

**LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL: A INTERNAÇÃO QUE SE
FAZ EM REDE**

**MENTAL HEALTH BEDS IN GENERAL HOSPITALS: HOSPITALIZATION WITHIN A
NETWORK**

Marcus Macedo da Silva¹

RESUMO

O presente artigo propõe uma reflexão teórica acerca do Serviço Hospitalar de Referência (SHR), considerado um dos pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na assistência às crises em saúde mental, conforme previsto na Portaria nº 3.088/2011. A partir de elaborações teóricas oriundas da prática, busca-se contribuir para o campo da saúde mental ao analisar o SHR à luz de suas normativas regulamentadoras, do paradigma psicossocial e da clínica ampliada. Destaca-se a importância da articulação em rede e a superação da lógica hospitalocêntrica historicamente presente nas instituições hospitalares. O artigo enfatiza a complexidade das situações de crise e a necessidade de uma atuação interdisciplinar e intersetorial. A proposta contempla ainda o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta de cuidado e de articulação entre os diversos dispositivos da RAPS. Trata-se de uma contribuição teórica que visa fortalecer o funcionamento em rede dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, promovendo uma assistência mais humanizada e integrada.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Referência. Rede de Atenção Psicossocial. Clínica ampliada. Saúde mental. Leitos psiquiátricos.

ABSTRACT

This article proposes a theoretical reflection on the Serviço Hospitalar de Referência (SHR), considered a strategic component of the Psychosocial Care Network (RAPS) in managing mental health crises, as established by Ordinance No. 3.088/2011. Based on theoretical insights derived from professional practice, it aims to contribute to the mental health field by analyzing SHR through regulatory guidelines, the psychosocial paradigm, and the concept of extended clinical practice. The study emphasizes the importance of integrated care and the need to overcome the hospital-centered logic historically present in health institutions. It also highlights the complexity of mental health crises and the need for interdisciplinary and intersectoral approaches. The implementation of the Singular Therapeutic Project (PTS) is presented as a key tool in providing coordinated care. This theoretical contribution aims to strengthen the network-based operation of psychiatric beds in general hospitals, fostering more humane and integrated mental health assistance.

¹ Psicólogo; Mestre em Educação e Inclusão Social (FaE/UFMG); Psicólogo do Serviço Hospitalar de Referência do Hospital Municipal de Governador Valadares/MG; Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Pitágoras/Gov. Valadares/MG. E-mail: marcus.macedo.psicologia@gmail.com

Keywords: Reference Hospital Service. Psychosocial Care Network. Extended clinical practice. Mental health. Psychiatric beds.

1 INTRODUÇÃO

Neste artigo pretendo trazer algumas considerações reflexivas acerca do Serviço Hospitalar de Referência (SHR) que, enquanto um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), se apresenta como uma ferramenta estratégica na assistência às situações de crise, tal como contemplado na Portaria No. 3.088/2011. Não resultando de uma pesquisa, mas sim de elaborações teóricas preliminares advindas da prática pretendo trazer aqui uma singela contribuição ao campo de conhecimento na área da saúde mental. Apesar de singela o artigo tem sua relevância considerando uma certa lacuna nas produções teóricas acerca desta temática.

Sendo assim, tomando como referência os estudos até então realizados a proposta aqui apresentada traz algumas contribuições inovadoras ao propor como enfoque reflexivo uma análise deste dispositivo assistencial à luz de suas normativas regulamentadoras, bem como dos paradigmas da atenção psicossocial e da clínica ampliada. Isto se torna importante porque vem a atender à necessidades de maiores reflexões teóricas acerca deste ponto da rede que, após recente incorporação na RAPS, vem apresentando uma expansão em termos de implantação em todo o país. A propósito, segundo dados do Ministério da Saúde em 2014 registrava-se 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais em todo o país, dos quais 176 leitos em 42 hospitais gerais no estado de Minas Gerais. Este crescimento associado a necessidade de se pensar estes dispositivos dentro da rede requer construção de referências norteadoras para que não se reproduza uma lógica segregativa como nos mostra a história da saúde mental.

Desta forma o artigo está estruturado em quatro capítulos, sendo que logo no primeiro trago exatamente um panorama sobre os estudos e pesquisa sobre a temática em questão. Sem a pretensão de apresentar um levantamento minucioso tal panorama tem como propósito constatar uma carência de estudos sobre o tema e também de localizar a especificidades do enfoque aqui abordado em relação a diversidade de sub-temas encontrado.

No segundo capítulo apresento um panorama da assistência em saúde mental no Brasil. Sacrifico aqui pontos importantes da historiografia, mas que se fez preciso para atender às necessidades de síntese e de direcionamento à especificidade do tema aqui abordado. Neste resgate histórico faço uma identificação do chamado modelo hospitalocêntrico para na seqüência apresentar o modo psicossocial que pauta a atual política de saúde mental. Trago

também a perspectiva da clínica ampliada e seus referenciais teóricos, tão importantes para o funcionamento em rede dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, tal como aqui proposto.

No terceiro capítulo empreendo uma análise dos desafios de uma atenção à saúde numa perspectiva em rede, localizando tal desafio tanto do hospital geral quanto dos leitos psiquiátricos aí inseridos. Aqui esta análise incide sobre as normativas regulamentadoras do funcionamento dos leitos psiquiátricos no hospital geral, que são analisados a partir dos referenciais teóricos acima apontados.

Por fim, no quarto e último capítulo trago através das considerações finais a síntese das análises empreendidas e uma reflexão sobre os desafios do funcionamento em rede dos leitos psiquiátricos junto aos hospitais gerais, projetando também questões a serem exploradas em futuras produções teóricas.

I – Sociologia das ausências: breve panorama acerca dos estudos sobre os leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Inicio a partir dos conceitos de “sociologia das ausências” e “sociologia das emergências” tal como proposto por Santos (2005), para pensar o panorama do tema dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais no campo do conhecimento. Segundo este autor a sociologia das ausências compreende a identificação de experiências desperdiçadas pelo conhecimento hegemônico, enquanto que a sociologia das emergências remeteria a tarefa de investigar experiências invisibilizadas, ou seja, que se encontram ocultas junto a racionalidade conservadora. Nas palavras do próprio Santos (2005, p. 21) “*o objetivo da sociologia das ausências é transformar objetos impossíveis em possíveis, objetos ausentes em presentes*”. Sendo assim, este artigo traz aqui neste primeiro momento uma visibilidade do tema dos leitos psiquiátricos junto aos hospitais gerais lançando luz sobre os estudos até aqui realizados.

A partir de um breve levantamento bibliográfico² pôde-se verificar que há uma carência de estudos relativos à presença de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Neste levantamento foram identificados apenas dez artigos que contemplam reflexões específicas sobre este ponto da RAPS. Ao analisar tais artigos chama a atenção num primeiro momento que a maioria (70%) são produções anteriores ao ano de 2011, momento em que tal dispositivo passa a ser contemplado na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Este dado ganha destaque, pois

² Levantamento realizado no site de pesquisa Google Acadêmico através das palavras-chave: Leitos psiquiátricos; hospitais gerais; saúde mental.

revela que a produção teórica parece não acompanhar o movimento de implantação destes dispositivos, conforme tabela a seguir.

ANO DE PUBLICAÇÃO	QUANTIDADE DE ARTIGOS
2001	1
2003	3
2004	1
2009	1
2010	1
2011	1
2013	1
2016	1

Quadro 1: Publicação de artigos sobre o tema a partir do ano

A despeito deste descompasso entre teoria e prática, verifica-se que os artigos encontrados são em sua maioria fruto de pesquisas realizadas, seja de cunho bibliográfico ou mesmo através de pesquisa de campo. Há uma variedade de sub-temáticas abordadas, embora se perceba uma relativa concentração de estudos que abordam a presença de atitudes estigmatizantes no contexto hospitalar e a consequente resistência da presença destes leitos nos hospitais gerais. Nesta direção, destaco os estudos de Zimmermann & Schneider (2003) que procuraram detectar a percepção dos profissionais de um hospital geral quanto à aceitação das pessoas com transtornos mentais neste espaço. Indo na mesma direção aponto o trabalho de Mion & Schneider (2003) que analisaram como se configura a aceitação destes leitos por parte de profissionais de saúde de hospitais gerais.

Explorando o processo de estigmatização vivenciada pelos pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais constata-se o estudo de Barretto (2016) que identificou a percepção dos profissionais quanto à estigmatização sofrida pelos pacientes. Segundo a autora os profissionais *“reconhecem que esse fenômeno é presente nas práticas sendo que o estigma enquanto expressão da violência se dá de forma naturalizada, sendo difícil identificá-lo no âmbito institucional”* (Barreto, 2017, p. 10). Avançando neste enfoque Lucchesi & Malik

(2006) identificam o estigma como o principal fator limitante para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. Mas por realizarem uma pesquisa-ação estes autores, além de constatarem esta recepção estigmatizante, apontaram também que a ressignificação destes estigmas por meio de discussões clínicas comparece como uma estratégica saída para a superação deste fator limitante.

Já Paes et al (2013) ao realizarem um estudo exploratório refletiram sobre o papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental, tomando como referência o modelo psicossocial, bem como o princípio da integralidade e da integração multiprofissional. Nesta direção os autores identificaram que, a despeito do aumento da implantação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais no Brasil, algumas dificuldades têm se apresentado como a falta de qualificação profissional, a hegemonia do modelo biomédico hospitalar, a barreira à efetividade do trabalho em equipe multiprofissional, a existência e manutenção de preconceito e estigma contra a pessoa com transtorno mental e, por fim, à falta de estrutura física dos hospitais gerais. Na mesma direção Larrobla & Botega (2006) identificaram, dentre vários fatores, a predominância de uma abordagem farmacológica na assistência a despeito de outras dimensões assistenciais junto aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Apenas um estudo explorou a atuação profissional junto aos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais. Neste caso foi localizado a pesquisa bibliográfica realizada por Machado & Colvero (2003) que analisaram publicações sobre o tema entre 1993 e 2002 explorando as contribuições do fazer da enfermagem. Neste ponto, é curioso perceber que apesar de a PNSM contemplar a presença de um conjunto de outros profissionais nesta assistência não foi identificado nenhum estudo que explorasse a prática de outras profissões.

Dois estudos abordaram os determinantes e motivadores para a internação nos leitos psiquiátricos dos hospitais gerais. Num deles, Sousa & Oliveira (2010) identificaram que nas situações de dependência química o principal determinante para a internação são os casos de síndrome de abstinência alcoólica. Já Mello & Schenider (2011), explorando a percepção da família identificaram não somente os determinantes apontados pelos familiares, mas também a projeção que estes esperam deste dispositivo, sendo eles: uma perspectiva de melhora vinculada a adequação a uma normalidade esperada e a manutenção destes dois fatores ao longo do tempo.

Reforçando o apontamento acima, a despeito da relevância de todas estas sub-temática, chama a atenção que em nenhum dos estudos foi explorado as diretrizes apontadas a partir de 2011 com a contemplação dos leitos psiquiátricos como um dos pontos da RAPS. É exatamente neste vazio que passarei a explorar o lugar deste dispositivo na articulação como os demais

pontos da rede, tal como contemplados na Portaria No. 3.088/2011. Para tanto, a seguir trago uma contextualização da reforma psiquiátrica brasileira para na seqüência localizar a emergência dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e todo o contexto que possibilitou sua emergência enquanto política pública.

II – Do modelo hospitalocêntrico ao modelo psicossocial.

Desde a inauguração do Hospital Psiquiátrico D. Pedro II no Rio de Janeiro em 1841, primeiro manicômio a se constituir no Brasil, a assistência em saúde mental do país passou a se organizar em torno do chamado modelo hospitalocêntrico. Estruturado em torno do princípio do “isolamento terapêutico”, em que a segregação do meio social comparece de forma imperiosa, este modelo produziu uma lógica de tratamento sustentada na segregação social. Ou seja, para tratar era preciso segregar e o hospital psiquiátrico comparecia como lócus da “segregação reestabilizadora”, pois protegia o enfermo das influências negativas do meio. Ao abordar este momento histórico e a consolidação deste princípio, Amarante (1996, 48) afirma que *“se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permitirá afastá-las, transportando o enfermo para um meio no qual as mesmas não podem mais prejudicá-lo”*.

Mas ao longo da história a assistência em saúde mental, inaugurada nesta lógica hospitalocêntrica, não ficou centrada somente na figura dos manicômios, pois por décadas teve como parceria os ambulatorios de saúde mental. Cumprindo uma dupla função de assistir os casos de menor gravidade, não elegíveis para as internações hospitalares, e também os casos considerados graves em retorno das internações psiquiátricas, os ambulatorios por muito tempo tentou, sem muito sucesso, cumprir os desafios de executar um tratamento longitudinal às pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente. A propósito Golberg (1994) ao apresentar os processos institucionais que levaram a constituição do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil aponta a falência do que ele denominou de “binômio hospital-ambulatorio” no manejo da psicose e na sustentação de um tratamento em liberdade.

É exatamente em torno deste insucesso e a partir das condições desumanas presentes no interior dos manicômios que emerge com o findar da década de 70 o movimento da reforma psiquiátrica brasileira que, atravessado pelas reformas internacionais até então em curso, sobretudo na Europa e nos EUA, vai mobilizar ao longo das décadas seguintes uma reflexão crítica acerca da assistência em saúde mental no país. Como consequência destas reflexões vão emergindo neste contexto inúmeras experiências instituintes e inovadoras como resposta aos

desafios de uma assistência de base territorial. É destas inovações que surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS's), dispositivos precursores do que posteriormente viria a se configurar de forma aproximativa como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tal como proposto atualmente pela PNSM.

Importante destacar que tais experiências se apresentaram de forma instituinte por trazerem uma série de rupturas em relação ao modelo hospitalocêntrico até então vigente. A propósito, Costa-Rosa (2000) ao falar destas rupturas denomina de modo psicossocial o conjunto os processos de trabalho, bem como de concepções teóricas que passaram a nortear os serviços substitutivos ao manicômio. Nesta direção sai de cena o princípio do isolamento terapêutico para ganhar espaço o tratamento de base territorial e comunitário. Aqui a internação, sem perder seu espaço, passa a ocupar um lugar secundário e subordinado ao esgotamento de todas as possibilidades de tratamento em liberdade.

A assistência terapêutica ganha uma dimensão multidisciplinar com uma proposta de trabalho horizontal e compartilhada, pautada numa visão sobre o sujeito e seu sofrimento e não sobre o sintoma e a doença. A atenção à família, e o sofrimento advindo da dura convivência diária com seus entes adoecidos, ganham também espaço no conjunto de práticas terapêuticas ofertadas. Por fim, embora não somente, destaca-se a presença de um fazer em diálogo com as demais políticas públicas na consolidação de uma assistência de base territorial, através da apropriação dos diversos recursos comunitários. A propósito, ressaltando esta base territorial encontramos em Saraceno (2001, p. 95) o apontamento de que:

As instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, a rede de lugares, recursos e oportunidades é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar.

Em consonância com este autor temos também a contribuição de Amarante (2007, p. 99) quando o mesmo afirma que:

Atualmente a tendência é construir 'ateliês' pelo espaço social, pela cidade afora. O desafio está na possibilidade de encontrar associações civis, times de futebol, entidades comerciais, enfim alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial, incluindo as pessoas em acompanhamento nos serviços de atenção psicossocial em suas várias formas de sociabilidade já existentes ou que estejam sendo criadas. Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem os vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. (AMARANTE, p. 2007, p. 99).

Todas estas rupturas operadas pelo modo psicossocial compuseram o que veio a se configurar como clínica ampliada que passou a sustentar a prática dos CAPS enquanto serviços substitutivos ao longo das décadas de 80 e 90, respondendo assim de forma satisfatória aos desafios assistências no campo da saúde mental. Consequência deste processo assistimos à consolidação dos CAPSs enquanto dispositivo assistencial da política de saúde mental tal como estabelecido por algumas portarias do ministério da saúde, possibilitadas pela promulgação da Lei No 10.2016, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica³

No entanto, a implementação dos CAPS no início dos anos 2000 foi apontando que os desafios postos a assistência de base territorial extrapolavam o âmbito institucional destes serviços isoladamente. Tal constatação levantou a necessidade de um avanço na consolidação de novos dispositivos assistenciais complementares, bem como do diálogo com as demais políticas públicas. Isto porque pensar a assistência às pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente na dimensão da inclusão social implica na participação e contribuição das demais políticas públicas. Entra em cena assim o imperativo da intersetorialidade enquanto principal ferramenta para o campo da saúde mental.

Esta constatação pôde ser contemplada nas conferências de saúde mental que, enquanto espaços de participação popular, tiveram uma relevante contribuição na história da reforma psiquiátrica brasileira, pois cumpriu o importante papel de impulsionar a política de saúde mental. Desta forma, a dimensão intersetorial nas práticas assistenciais da saúde mental avançou de uma tímida sinalização na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, para a contemplação como tema principal e norteador da IV e última Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2010. A propósito, esta conferência trouxe uma marca importante para a assistência em saúde mental, haja vista que pela primeira vez na história as políticas de saúde mental foram pensadas em conjunto com outras políticas públicas. Acrescenta-se ainda a ampla participação popular em todas as etapas, considerando todas as instâncias que vai desde as conferências locais e municipais até a etapa nacional.

O desdobramento deste processo foi à promulgação no ano seguinte da Portaria No. 3.088/2011 que pôde ser considerada como o reflexo das propostas levantadas na 4ª CNSM. Reconfigurando a RAPS, esta portaria apresentou novos serviços assistenciais, ampliou outros e estabeleceu uma interface com as demais políticas públicas.

³ Lei No. 10.2016/2001 recebeu tal denominação devido a proposição de seu autor o então Deputado Federal à época Paulo Delgado.

COMPONENTES DA RAPS CONFORME PORTARIA No 3.088/2012		
1 - Componente da Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	
	Equipe de Atenção Básica para populações específicas	
	Equipe de Consultório na Rua	
	Serviço Residencial de Caráter Transitório	
	Centro de Convivências	
2 -Atenção Psicossocial Especializada – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Tipo	CAPS I
		CAPS II
		CAPS III
	Modalidade e	CAPS – Transtornos mentais
		CAPS Álcool e Drogas
		CAPS Infantil
III – Atenção de Urgência e Emergência	SAMU	
	Sala de Estabilização	
	UPA 24 hs	
	Hospitais/Pronto Socorros	
IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Recolhimento	
	Serviços de Atenção em Regime Residencial	
V – Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral	
	Serviço Hospitalar de Referência	

VI – Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico
VII – Reabilitação Psicossocial	Ações de geração de renda

Dentro do conjunto de novos dispositivos assistenciais apresentados pela Portaria No. 3.088/2012 encontramos o Serviço Hospitalar de Referência (SHR) que é desenvolvido através da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Embora tenha sido contemplado por esta portaria verifica-se, a partir de uma análise histórica, que a demanda por este dispositivo remonta aos primeiros momentos da reforma psiquiátrica brasileira. Encontramos assim já na 1ª CNSM realizada em 1987, a manifestação da sociedade pela implantação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais. Sinalizando à época a necessidade de redução gradativa dos leitos nos manicômios algumas propostas aprovadas nesta conferência registraram a importância estratégica que os hospitais gerais poderiam ocupar enquanto resposta aos momentos de crise.

A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que obedecidas as seguintes observações: a) que não haja prejuízo do programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência; b) que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos; c) que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais. Em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para as emergências psiquiátricas, considerando aquelas como porta de entrada exclusiva e extinguindo as emergências em hospitais psiquiátricos. (1ª CNSM/1987, p.18)

Reafirmando tal demanda e avançando na contemplação de outros dispositivos encontramos também junto a 2ª CNSM realizada no ano de 2001, a seguinte proposta:

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de

convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão, além de exigir que os serviços de emergência psiquiátrica funcionem exclusivamente junto aos hospitais gerais e/ou unidades mistas; (2ª CNSM, 1994, p. 13)

Dezesseis anos depois por ocasião da já citada 4ª CNSM verifica-se no bojo das discussões intersetoriais a reafirmação da necessidade de leitos psiquiátricos junto aos hospitais gerais. Diferente das conferências anteriores assiste-se aqui não somente a um aumento quantitativo de propostas, mas também um conjunto de elaborações mais qualitativas, o que se constata através do apontamento destes leitos articulado ao trabalho em rede. É nesta direção que as 22 propostas voltadas para a atenção à crise trazem a necessidade destes dispositivos numa complementação assistencial com outros dispositivos que vão desde o SAMU, até a atenção básica, passando pela ênfase no trabalho dos CAPS.

Dessa forma, a IV Conferência ratifica a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas saúde mental na atenção básica, ambulatorios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo. (IV CNSM, P. 73).

Provocados por esta demanda crescente, tal como verificado ao longo das conferências, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais passaram a partir de 2011 a compor a PNSM, através Portaria No. 3.088/2011, conforme já citado. Desde então, a oferta deste dispositivo, denominado Serviço Hospitalar de Referência (SHR), passou a ser regulamentada por um conjunto de outras portarias que estabeleceram suas diretrizes de funcionamento, atividades terapêuticas, modalidades de funcionamento, composição de equipe técnica, estrutura física, critérios de financiamento dentre outros conforme tabela abaixo.

Sendo assim, tomando este conjunto de normativas regulamentadoras, bem como modelo psicossocial passo a seguir a analisar alguns pontos relativos ao funcionamento dos SHRs.

III - O LUGAR DOS SHRs NO HOSPITAL GERAL E NA REDE

Na RAPS o SHR, ofertado através dos leitos psiquiátricos, comparece como um dos serviços de assistência à crise, contribuindo estrategicamente enquanto dispositivo de

retaguarda. Mas tal posição não implica necessariamente num fazer isolado. Muito pelo contrário, trata-se de uma assistência que se concretiza num trabalho articulado com demais dispositivos que compõem a RAPS. Por conta disto, a Portaria No. 148/20012, que normatiza o funcionamento destes leitos, ressalta a importância da articulação com os outros pontos da atenção a saúde, pois esta integração *“potencializa as ações de matriciamento, coresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado”* (BRASIL, 2012, p. 2).

Mas pensar o SHR nesta direção requer uma análise da própria dinâmica de funcionamento do hospital, haja vista que historicamente esta instituição desenvolveu sua prática desconectada dos demais serviços de saúde. A propósito Campos (2007), ao trazer uma análise crítica dos hospitais à luz da clínica ampliada, bem como da gestão democrática dos processos de trabalho, identificou não somente a centralidade dada ao hospital no âmbito da saúde, mas principalmente o isolamento característico desta instituição ao longo dos anos. Desta forma, o desafio de pensar os SHRs numa lógica do “fazer em rede” encontra num primeiro momento o desafio maior de pensar a presença desta lógica no próprio contexto em que está inserido, a saber: o contexto hospitalar.

Mas é o mesmo Campos (2007) quem identifica o campo da saúde mental como aquele que, graças à reforma psiquiátrica, mais avançou nas últimas décadas na construção de uma assistência menos hospitalocêntrica e mais voltada para uma articulação em rede. Além desta identificação o autor, sustentado no paradigma da clínica ampliada, traz um conjunto de referenciais teóricos que podem contribuir para a reconfiguração da dinâmica do hospital, possibilitando assim uma assistência mais dialógica e articulada com os demais dispositivos da RAPS. *“Não será possível avançar na definição do papel do hospital no sistema de saúde se as políticas não forem integradas e se as novas modalidades assistenciais não forem inseridas no modelo de atenção”* (Campos, 2007, 857).

Na mesma direção encontramos em Scarazatti (2016) a defesa de um fazer articulado com os dispositivos extra hospitalares de assistência à saúde. Trazendo também uma discussão acerca da clínica ampliada no contexto do hospital geral o autor aponta a necessidade de ampliação do objeto de intervenção e uma alteração da dinâmica da equipe, proporcionando a desospitalização e o conseqüente fortalecimento das redes assistenciais. Acrescenta-se ainda o destaque dado à apropriação de outras ferramentas teóricas propiciadas pela clínica ampliada, tais como equipe de referência, apoio matricial, projeto terapêutico singular, profissional de referência, discussão de casos, visitas domiciliares conjuntas dentre outras. Temos assim com

as contribuições destes dois autores um primeiro norte para o avanço “do fazer em rede” por parte das instituições hospitalares.

Importante destacar que, embora na prática cotidiana ainda se faça presente a predominância de um isolamento por parte dos hospitais gerais, tal como apontado acima, no âmbito das diretrizes das políticas de saúde encontramos diretrizes que sinalizam a superação desta realidade. Trata-se da Política Nacional de Humanização do SUS que, formulada em 2003, incorporou a partir do ano de 2009 as diretrizes da clínica ampliada como ferramenta para a construção de um trabalho pautado na co-responsabilidade e na articulação intersetorial em rede.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (BRASIL, 2009, p.10)

Ao se pensar a dinâmica de funcionamento dos leitos psiquiátricos no contexto dos hospitais gerais, à luz da clínica ampliada, tal como apontada pelos autores acima, bem como pela Política Nacional de Humanização, coloca-se em questão o próprio princípio do isolamento terapêutico enquanto princípio fundante do modelo hospitalocêntrico na psiquiatria. Sua insuficiência para um trabalho em rede cede desta forma o lugar para a intersetorialidade, tal como proposto pelo modo psicossocial. Neste sentido a assistência ao paciente internado, a partir do olhar da clínica ampliada, acaba sendo um **“fazer interno que se pensa para fora”**.

Por esta razão que ao se pensar nos técnicos responsáveis pela assistência do SHR tenha-se estabelecido a presença de profissionais de nível superior com formação em saúde mental, em conformidade com o modo psicossocial. Ou seja, profissionais que tragam como ferramentas assistenciais não somente o "olhar psicopatológico", que apesar necessário, torna-se limitante dentro da lógica da clínica ampliada. O olhar buscado aqui é o olhar complexo, pois está questão pensar este sujeito, seu sofrimento psíquico, seus atravessamentos socioculturais, bem como o seu lugar na sociedade.

Importante destacar que a complexidade aqui remete para uma perspectiva multi determinante dos processos de saúde e doença e por consequência para as demandas endereçadas ao SHR. Neste sentido, a chamada crise que bate a porta do hospital geral precisa também ser compreendida dentro da perspectiva da complexidade. A propósito encontramos

em Amarante (2007, p. 82) uma definição do conceito de crise que na dimensão da complexidade nos interessa aqui.

No contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade ou tolerância de uns para com os outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social do que puramente biológica ou psicológica.

É diante desta complexificação da crise que o SHR precisa englobar não somente os sofrimentos inerentes ao próprio sujeito em si, mas também lançar olhares sobre as condições existenciais, familiares e sociais comumente produtoras de sofrimento psíquico. Conforme aponta Amarante (1996) em outro momento, torna-se necessário colocar em suspenso a doença para que emergja esta trama psicossocial que por vezes sustenta as situações de crise. Neste ponto trabalhar com o conceito operacional “*existência-sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social*”, tal como postulado por Rotelli (2001, p. 91), parece mais produtivo no manejo das situações de crise junto aos SHRs.

Mas tomar a crise que chega aos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais a partir deste olhar é colocar sobre este dispositivo questões sobre as quais há certo limite de intervenção. No entanto, esta limitação comparece provocando a necessidade da busca do diálogo intersetorial como forma de encontrar encaminhamentos e saídas para as problemáticas que compõe a complexidade da crise. É nesta direção que o fazer interno que se pensa para fora, tal como apontado anteriormente, demanda a complementação de um “fazer para fora ARTICULADO”.

Nesta lógica quem está limitado ao espaço geográfico do hospital é o paciente e não o profissional da equipe do SHR que, enquanto conector de rede, deve se permitir as mais diversas ações extra hospitalares. Encontramos assim um leque de espaços a serem ocupados que vão desde estudo de casos pré e pós alta hospitalar; visitas domiciliares; busca ativa compartilhada; ações matriciadoras dentre outras possíveis conforme as demandas apontadas pelo caso.

Neste “fazer interno de pensar externamente e articulado”, tal como sustentado pela clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) precisa atravessar as ações do SHR, pois conforme a própria Portaria No. 148/2012 a equipe técnica responsável pelos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais deve promover a “*articulação com outros pontos de atenção*”

da RAPS para construção do PTS”. Isto porque um usuário que chegue aos leitos de retaguarda, após esgotadas todas as possibilidades na atenção primária e secundária em saúde, necessita de uma reconstrução de seu PTS. Embora não recaia sobre o SHR a condução do PTS sua assistência não pode ficar alheia ao uso desta ferramenta que a propósito marca sua especificidade na dimensão do fazer compartilhado.

“O cuidar de uma pessoa” significa construir como plano de atuação um PT que implique a existência do sujeito para além da remissão do sintoma. Esse projeto se faz com a reconstrução e apropriação constantes da história de vida de cada um centralizado na pessoa, ao mesmo tempo constituído de estratégias até óbvias, artesanais e de estratégias complexas, de longo percurso, que trazem a tona as diferentes dimensões de cada sujeito, de suas relações familiares, sociais, de vizinhança, de sua subjetividade. Trata-se de uma ação que não se limita ao espaço físico da instituição, podendo acontecer no âmbito do próprio serviço, nos espaços de vida, de circulação, e de sociabilidade do sujeito. O PT que precisa ser continuamente avaliado conjuntamente e redefinido na medida das necessidades de cada momento devem constituir a diretriz central dos serviços substitutivos (MÂNGIA, 2006, P 9).

É preciso destacar também a dimensão interdisciplinar dos SHRs e para tanto destaco seu duplo direcionamento, ou seja, a necessidade de um diálogo multidisciplinar tanto interno ao hospital quanto também, e principalmente, com os diversos dispositivos RAPS. Nesta direção, os interstícios hospitalares precisam está abertos à circulação da rede, possibilitando a construção dos laços transferenciais que sustentarão a continuidade da assistência nos pós alta. Retomando as contribuições de Campos (2007) destaco aqui a reflexão que o autor faz quando aborda a importância da interdisciplinaridade do hospital no desenvolvimento de uma assistência em rede:

Um recurso muito simples e que favorece o intercâmbio de conhecimentos e estimula a abertura profissional é a prática de visitas interdisciplinares a pacientes internados. Uma ou duas vezes por semana, o profissional responsável pelo caso promove uma corrida pelos leitos com os outros profissionais de sua equipe, ou até com especialistas de outros departamentos, mas que seriam importantes para qualificar a atenção. Seria um Projeto Terapêutico Peripatético⁴ elaborado enquanto pessoas caminham. (CAMPOS, 2007, 853).

Internamente ao hospital geral a interdisciplinaridade se apresenta também de forma imprescindível e por conta disto a Portaria No. 148/2012 aponta a necessidade do *“estabelecimento de mecanismos de integração do SHR (...) com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos*

⁴ O termo peripatético foi introduzido nas práticas assistência da saúde mental por Lancetti (2007) quando o mesmo retomando o termo peripatético tal como proposto na filosofia por Aristóteles identificou um fazer em saúde mental através de atendimentos fora do setting formal dos consultórios fechados. Neste sentido, tomando o significado do termo como sendo falar andando Lancetti defendeu uma prática assistencial pautada no fazer pelo território.

serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica” (BRASIL, 2012, 3). Este diálogo interno se faz necessário para que as ações de saúde mental não fiquem circunscritas a determinados profissionais ou setores, mas sim que atravesse todas as estruturas hospitalares. Isto não somente porque as internações psiquiátricas nos hospitais gerais geralmente perpassam as mais diversas enfermarias, mas acima de tudo para que uma lógica manicomial seja substituída por um modo humanizado na assistência em saúde mental nestas instituições. A propósito há de se destacar, conforme apontado acima, que pesquisas encontradas apontam certa concentração estudos exatamente sobre o estigma que estes leitos despertam dentro das estruturas dos hospitais gerais.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como objetivo principal trazer uma contribuição ao conjunto de estudos e pesquisas voltados para a análise dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e neste ponto pôde de fato trazer uma importante contribuição ao preencher uma lacuna, considerando a especificidade da abordagem em relação aos demais trabalhos. Procurei assim explorar o lugar ocupado pelos leitos psiquiátricos dos hospitais gerais dentro da rede de atenção psicossocial, tomando para tanto os apontamentos das portarias que passaram a normatizar a política de saúde mental após a Lei No. 10.2016. Um destaque foi feito a Portaria 148/2012 haja vista que a mesma é a principal que normatiza o funcionamento deste dispositivo.

O olhar lançado sobre estas normativas se deu pelo viés das perspectivas psicossocial, bem como da clínica ampliada, as quais têm sustentado a assistência no campo da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica. As reflexões aqui empreendidas não se centraram em tornos dos problemas e desafios apresentados por este dispositivo, fato bem explorado nos estudos e pesquisas até então existentes, embora com certa escassez. Trouxe sim um olhar prospectivo sobre os aportes teórico necessários ao funcionamento dos leitos nos hospitais gerais, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Nesta direção, pôde-se constatar que o modelo psicossocial e a perspectiva da clínica ampliada trazem apontamentos para que não só estes dispositivos, mas o hospital geral como um todo, sejam permeados pelo trabalho em rede. Para tanto, ressalta a necessidade de um entendimento complexo acerca do processo de adoecer no campo da saúde mental, bem como de novas perspectivas assistenciais. Embora o objeto de análise aqui tenha sido este dispositivo é importante destacar que os aportes teóricos aqui destacados não se sustentam se não permear

toda a rede assistencial e isto não somente no campo da saúde mental, mas também dos demais dispositivos intersetoriais.

Nesta direção dimensões como intersectorialidade, bem como interdisciplinaridade, por serem pontos importantes para o funcionamento em rede devem permear tanto as equipes dos SHR como também os demais dispositivos da RAPS. Sem este alcance fica distante a concretizado de um fazer compartilhado e co-responsabilizado no manejo da crise no campo da saúde mental.

No entanto, por se tratar de uma abordagem exploratória e não decorrente de uma pesquisa exaustiva sobre os pontos abordados o artigo se apresenta de forma incipiente abrindo as portas para novas explorações, e acima de tudo mais aprofundadas. Também devido ao caráter de aproximação inicial como campo o artigo careceu de aprofundamento de pontos específicos relacionados ao funcionamento dos leitos psiquiátricos no contexto dos hospitais gerais. Neste sentido considerando que dentro da escassez de produção teórica sobre o tema há uma carência maior de estudos após a lei da reforma psiquiátrica vários pontos não aprofundados no presente artigo carecem de melhores explorações.

REFERENCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. **Ministério da Saúde**, Brasília. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 5 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. **Ministério da Saúde**, Brasília. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 5 nov. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza & AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Revista Ciência Saúde Coletiva [On line]. 2007, vol. 12, n. 4, pp 849-859.

Conferência Nacional de Saúde Mental (2. : Brasília : 1992) **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 200 I Brasília). **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo** / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. 68 p.: il – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15) I Saúde mental – Legislação – Brasil 2. Congresso Brasil Ministério da Saúde. II Secretaria de Assistência á Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Titulo IV.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.) Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade (on line). Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 200. Loucura & Civilização Collection, pp 141-168

DALGALARRONDO, Paulo; et all. **Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral**. Rev Saúde Pública 2003;37(5):629-34 629. Acesso em 20 de julho de 2018 em www.fsp.usp.br/rsp

GOLBERG, Jairo. **A clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Editora Te Corá.1994

HILDEBRANDT, Leila Mariza Hildebrandt; ALENCASTRE, Marcia Bucchi Alencastre. **A inserção da psiquiatria no hospital geral**. R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

LUCCHESI, Maurício Lucchesi & MALIK, Ana Maria Malik. **Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil**. Revista Saúde Pública, 2009;43(1):161-68

MACHADO, Ana Lúcia & ALMEIDA, Luciana. **Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: Espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 setembro-outubro; 11(5):672-7
www.eerp.usp.br/rlaenf

MANGIA, E. F. et al. **A construção de projeto terapêuticos: Visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial**. Revista Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo. V. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago. 2016

MELLO, Rita Melo de; SHNEIDER, Jacó Fernando. **A família e a internação psiquiátrica em hospital geral**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, 2011, Jun, 32 (2), 226-233

BARRETTO, Raquel Silva. **Estigma e Violência na percepção dos Profissionais de Saúde Mental de uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral**. 2016. 106 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Rio de Janeiro,2016,

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira de; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3):671-677, 2010.

Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8.** Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5)

SCARAZATTI, Gilberto Luiz, 1955 - **Implementação da clínica ampliada no hospital Ouro Verde em Campinas - SP / Gilberto Luiz Scarazatti.** – Campinas, SP: [s.n.], 2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. **Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 38 – 42, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.

PAES, Marcio Roberto et all. **O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil.** *Cienc Cuid Saude* 2013 Abr/Jun; 12(2):407-412

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O Fórum social mundial: manual de uso.** São Paulo: Cortez, 2005