

## Gestão do cuidado em saúde mental no hospital geral: uma abordagem psicossocial das internações clínicas

*Management of mental health care in general hospitals: A psychosocial perspective on clinical hospitalizations*

Simone Cleide Rodrigues de Jesus<sup>1</sup>, Paulette Cavalcanti de Albuquerque<sup>2</sup>, Naíde Teodósio Valois Santos<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820251469883P

**RESUMO** O artigo analisa a gestão do cuidado em saúde mental em hospital geral a partir da experiência de internações clínicas com demandas psicossociais. Trata-se de pesquisa quali-quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, baseada nas diretrizes da triangulação de métodos, realizada em hospital geral universitário do estado de Alagoas que não dispõe de leitos de saúde mental. Foram analisados 549 atendimentos em saúde mental a partir de 406 prontuários de pacientes internados entre 2016 e 2019 com registros de atendimento pela equipe de saúde mental, além de dois grupos focais com profissionais e residentes (n = 18) e três entrevistas individuais. Os dados qualitativos foram analisados pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados revelam fragilidades na abordagem das demandas em saúde mental, associadas à ausência de estrutura adequada, à formação profissional fragmentada das equipes e à frágil articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). O estudo reafirma a importância de práticas de gestão do cuidado em saúde mental em hospital geral, orientadas por uma perspectiva psicossocial, integradas à Raps e fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Hospitalização. Atenção psicossocial. Hospitais gerais. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *The article analyzes the management of mental health care in general hospitals based on the experience of clinical hospitalizations involving psychosocial demands. This is a qualitative and quantitative study, descriptive and exploratory in nature, based on the guidelines of methodological triangulation, conducted in a university general hospital in the state of Alagoas, which does not have psychiatric beds. The study analyzed 406 medical records of patients hospitalized between 2016 and 2019 with referrals to the mental health team, as well as two focus groups with professionals and residents (n = 18) and three individual interviews. Qualitative data were examined using the Collective Subject Discourse methodology. The results reveal weaknesses in addressing mental health demands, related to the absence of specialized infrastructure, the fragmented professional training of teams, and weak integration with the Psychosocial Care Network (RAPS). The study reaffirms the importance of managing mental health care in general hospitals from a psychosocial perspective, integrated with RAPS and grounded in the principles of Brazil's Unified Health System and the Psychiatric Reform.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz PE), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.  
naide.valois@fiocruz.br

**KEYWORDS** *Mental health. Hospitalization. Psychosocial care. Hospitals general. Unified Health System.*



## Introdução

A hospitalização por condições clínicas representa, para muitos sujeitos, uma experiência de crise e vulnerabilidade na qual aspectos físicos e psíquicos se entrelaçam. Estudos demonstram que cerca de 30% dos pacientes internados em hospitais gerais fazem uso de substâncias psicoativas ou apresentam comorbidades associadas à dependência química e a transtornos mentais<sup>1-4</sup>. Estima-se ainda que até 60% dos pacientes internados em unidades de emergência e enfermarias clínicas apresentem algum transtorno psiquiátrico<sup>1,2,4</sup>.

Apesar dessa prevalência significativa, observa-se escassa preparação dos hospitais gerais para lidar com essas demandas. Em geral, não há estrutura adequada nem profissionais capacitados para o manejo do sofrimento psíquico, o que acentua a fragmentação entre o cuidado clínico e a atenção em saúde mental<sup>2,4</sup>. A desarticulação entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e os hospitais de média e alta complexidade revela desafios persistentes à integralidade do cuidado, dificultando a superação de modelos centrados exclusivamente no diagnóstico e na intervenção biológica<sup>3-5</sup>.

A Lei nº 10.216/2001 e a criação da Raps representaram avanços importantes no redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil, propondo um modelo comunitário e interdisciplinar de cuidado. Nesse contexto, o hospital geral foi inserido como ponto de atenção para o cuidado em saúde mental, com papel estratégico no acolhimento de comorbidades clínicas e psíquicas<sup>3-5</sup>. Entretanto, ainda predomina uma lógica organizacional centrada em especialidades médicas e em tecnologias duras e leve-duras, o que dificulta o reconhecimento e a abordagem do sofrimento mental no cotidiano hospitalar.

Estudos recentes ressaltam a importância de compreender as percepções dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado em saúde mental em hospital geral, evidenciando a necessidade de qualificação e de suporte especializado para

o manejo adequado desses pacientes<sup>5,6</sup>. Contudo, poucos estudos abordam a percepção de outros profissionais da equipe de saúde<sup>7</sup>.

O cuidado a pacientes com transtornos mentais internados em hospitais gerais apresenta desafios adicionais quando comparado ao atendimento de outras condições clínicas, devido tanto às especificidades desses casos quanto à postura das equipes de saúde diante deles. Frequentemente, os profissionais não se sentem preparados para oferecer uma assistência que considere, de forma integrada, as demandas clínicas e as dimensões psicossociais envolvidas. Estudos indicam dificuldades das equipes hospitalares em lidar com tais complexidades, o que resulta, muitas vezes, em abordagens centradas apenas nos aspectos físico-biológicos da doença. Com isso, as necessidades psicossociais tendem a ser negligenciadas, comprometendo a integralidade do cuidado e a efetividade das intervenções em saúde mental no contexto hospitalar<sup>3,5,7</sup>.

O hospital estudado é uma instituição universitária com gestão plena para o Sistema Único de Saúde (SUS), voltada ao ensino e à assistência de média e alta complexidade. Importa destacar que se trata de um hospital geral que não dispõe de leitos em saúde mental nem de enfermarias psiquiátricas. As demandas de natureza psíquica são acolhidas nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, por meio de interconsultas realizadas pela psicologia e psiquiatria, com os profissionais da equipe assistencial e das residências médica e multiprofissional<sup>4</sup>.

Nesse cenário, destaca-se a singularidade do hospital universitário como locus da pesquisa, não apenas por sua inserção na rede pública de saúde, mas também por seu papel na formação de profissionais para atuação tanto na saúde e quanto na atenção psicossocial em contexto hospitalar, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Diante dessa complexidade, este estudo teve como objetivo analisar o perfil dos pacientes internados por morbidade clínica em hospital geral universitário que apresentaram

demandas de saúde mental, bem como compreender a percepção dos profissionais da equipe assistencial sobre a atenção a esses casos<sup>4</sup>. A investigação partiu da concepção de gestão como prática compartilhada, vivida nos processos de trabalho e nas relações entre sujeitos, tecnologias e instituições, com vistas à qualificação do cuidado e à articulação entre a Raps e os demais níveis de atenção.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizado em um hospital geral universitário da rede pública do estado de Alagoas. O estudo articulou duas estratégias metodológicas complementares: a análise documental de prontuários de pacientes internados, com recorte temporal de 1º de janeiro de 2016 a 30 de novembro de 2019; e a investigação qualitativa com profissionais da equipe assistencial. A escolha desse período deveu-se ao início da utilização de prontuários eletrônicos nas unidades de internação, o que garantiu maior disponibilidade e completude dos dados no Sistema de Gerenciamento de Internações. A estrutura metodológica seguiu as diretrizes da triangulação de métodos como estratégia para apreender a complexidade do objeto de estudo<sup>8</sup>. Dessa maneira, a coleta de dados foi realizada por meio de três estratégias complementares:

1. Solicitação de planilha à Unidade de Tecnologia da Informação do hospital estudado contendo variáveis coletadas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) referentes às internações com atendimento por psiquiatria e psicologia no período estudado: sexo, idade, escolaridade, cidade de moradia, dias de internação.
2. Realização de grupos focais com trabalhadores da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado direto às pessoas internadas.

3. Entrevistas com integrantes da equipe assistencial que não puderam participar dos grupos focais.

O universo de 549 registros de atendimento pela equipe de saúde mental (psiquiatria e psicologia) em internações por morbidade clínica corresponde a 406 prontuários. A análise estatística descritiva dos dados quantitativos foi realizada com apoio do *software* Microsoft Excel®, com cálculo de frequências absolutas e relativas<sup>4</sup>.

Já a etapa qualitativa baseou-se em dois grupos focais (com 18 participantes) e três entrevistas individuais com profissionais que não puderam comparecer aos grupos. A revisão de dados qualitativos no PEP foi feita a partir de um quadro-síntese para registro das informações encontradas nas evoluções presentes na planilha de atendimentos e da transcrição na íntegra dos grupos focais e entrevistas<sup>4</sup>.

O recorte apresentado neste artigo corresponde à análise dos dados relativos ao perfil sociodemográfico e clínico das internações (dados quantitativos) e às narrativas dos profissionais obtidas nos grupos focais e entrevistas (dados qualitativos).

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar de dois grupos focais, compostos por até 12 integrantes, entre profissionais, por residentes de medicina e das residências multiprofissionais envolvidos na assistência a pessoas internadas nas unidades estudadas. Ao todo, participaram 18 pessoas: 11 profissionais e 7 residentes. Os grupos foram realizados em duas datas distintas, no mês de novembro de 2019. O primeiro grupo contou com 13 participantes, e o segundo, com 5. Outros 3 participantes contribuíram com o estudo por meio de entrevistas individuais<sup>4</sup>.

A construção e a análise do material qualitativo seguiram a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite visualizar pensamentos coletivos retratados nos depoimentos e nas opiniões individuais<sup>9</sup>. Para tanto, utilizaram-se perguntas norteadoras

que versavam sobre: percepção da demanda e abordagem em saúde mental; dificuldades na assistência a pessoas com sofrimento psíquico; estratégias para enfrentamento das lacunas da rede.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz Pernambuco), em cumprimento às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido desenvolvida 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 nº 3.646.740 foi apresentado à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA-Ufal) para a obtenção da Carta de Anuência<sup>4</sup>.

## Resultados e discussão

Os dados obtidos na pesquisa foram organizados conforme a natureza dos instrumentos utilizados. A seguir, apresentam-se os resultados quantitativos referentes ao perfil dos pacientes internados com demandas em saúde mental, seguidos da análise qualitativa das percepções dos profissionais da equipe assistencial sobre os desafios do cuidado em saúde mental no hospital geral.

### Resultados quantitativos: perfil dos pacientes internados

A análise de 406 prontuários de pacientes internados por morbidade clínica em hospital geral revelou que a maioria era do sexo feminino (80%), com faixa etária predominante entre 30 e 59 anos (50%) e procedência majoritária da zona urbana (capital do estado), representando 54% dos casos, conforme *tabela 1*<sup>4</sup>.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico resumido das pessoas internadas nas clínicas selecionadas que apresentaram demandas em saúde mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL), 1/1/2016 a 30/11/2019

Características	Clínica Médica (n / %)	Oncologia (n / %)	Cirurgia (n / %)	Ginec./Obst. (n / %)	Total (n / %)
<b>Sexo</b>					
Masculino	41 / 46	20 / 51	19 / 40	0 / 0	80 / 20
Feminino	48 / 54	19 / 49	28 / 60	238 / 100	326 / 80
<b>Procedência</b>					
Maceió	55 / 62	18 / 46	25 / 53	119 / 52	217 / 54
Outros mun. AL	34 / 38	21 / 54	22 / 47	112 / 48	189 / 46
<b>Faixa etária (agrupada)</b>					
< 30 anos	17 / 19	4 / 10	4 / 9	129 / 56	154 / 38
30-59 anos	47 / 53	24 / 62	29 / 62	102 / 44	202 / 50
≥ 60 anos	25 / 28	11 / 28	14 / 30	0 / 0	50 / 12

Fonte: elaboração própria, 2019.

A prevalência de transtornos mentais nas mulheres é uma preocupação significativa de saúde pública, com taxas variáveis relatadas

em diferentes populações e contextos. Estudos indicam que as mulheres são mais suscetíveis a transtornos mentais do que os homens, com

fatores como *status* socioeconômico, maternidade e eventos de vida desempenhando papéis cruciais. As taxas de prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres variam amplamente, influenciadas por fatores demográficos, sociais e econômicos<sup>10-12</sup>.

No que se refere à procedência das pessoas internadas, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 apontam que, de um total de 16,3 milhões de pessoas que apresentam algum transtorno mental, a maioria se concentra em áreas urbanas e encontra-se na faixa entre 45 e 59 anos de idade, sendo a maior proporção de pessoas do sexo feminino<sup>13</sup>.

No entanto, a opção metodológica por utilizar exclusivamente os dados disponíveis no PEP impôs algumas limitações à caracterização sociodemográfica, notadamente a ausência de variáveis como estado civil, ocupação, renda, condição previdenciária e raça, que não são coletadas sistematicamente no momento da internação. Essa limitação decorre do fato de o formulário de internação não exigir o preenchimento dessas informações, o que dificulta análises mais amplas do perfil sociodemográfico<sup>4</sup>. Destaca-se, por exemplo, a variável raça, cujo registro passou a ser obrigatório, desde 2017, em instrumentos de coleta de dados utilizados pelos serviços públicos de saúde, como prontuários, formulários e cadastros, visando possibilitar estudos mais completos sobre o perfil epidemiológico segundo critérios étnico-raciais e subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas a diferentes grupos populacionais<sup>14</sup>, porém ainda não constava nos registros do hospital.

A análise do perfil sociodemográfico dos pacientes internados por morbidades clínicas que apresentaram demandas relacionadas com a saúde mental permite refletir sobre padrões recorrentes na literatura, embora os estudos disponíveis demonstrem abordagens e metodologias distintas. No presente estudo, optou-se por utilizar a Classificação Internacional de Doenças

(CID-10) como critério de categorização dos transtornos mentais por ser esta a referência utilizada pela psiquiatria do hospital em suas evoluções<sup>4</sup>. Das 281 interconsultas psiquiátricas realizadas, 73% confirmaram diagnóstico de transtorno mental, de acordo com a CID-10. Observou-se maior frequência de transtornos de humor, em especial episódios depressivos moderados (F32.1) e graves (F32.2), presentes em 26% dos casos, seguidos pelos transtornos de ansiedade (F41), com 15%, e pelos transtornos mentais orgânicos, como o delírium (F05), com 10%. A distribuição por unidades de internação evidenciou que os transtornos depressivos foram mais prevalentes na clínica médica (23%), cirurgia geral e especialidades (20%) e ginecologia-obstetrícia (33%). Na unidade de oncologia, destacaram-se os transtornos mentais orgânicos, representando 36% das interconsultas<sup>4</sup>.

Por fim, destaca-se a escassez de estudos recentes e sistematizados sobre o atendimento em saúde mental em hospitais gerais na região Nordeste, o que dificulta comparações mais robustas, mas, ao mesmo tempo, evidencia a importância e atualidade do presente estudo. Os dados aqui apresentados contribuem para ampliar a compreensão sobre as demandas de saúde mental identificadas no contexto hospitalar e podem subsidiar ações de formação, melhoria dos registros clínicos e fortalecimento de dispositivos da Raps, particularmente no eixo da articulação entre atenção hospitalar e atenção psicossocial.

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 ginecológica-obstetrícia, sendo identificados 549 atendimentos em interconsulta de psiquiatria e psicologia. Esse número representa um universo de 1,9% para atendimentos em saúde mental, contudo retrata um número subnotificado, considerando que o início do uso do prontuário eletrônico não foi igual em todas as unidades (*tabela 2*)<sup>4</sup>.

Tabela 2. 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, Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL), 1/1/2016 a 30/11/2019

Unidade de Internação	Internações (n)	Interconsulta		Interconsulta		Total de	
		Psiquiatria (n)	(%)	Psicologia (n)	(%)	Interconsultas (n)	(%)
Ginecologia/Obstet.	14.555	133	0,9	184	1,3	317	2,2
Cirurgia	10.733	49	0,5	22	0,2	71	0,7
Clínica Médica	2.042	73	3,6	38	1,9	111	5,4
Oncologia	1.352	28	2,1	22	1,6	50	3,7
Total geral	28.682	283	1,0	266	0,9	549	1,9

Fonte: elaboração própria, 2019.

O total de 549 interconsultas psiquiátrica ou psicológica destacaram entre os registros qualitativos episódios de agitação psicomotora, crises de ansiedade, tentativas de suicídio, uso abusivo de substâncias psicoativas e situações de sofrimento psíquico decorrente de fatores sociais<sup>4</sup>.

A análise dos 549 encaminhamentos à equipe de Saúde Mental revelou que a maioria foi realizada por profissionais da equipe

médica, responsáveis por 47% dos registros. Em seguida, destacam-se os encaminhamentos feitos pela equipe de enfermagem (29%) e pelo serviço social (16%). Em menor proporção, identificou-se que, em 8% dos casos, o acionamento partiu da própria equipe de Saúde Mental, o que pode indicar a atuação proativa da residência multiprofissional em que a psicologia participa de forma rotineira em visitas nas enfermarias, conforme *tabela 3*<sup>4</sup>.

Tabela 3. Profissionais responsáveis por identificar e encaminhar demandas à equipe de Saúde Mental no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL), 1/1/2016 a 30/11/2019

Profissionais responsáveis pelo encaminhamento	N = 549/Frequência (%)
Equipe médica	47
Equipe de enfermagem	29
Serviço Social	16
Equipe de saúde mental	8
Total geral	100

Fonte: elaboração própria, 2019.

A distribuição dos encaminhamentos registrados evidencia o papel central da equipe médica na identificação das demandas em saúde mental no hospital geral, seguida pela atuação significativa da enfermagem e do serviço social. Esses dados quantitativos, ao evidenciar os fluxos de

acionamento e os atores envolvidos, contribuem para contextualizar os achados qualitativos apresentados a seguir, os quais aprofundam a compreensão sobre como os profissionais percebem e enfrentam os desafios da assistência em saúde mental no hospital geral.

## Resultados qualitativos: percepção dos profissionais sobre a assistência em saúde mental

As internações clínicas e cirúrgicas em hospital geral são recursos assistenciais para o restabelecimento de saúde da pessoa. Nesse sentido, os profissionais precisam estar preparados para as diversas alterações impostas pelo adoecimento físico e mental de pacientes assistidos, buscando ofertar o cuidado necessário à condição apresentada.

A análise qualitativa evidenciou três ideias centrais construídas a partir dos DSC: 1) percepção da demanda e abordagem em saúde mental; 2) dificuldades na assistência a pessoas com sofrimento psíquico; e 3) estratégias para a atenção em saúde mental em hospital geral<sup>4</sup>.

Acerca do DSC1, a primeira Ideia Central (IC) descreve que a percepção dos participantes sobre a abordagem feita às pessoas em sofrimento psíquico é aquela relacionada com as tecnologias leves. A segunda IC exhibe o atendimento em situação de crise psíquica da pessoa internada, e a terceira IC mostra como acontecem a organização e o processo de trabalho da equipe de saúde mental no HUPAA-Ufal<sup>4</sup>. Essas percepções podem ser verificadas nos discursos que seguem:

### 1. Percepção da demanda e abordagem em saúde mental

*DSC1A - Muitos pacientes internados por condições clínicas apresentam sofrimento psíquico, às vezes sem diagnóstico prévio. Em nossa prática diária, utilizamos a escuta ativa, realizamos entrevistas sociais e contamos com o apoio da psicologia e do serviço social para compreender melhor as necessidades desses pacientes. A visita multiprofissional de residentes nas clínicas e as discussões de casos nos ajudam a identificar sinais de depressão ou delírio, permitindo intervenções mais adequadas. Quando necessário, solicitamos pareceres especializados para garantir a continuidade do cuidado em saúde mental. (Sujeitos: F06, F20, TE25, RP11, E07, AS02, P05, TE8, RP23, RM14, 2019).*

*DSC1B - A maioria dos casos se revolve aqui no hospital, mas já teve situação de surto psicótico e agitação psicomotora e não tinha psiquiatria no dia daí foi levada para o hospital especializado e depois. Uma puérpera quebrou o box de vidro no banheiro da enfermaria e se cortou, teve caso de abstinência e a paciente queria fumar, senão iria causar, e a enfermeira atendeu ao pedido, mas foi criticada pelos colegas. Às vezes chama o médico psiquiatra, mas cabe ao médico clínico tirar a pessoa do surto naquele momento. No meu ponto de vista, o hospital psiquiátrico, seria a última opção, mas nossas enfermarias são coletivas e muitas vezes o paciente surta e a enfermaria está cheia. Sobre a terapêutica, na saúde mental ainda está muito relacionado à medicalização, e essa é a proposta do hospital psiquiátrico aliada à contenção e isolamento para não expressar o que gera o transtorno. (Sujeitos: M, MP14, TE25, E07, F06, E24, R01, 2019).*

*DSC1C - A Unidade Psicossocial conta com 10 psicólogo(a)s e 4 psiquiatras para atender aos ambulatorios e clínicas. Trabalha-se por escala e quando tem alguém em férias, não há substituto, daí o atendimento acontece em até 48 h. Não conseguimos ter rotina de visitas. Atendemos por solicitação da equipe; avaliamos e acompanhamos. A ginecologia e obstetrícia é a clínica que mais solicita por já ter vivenciado um suicídio. Os psiquiatras estão inseridos junto com a equipe da residência médica em psiquiatria. Quando é possível, o caso é discutido com a equipe para integrar os conhecimentos, registra-se no prontuário e deixa-se o contato telefônico com a equipe, além da recomendação de marcação da consulta para o ambulatório. (Sujeitos: P16, P5, MP14, 2019).*

O DSC1A evidencia a importância das técnicas relacionais na atenção em saúde, destacando: escuta qualificada, entrevista, visita e supervisões multiprofissionais como recursos importantes para o cuidado em saúde mental. Essa prática, realizada no cotidiano entre profissionais, usuários(as) e familiares, favorece o acolhimento, a construção de vínculo e a identificação de demandas psicossociais,

compondo um arsenal tecnológico leve indispensável à efetivação do cuidado<sup>4</sup>.

As diferentes experiências voltadas à transformação do processo de trabalho em saúde precisam incorporar elementos que considerem as dinâmicas micropolíticas do cotidiano nas práticas de cuidado. As interações entre as dimensões macropolíticas e micropolíticas se manifestam nos espaços de gestão e organização dos serviços de saúde, sendo moldadas fundamentalmente pela presença ativa e criativa do trabalho vivo em ato, ou seja, pela ação concreta dos trabalhadores em suas relações com os usuários<sup>15</sup>.

Essa perspectiva ajuda a compreender os discursos apresentados, que revelam como os profissionais atuam de forma sensível e criativa diante das complexidades do sofrimento psíquico em hospital geral. A escuta qualificada, o olhar atento ao cotidiano dos pacientes e o uso de tecnologias leves, como o vínculo e a clínica ampliada, são expressões diretas do trabalho vivo em ato. Mesmo diante de limitações estruturais e da sobrecarga de trabalho, os profissionais procuram reinventar o cuidado no cotidiano das enfermarias, buscando respostas singulares às necessidades em saúde mental.

Esses elementos micropolíticos, evidenciados nos discursos, revelam que a efetivação do cuidado não depende apenas de diretrizes ou protocolos institucionais (dimensão macropolítica), mas se concretiza nos pequenos gestos, nas decisões clínicas compartilhadas, no acolhimento sensível e na articulação interprofissional, que conformam o processo real de trabalho. Assim, os discursos reforçam a importância de fortalecer espaços que valorizem a escuta, o diálogo e o protagonismo dos trabalhadores da saúde na produção do cuidado.

Apesar de reconhecida como essencial, a escuta qualificada exige tempo e postura empática, o que nem sempre é viável, especialmente para a enfermagem, cuja rotina é marcada por sobrecarga e cumprimento de protocolos. Como consequência, a equipe

transfere essa demanda à psicologia, aguardando posterior orientação para o manejo do caso. Esse movimento evidencia a rigidez das rotinas hospitalares, que, por vezes, limitam a aproximação entre profissional e paciente<sup>4</sup>. Além da escuta, a entrevista é apontada como ferramenta estratégica utilizada por enfermeiros, médicos, enfermeiros e assistentes sociais para captar a realidade do paciente, suas necessidades de saúde, contexto socioeconômico, vínculos sociais e rede de apoio. Esse instrumento pode assumir diferentes finalidades conforme a formação profissional, sendo central no trabalho em saúde mental<sup>2</sup>.

A prática da visita diária realizada pela residência multiprofissional e a discussão semanal de casos, com a participação da preceptoria, contribuem para o processo de formação em serviço. Essas ações se ancoram nos princípios da Clínica Ampliada, permitindo compreender o processo saúde-doença em sua dimensão psicossocial e favorecer a construção compartilhada do cuidado, além de fortalecer a articulação interprofissional<sup>4</sup>.

Quanto às demandas em saúde mental, a psicologia é referida de forma positiva como suporte importante para a equipe. No entanto, o discurso coletivo também revela limitações: o trabalho interprofissional ainda não se efetiva plenamente em todas as unidades, seja pela fragmentação dos processos de cuidado, seja pela insuficiência de profissionais em determinadas áreas, o que obriga a atuação em múltiplas clínicas, sem vínculo regular com as equipes<sup>4</sup>.

Os resultados qualitativos dos DSC1B e DSC1C evidenciam a complexidade do cuidado em saúde mental em hospital geral, particularmente no que se refere à percepção, à abordagem e ao enfrentamento das situações de sofrimento psíquico em pacientes internados por condições clínicas e cirúrgicas. Os discursos coletivos revelam representações sociais marcadas por ambivalência, medo, estigma, despreparo e resistência ao mesmo tempo que apontam possibilidades concretas de avanço, como o fortalecimento do trabalho

multiprofissional e a integração com a rede de serviços<sup>4</sup>.

O DSC1C expressa a condição cada vez mais comum de precarização do trabalho, representada na redução de profissionais para o desenvolvimento do trabalho trazendo limites ao desenvolvimento da atenção em saúde mental, considerando que a ausência de psiquiatras em dias ou horários da semana pode gerar o deslocamento do usuário em situação de crise para um hospital psiquiátrico, bem como que o número reduzido de psicólogos não permite antecipação às solicitações, resultando em atendimentos apenas por demanda. A agilidade na resposta às solicitações é importante, pois, muitas vezes, os casos já chegam à equipe com maior comprometimento psíquico. No entanto, essa recomendação nem sempre se concretiza devido à sobrecarga de trabalho e dificulta a função pedagógica da interconsulta diante do número reduzido de profissionais, o que compromete a possibilidade de encontros com a equipe para qualificação do cuidado<sup>4</sup>.

Sobre as dificuldades encontradas na assistência a pessoas com sofrimento psíquico, os DSC2 descrevem a percepção coletiva acerca do medo e da resistência por parte da equipe de saúde. As outras duas ideias centrais apresentam a mesma frequência de expressões-chave (21 – 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.

## 2. Dificuldades na assistência a pessoas com sofrimento psíquico:

*DSC2A - Tenho medo de lidar com pacientes psiquiátricos, porque não sei como agir. A gente pensa logo que alguém com depressão pode ter um surto. Há uma crença de que qualquer comportamento diferente é coisa do psiquiatra. Às vezes, a paciente sofreu um aborto e está chorando, e já querem chamar a psiquiatria, mas o que ela precisa mesmo é acolhimento. A gente não sabe diferenciar o sofrimento emocional do transtorno. Já fiquei muito*

*angustiado com uma paciente que quebrou os vidros do banheiro. Ninguém sabia como intervir, e aquilo paralisou a equipe. Ficamos torcendo para que saísse logo, porque parece que o hospital inteiro para diante de uma crise. (Sujeitos: P18, P16, P20, R11, P05, P07, P08, MP14, P25, P24).*

*DSC2B - Não me sinto preparada para cuidar de pacientes com sofrimento psíquico, nunca tive formação para isso, mas precisamos estar, porque pessoas com transtornos mentais também precisam de atendimentos clínicos e cirúrgicos e poderão ser atendidos aqui. A maioria de nós estudou para lidar com doenças orgânicas, não com o que é subjetivo. Falta capacitação, e o hospital não incentiva. Já vi puérperas falando em pular da janela, e ninguém sabia o que fazer. O sofrimento mental trava o nosso cuidado. (Sujeitos: R23, E02, P20, R09, P25, P24, P18, P08).*

*DSC2C - O hospital não está estruturado para atender pacientes com transtornos mentais. Quando esses pacientes chegam, ficamos inseguros, porque faltam meios, falta gente, faltam condições. As janelas não têm grades, os vidros são perigosos. Já tivemos caso de suicídio. A equipe fica sobrecarregada. A rede lá fora também não funciona. O posto não tem psicólogo, psiquiatra demora seis meses para atender. A gente encaminha porque conhece alguém. Mas isso não é rede. (Sujeitos: M, MP14, TE25, E07, F06, E24, R01).*

O DSC2A mostra como a presença de estigmas associados ao sofrimento mental permanece fortemente enraizada no cotidiano hospitalar. Como mostram os discursos, a figura do ‘paciente psiquiátrico’ ainda é associada à imprevisibilidade, agressividade e desorganização, reforçando estereótipos históricos da loucura como ameaça<sup>16-19</sup>. O estigma em torno da saúde mental ainda influencia negativamente a atuação dos profissionais, favorecendo práticas obsoletas, resistência ao cuidado psicossocial e baixa qualificação. Essa influência reforça a adoção do modelo biomédico e, somada à desarticulação da Raps, compromete a continuidade do tratamento e a

efetividade das intervenções<sup>20</sup>. São representações que alimentam o medo dos profissionais e que se traduzem em atitudes de rejeição e encaminhamento precoce para a psiquiatria.

O sentimento de despreparo, referenciado no DSC2B, é resultado direto de uma formação centrada no modelo biomédico, voltado para a doença orgânica e para intervenções técnico-científicas de base curativa<sup>20,21</sup>. Como afirmam os participantes, a ausência de formação específica para lidar com o sofrimento psíquico os leva a agir por ‘tentativa e erro’, agravando o sofrimento tanto dos pacientes quanto da equipe. Outrossim, a manutenção do modelo biomédico e a rejeição à perspectiva psicossocial representam obstáculos à desinstitucionalização e à consolidação de um cuidado mais amplo e integral<sup>22,23</sup>.

As dificuldades estruturais do hospital para lidar com as demandas em saúde mental, descritas no DSC2C, são barreiras a serem resolvidas para viabilizarem um cuidado integral com segurança. A ausência de leitos específicos, a insegurança arquitetônica, a sobrecarga das equipes e a falta de protocolos operacionais dificultam o acolhimento de situações complexas. Além disso, a frágil articulação com a Raps e com os serviços da atenção básica reforça o isolamento do hospital no cuidado à saúde mental<sup>4,20</sup>. As condições de infraestrutura inadequada dos hospitais gerais acrescidas da falta de comunicação intersetorial colaboram para a fragmentação do cuidado, a falta de qualidade do atendimento e dificulta a construção de uma rede de atenção eficaz<sup>24</sup>.

### 3. Estratégias para a atenção em saúde mental em hospital geral:

*DSC3A - Vejo que o trabalho multiprofissional faz diferença. Quando a gente discute o caso com outros profissionais, a abordagem melhora muito. Os residentes de psiquiatria ajudam, e a psicologia também dá um suporte importante. Também é necessário incluir a família na discussão dos casos, mas nem todo mundo tem esse apoio. A luta antimanicomial não é só para fechar hospital*

*psiquiátrico, é para ampliar os serviços que acolhem essas pessoas. O CAPS é uma referência importante. Então vamos procurando essas redes de serviços. É importante fortalecer a rede porque seja no hospital geral ou em hospital psiquiátrico chegará o momento em que a pessoa voltará para casa. Tendo ampliação da rede melhoram as condições [...] eu acho que o trabalho do CAPS é um trabalho muito importante, porque é multiprofissional e mais próximo da residência. (Sujeitos: P5, F20, TE08, RP11, RM15, P16, AS18).*

*DSC3B - O hospital precisa investir em capacitação em saúde mental. Essa área é transversal. Já tentamos oferecer capacitações, mas a adesão é pequena. Falta incentivo, especialmente entre os médicos. Acho que deveríamos começar pelos residentes. Se não dá pra mudar quem está há muito tempo, que ao menos a nova geração se forme com outra visão. (Sujeitos: P16, MP14, E7, P5, AS18).*

Apesar das dificuldades, os discursos também revelam possibilidades de avanço. A prática da clínica ampliada, o uso de tecnologias leves, como a escuta e o vínculo, e a realização de visitas multiprofissionais e discussões de casos aparecem como estratégias efetivas para integrar o cuidado em saúde mental ao cotidiano hospitalar<sup>4,22</sup>.

Os profissionais apontaram a necessidade de capacitação em saúde mental como estratégia prioritária para a transformação das práticas. No entanto, a capacitação isolada é insuficiente. É preciso articulá-la a processos de educação permanente, construídos com base nas experiências concretas dos trabalhadores, capazes de produzir reflexão crítica, problematização e mudança efetiva nos modos de cuidar. Estudos sugerem o investimento em capacitações interprofissionais, rotinas de discussão de casos, suporte técnico alinhado ao modelo psicossocial e ações voltadas à saúde mental dos trabalhadores, visando fortalecer o cuidado integral e subsidiar o planejamento de leitos integrais no hospital<sup>4,20,22</sup>.

As transformações conceituais ocorridas na gestão da educação na saúde impõem desafios a profissionais, gestores e instituições formadoras, exigindo a formulação de novas abordagens teórico-conceituais que favoreçam uma prática mais crítica e reflexiva sobre a realidade e os processos de trabalho nos serviços de saúde. Isso implica romper com visões que dissociam teoria e prática na formação profissional, além de requerer uma mudança na forma como os trabalhadores são compreendidos: de executores de tarefas para sujeitos capazes de analisar criticamente o contexto em que atuam e as dinâmicas de sua prática profissional<sup>25</sup>.

Transformar os processos de formação profissional tornou-se uma exigência social, visando à preparação de trabalhadores com formação ampla, capazes de oferecer um cuidado integral e humanizado. Para isso, é essencial que desenvolvam habilidades para o trabalho em equipe e para a tomada de decisões que considerem não apenas a condição clínica individual, mas também o contexto social do paciente, os recursos disponíveis e as estratégias mais adequadas de intervenção<sup>26</sup>.

A predominância de uma formação profissional em saúde pautada no tecnicismo conteudista leva à fragmentação precoce dos sujeitos em especialidades, o que acaba por fortalecer práticas conservadoras no cuidado. Essa lógica desconsidera propostas de ensino superior que priorizam métodos problematizadores e estimulam o protagonismo discente na construção do conhecimento<sup>27</sup>.

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 na 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<sup>4</sup>.

## Considerações finais

A análise das internações por comorbidade clínica associada a demandas em saúde mental, conduzida em um hospital geral universitário, revelou um contexto marcado por desafios significativos à integralidade do cuidado no SUS.

O presente estudo evidenciou que as pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário apresentam um perfil marcado por vulnerabilidades sociais e quadros de sofrimento psíquico frequentemente associados ao uso de substâncias psicoativas e a transtornos mentais, como ansiedade e depressão. Tal constatação confirma a relevância da articulação entre saúde mental e atenção hospitalar, sobretudo em um hospital escola, que reúne potencialidades formativas e assistenciais no âmbito do SUS.

A análise qualitativa permitiu compreender, a partir da perspectiva dos trabalhadores da equipe assistencial, os limites institucionais e organizacionais que dificultam a efetivação de um cuidado integral em saúde mental nesse espaço. Dentre os principais desafios, destacam-se a ausência de processos sistemáticos de educação permanente, a frágil articulação com os serviços da Raps e a hegemonia de um modelo biomédico centrado na doença, que invisibiliza as dimensões subjetivas e sociais do sofrimento.

Apesar disso, também se observaram iniciativas de cuidado construídas cotidianamente pelos profissionais, com base na escuta, no acolhimento e na mediação interprofissional, revelando potências instituintes para a produção de cuidado em liberdade mesmo diante das adversidades. O estudo reafirma, assim, a importância de fortalecer políticas públicas que promovam

a integração da saúde mental à rede hospitalar, a valorização do trabalho em equipe, o apoio matricial e a formação crítica dos profissionais de saúde.

Dada a complexidade das demandas apresentadas pelas pessoas com sofrimento psíquico internadas por comorbidade clínica, é fundamental que o hospital geral seja reconhecido como espaço estratégico para o cuidado em saúde mental no SUS. Isso implica investir em ações de gestão do trabalho e da educação em saúde que contribuam para a

transformação dos modelos tecnoassistenciais, em defesa do cuidado integral, da vida e dos direitos humanos.

## Colaboradoras

Jesus SCR (0009-0003-8890-0889)\*, Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)\* e Santos NTV (0000-0002-5290-092X)\* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Giandinoto J, Edward K. The phenomenon of comorbid physical and mental illness in acute medical care: the lived experience of Australian health professionals. *BMC Res Notes*. 2015;8:295. DOI:10.1186/s13104-015-1264-z.
2. Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. 718 p.
3. Moll MF, Silva LC, Magalhães FHL, et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2). DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49933>
4. Jesus SCR. *Atenção à saúde mental de pessoas internadas por morbidade clínica em hospital geral universitário [dissertação]*. Recife: Fiocruz-PE; 2020.
5. Hildebrant LM, Marcolan JF. Saúde mental e internação hospitalar: desafios para o cuidado. *Rev Rene*. 2016;17(3). DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300011>
6. Paes MR, Silva AC, Kowalski ICL, et al. Mental health in a general hospital: perception of the nursing team. 2021;13:1460-1466. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10130>
7. Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde debate [Internet]*. 2015 [acesso em 2025 jul 4];39(esp):320-37. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165027>.
8. Minayo MC, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo*. 2ª ed. Brasília, DF: Liberlivro Editora; 2012.
10. Sapkota D, Ogilvie J, Dennison S, et al. Prevalence of mental disorders among Australian females: comparison according to motherhood status using Australian birth cohort data. *Arch Womens Ment Health*. 2024;27(4):625-35. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01444-2>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Bezerra HS, Alves RM, Nunes AD, et al. Prevalence and associated factors of common mental disorders in women: a systematic review. *Public Health Rev.* 2021;42:1604234. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>
12. Cunha EO. Prevalência de transtorno mental comum em pacientes internados num hospital universitário [monografia]. Aracaju (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2017.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. 139 p.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017 fev 2 [acesso em 2025 jun 8]; Seção 1:62. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=02/02/2017>
15. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-137.
16. Bonadiman CSC, Passos VMZ, Mooney M, et al. The burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(supl1). DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/1980-5497201700050016>
17. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(3). DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/1980-5497201700030009>
18. Zolnierek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009;65(8):1570-83. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1111/j.1365-2648.2009.05044.x>
19. Chikaodiri AN. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Ann Gen Psychiatry.* 2009;8:19. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1186/1744-859X-8-19>
20. Guerroué CCL, Prudente MRA, Andrade FR, et al. Cuidado em saúde mental nos Hospitais Gerais do Brasil: uma revisão das condições atuais sob a perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. *CLCS* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 jul 4];18(2):e15397. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/15397>.
21. Paes MR, Maftum MA, Felix JVC, et al. Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um hospital geral e de ensino. *Cogitare Enferm.* 2018;23(2):e54874. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.5380/ce.v23i2.54874>
22. Sampaio ML, Branco ABAC. Cuidado em saúde mental no hospital geral: trabalho em equipe e em rede. *Id On Line Rev Psicol.* 2023;17(65):190-202. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.14295/idonline.v17i65.3549>
23. Echebarrena RC, Silva PRF. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2020;44(3):223-34. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/0103-11042020e319>
24. Pereira LP, Duarte MLC, Eslabão AD. O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180076. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/1983-1447.2019.20180076>
25. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab Educ Saúde.* 2014;12(2):379-401. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/S1981-77462014000200010>

26. Feuerwerker L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cadernos CE*. 2001;2(4):11-23.
27. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(2):363-84. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.160423410.1590/S1981-77462014000200010>

---

Recebido em 13/10/2024

Aprovado em 13/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente

Suporte financeiro: não houve

**Editores responsáveis:** Maria Lucia Frizon Rizzotto