

A (DES) INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NUMA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL “QUASE GERAL”

THE (DIS) INTEGRALITY OF MENTAL HEALTH CARE PRACTICES IN AN EMERGENCY OF AN "ALMOST GENERAL" HOSPITAL

Ândrea Cardoso de Souza 1

Resumo

A política de saúde mental brasileira aponta o hospital geral como parte integrante da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. É preconizado que os serviços substitutivos levem em consideração o acolhimento, o vínculo e a integralidade na prestação do cuidado. O objetivo deste artigo constitui-se em analisar as práticas assistenciais as pessoas com transtornos mentais em uma emergência de um hospital geral e os seus efeitos para integralidade do cuidado. Materiais e métodos: Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. O cenário foi o serviço de emergência de um hospital geral, localizado na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e observação participante. Resultados: O espaço físico da emergência pouco favorecia o desenvolvimento de uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada. As práticas assistenciais eram predominantemente pautadas pelo modo asilar. Noções de acolhimento, vínculo e integralidade faziam parte do discurso mas ainda não se materializam nas práticas assistenciais. Discussão: O estigma atribuído à doença mental constituiu-se empecilho à adoção de práticas acolhedoras. Conclusão: A fim de possibilitar que hospital geral adote práticas integrais e que se constitua como parte da rede de serviços substitutivos em saúde mental é necessário investir em novos arranjos institucionais que coloquem o usuário no centro dos modos de produção de atos de saúde; investir na dimensão cuidadora da qualificação dos profissionais de saúde. Palavras-chave: Integralidade; Hospital geral; Reforma psiquiátrica.

Abstract

The current Brazilian mental health policy points to the general hospital as an integral part of the network of substitutive services to the psychiatric hospital. It is recommended that substitute services take into account, among other premises, the user embracement, bonding and integrality in the provision of care. The purpose of this article is to analyze the care practices of people with mental disorders in a general hospital emergency and their effects for integral care. Materials and methods: Descriptive research of qualitative approach. The scenario of the study was the emergency service of a general hospital, located in the western part of the municipality of Rio de Janeiro. Data were obtained through a semi-structured interview and participant observation. Results: The physical space of the emergency did not favor the development of a warm, resolute and humanized attention. The care practices were predominantly based on the asylum mode. Notions the user embracement, bond and integrality were part of the discourse, but they did not materialize in the assistance practices. Discussion: The stigma attributed to mental illness was perceived as hindering the adoption the user embracement practices. Conclusion: In order to make it possible for a general hospital to adopt comprehensive and to be part of the network of substitutive services in mental health, it is necessary to invest in new institution arrangements that place the user at the center of the modes of production of health acts.

Keywords: Integrality; General hospital; Psychiatric reform.

1- Enfermeira. Professora da Universidade Federal Fluminense.

Introdução

Na trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, assim como em vários países do mundo, os mais diversos argumentos foram utilizados para justificar a exclusão das pessoas com transtornos mentais do convívio com a sociedade. A necessidade de manutenção da ordem social, à ascensão do saber psiquiátrico científico e o lucro obtido com as internações psiquiátricas pelos empresários da loucura serviram como forma de justificar a internação do louco e concretizar a lógica manicomial (GULJOR; AMARANTE, 2018).

Mais do que uma mudança nas práticas, reforma e humanização da assistência psiquiátrica, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira – iniciado no final da década de 70 e influenciado principalmente pelo movimento reformista italiano do mesmo período – é considerado um processo global onde quatro dimensões (epistemológica; técnico-assistencial; jurídico-legislativa e sócio-cultural) se articulam (AMARANTE; NUNES, 2018).

De acordo com (WEBER; JURUENA, 2017) a Reforma Psiquiátrica se insere na perspectiva de transição paradigmática das ciências e se propõe a desconstruir os saberes fundantes da psiquiatria originados sob a égide da racionalidade científica moderna. Como inovações oriundas das transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica uma nova rede de serviços e organizações se apresentam como substitutivas ao manicômio. Além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem-se Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Cooperativas de Trabalho, Associações de Usuários e Familiares, etc. Seguindo a influência italiana, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) considera o hospital geral como um dos possíveis dispositivos de cuidado substitutivos ao manicômio.

Entretanto, o atendimento realizado em hospital geral, ainda é tímido em relação ao realizados em hospitais psiquiátricos tradicionais. A maioria dos serviços psiquiátricos em hospitais gerais concentra-se em hospitais universitários, situados nas capitais das cidades da região Sul e Sudeste (PAES et al., 2013).

Não é consenso no campo da psiquiatria brasileira que o hospital geral deva fazer parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio. Um grupo de profissionais apontaram que o CAPS III seria o dispositivo com maior capacidade para garantir hospitalidade, e acolhimento contínuo e intensivo aos portadores de transtorno mental -

argumento até então utilizado para justificar a necessidade de expansão dos serviços de psiquiatria em hospital geral.

Contudo, como menciona (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015), apesar do hospital geral não parecer o lugar adaptado aos problemas psiquiátricos, é necessário ter consciência de que existe uma demanda para ele. E, para poder dialetizar essa demanda é preciso estar inserido no hospital geral.

O atendimento psiquiátrico em hospital geral, tem como características: o planejamento terapêutico, as internações breves com rápido retorno a comunidade e a integração com a medicina geral (BURGOS; CARVALHO; CHAGAS, 2016).

Possíveis vantagens do cuidado em saúde mental no hospital geral: menor tempo de permanência; diminuição do estigma; Facilidade de acesso a outros especialistas e a recursos no caso de intercorrências de doenças orgânicas; maior intercâmbio entre os profissionais de várias especialidades; favorecimento da formação de profissionais em um modelo de assistência psiquiátrica mais ampliado.

Para que tenhamos uma melhor assistência é preciso a adoção de uma atenção qualificada e para tanto, é imprescindível que gestores, trabalhadores e usuários atuem conjuntamente na consolidação do SUS.

O movimento de reforma psiquiátrica tem seus princípios pautados em algumas noções e conceitos como acolhimento, estabelecimento de vínculos e integralidade dos cuidado (FLEURY, 2014).

No atual contexto reformista da assistência psiquiátrica a integralidade está relacionada ao cuidar e suas dimensões de oferta / seleção e inclusão / exclusão. O cuidado como prática, incorpora vários problemas a serem superados. Neste contexto, a integralidade se materializa como resposta a ser dada através de práticas de cuidado em saúde pautadas na intersetorialidade, interprofissionalidade e diversificação de ofertas.

A integralidade no atendimento psiquiátrico vem da negação do papel de isolamento, aliada a compreensão do cuidado focado no indivíduo e seus problemas e não somente no diagnóstico (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). A reorientação do modelo assistencial deve garantir a humanização do sistema de saúde. Deve também, promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir a assistência integral dos usuários de saúde mental.

(HIRDES; HIRDES, 2015), a perspectiva relacionam a integralidade na saúde mental ao acesso às serviços de saúde e equidade. Segundo estes autores, a integralidade funciona como um eixo norteador de práticas e valores / saberes não restritos a organização de serviços ou a criação de modelos ideais.

A nova lógica psiquiátrica encontra-se em consonância com os dispositivos institucionais do modo da integralidade, quais sejam: articulação, acolhimento, responsabilidade, vínculo, acessibilidade e atenção territorial(RIBEIRO; BEZERRA, 2015). Mais do que isso, a integralidade também funciona na psiquiatria como um eixo norteador de práticas e valores que não estão restritos a organização de serviços e a criação de modelos ideais (CURVO et al., 2018).

O debate sobre a integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos (ABRAHÃO; MERHY, 2014). A integralidade pode ser reconhecida como prática que valoriza o cuidado, mediante a defesa permanente da alteridade do usuário e a permeabilidade das instituições de saúde aos valores democráticos (LUNA, 2014).

Além da integralidade, o acolhimento e vínculo são diretrizes operacionais para a materialização de práticas integrais na atenção e no cuidado em saúde. Tanto acolhimento, quanto vínculo são conceitos amplos que exigem uma postura de todo o sistema, envolvendo equipe (profissionais), instituições (gestores) e comunidade (usuários); requerendo um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre os envolvidos, para que de fato se produzam práticas integrais em saúde(ALMEIDA; TANAKA, 2016).

O acolhimento, no contexto de práticas integrais, não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento ou um dispositivo de recepção do usuário nos serviços de saúde(MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

Para Ayres (2004), o acolhimento é um dispositivo tecnológico relacionado à capacidade de escuta e diálogo, que faz do encontro entre profissionais e usuários, Cuidado (AYRES, 2017).

O acolhimento, enquanto ação, atravessa processos relacionais em saúde, rompendo com o atendimento tecnocrático, e criando atendimento mais humanizado e constituiu-se num modo de organização de práticas integrais de atenção e cuidado em saúde onde o usuário assume o lugar central da atividade (FRANCO; FRANCO, 2018).

Na experiência de atendimento psiquiátrico em hospital geral, o acolhimento pode ser considerado tanto uma diretriz do serviço como uma prática, que busca um contato implicado, ampliado e consistente com as singularidades do indivíduo.

O acolhimento como modo de organizar práticas integrais de cuidado e atenção em saúde só é compatível com modelo de gestão participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre equipes (SILVA; ROMANO, 2015). Já a noção de vínculo no âmbito da saúde está atrelada a conceitos como acolhimento, responsabilização, acessibilidade e integralidade. Também está relacionado a circulação de afetos entre profissionais e usuários (BARBOSA; BOSI, 2017).

Os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado a saúde são constituídos a partir de escuta entre sujeitos. Onde profissionais numa relação próxima, clara, pessoal e não burocrática devem se sensibilizar com o sofrimento do outro e se responsabilizar pela vida do paciente (ABREU et al., 2017).

No encontro entre profissionais e usuários dá-se uma negociação, visando à identificação das necessidades e a produção de vínculo, com objetivo de estimular a autonomia do usuário quanto à saúde. A partir disso, é possível considerar vínculo não como uma relação de dependência entre usuário e profissional, mas como uma prática relacional que exige uma postura ativa do usuário a fim de estimular a sua autonomia no cuidado da saúde.

De acordo com (LOPES et al., 2015), o vínculo entre usuários e serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e contribui para a construção de sujeitos autônomos.

Materiais e métodos

Para fins deste estudo foi realizada uma cartografia na perspectiva da pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi analisar as práticas assistenciais aos pacientes com transtornos mentais em um hospital geral e os seus efeitos para integralidade do cuidado.

O cenário foi um serviço de emergência de um hospital geral situado na zona oeste do município do rio de Janeiro. O setor do pronto socorro foi selecionado pois funciona como a porta de entrada do paciente psiquiátrico no hospital. É lá, que a loucura se mostra fora dos muros estritamente psiquiátricos. Além, de se configurar num cenário riquíssimo

para identificação das questões do cotidiano que repercutem sobre o acolhimento e o vínculo do paciente psiquiátrico no hospital geral, atributos necessários para a adoção da integralidade.

Participaram do estudo gestores da instituição, profissionais, usuários portadores de transtorno mental atendidos no hospital e seus acompanhantes. Estes foram selecionados, pois o conjunto dos atos de trabalhadores, usuários e gestores produzem distintos modos de cuidar. Para a produção de dados foi necessário utilizar a observação direta e entrevistas semiestruturadas. Critérios de inclusão: Foram incluídos os dois gestores dos serviços de emergência e do setor de saúde mental, profissionais de nível superior que atuavam na emergência e os pacientes foram selecionados em função do período destinado à observação das pesquisadoras no campo. Critérios de exclusão: Profissionais que encontravam-se em férias e ou licença no período da coleta de dados e pacientes que se encontravam sedados.

Para a análise do material foi adotada a análise de conteúdo temática, processo que permitiu a produção de inferências sobre a adoção ou não de práticas integrais de cuidado ao portador de transtorno mental num serviço de emergência de um hospital geral.

O sistema categorial elaborado a partir do referencial teórico foi constituído de duas unidades de análise, consideradas essenciais para a adoção de práticas integrais de saúde mental, quais sejam: Acolhimento x Estigma; Vínculo x Desresponsabilização.

Resultados

Apesar das políticas públicas de saúde mental incluírem o hospital geral no rol de serviços substitutivos à assistência tradicional e este se constituir num dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) observou-se grandes limitações para que este se constitua um campo eficaz para a atenção psicossocial.

O espaço físico da emergência pouco favorecia o desenvolvimento de uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada. As práticas assistenciais eram predominantemente pautadas pelo modo asilar. Apesar das narrativas conterem noções de acolhimento, vínculo e integralidade, no cotidiano das práticas estes pouco se faziam presentes.

O estigma atribuído à doença mental foi percebido como empecilho a adoção de práticas acolhedoras. A noção de vínculo foi atrelada à responsabilidade. Porém a prática de alguns profissionais não revelou essa responsabilização na co-produção de saúde.

Após a análise dos dados e para melhor organização dos dados, os resultados foram elencados em duas categorias: acolhimento x estigma; vínculo x desresponsabilização.

Acolhimento x Estigma

Acolhimento, mais que um mecanismo de humanização das práticas ou recepção dos usuários, está relacionado ao modo de organização de práticas integrais centradas no usuário. Tal organização pode ser ilustrada a partir da fala de um dos profissionais.

Acolher bem é a pessoa ser bem tratada. (Profissional A)

O acolhimento é uma responsabilidade de toda a equipe e acolher não significa que todos que procuram o serviço sejam por ele absorvido e sim escutado. No hospital em estudo existe um Grupo de Acolhida em saúde mental há cerca de 7 anos, é o responsável pelo acolhimento de todos os pacientes internados na emergência do hospital. É formado por psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem que deveriam levantar a demanda dos usuários e realizar os contatos extra-hospitalares necessários à resolução do caso. Contudo, um dos gestores relata que o Grupo de Acolhida, atualmente, encontra-se descaracterizado da sua função inicial.

[em relação ao Grupo de Acolhida] O que eu sei é que [...] deveria ser um trabalho de acolhimento dos pacientes que chegam ao hospital e que na verdade se tornou um órgão burocrático de marcação de consultas. (Gestor B)

O hospital geral, como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio, tem como uma das suas vantagens contribuir para a redução do estigma atribuído ao louco. Segundo um dos gestores, essa possível redução do estigma está atrelada ao reconhecimento do hospital geral como local de tratamento de saúde e não como um local segregador destinado a “maluco”.

O fato de esse dispositivo estar no hospital geral, que é um lugar reconhecido pela comunidade como um lugar de tratamento, aonde a população vai a busca de solução dos seus problemas de saúde. Isso contribui pra diminuir a discriminação. O paciente vai ou é levado ao hospital geral porque é um lugar de tratamento de saúde. Não é um lugar de M-A-L-U-C-O”. (Gestor B)

Apesar disso, é mencionado por um outro gestor que o estigma atribuído à doença mental pode funcionar como um empecilho para a materialização de práticas acolhedoras ao portador de transtorno mental no HG, uma vez que o fato de ser tratar de um doente mental anula as possibilidades de cuidado.

Eu vejo o atendimento da psiquiatria aqui na emergência como precário para o doente mental, pelo estigma que já tem a doença. Falou que é doente mental acabou. (Gestor C)

Qualquer traço que fuja dos padrões "normais", e que pode levar um grupo social a discriminar, rejeitar ou excluir uma pessoa ou grupo pode ser considerado estigma. A loucura é um transtorno que traz consigo um histórico de estigma. Em grande parte este, pode estar associado aos pressupostos de irrecuperabilidade e imprevisibilidade atribuída à doença e ao doente mental como demonstram alguns profissionais da emergência.

Morro de medo de ser agredida (Profissional B)

A profissional estava fazendo a medicação e um doido do nada deu um soco nela. Por isso que não gosto de cuidar de doido. (Profissional C)

Noções de não sujeito, de desrazão, incapacidade, de falência social também são atributos relacionados as pessoas que sofrem com transtornos mentais.

As pessoas não vêem que os pacientes psiquiátricos têm necessidades. (Gestor C)

Ainda no mundo de hoje tratam o paciente da saúde mental como uma coisa e não como ser humano. Eu gostaria que a sociedade um dia se mobilizasse, interagisse e agisse mais. (Gestor A)

Ninguém é totalmente louco o tempo todo. Acho que às vezes as pessoas acham que louco não sente nada. (Profissional E)

Vínculo x Desresponsabilização

Atender as situações de emergência psiquiátrica deveria se constituir num dos eixos de cuidado das unidades de HG. A unidade estudada também possuía uma enfermaria de saúde mental. É previsto, de acordo com um dos gestores, que profissionais deste setor dêem respostas à solicitação de parecer ou a antecipem-se à solicitação, por meio de visitas ao setor.

A rotina é de atendimento as emergências, juntamente a assistência aos pacientes já internados...Com relativa frequência além dos médicos, outros técnicos fazem esse tipo de atendimento, embora não possam fazer intervenção medicamentosa. Mas, podem dar a devida orientação, encaminhar...(Gestor B)

A reordenação do processo de trabalho a partir da noção de vínculo estimula a produção de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde como demonstram alguns profissionais.

Vínculo é uma questão de compromisso (Profissional F)

Vínculo pra mim é responsabilidade (Profissional E)

Mas o cotidiano das práticas assistenciais revela que profissionais do setor e, algumas vezes do próprio serviço de saúde mental, não se sentem responsáveis ou comprometidos pela co-produção de saúde dos pacientes que procuram a emergência.

O bombeiro agora tá trazendo de atacado. Trouxe dois malucos, rapazes jovens. Um amarrado e outro não. Mas graças a Deus já foram embora. (Profissional D).

[em relação à ficha de atendimento do mesmo paciente] Sei lá! Acho que a família levou. (Profissional G).

Para a adoção de um cuidado eficaz em saúde mental num hospital geral é preciso que os profissionais tenham compromisso com a produção de novas práticas de cuidar, um

maior envolvimento com os demais serviços da rede de atenção à saúde e maior participação dos gestores.

Nós somos a peça que move a máquina, mas nós não somos a máquina .(Profissional A)

A integração com a comunidade quando vistas a partir das práticas assistenciais ao louco na emergência foram percebidas como precárias. Seja pelo desconhecimento da rede de serviços disponíveis na comunidade; seja pela não gestão dessa relação e integração com a rede de cuidados; ou seja, ainda, pela busca da integralidade no hospital.

Às vezes é uma pessoa que não tem muita interação por desconhecer a área. Às vezes os funcionários não são daqui da área e não conhecem os serviços que tem por perto. Eles são de longe e vem trabalhar aqui. Falta informação do que ele tem disponível. (Gestor C)

Não existe o encaminhamento porque vem a questão da remoção, que é bastante complicada aqui na unidade. É falta de ambulância. No momento a nossa tá até quebrada. Não tem uma ambulância especializada com proteção para o paciente. É complicado quando se quer tirar um paciente daqui de dentro. Sem falar que às vezes não é oferecida vaga. (Gestor C)

Qual a E-M-E-R-G-Ê-N-C-I-A que traz o senhor aqui? Isso aqui é pra quem tá morrendo, baleado, esfaqueado...Seu caso é para o posto. (Profissional H)

Profissionais e gestores apontam que, para a efetivação do vínculo nas práticas de saúde o comprometimento e responsabilização não devem ser restritos a usuários e profissionais. Faz-se necessário um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre profissionais, usuários e gestores.

Eu não posso assumir a total responsabilidade, me comprometer, porque eu não trabalho sozinha. Existe uma rede de serviços na região. (Profissional A).

As práticas e ações desenvolvidas na unidade em estudo ainda estão pautadas na lógica manicomial, constituindo-se num desafio para a efetivação do hospital geral como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Alguns dilemas encontrados permitem constatar práticas relacionadas à (des) integralidade do cuidado em saúde.

Discussão

A internação psiquiátrica só deve ocorrer quando todos os outros recursos terapêuticos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (ELY et al., 2014). O tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços de saúde, de assistência social, de lazer, e outros. A abordagem deve ser focada na atenção psicossocial, a internação deverá ser o mais curta possível.

Os serviços, considerados substitutivos ao hospital psiquiátrico, devem desenvolver atenção personalizada, garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, vínculo e na definição de responsabilidades (SILVA; ROMANO, 2015).

A atenção em saúde mental num hospital geral se constitui numa aposta concreta em outros modos de cuidar em saúde mental. No entanto, questões como estigmas, preconceitos, falta de qualificação profissional em saúde mental permeiam o cotidiano das práticas, o que dificulta o processo de cuidar na perspectiva da atenção psicossocial.

A questão do estigma atrelada a pessoa com transtorno mental faz com que um indivíduo que poderia facilmente ser recebido na relação social cotidiana seja afastado, destruindo a possibilidade de atenção a outros de seus atributos (WEBER; JURUENA, 2017).

Frente a isso, as ações voltam-se somente ao atributo estigmatizante e a pessoa estigmatizada é tratada como uma “não pessoa”, como se não existisse, não sendo então digna de atenção (ROCHA; PAPROCKI, [s.d.]).

O cuidado em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial prevê a adoção de princípios e diretrizes para que seja possível a adoção de práticas integrais em saúde. Dentre elas está a noção de vínculo, de acolhimento e de responsabilização.

Trabalhar na direção da integralidade é tomar o acolhimento, enquanto ação que atravessa processos relacionais em saúde, rompendo com o atendimento tecnocrático, e criando atendimento mais humanizado (MASSON et al., 2016).

Também é preciso considerar o acolhimento como um modo de organização de práticas integrais de atenção e cuidado em saúde onde o usuário assume o lugar central da atividade sobre o acolhimento (LOPES et al., 2015). No entanto, neste estudo foi possível perceber que as ações desenvolvidas não estão pautadas na centralidade dos usuários, e se distanciam do que compreendemos como práticas integrais em saúde.

Um outro eixo importante é o estabelecimento de vínculos, o que implica em construir uma relação entre usuários e profissionais que possa auxiliar a construção da autonomia do usuário (ILHA et al., 2014).

Os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado a saúde são constituídos a partir de escuta e responsabilização entre sujeitos (CARLI et al., 2014). Uma vez estabelecidos, facilitariam a assunção de responsabilização pelos usuários. Observamos dificuldades no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários no setor de emergência psiquiátrica do hospital geral e isso reflete na ausência de responsabilização pela vida do usuário, preocupando-se apenas com as questões relacionadas a patologia. Fato este que não corrobora para a implementação da integralidade do cuidado.

Para que o hospital geral se constitua num dispositivo efetivo de cuidado em saúde mental é preciso que desenvolva práticas diferenciadas, caso contrário corre o risco de ser mais uma proposta que continuará reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico (PAES et al., 2013).

Apesar dos achados desse estudo apontarem para a (des) integralidade nas práticas assistenciais em saúde mental no HG, permanece a imagem-objeto do hospital geral como um local, onde a integralidade do cuidado ao portador de saúde mental se materializa por meio da alteridade com o usuário; somando-se a uma clínica baseada em pessoas, e não somente em doenças.

Considerações finais

Pensar o hospital geral como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio significa pensar práticas assistenciais direcionadas pelo modo psicossocial. Aliado a isso,

pensar o hospital como integrante da rede de saúde do SUS, significa considerar a integralidade como um dos princípios direcionadores do modo de produção dos atos de saúde. Com este estudo foi possível evidenciar que, apesar do atendimento ao portador de transtorno mental na emergência se constituir em um dos eixos de um serviço que se propõe a ser substitutivo ao manicômio, o modo asilar ainda é predominante no direcionamento das práticas assistenciais cotidianas.

As noções de acolhimento, vínculo e integralidade fazem parte do discurso dos atores envolvidos nas práticas assistenciais. Contudo, verificou-se que tais noções ainda não conseguiram avançar das discussões teóricas, rumo ao cotidiano das práticas de saúde.

O estigma atribuído à doença mental foi identificado como um entrave ao acolhimento da clientela com transtorno mental que procura a emergência.

A noção de vínculo entre os atores envolvidos nas práticas assistenciais mostrou-se atrelada à ideia de responsabilização, conhecimento gradual e interação permanente entre gestores, profissionais, usuários e a rede de serviços do território. Contudo, a observação das práticas cotidianas em relação ao louco na emergência demonstrou, que tanto alguns profissionais da emergência, quanto do próprio serviço de saúde mental, não se sentem responsáveis pela co-produção de saúde do louco que busca a emergência. Foi possível constatar

também que é escasso o envolvimento dos ocupantes da gestão no processo de construção de vínculos, seja entre profissionais, usuários e rede de serviços.

Para que o louco ocupe um outro lugar na sociedade é preciso, mais do que práticas “humanizadas”. Faz-se necessário investir no aumento de poder de contratualidade dessa clientela. O hospital como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio aponta para a necessidade de outros arranjos nas relações institucionais.

O atendimento ao portador de transtorno mental na emergência do HG mostrou-se um caminho interessante para revelar que ainda há muito a ser conquistado pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. E que está posto o desafio de transformar o cenário do hospital geral, rumo a efetivação da sua inserção na rede de serviços substitutivos ao manicômio.

O avanço na consolidação da política atual de saúde mental se faz necessário, é essencial ampliar a cobertura da assistência aos portadores de transtorno mental e para tanto, faz-se necessário que a inclusão do Hospital Geral na rede de serviços

substitutivos ao manicômio seja, efetivamente, encarada como mais um dos grandes desafios do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro.

Referências

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu, Online)**, 2014.
- ABREU, T. F. K. DE et al. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 981–987, out. 2017.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905–916, dez. 2016.
- ALMEIDA, C. A. L. DE; TANAKA, O. Y. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018.
- AYRES, J. R. DE C. M. CUIDADO: TRABALHO, INTERAÇÃO E SABER NAS PRÁTICAS DE SAÚDE. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, 31 mar. 2017.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1003–1022, dez. 2017.
- BURGOS, M. S.; CARVALHO, J. F. DE; CHAGAS, W. A. B. Reformul(ação) da saúde mental: experiência de profissionais implicados na implantação de leitos de atenção integral. **Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 1, p. 27–52, jan. 2016.
- CARLI, R. D. et al. Acolhimento E Vínculo Nas Concepções E Práticas Dos Agentes Comunitários De Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 626–632, 2014.
- CURVO, D. R. et al. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 10, n. 25, p. 58–82, 21 mar. 2018.
- ELY, G. Z. et al. Internação psiquiátrica: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 10, n. 1, p. 23–28, abr. 2014.
- FLEURY, M.-J. Bonnes pratiques, stratégies d'intégration et enjeux d'implantation des transformations, particulièrement au Québec. **Vie sociale**, v. n° 6, n. 2, p. 37–53, 5 set. 2014.
- FRANCO, T. B.; FRANCO, T. B. A humanização do trabalho em saúde sob análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1465–1467, dez. 2018.
- GULJOR, A. P.; AMARANTE, P. MOVIMENTOS SOCIAIS E LUTA ANTIMANICOMIAL: CONTEXTO POLÍTICO, IMPASSES E A AGENDA PRIORITÁRIA. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, v. 0, n. 242, p. 635–656, 10 mar. 2018.
- HIRDES, A.; HIRDES, A. The perspective of professionals in primary health care on matrix support in mental health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 371–382, fev. 2015.
- ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família DOI: 10.4025/ciencnuisade.v13i3.19661. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556–562, 29 maio 2014.
- LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 114–123, mar. 2015.
- LUNA, I. J. Sentidos da integralidade no fazer psicológico em saúde pública. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1–10, dez. 2014.
- MASSON, N. et al. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 17, n. 2, p. 103–110, 21 maio 2016.
- MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da SBPH**, v. 17, n. 1, p. 121–139, jun. 2014.
- PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil / The general hospital role in the network of attention to the mental health in brazil DOI: 10.4025/ciencnuisade.v12i2.14207. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 407–412, 29 ago. 2013.
- PRADO, M. F. DO; SÁ, M. DE C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 320–337, dez. 2015.
- RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 301–308, 26 dez. 2015.
- ROCHA, F. L.; PAPROCKI, C. H. J. Doença mental e estigma. v. 25, n. 4, p. 590–596, [s.d.].
- SILVA, T. F. DA; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 363–374, jun. 2015.
- WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 640–656, dez. 2017.