



Cuidado em Saúde Mental no Hospital Geral: Trabalho em Equipe e em Rede

Mariá Lanzotti Sampaio¹; Andréa Batista de Andrade Castelo Branco²

Resumo: Objetivou-se analisar o modo como os profissionais de saúde de um hospital geral atuam em equipe e em rede junto ao usuário da saúde mental. Utilizou-se a metodologia qualitativa e entrevistas semiestruturadas para coleta de dados. Os participantes são profissionais atuantes em um hospital público, localizado na região Nordeste. Na análise dos dados, foi realizada uma Análise de Conteúdo, cuja categorização evidenciou dois eixos temáticos: 1. Interação do hospital geral com a rede de serviços; 2. O trabalho em equipe no cuidado em saúde mental. Os resultados apontaram fragilidades na interação do hospital geral com a rede de cuidado, fragmentação das práticas e incipiente corresponsabilidade do cuidado em saúde mental. Considera-se pertinente a realização de capacitações em saúde mental, discussão de casos em todos os setores e ações voltadas à saúde do trabalhador para potencializar a integralidade do cuidado e planejamento estratégico na implantação de leitos integrais no hospital analisado.

Palavras-chave: Saúde mental; Hospitais gerais; Interdisciplinaridade; Intersetorialidade, Intervenção na crise.

Mental Health Care at the General Hospital: Teamwork and Networking

Abstract: The objective was to analyze the way in which the health professionals of a general hospital work in a team and in a network with the mental health user. Qualitative methodology and semi-structured interviews were used for data collection. The participants are professionals working in a public hospital, located in the Northeast region. In the data analysis, a Content

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Urgência e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). mariah_lanzotti@hotmail.com;

² Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do programa de mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). Mestre em Saúde Pública pela UFC. andrea_andrade@hotmail.com.

Analysis was performed, whose categorization showed two thematic axes: 1. Interaction of the general hospital with the service network; 2. Teamwork in mental health care. The results showed weaknesses in the interaction of the general hospital with the care network, fragmentation of practices and incipient co-responsibility of mental health care. It is considered relevant to carry out training in mental health, discussion of cases in all sectors and actions aimed at workers' health to enhance comprehensive care and strategic planning in the implementation of full beds in the hospital analyzed.

Keywords: Mental health; General hospitals; Interdisciplinarity; Intersectoriality, Intervention in the crisis.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira impulsionou a criação da Lei nº 10.216/01, na qual propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e o redirecionamento do modelo assistencial, além da ampliação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a regulamentação dos repasses financeiros para os serviços territoriais abertos (BRASIL, 2001). Nesse contexto, a inclusão dos leitos integrais nos hospitais gerais é uma tentativa de garantir a atenção integral e imediata aos usuários em crise (PAES et al., 2013). Tal mudança expressa um marco importante que conferiu cidadania, direito ao acesso, atenção à crise e possibilidade de melhoria da qualidade do cuidado prestado a esse público que, até então, era marcado apenas por intervenções custodiais, iatrogênicas e excludentes (CRUZ et al., 2019).

Apesar dos avanços e conquistas, as políticas de saúde mental também têm sofrido retrocessos desde 2017. A Portaria GM/MS nº 3588/2017, por exemplo, reintroduziu o hospital psiquiátrico como serviço da RAPS. Em seguida, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2434 em 2018, na qual aumentou o financiamento das diárias de internação nos hospitais psiquiátricos (CRUZ et al., 2019). Em 2019, houve ainda uma política de apoio e incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas através do Decreto nº 9.761, de 11 de abril, colocando em risco a Política de Redução de Danos (RD). Além disso, a nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS informou não credenciar novas equipes do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF), impactando no acesso ao cuidado em saúde mental na atenção básica.

Nesse panorama, este estudo buscou responder a seguinte pergunta-problema: Como os profissionais de saúde de um Hospital Geral desenvolvem o cuidado em saúde mental através de eventuais estratégias de trabalho em equipe e em rede? Partiu-se da hipótese de que determinados atributos interdisciplinares e intersectoriais podem potencializar a consecução do

modelo psicossocial. Objetivou-se, portanto, analisar o modo como os profissionais de saúde do hospital geral atuam em equipe e na rede frente ao cuidado em saúde mental.

O hospital geral em que o estudo foi realizado intenciona implantar leitos integrais para receber, formalmente, usuários em crise, uma vez que o hospital psiquiátrico está em processo de fechamento no município e, atualmente, já funciona apenas em nível ambulatorial. Tal contexto engendra a justificativa institucional da pesquisa, cujos resultados podem subsidiar o planejamento estratégico, a organização e o funcionamento dos leitos integrais no principal hospital geral da região. Além disso, o cuidado em saúde mental é amplamente pesquisado nos Centros de Atenção Psicossocial e na atenção básica, mas pouco investigado nos hospitais gerais, denotando lacunas científicas sobre o tema.

Métodos

A metodologia qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, foi utilizada para permitir uma análise da complexidade, da diversidade e do aprofundamento das percepções dos sujeitos da pesquisa, enfatizando os aspectos contextuais, experienciais e intersubjetivos. Para tanto, utilizou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada, constituída de treze questões referentes ao cuidado em saúde mental no hospital geral.

O local da pesquisa foi em um hospital geral público de urgência e emergência de um município de médio porte do nordeste. A amostra foi composta por dez profissionais/trabalhadores de saúde das áreas de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, medicina, fisioterapia, assistência social, terapia ocupacional, fonoaudiologia e técnico de enfermagem. Os participantes se voluntariaram após apresentação da proposta de pesquisa no hospital. Os critérios de inclusão amostral foram: a) atuar como profissional efetivo da instituição com tempo mínimo três meses; e b) declarar sua anuência ao estudo após ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta de dados, as informações foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). As entrevistas foram gravadas, transcritas e apreendidas através da leitura flutuante. Posteriormente, o material empírico foi codificado, categorizado e interpretado. As categorias temáticas identificadas foram: a) Interação do hospital geral com a rede de serviços; e b) O trabalho em equipe no cuidado em saúde mental.

Esse estudo compõe os resultados da pesquisa intitulada “Práticas de cuidado em saúde mental em um hospital geral do sudoeste da Bahia”, vinculada ao programa de Residência

Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Ressalta-se que a pesquisa atendeu aos requisitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde e da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Todas as etapas foram pensadas em seus aspectos éticos, com vistas a garantir autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: [nº53653716.3.0000.5556]

Resultados e Discussão

Interação do hospital geral com a rede de serviços

A integralidade no cuidado em saúde mental só é possível mediante relação dialógica entre os espaços dentro-fora dos serviços, articulação entre a RAPS e as Redes de Atenção à Saúde, interdisciplinaridade nas práticas de saúde e intersetorialidade (LIMA; GUIMARÃES, 2019; SILVA et al., 2019). Nas entrevistas, entretanto, observou-se que a maioria dos entrevistados afirma não haver comunicação efetiva entre o hospital geral e os demais pontos de atenção da rede, à exemplo do relato a seguir:

Não existe comunicação alguma do hospital com os serviços da rede de atenção psicossocial. Até se a gente precisar, se algum paciente que está aqui e aí vai receber alta e tem transtorno, até para a gente tem essa questão, e agora? Como é que a gente vai lidar? (Entrevistado 9)

A incipiente comunicação entre os serviços disponíveis culmina em uma fragmentação do cuidado, que é encerrado no próprio seio do hospital geral, bem como no enrijecimento de um modelo de atenção piramidal e hierarquizado. Outrossim, a falta de articulação gera uma lógica de meros encaminhamentos, distanciamento, ausência de corresponsabilidade do cuidado e baixa resolutividade (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). A pouca articulação que ainda ocorria com a rede, normalmente, era delegada ao serviço social do hospital geral:

Eu vejo aqui que as pessoas não têm muito tempo para isso, que não tem muitos profissionais, que fica muita coisa a cargo do serviço social, que muitas vezes fica sobrecarregado nessa coisa do encaminhamento, de conseguir consulta. (Entrevistado 2)

A interação com a RAPS é quase sempre via serviço social, por via de busca ativa, contato telefônico, mas aí só o serviço social para falar sobre isso. É muito precária, muito precária mesmo. (Entrevistado 4)

Assim, o serviço social do hospital pesquisado formaliza e organiza a logística dos encaminhamentos para a rede, por solicitação da equipe, no período de internação do paciente.

Todavia, o trabalho em rede deveria ser transversal nas práticas de diferentes áreas profissionais.

A desarticulação dos pontos de atenção da RAPS é também uma ameaça ao papel de rede substitutiva da RAPS, uma vez que desencadeia uma necessidade de manutenção das estruturas para garantir o acesso e manejo da crise. O relato dos entrevistados evidencia uma relação de complementariedade com o hospital psiquiátrico:

Eu tenho um pouco, um certo pânico. Assim, o paciente vai para onde? Quem vai absorver lá fora? Família? Ele deve ter uma referência, tem que saber a quem buscar. É só o hospital psiquiátrico? É isso, se acabar o hospital psiquiátrico, tem que continuar a atenção básica, você tem que referenciar o paciente. (Entrevistado 3)

Foi bastante recorrente o entendimento da equipe hospitalar de que o hospital psiquiátrico é o principal responsável pelo cuidado do paciente em sofrimento psíquico intenso. Depreende-se, desse modo, que a RAPS do município analisado ainda não é plenamente substitutiva ao manicômio. A compreensão de que o usuário deve ser referenciado para o hospital psiquiátrico fortalece a centralidade que ele ocupa no cuidado em saúde mental e reafirma a fantasia social acerca da necessidade da existência dessa instituição (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Além disso, essa transposição de responsabilidades para o hospital psiquiátrico resulta em uma manutenção de um *status quo* e de uma lógica manicomial. Há um desejo de ter esse usuário da saúde mental, que é tido como totalmente diferente de mim, afastado de um convívio próximo e sob a tutela de uma instituição que é percebida como especialista em devolver à normalidade, o que resulta no fortalecimento de processos de institucionalização da vida e estigmatização dessas pessoas que, historicamente, carregam a marca da exclusão (DIMENSTEIN, 2006).

De forma pontual, alguns entrevistados mencionaram uma articulação mais satisfatória com a rede CAPS, conforme exemplificado a seguir:

O problema do paciente não se encerra no hospital. O trabalho tem que estar interligado com a rede. O hospital psiquiátrico, CAPS II, CAPSia. São essas instituições. Tanto quando a gente vai até eles, quanto quando eles vêm até aqui. (Entrevistado 5).

Ressalta-se que o hospital psiquiátrico ainda foi mencionado como um serviço integrante da RAPS. Além disso, a unidade básica de saúde não foi lembrada pelos participantes da pesquisa como um dispositivo importante para garantir a continuidade do cuidado em saúde mental na rede.

O cuidado integral em saúde mental exige também uma interrelação com os demais setores disponíveis, como educação, trabalho, saúde e assistência social (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020). É a partir do reconhecimento da pluralidade de determinantes que atravessam o sujeito que se torna possível traçar um plano de cuidado para superar as práticas produtoras de exclusão social, considerando tanto as questões de saúde, quanto as sociais, educacionais e laborais (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Percebe-se que o questionamento acerca dessas articulações foi marcado por desconhecimento e silêncio dos participantes. O funcionamento do hospital geral como um sistema fechado em si mesmo fragiliza o estabelecimento de canais de comunicação intersetoriais, impacta a qualidade da assistência, bem como despotencializa a inclusão social e os projetos de vida dos usuários (VIEIRA; NILSON; NÓBREGA, 2004; NUNES et al., 2020).

Em alguns casos, a negligência do cuidado em saúde mental ocorre no próprio hospital geral, durante o internamento, conforme os seguintes depoimentos:

Quando o paciente tem alta, querem que vá embora logo, logo. Porque ele vai dá trabalho uma hora, vai surtar de novo. É melhor ele ir para casa do que ficar aqui perturbando. (Entrevistado 1)

Enquanto está aqui, parece que o cuidado é em resolver o que está aqui, por exemplo: chegou, teve TCE, vamos resolver o TCE. Resolveu? Alta. Não tem esse cuidado. (Entrevistado 2)

Trata-se de uma visão unidimensional, que não considera o paciente em sofrimento psíquico como um sujeito dotado de direitos, necessidades e potencialidades. Observa-se que a organização das práticas de saúde no hospital é pautada na visão dicotômica doença *versus* cura e no reducionismo biológico.

Nessa concepção, o sujeito passa a ser o joelho quebrado, o cérebro depressivo, o coração infartado etc. Trata-se de uma assistência relacionada exclusivamente à identificação dos aspectos físicos e condições orgânicas, excluindo o sofrimento psíquico e seus impactos no processo saúde-doença, uma vez que a subjetividade é compreendida como fora dos parâmetros biomédicos do atendimento emergencial. A consequência desse modelo biomédico é a excessiva medicalização, o fechamento para o diálogo com outras áreas para um olhar ampliado que reconheça as demais necessidades do paciente e assujeitamento dos usuários atendidos (BEDIN; SCARPARO, 2011).

O trabalho em equipe no cuidado em saúde mental

O trabalho em equipe integrado visa à mudança no paradigma centrado unicamente na tarefa para que se estabeleça um cuidado voltado à multiplicidade de demandas que atravessam o usuário. Trata-se de práticas articuladas e baseadas na ampliação da concepção de saúde, na crítica à despersonalização do trabalho e na superação da fragmentação de ações (PEDUZZI, 2001). Trabalhar conjuntamente convoca relações de mão dupla e o reconhecimento dos saberes comuns e específicos das variadas profissões. Além disso, é necessário levar em consideração tanto os aspectos técnicos quanto as interrelações estabelecidas nesses espaços micropolíticos de produção de cuidado, reconhecendo seus tensionamentos e potencialidades (MERHY, 1997).

No campo da saúde mental, é fundamental um olhar ampliado que garanta atenção às diversas demandas que possam emergir, sejam elas psicológicas, biológicas e/ou sociais. No entanto, a maioria dos entrevistados compreende que as articulações entre os saberes e práticas não têm sido estabelecidas satisfatoriamente no hospital analisado, conforme exemplificado a seguir:

Não há uma interdisciplinaridade. Cada um faz o seu atendimento específico. Não há uma articulação da equipe. As articulações são dentro de cada disciplina, né? O pessoal de medicina, o pessoal das psis, o pessoal de enfermagem". (Entrevistado 4)

Aqui é um trabalho muito isolado, cada um fazendo seu próprio trabalho e não discutindo. Não buscando sentar e buscar solução. É tudo muito rápido. (Entrevistado 5)

Compreende-se que a fragilidade nas interações entre profissionais de diferentes áreas tem dificultado o estabelecimento de um cuidado em saúde mental mais efetivo. Há um agrupamento de profissionais em um mesmo local, cada qual realizando uma parte do cuidado, sem que haja, no entanto, um reconhecimento do paciente como um todo, o que acaba fragmentando o cuidado (MATOS et al., 2010). O trabalho interdisciplinar efetivo depende também de uma prática comunicativa satisfatória, já que a interação dos profissionais envolvidos ocorre por meio da linguagem. É importante que a comunicação seja clara, voltada para objetivos comuns, para que se possa conceber um agir comunicativo, considerando o contexto e as mudanças que podem ocorrer durante o processo (PEDUZZI, 2001).

Com relação à comunicação da equipe no cuidado em saúde mental, os entrevistados referem que ela se reduz ao preenchimento do prontuário ou que sua efetividade depende da maior ou menor abertura do profissional para o trabalho em equipe, conforme exposto a seguir:

O trabalho em equipe é quase sempre por meio do prontuário. Não há discussão de casos, não há interconsultas. (Entrevistado 4)

Vai depender da pessoa. Tem médicos muito acessíveis, aí você conversa, dá o retorno. Aí, você sente à vontade porque ele tem o interesse em fazer. (Entrevistado 2)

Considera-se que esse desenho assistencial, composto por entraves na comunicação e na articulação das ações em equipe, afeta negativamente a integralidade do cuidado ao paciente e se torna um obstáculo para a construção de uma clínica ampliada e de um trabalho interdisciplinar, conforme proposto pela reforma psiquiátrica. A comunicação restrita impede o compartilhamento de responsabilidades e a construção de um plano assistencial conjunto que possibilite responder à complexidade das demandas (PEDUZZI, 2001).

Ressalta-se que os únicos profissionais que referiram a consecução de um trabalho em equipe atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Nestas unidades, há a cultura de realização diária dos *rounds*, um modelo organizativo em que diversas categorias profissionais se reúnem para discutir os casos dos pacientes internados, com vistas a compartilhar alterações no quadro clínico e traçar planos de ação, conforme exposto a seguir:

Aqui na UTI a relação é boa, porque a gente tem o round todos os dias a partir das 11 da manhã, em que toda a equipe multiprofissional que tiver aqui. A gente fala do paciente, a gente interage. (Entrevistado 9)

Nós fazemos o round e falamos sobre cada paciente e as especificidades da demanda. Quando tem necessidade de aumentar o horário de visita, a gente estende. (Entrevistado 8)

Durante os *rounds*, observa-se que a relação entre os profissionais do setor contém alguns pontos que se aproximam dos critérios para reconhecer a modalidade de uma equipe integrada (PEDUZZI, 2001): a comunicação inerente ao trabalho, a criação de um projeto em comum que considere as necessidades do sujeito atendido e o estabelecimento de autonomia técnica interdependente (à medida que cada profissional propõe um plano de ação, que será avaliado e decidido em equipe, como a extensão do horário de visitas). Mesmo que tais aspectos não sejam suficientes para garantir um cuidado em saúde mental adequado no hospital geral, são elementos que favorecem as articulações em equipe e melhoram a qualidade da assistência prestada.

Com efeito, é possível desenvolver práticas de cuidado que se aproximem de uma atenção integrada em saúde mental e ampliem a compreensão sobre o sujeito atendido, abarcando as múltiplas dimensões das demandas. Todavia, outros fatores como o reconhecimento e a valorização sobre os diferentes trabalhos, as relações de poder menos

assimétricas e a utilização de estratégias que não se restrinjam apenas à supressão de sintomas psicopatológicos são igualmente necessários para que haja o fortalecimento de um trabalho em equipe no cuidado em saúde mental (MATOS et al., 2010).

Destarte, compreende-se que, para além da necessidade das reformas no desenho organizacional, é necessário resgatar o viés de coletividade dos trabalhadores de saúde, para que se possa favorecer ações criativas que combinem graus de polivalência com certo nível de especialização e que aproximem o trabalhador de todas as etapas do processo de trabalho. Contudo, muitas vezes, o movimento se dá por vias inversas, produzindo fazeres cada vez mais automatizados e alienados. As condições de trabalho sucateadas e centradas unicamente em resultados quantitativos, a excessiva burocratização e normatização, a organização parcelar do trabalho, com conseqüente fixação em determinada parte do processo são alguns dos pontos que colaboram para imposição de amarras ao trabalho vivo (MERHY, 1997; CAMPOS, 1997)

Nesse sentido, algumas falas dos entrevistados demonstram que, por vezes, o trabalho é tido como algo mecanizado e reducionista, e as relações se produzem em um campo majoritariamente tecnicista, com pouca abertura para desenvolver uma comunicação satisfatória com os pacientes em sofrimento psíquico, conforme exemplificado a seguir:

A gente trabalha muito no mecanicismo, na objetividade, no técnico demais. Eu preciso ter tempo. Então, a gente acaba deixando esse paciente meio que de lado, sabe? Na verdade, falta um pouco de paciência pra gente ouvir, escutar.
(Entrevistado 3)

Em vista disso, percebe-se a necessidade de se modificar o modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, estabelecendo fazeres que considerem o caráter subjetivo e humano das relações e possibilitem desenvolver o lado criativo no processo de trabalho (MERHY, 1997).

Outro ponto levantado pelos entrevistados, no qual interfere nos processos de trabalho, é a queixa de desgaste emocional dos profissionais da equipe hospitalar. No hospital analisado, não havia ações voltadas para o cuidado em saúde mental do trabalhador, o que tornava o acolhimento e a atenção à crise dos usuários ainda mais difíceis. De acordo com um dos entrevistados:

Pra mim, meu trabalho é muito estressante. E isso aí machuca, desgasta. E você vai ali acumulando as coisas e pode tá complicando a sua integridade, até a física, emocional. Eu acho o serviço estressante e não tenho suporte não. (Entrevistado 10)

O constante encontro com a morte e com corpos em intenso sofrimento e dor escancara aos profissionais sua própria finitude e vulnerabilidade frente ao adoecimento. Além disso, a

lógica de busca incessante pela cura dos sujeitos atendidos pode fazer com que os profissionais de saúde se sintam impotentes, frustrados ou desmotivados quando esse ideal de cura não é alcançado ou quando se deparam com questões que não podem solucionar (KOVÁCS, 2010).

O pouco tempo disponível para elaborar ou compartilhar esses sentimentos em equipe pode acarretar intensa sobrecarga emocional, adoecimento do profissional e imobilidade frente à vida e ao trabalho. É nessa perspectiva que tem sido necessário pensar ações de atenção à saúde mental do trabalhador considerando, inclusive, a dimensão coletiva de trabalhadores, a cultura da instituição e a compreensão subjetiva do próprio trabalhador envolvido no processo de cuidar (KOVÁCS, 2010). O cuidado com o profissional foi uma pauta frequente entre os entrevistados:

Acho que a instituição aqui tem que cuidar muito dos profissionais que trabalham aqui no hospital. É um trabalho muito estressante. No ano passado tive crises de pânico e aí, conversando com as pessoas, me falaram que é normal, que quem trabalha na área de saúde, principalmente em hospital de urgência e emergência isso acontece. Aí você vê que a instituição deveria priorizar também esse cuidado com os profissionais nessa questão da saúde mental. Dentro do hospital não temos nada. E eu vejo muita gente angustiada com o trabalho aqui, porque não é fácil trabalhar em um hospital que você só vê pessoas doentes o tempo todo, pessoas muito mal. (Entrevistado 5)

Dessa forma, compreende-se que ações de cuidado ao cuidador deveriam ser intrínsecas ao cotidiano da instituição. Ao considerar que as práticas profissionais de produção de saúde ocorrem em uma interrelação entre profissional-usuário do serviço e profissional-profissional, cabe questionar se é possível realizar um cuidado efetivo em saúde mental sem que se considere a saúde mental dos próprios trabalhadores. A possibilidade de cuidar de seu próprio sofrimento e de refletir sobre questões que o afligem no contexto de trabalho, torna o profissional de saúde mais empático para compreender melhor a condição dos pacientes que atende (KOVÁCS, 2010).

Conclusão

A análise das práticas de cuidado em saúde mental em um hospital geral convoca uma reflexão crítica sobre a reforma psiquiátrica, atravessada por um contexto sociocultural, ético e político que se mantém em constante transformação. Em nível municipal, a cidade estudada vivencia reconfigurações de alguns serviços da RAPS, em especial, o redirecionamento do perfil assistencial do hospital psiquiátrico e a implantação de leitos integrais nos hospitais gerais

da região, demandando reflexões e atualizações acerca do cuidado oferecido aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Nessa pesquisa, evidenciou-se fragilidades na interação do hospital geral com a RAPS, fragmentação das práticas e incipiente corresponsabilidade no cuidado em saúde mental. Embora as articulações intrasetoriais e intersetoriais devessem transversalizar as ações de toda a equipe multiprofissional, normalmente eram delegadas apenas ao serviço social do hospital geral analisado. Notou-se que a organização do trabalho em equipe nas UTIs permitiu maior interdisciplinaridade, enquanto os outros setores predominaram-se uma sobreposição de ações mediante agrupamento de profissionais. Além disso, identificou-se a hegemonia de práticas tecnicistas e intenso desgaste emocional dos profissionais de saúde, interferindo na qualidade da assistência.

Por fim, considera-se pertinente o desenvolvimento de capacitações sobre saúde mental na perspectiva interprofissional, implementação de rotinas de discussão de casos em todos os setores, suporte técnico-assistencial baseado no modelo psicossocial e ações voltadas à saúde mental do trabalhador para potencializar a integralidade do cuidado aos pacientes em sofrimento psíquico e melhor planejamento estratégico na implantação de leitos integrais no hospital analisado. Espera-se que essa pesquisa sirva de mote para novos estudos sobre o tema, triangulando outras fontes de evidências e estratégias metodológicas.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Coimbra: Almedina, 2011.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicologia: teoria e prática*, v. 13, n. 2, p. 195-208, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015&lng=pt&tlng=pt>. Acessado em: 05 set. 2022.

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde soc.* v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170298>>. Acessado em: 05 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília (DF); 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acessado em: 05 set. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CRUZ, K. D. F. et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev. NUFEN*, v. 11, n. 2, p. 117-132, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>>. Acessado em: 05 set. 2022.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>>. Acessado em: 05 set. 2022.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, v. 4, n. 6, p. 69-82, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&tlng=pt>. Acessado em: 05 set. 2022.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>>. Acessado em: 05 set. 2022.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, e290310, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>>. Acessado em: 05 set. 2022.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500013>>. Acessado em: 05 set. 2022.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

NUNES, C. K. et al. Cuidado intersetorial em saúde mental na infância e adolescência: para além da instituição saúde. *Rev Fun Care Online*, v. 12, p. 233-238, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8277>>. Acessado em: 05 set. 2022.

PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 12, n. 2, p. 407-412, 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.14207>>. Acessado em: 05 set. 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>>. Acessado em: 05 set. 2022.

QUINDERÉ, H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>>. Acessado em: 05 set. 2022.

SILVA, L. M. et al. Ações de intersetorialidade em saúde mental: uma revisão integrativa. *Rev. pesqui. cuid. Fundam.*, v. 11, n. 3, p. 763-770, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8277>>. Acessado em: 05 set. 2022.

VIEIRA, F.; NILSON, G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200020>>. Acessado em: 05 set. 2022.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Cuidado em Saúde Mental no Hospital Geral: Trabalho em Equipe e em Rede. *Id on Line Rev. Psic.*, Fevereiro/2023, vol.17, n.65, p. 190-202, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 17/10/2022;

Aceito 26/01/2023;

Publicado em: 28/02/2023.;