Paulo, v. 5, p. 28-32, 2004.
- MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 11, n. 5, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500016>
- MACHADO, Vanessa; SANTOS, Manoel Antônio dos. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 4, p. 701-712, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v18n4/12.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2014.
- MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, v. 8, n. 1, p. 43-60, 2007. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i1p43-60>
- MOREIRA, Maria Stela Setti; CRIPPA, José Alexandre de Souza; ZUARDI, Antonio Waldo. Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 734-742, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700012>
- MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>
- NICACIO, Erinaldo. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 612-613, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300023>
- OLIVEIRA, Alexandra Virgínia Guimarães. A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral. In: MATEUS, Mário Dimis (Org.). *Políticas de Saúde Mental*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 193-201.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>

SONENREICH, Carol; ESTEVÃO, Giordano; SILVA FILHO, Luís de Moraes Altenfelder. Unidade psiquiátrica no hospital geral do HSPE de São Paulo. *Revista USP*, São Paulo, n. 43, p. 32-43, 1999. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i43p32-43>

TELLES, Leonardo Lessa; JARDIM, Sílvia Rodrigues; ROTENBERG, Lucia. Me chama para conversar que eu gosto: análise de experiência clínico-institucional com a enfermagem de um hospital psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 181-190, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28882019>

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.