UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TARCÍSIA CASTRO ALVES

Cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral

RIBEIRÃO PRETO/SP

2019

TARCÍSIA CASTRO ALVES

Cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral

Tese apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas

Orientadora: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luís

RIBEIRÃO PRETO
2019

Autorizo a reprodução e divulgação parcial ou total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Alves, Tarcísia Castro
Cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em hospital geral. Ribeirão Preto, 2019.
119 p.: il.; 30 cm

Tese de doutorado, apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Luis, Margarita Antonia Villar

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Cuidado. 3. Saúde mental. 4. Álcool e outras drogas. 5. Hospital Geral.

Nome: ALVES, Tarcísia Castro

Título: Cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral

Tese apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

À minha família,

Creomides, Carlinda, Weriston, Élon Murilo, Jucineide e Benjamin

Obrigada pelo amor e apoio incondicional durante essa trajetória da vida. Cada gesto e cada ação até aqui foram fundamentais para mais essa conquista, que é nossa. Vocês são e sempre serão a razão da minha luta diária.

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

GRATIDÃO - reconhecimento de que a vida não é e nem se faz de forma individual, nos levando a refletir diuturnamente na necessidade de sermos sinceros e honestos conosco para nunca deixarmos de dar créditos a todos que direto ou indiretamente nos ajudam a perfeiçoar quem somos e a minimizar as nossas fragilidades. Meus lemas são: acredite, lute e conquiste, pois sei que nunca será solitário. Agradeço:

À Deus,

Por fazer de mim uma mulher de fé e pela proteção diária a todos os meus projetos que só se realizaram por terem sidos presentes divinos, fontes de luz e fortaleza.

À professora Dra. Margarita Antônia Villar Luis,

Por ter sido instrumento em minha vida pessoal e profissional, exemplo de determinação, garra, posicionamento crítico, direto e objetivo sem perder o carisma, o respeito e a docilidade por traz de todos os seus direcionamentos e atos. Eternamente grata pela confiança depositada em mim para que desenvolvêssemos juntas um trabalho que não se esgotará aqui, mas produzirá outros frutos que não nos distanciarão.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica,

Por compartilharem seus saberes e conhecimentos valiosos para o exercício da docência, pesquisa e extensão.

Às servidoras do Serviço de Pós-Graduação e que atuam no Campus da EERP,

Gilda, Adriana, Rodrigo, Lucimária, Shirlene, Dalva, Lurdes e Rose pela gentileza, prontidão e atenção dispensadas no atendimento as várias demandas dessa minha jornada.

Aos participantes deste estudo,

Por terem prontamente aceitado o convite, permitindo a realização desta pesquisa com propósito de discutirmos, refletirmos e pensarmos juntos a saúde mental.

Aos amigos construídos nessa caminhada,

Anderson, Alisséia, Deivisson, Débora, Sara, Helena e Pedro por contribuírem e estarem presentes me apoiando e auxiliando nas minhas dúvidas e ausências.

Aos amigos docentes e militantes que a vida me apresentou,

Eduardo, Jeferson, Giovanna, Sônia, Ricardo, Leila pelo incentivo, atenção, auxílio e disponibilidade para a realização desse trabalho.

Aos colegas e amigos da Universidade Federal da Bahia,

Luiz Rogério, Daniela, Orlando, Márcio, Vivian, Amanda e Alex pelo apoio e cuidado que manifestaram nessa caminhada.

Aos meus amigos irmãos,

André, Elaine, Vanessa, Adeliane, Bruno, Katiene, Lara, Márcia, Will, Soraia, Rodrigo, Mary, Camila, Larissa, Lorena por estarem sempre por perto, mesmo à distância, me incentivando e vibrando pelo simples fato de servos quem somos.

Às minhas crianças,

Giovanna, Davi e Pedro que mesmo sem terem clareza do grande amor que tenho por elas aflora em mim a sensibilidade de amar alguém sem precisar de nada em troca.

À todas as pessoas que,

Direta ou indiretamente, contribuíram para a execução desta Tese de Doutorado, em especial, Paulo por me permitir acreditar nos encontros casuais da vida, como propósito de Deus.

RESUMO

ALVES, T.C. **Cuidado de Enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral**. 2019. 119 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudo teve por objetivo realizar uma avaliação qualitativa da atenção à saúde nos indicadores estrutura e processo de cuidado da equipe de enfermagem em uma unidade psiquiátrica de Hospital Geral voltada a pessoas com transtorno mental, e uso de álcool e outras substâncias psicoativas, em situação de internação considerando o perfil epidemiológico dos casos atendidos, na possibilidade de aproximação com a realidade vivenciada pela equipe de enfermagem, o conhecimento e a segurança existente na atuação da mesma no que se refere ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratório numa abordagem qualitativa em sua predominância, mas engloba uma modalidade de métodos múltiplos ou de multi-métodos. Teve como local de pesquisa uma UPHG existente no Brasil. A população do estudo foi uma amostra composta por 10 profissionais da equipe de enfermagem; enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na unidade de internação. Os participantes envolvidos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e certificados da participação voluntária, assinando como acordo, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados baseou-se em etapas descritivas das análises qualitativas dos dados, com a codificação e a segmentação do material obtido, direcionada pelos achados da pesquisa. Possibilitar uma discussão acerca das limitações e potencialidades identificadas no cuidado de enfermagem nas unidades de psiquiatria é indispensável para postular uma ressignificação desse cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas na UPHG, como a sedimentação da necessidade do saber – escutar, ouvir, observar, cuidar, para melhor qualificação profissional; posicionamento do profissional de enfermagem da admissão a alta como membro direcionador do cuidado na UP, tanto no que diz respeito aos aspectos organizações, quanto assistencial voltados à saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica. Cuidado. Saúde mental. Álcool e outras drogas. Hospital geral.

ABSTRACT

ALVES, T.C. **Mental Health Nursing Care, Alcohol and other Drugs at the General Hospital**. 2019. 119 f. Thesis (Doctorate in Sciences) – Ribeirão Preto School of Nursing University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

This study aimed to conduct a qualitative evaluation of the health care in the structure and care process indicators of the nursing staff in a psychiatric unit of a General Hospital for people with mental disorder, and use of alcohol and other psychoactive substances in situations of hospitalization considering the epidemiological profile of the attended cases, in the possibility of approximation with the reality experienced by the nursing staff, the knowledge and the safety that exists in its performance regarding mental health care, alcohol and other drugs. This is a descriptive and exploratory research with a predominant qualitative approach, but encompasses a multiple methods or multi-method modality. It had as research place an existing UPHG in Brazil. The study population was a sample of 10 nursing team professionals; nurses and nursing technicians working in the internment unit. The participants involved were informed about the research objectives and certified of the voluntary participation, signing as an agreement, an Informed Consent. Data analysis was based on descriptive steps of qualitative data analysis, with the coding and segmentation of the obtained material, guided by the research findings. Enabling a discussion about the limitations and potentialities identified in nursing care in psychiatric units is indispensable to postulate a resignification of such care in mental health, alcohol and other drugs in the UPHG, such as the sedimentation of the need to know - how to hear, to listen, to observe, to take care of, for better professional qualification; positioning of the nursing professional from admission to discharge as a guiding member of care in the UP, regarding both organizational and care aspects related to mental health.

Keywords: Psychiatric nursing, Care. Mental health. Alcohol and other drugs. General hospital.

RESUMEN

ALVES, T.C. **Cuidado de Enfermería en salud mental, alcohol y otras drogas en el Hospital General**. 2019. 119 f. Tesis (Doctorado en Ciências) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudio tuvo como objetivo llevar a cabo una evaluación cualitativa de la atención de la salud en la estructura y el proceso de los indicadores de atención del personal de enfermería en una unidad psiquiátrica de un Hospital General dirigido a personas con trastornos mentales y el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas en situaciones de hospitalización considerando el perfil epidemiológico de los casos atendidos, en la posibilidad de aproximación a la realidad experimentada por el personal de enfermería, el conocimiento y la seguridad que existe en su desempeño en materia de atención de salud mental, alcohol y otras drogas. Esta es una investigación descriptiva y exploratoria en un enfoque cualitativo predominante, pero abarca una modalidad de métodos múltiples o métodos múltiples. Tenía como lugar de investigación un UPHG existente en Brasil. La población de estudio fue una muestra de 10 profesionales del equipo de enfermería; enfermeras y técnicos de enfermería que trabajan en la unidad de hospitalización. Los participantes involucrados fueron informados sobre los objetivos de la investigación y los certificados de participación voluntaria, firmando como un acuerdo, un consentimiento informado. El análisis de datos se basó en pasos descriptivos del análisis de datos cualitativos, con la codificación y segmentación del material obtenido, guiados por los resultados de la investigación. Permitir una discusión sobre las limitaciones y potencialidades identificadas en la atención de enfermería en las unidades psiquiátricas es indispensable para postular una resignificación de dicha atención en salud mental, alcohol y otras drogas en la UPHG, como la sedimentación de la necesidad de saber escuchar, escuchar, observar, cuidado, para una mejor calificación profesional; Posicionamiento del profesional de enfermería desde el ingreso hasta el alta como miembro guía de la atención en PU, con respecto a los aspectos de organización y atención relacionados con la salud mental.

Palabras clave: Enfermería psiquiátrica Cuidado. Salud mental. Alcohol y otras drogas. Hospital general.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	Apresentação esquemática das etapas da coleta de dados	40
Figura 02 -	Plantas esquemáticas - Fachada norte e leste do HA	47
Figura 03 -	Planta esquemática - Andar do ECI e recorte das enfermarias	48
Figura 04 -	*Hall* de entrada de um andar do ECI e recepção	49
Figura 05 -	Corredor e Sala de aula 1	49
Figura 06 -	Sala de aula 2 e Conforto profissional	49
Figura 07 -	Sala de prescrição e posto de enfermagem	50
Figura 08 -	Enfermaria do ECI	50
Figura 09 -	Esquema de apresentação da admissão à alta na UPHA	56
Figura 10 -	Primeira e segunda classificação descendente do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.	69
Figura 11 -	Classes lexicais da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	70
Figura 12 -	Dendograma de Classificação Descendente da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	71
Figura 13 -	Classificação Hierárquica Descendente do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	71
Figura 14 -	Distribuição das Unidades de Contexto Elementar do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	72
Figura 15 -	Distribuição do número de palavras analisadas do *corpus* da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral, pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	73
Figura 16 -	Classificação Hierárquica Ascendente do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral, pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018	74
Figura 17 -	Análise fatorial de correspondências coordenada (AFC) apresentada pelo Alceste 4.5	76

Figura 18 -	Categorização a partir das classificações direcionadas pelo ALCESTE 4.5	77
Figura 19 -	Nuvem de palavras classe 1 – Atenção e Manejo do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.	78
Figura 20 -	Nuvem de palavras classes 2 e 5 – Estrutura e gerenciamento do cuidado no HG da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.	80
Figura 21 -	Nuvem de palavras classe 4 – Enfermagem e sua interface com a equipe multiprofissional no HG da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.	82
Figura 22 -	Nuvem de palavras classe 3 – Intervenção de enfermagem no HG e seus resultados, pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo software Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Definição dos atributos da qualidade 33

LISTA DE E TABELAS

Tabela 01 -	Caracterização demográfica e educacional dos profissionais de enfermagem do HA	58
Tabela 02 -	Descrição dos pacientes internados na UPHG, 2017	61
Tabela 03 -	Prevalência das características do quadro clínico dos pacientes, 2017	63
Tabela 04 -	Prevalência das hospitalizações conforme motivos da admissão, 2017	65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
ALCESTE	*Analyse Lexicale par Context d'um Ensemble de Segments de Text*
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID	Classificação Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONAMA	Conselho Nacional de Meio Ambiente
DP	Desvio Padrão
Dr	Doutor
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECI	Edifício Central de Internação
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
HA	HOSPITAL A
HG	Hospital Geral
IOM	*Instituto of Medicine*
N	Número/quantidade
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PS	Pronto Socorro

PT	Projeto Terapêutico
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
OMS	Organização Mundial de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SIP	*Sickness Impact Profile*
TM	Transtorno Mental
TRS	Teorias das Representações Sociais
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UP	Unidade Psiquiátrica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPHG	Unidades Psiquiátrica em Hospitais Geral
USP	Universidade de São Paulo
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **19**

1.1 HOSPITAL GERAL E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 19

1.2 A ENFERMAGEM EM SEU PROCESSO HISTÓRICO DE APROXIMAÇÃO COM A LOUCURA E CUIDADO DE SAÚDE MENTAL 24

1.3 A ENFERMAGEM INSERIDA NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DO HOSPITAL GERAL 27

1.4 QUALIDADE DO CUIDADO NA UPHG 29

2. OBJETIVOS **35**

2.1 OBJETIVO GERAL 35

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 35

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS **36**

3.1 TIPO DE ESTUDO 36

3.2 LOCAL DE ESTUDO 36

3.3 PARTICIPANTES 37

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 38

3.5 DESENVOLVIMENTO PARA COLETA DE DADOS 38

3.5.1 Procedimento 40

3.5.1.1 Primeira etapa 40

3.5.1.2 Segunda etapa 41

3.6 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA ANÁLISE 42

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **46**

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL GERAL 46

4.1.1 Características sócio demográficas dos pacientes internados na UPHG 57

4.1.2 Caracterização diagnóstica das pessoas com transtorno mental internadas no UPHG 61

4.1.2.1 Diagnóstico de base 61

4.1.2.2 Diagnóstico – motivo da admissão na UPHG 62

4.1.3 Caracterização sócio demográfica e educacional dos profissionais de enfermagem do HA 64

4.2 ANÁLISE LEXICAL DO CORPUS DA PESQUISA PELO SOFTWARE ALCESTE 68

4.2.1 Configuração utilizada 68

4.2.2 Tratamento dos dados pelo software ALCESTE 69

4.2.3 Classificação do *corpus* da pesquisa 70

4.2.3.1 Categoria 1: Atenção e Manejo - a enfermagem no cuidado às pessoas com transtorno mental, ou uso de álcool e outas drogas 78

4.2.3.2 Categoria 2: Estrutura e Gerenciamento do cuidado no HG – ambiente de assistência da Enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas 79

4.2.3.3 Categoria 3: Enfermagem e sua interface com a equipe multiprofissional no HG – cuidado de enfermagem m saúde mental, álcool e outras drogas 82

4.2.3.4 Categoria 4: Intervenção de enfermagem no HG e seus resultados – o cuidado de Enfermagem em saúde mental 83

4.3 ANÁLISE DOCUMENTAL E GRUPOS FOCAIS 85

4.3.1 Estrutura 86

4.3.2 Processo 88

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **95**

REFERÊNCIAS **99**

APÊNDICE A **114**

APÊNDICE B **116**

APÊNDICE C **118**

ANEXO A **119**

1 INTRODUÇÃO

Após vivenciar meses em uma unidade de internação em saúde mental em um hospital geral, veio à angústia de como auxiliar a equipe de enfermagem no cuidado às pessoas com transtorno mental[1], álcool e outras drogas, em situação de internação hospitalar. Estes profissionais imersos nas múltiplas funções inerentes à categoria com deficiências na formação, revelando as próprias barreiras individuais frente à especialidade. Assim precisam cuidar das várias especificidades das pessoas com transtorno mental que estavam sob a sua responsabilidade, ininterruptamente, durante todo o período de internação.

Neste contexto, surgiu à necessidade de aprofundar o conhecimento acerca das ferramentas e instrumentos existentes no Brasil e no exterior, por intermédio de pesquisas e estudos voltados à especificidade da saúde mental, que direcionam o cuidado da categoria de enfermagem, às pessoas com transtorno mental, álcool e outras drogas, internados em um Hospital Geral.

Nessa perspectiva, para falar do cuidado da enfermagem faz-se pertinente entender o caminho de reconhecimento do lugar de atuação deste profissional dentro das unidades de internação psiquiátricas dos hospitais gerais, que ao longo de sua história passaram por processos de mudanças, conforme os diferentes contextos voltados ao lugar da loucura, com reflexo direto nas ações práticas, cotidianas, da equipe de enfermagem, mantendo esse perfil também na enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas. Assim, inicia-se este trabalho com alguns pontos sobre o percurso histórico da enfermagem e à sua inserção no campo da saúde mental brasileira, especificamente no Hospital Geral.

1.1 HOSPITAL GERAL E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Após a Segunda Grande Guerra Mundial, dentre outras iniciativas, como as modalidades de tratamento em grupo surgem as principais propostas de mudança do espaço de cuidado da loucura, em repulsa aos cenários de horror dos campos de concentração, sendo estes comparados aos hospícios (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Assim, novas formas de intervenção baseadas em ações extra hospitalares emergiram, com intuito de atender o

[1] O termo ‘pessoa com transtorno mental’ diz respeito, além dos transtornos mentais, o uso abusivo de álcool e outras drogas.

crescente contingente humano que, em suas formas desordenadas de se comportarem, chamavam a atenção da sociedade.

Verificam-se, em diversos segmentos, processos de mudança da realidade posta naquele período impulsionados pelo contexto do pós-guerra, como o investimento na reabilitação dos soldados feridos e sequelados. O reduzido número da força de trabalho e a emergência do lidar com a categoria populacional de improdutivos somados ao processo natural e acelerado da transição demográfica (VASCONCELOS, et. al., 2008). Emergem ponderações relacionadas à crise da psiquiatria, evidenciada pela impotência terapêutica, e também pela preocupação governamental, devido ao alto índice de cronificação das doenças mentais, atrelado a ampliação da incapacidade social e produtiva das pessoas (RIBEIRO, et. al., 2019).

O processo de mudança estrutural e ideológica no cuidado em saúde mental foi impulsionado pela necessidade de renovação da capacidade terapêutica da Psiquiatria, vislumbrando, assim, a libertação das funções ultrapassadas que previam apenas o isolamento e a coação, além de configurar uma forma de controle social (TRAJANO, et. al., 2018).

Dentre os fatores de reformulação do espaço asilar que antecederam as mudanças e prepararam a sua viabilização ressaltam-se três movimentos (HEIDRICH, 2007; OLIVEIRA, 2002):

I - Ações com o foco na transformação do lugar terapêutico tendo como base o hospital psiquiátrico, representadas pelas Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, por Maxwell Jones, que primava pelo envolvimento do paciente na terapia e abria espaço para familiares e comunidade e pela Psicoterapia Institucional, na França por François Tosquelles que buscava proporcionar uma função terapêutica, a partir da reorganização institucional;

II - Vertente que traz a comunidade como ponto central de intervenção como local de cuidado e tratamento caracterizado pela Psiquiatria de setor, também na França por Lucien Bonnafé que defendia o tratamento sem isolamento social e pela Psiquiatria Preventiva ou Comunitária nos Estados Unidos por Gerald Caplan, com ações de prevenção em níveis primários, secundários e terciários;

III - movimento contestador das relações da psiquiatria e sociedade com propostas de ruptura com o modelo assistencial asilar, sendo caracterizado pela Antipsiquiatria, originada na Inglaterra e pela Psiquiatria Democrática Italiana com vias à desinstitucionalização.

No Brasil, o processo de transformação da assistência psiquiátrica também se baseou em denúncias de grupos profissionais contra a denominada ‘indústria da loucura’, por intensificação dos movimentos a favor da Reformada Psiquiatria, com a luta pela alteração do

lugar social da loucura no país (movimento pela humanização do cuidado em saúde mental), tendo como repercussão em 1989, a apresentação do Projeto de Lei nº. 3.657 de Paulo Delgado que oficializou o início da luta pela legalização da reforma no país (AMARANTE, 2009).

Na década de 1990 a Portaria Ministerial 224 de 29 de janeiro de 1992, já apontava a existência e a regulamentação do processo de instalação de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral, com intuito de oferecer uma retaguarda hospitalar quando necessária, com a previsão de serviços extra hospitalares e de urgência, sendo as referidas unidades acessadas apenas quando houvesse o esgotamento terapêutico nas demais instâncias de cuidado (BRASIL, 1992).

Além disso, confirma o tratamento como atividade multiprofissional para a população internada, e estabelece limites de leitos em cada hospital (10% da capacidade do hospital, até um máximo de 30 leitos), prevê salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros) e a utilização da área externa pelos pacientes do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas (BRASL, 1992).

A promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 legitimou a Reforma Psiquiátrica e foi mais um fator propulsor dos cuidados em hospitais gerais em detrimento às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001).

O processo de organização de serviços adotado no Brasil foi sendo erguido com marcas de diferentes movimentos, porém com traço mais marcante nos moldes italianos, com vistas à desinstitucionalização: previsão de reduzir leitos em hospitais psiquiátricos; expandir e consolidar a rede de atenção especializada, priorizando os serviços territoriais; incluir as ações de saúde mental na atenção básica; prover atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas; implantar um programa permanente de formação de profissionais para a Reforma Psiquiátrica; e também implantar leitos de saúde mental em hospital geral (AMARANTE, 2007). O cenário de estudo de grande relevância para esta pesquisa.

Apesar de recente a criação das Unidades Psiquiátrica em Hospitais Gerais - UPHG no Brasil, a instalação destas unidades em diversos países do mundo é precoce (HALLAK, et. al., 2003; BOTEGA, 2017). A estruturação de UPHG para atender a demanda de psiquiatria teve seus moldes instituídos desde 1728 no Hospital St. Thomas em Londres, sendo organizado por Thomas Guy para receber até vinte pacientes. Na Inglaterra, o movimento centrado na desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, é impulsionado pelo psiquiatra Maxwell Jones (CLARK, 1973), a partir das propostas de comunidades terapêuticas somados à *Mental*

Health Act of England and Wales, o que permitiu um maior encorajamento e priorização da instalação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais.

Nos Estados Unidos desde 1755 já haviam relatos da existência de enfermarias psiquiátricas em hospital geral, na *Pennsylvania Hospital* voltados ao tratamento de pessoas com transtorno mental. No ano de 1834 inaugura-se a enfermaria psiquiátrica no *Philadelphia General Hospital* (GREENHILL, 1979). Em que pese à importância das iniciativas inovadoras do período, até o século XX o cuidado em psiquiatria conviveu com instituições com modelo assistencial asilar (BOTEGA, 2017).

Em 1902 foi fundada nos Estados Unidos, uma das primeiras unidades psiquiátrica autônomas em hospital geral pelo Dr. J. M. Mosher no Albany Medical Center, que em seu sentido moderno apresentaram como estratégias inovadoras o planejamento terapêutico, integração à medicina geral; internações breves com rápido retorno à comunidade; e serviços de interconsulta e emergência (MARCHEWKA, 2007). No ano de 1923, funda-se com as mesmas diretrizes a segunda unidade, no *Ford Hospital*, em Detroit (GREENHILL, 1979).

Na cidade de Toronto, no *Toronto General Hospital* surge em 1906 a primeira unidade de psiquiatria no hospital geral canadense liderada pelo médico David Campell Meyers (HENRY, 1929).

Apesar do surgimento de UPHG em diferentes pontos do mundo houve uma convergência quanto à intencionalidade da organização destes serviços de psiquiatria no Hospital Geral, que esteve baseada nas críticas de estigma e segregação ao modelo de atendimento que os hospitais psiquiátricos propiciavam aos indivíduos internados, tendo como referência de transformação a experiência de pequenas enfermarias psiquiátricas em hospitais militares gerais (MARCHEWKA, 2007). Começa então a emergir os pilares que objetivaram a redução das internações psiquiátricas e a mobilização para intervenção dos transtornos mentais nos centros comunitários de saúde mental e também nas UPHG (FAGUNDES JÚNIOR; DESVIAT, 2016).

Observou-se nesse contexto um crescimento do número de UPHG, sobretudo, na América do Norte, provenientes de fatores como: as críticas ao modelo tradicional de cuidado em psiquiatria promotor da anomia, da segregação e isolamento; a adoção de uma política de bem estar social, o chamado *Wellfare State,* que culminou com a construção de uma rede de proteção e inclusão social, principalmente, em países dessa região; a necessidade de integração de estruturas extramuros como necessárias ao cuidado; o desenvolvimento de abordagens sócio terapêuticas e psicossociais (intervenções grupais, espaços de discussão, problematização do cotidiano) com vistas à ressocialização e o reconhecimento da

necessidade de incorporar o manejo em psiquiatria na formação profissional, com destaque para a construção de unidade psiquiátrica em hospitais gerais de ensino (OLIVEIRA, 2002; BOTEGA, 2017).

As primeiras UPHG surgiram no Brasil na década de 50. A primeira unidade psiquiátrica foi inaugurada em 1954 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador. Esse serviço oferecia seis leitos destinados às mulheres e um ambulatório de psiquiatria no mesmo local. Nesse mesmo ano inicia-se a expansão de mais UPHG pelo país, com a implantação de uma unidade na Universidade dos Comerciários de São Paulo. Em 1957, a Universidade Federal de Pernambuco implantou no Hospital Pedro II, com 20 leitos. Ao longo das décadas de 80 e 90 mais unidades são implantadas, tendo sua maior concentração nas regiões Sudeste e Sul do país (BOTEGA, 2017; FERNANDES; DUARTE, 2014).

De acordo com Botega (2017) a implantação de UPHG trouxe vantagens como: a redução do estigma do transtorno mental, em que a doença passa a ser vista no universo de outras enfermidades, com possibilidade de tratamento como semelhantes; maior transparência da prática psiquiátrica (visibilidade e fiscalização contra possíveis maus tratos); redução da dicotomia corpo e mente; possibilidade de abordagem multiprofissional - psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, médicos com diversas especialidades. Porém, também há desvantagens, com a limitação nas estruturas físicas sem espaços para lazer e atividades externas; existência de um modelo médico, com o uso intensivo de fármacos e restrição terapêutica, além da ênfase na sintomatologia. Barreiras essas a serem transpostas no processo de qualificação do cuidado em saúde mental nas UPHG.

Assim, as Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais (UPHG) são caracterizadas como um conjunto de serviços de saúde mental situados em nível terciário como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos para o tratamento de pessoas com transtorno mental, álcool e outras drogas, em quadros agudos tendo ações de superação e crítica ao modelo asilar e segregador, implantadas como propostas assistenciais alternativas às internações prolongadas das pessoas com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos tradicionais (CASTEL, 1978; DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011).

Baseado em dados fornecidos por mais de cento e setenta países ao Atlas da Saúde houve globalmente uma diminuição de 5% no número de hospitais psiquiátricos entre 2011 e 2014 e um aumento em até oito vezes, em algumas regiões do mundo, no que corresponde ao número de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais (WHO, 2014). No Brasil, o Ministério da Saúde apontou um aumento no número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais, com

valores que vão de 2.568 leitos em 2005 (BRASIL, 2010) para 4.620 leitos em 2014 (BRASIL, 2015).

Nesse interim, verifica-se no Brasil a existência de 4.620 leitos de psiquiatria em hospital geral, sendo destes 19% serviços hospitalares de referência, habilitados pelo Ministério da Saúde, tendo a sua distribuição de leitos realizada de forma desigual entre as cidades e regiões do Brasil, devido uma maior concentração de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Sudeste e Sul do país (BRASIL, 2015).

Pelo exposto, a UPHG se apresenta como tema relevante que convoca olhares de múltiplos campos de produção de conhecimento. Fenômeno multifacetado, recortado e mesmo disputado por distintos domínios e campos do saber que envolve o olhar multiprofissional, tendo a enfermagem um lugar relevante na composição da equipe de cuidado.

1.2 A ENFERMAGEM EM SEU PROCESSO HISTÓRICO DE APROXIMAÇÃO COM A LOUCURA E CUIDADO DE SAÚDE MENTAL

Nos registros de história da enfermagem observa-se uma visão do cuidar como forma de caridade, de amor ao próximo e de humildade, vistas como, posições adotadas pela igreja, em que mesmo o leigo executava os cuidados dentro desse conceito de altruísmo. Diretrizes que constituíram a ligação entre a assistência promovida pelas ordens religiosas e a prática de enfermagem proposta por Florence Nightingale (OGUISSO, 2007), em que pesem as outras contribuições dessa líder, baseadas no conhecimento científico da época, da sua experiência como gestora de instituições e de grupos de trabalhadoras no campo militar, as quais incorporaram nos primórdios da formação profissional das enfermeiras.

Assim, o processo de reconhecimento profissional da enfermagem teve seu nascedouro, no período da guerra da Criméia em 1854, quando Florence nomeada superintendente do grupo de enfermeiras foi enviada para prestar assistência em saúde aos feridos de guerra. Foi pioneira na criação de métodos e normas aos cuidados com o doente e o ambiente. Como base para reconhecimento da profissão suas anotações de enfermagem serviram para criação da escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas em Londres (CARRIJO, 2007; OGUISSO, 2007). Esse início da profissão é marcado pela organização da prática e do ensino baseada na revolução de Nightingale, aclamada como a primeira enfermeira moderna (OLIVEIRA, et. al., 2014).

Nesse mesmo direcionamento, a enfermagem psiquiátrica traça o seu início em 1873, tendo como representante a enfermeira Linda Richards formada pelo programa de enfermagem do *New England Hospital for Women and Children* em Boston, tornando-se conhecida como a primeira enfermeira psiquiátrica norte americana, fundamental para estruturação, no ano de 1882, da primeira escola de enfermagem psiquiátrica no *McLean Asylum*, em Waverly, Massachusetts que tinha como meta treinar o modo de prover assistência custodial para pacientes em hospitais psiquiátricos não havendo o estudo de conceitos psicológicos. Apenas em 1955 há a exigência da incorporação de enfermagem psiquiátrica nos currículos em todas as faculdades de enfermagem (TOWNSEND, 2014).

No Brasil, desde a época imperial, as práticas de enfermagem ocorriam no lar, para os abastados. Aos pobres e indigentes era reservado o cuidado das irmãs de caridade e leigos, tendo a assistência à saúde um caráter doméstico e de caridade (OGUISSO, et. al., 2011). Em 1852 foi inaugurado o Hospício Pedro II, considerado o marco da psiquiatria no país. Sadigursky (2002) reforça a autonomia da enfermagem em instituições hospitalares exercida por leigos e supervisionada pelas irmãs de caridade, período em que a medicina ainda não desempenhava um papel central no cuidado psiquiátrico como em tempos posteriores.

Barros e Egry (2001) apontam que nesse processo histórico do surgimento da categoria de enfermagem houve uma relação de aproximação das atividades do cuidar com ações vinculadas às atividades domésticas e baseadas no senso comum, em que à figura materna era a representante ideal. As ações ditas de enfermagem eram tidas como tarefas isoladas, autônomas e não subordinadas às ordens médicas realizadas por membros da própria família, vizinhos, serventes ou por ordens religiosas e sociedades comunitárias, ou ainda, por pacientes convalescentes e prisioneiros.

As autoras citadas acima salientam que o papel da enfermagem antes de sua legitimação como profissão transitava em uma posição de mantenedora da ordem asilar, através da vigilância, repressão, coerção, violência e ordem disciplinar.

A prioridade da profissão de enfermagem estava voltada para a formação e atuação na unidade hospitalar do Hospício devido à carência de profissionais para a atuação do cuidado. Após serem dispensadas as irmãs de caridade que mantinham as atividades administrativas e voltadas aos doentes mentais do hospício (GEOVANINI, *et. al.,* 2019). Ficando claro que a formação da profissão foi influenciada pela necessidade existente naquele momento para o atendimento psiquiátrico (PAVA; NEVES, 2011). Dessa forma, mediante acordo com a França, por ser considerada modelo das organizações hospitalares para o mundo, principalmente em psiquiatria o diretor do Hospício Pedro II utilizou as enfermeiras de

Salpêtrière que ficaram responsáveis pelo cuidado dos doentes mentais, como consta no documento *Légation de France au Brésil,* de 10 de abril de 1895 (GEOVANINI, *et. al.,* 2019).

A profissionalização e o ensino de enfermagem no Brasil em documentos oficiais tiveram início com o decreto 791/1890 assinando pelo Chefe de Governo Provisório da República Marechal Deodoro da Fonseca (BRASIL, 1890). Surge assim à primeira Escola de Enfermagem Brasileira denominada de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados (EPEE). Esta Escola foi criada anexa ao Hospício Pedro II, primeiramente dirigida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, que logo passou à administração federal, com atendimento direcionado a Psiquiatria (PAVA; NEVES, 2011).

Após 30 anos de criação, em 1921, o ministro da justiça, Dr. Alfredo Pinto Vieira de Melo aprova o regimento interno da Escola estabelecendo três seções: masculina, feminina e mista. A seção feminina que funcionava na Colônia de Psicopatas Gustavo Riedel, no Engenho de Dentro/RJ recebeu o nome do então ministro da Justiça e Negócios Interiores passando a se chamar Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto (GEOVANINI, *et. al.,* 2019).

Posteriormente com o aparecimento das escolas nightingaleanas, cujo padrão foi a escola Ana Nery, um saber propriamente de enfermagem começa a surgir em duas frentes. Uma formalizada e sistematizada, que cresce com a disseminação do modelo e outra aposta informal e assistemática produzida na época pelos trabalhadores sem formação específica que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos (SILVA; KIRSCHIBAUM, 2010).

A partir da década de 1950 nos EUA, as primeiras teorizações da prática da enfermagem Psiquiátrica com Hildegard Peplau apontam o relacionamento interpessoal na enfermagem e, posteriormente, Joyce Travelbee com os direcionamentos para intervenção em enfermagem psiquiátrica, inicia-se, com base em experiências de docência e assistência do saber formalizado e sistematizado da enfermagem psiquiátrica (GEOVANINI, 2005; SILVA; KIRSCHBAUM, 2010). No Brasil essas teoristas foram incorporadas em iniciativas implementadas no ensino e assistência por docentes (Evalda Cançado Arantes e Maria Aparecida Minzoni) de escolas de enfermagem de universidades públicas, em final da década de sessenta e meados de setenta (OGATA, 1992)

Dessa forma, coube à enfermagem tendo como sustentáculo o modelo nightingaleano, e já sedimentado o escopo de conhecimentos próprio (descolado da medicina e da psiquiatria) a missão de empenhar-se, em conferir novos contornos à identidade profissional constituída a

partir da formação e da prática dos enfermeiros e trabalhadores de enfermagem formados com a visão corrente relativa às pessoas com transtorno mental (SILVA; KIRSCHBAUM, 2010).

1.3 A ENFERMAGEM INSERIDA NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DO HOSPITAL GERAL

Ao longo dos anos, sob influência das diversas vertentes teóricas a assistência de enfermagem nos vários pontos da rede de atenção à saúde mental passou por um processo de transformação paradigmática. No modelo asilar da psiquiatria, as ações de enfermagem vinculavam-se às abordagens no molde flexneriano que prima por "isolar para conhecer e conhecer para intervir", com prioridade no sintoma e diagnóstico, em um processo fragmentário do sujeito (MUNIZ, et. al., 2015). Tal perspectiva incapacita ao profissional estabelecer uma relação de ajuda com o usuário do serviço de saúde, pois transforma em objeto a ser tratado.

Os recursos terapêuticos utilizados pela enfermagem se resumem em lidar com a pessoa com transtorno mental através da pedagogia do medo, com finalidade semelhante à usada no período escravocrata, em que o poder era obtido por intermédio de métodos punitivos e castigos, são as denominadas técnicas disciplinares (MAESTRI, 2004), que confundem tratamento e punição. Modelo de relacionar-se com o outro não exclusivo da área da saúde, uma vez que, a educação também foi bastante impregnada por esse formato na sua atuação (FREIRE, 2007).

O novo paradigma que emergiu da Reforma vislumbra um olhar diferenciado para a loucura, com foco no processo terapêutico do cuidar em saúde, denominado Modelo Psicossocial, que propõe lidar com o ser humano em sua integralidade (TRAJANO, et. al., 2018). O campo de atuação possibilita ao enfermeiro prestar o cuidado com um papel terapêutico e não opressor, que deve observar o sujeito em seu contexto social na sua totalidade, estando assim, inserido em qualquer um dos pontos de atenção em saúde mental, o que inclui as UPHG.

Nesse contexto, as UPHG se configuram como espaços de aproximação singular entre enfermeiro-paciente, tanto com a realidade vivenciada por cada pessoa com transtorno mental, com ou sem uso de substâncias psicoativas, como a partir da aproximação do contexto de vida relatado, permitindo planejamento das ações de saúde mental no momento da internação e também após esse contato através do fortalecimento das relações intersetoriais, que envolve além dos setores de saúde, assistência social, a justiça e a educação (SILVA, et. al., 2015).

Essa iniciativa, que permite a aproximação enfermeiro-paciente, mostra também a convivência da pessoa com transtorno mental num espaço de tratamento preferencialmente ocupado por outros pacientes acometidos por patologias clínicas. Aspecto este que revela a possibilidade da coabitação da psiquiatria dentre as diversas especialidades (OLIVEIRA; LAUS, 2011).

Dessa forma, a relação enfermeiro paciente é o alicerce da assistência em saúde mental baseada na clareza do profissional de enfermagem em entender que o cuidar está atrelado à capacidade de ser flexível fazendo o uso de diversas abordagens terapêuticas direcionadas à singularidade dos casos, e atentas à imprevisibilidade das exposições (NICACIO, et. al. 2018).

Assim, percebe-se como meta, no processo de construção do fazer da enfermagem psiquiátrica na UPHG, o cuidar que transcende os sintomas, o respeito e acolhimento às necessidades individuais, centrado na aproximação da realidade singular de cada sujeito. Nessa perspectiva, o cuidado pressupõe a capacidade para escutar o outro e estabelecer o diálogo nas relações, perceber suas potencialidades, ajudando-o a resgatar a sua vida e o direito enquanto cidadão (FIDELIS, 2018).

Atualmente a equipe de enfermagem e os demais profissionais podem tratar as pessoas com transtorno mental como objetos de posse, com a liberdade de expressão limitada, assim como o direito de ir e vir de escolher, de decidir e de participar no tratamento, com a única prerrogativa de ter a obrigação de obedecer aos padrões morais socialmente definidos e submeter-se a ser vigiado (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011) ou controlado pela equipe.

A postura opressora embora postulada como antiga e criticada, ainda é observada em alguns serviços de saúde mental que se definem como seguidores dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, talvez devido aos próprios trabalhadores não perceberem o quanto estão sendo restritivos, por estarem muito centrados nas próprias necessidades e, não tanto, nas das pessoas com transtorno mental.

As características multifacetadas fazem da prática da enfermagem às pessoas com transtorno mental, uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, um desafio, não apenas no trabalho técnico cotidiano das unidades hospitalares, mas também na disponibilidade pessoal para lidar com esse público, que em alguma instância pressupõe ter interesse, gostar, ou ter predisposição para a área de saúde mental.

São considerações indispensáveis para a efetividade do cuidado de enfermagem, na busca do conhecimento prévio das condições dos sujeitos, suas características sociodemográficas, seu padrão de consumo (no caso do uso de substâncias psicoativas), as

peculiaridades do ambiente em que transita e de como aceita a intervenção externa no seu jeito singular de viver (FABRI; LOYOLA, 2014; SILVA, et. al., 2013).

Mediante o exposto, para vislumbrar o processo de avaliação da qualificação do cuidado da enfermagem as pessoas com transtorno mental em hospital geral, fez-se necessário seguir uma linha teórica para a avaliação da qualidade, os pressupostos da teoria de Donabedian, para direcionar os pilares escolhidos, estrutura e processo, a serem avaliados no cuidado em saúde mental da unidade de psiquiátrica do hospital geral.

1.4 QUALIDADE DO CUIDADO NA UPHG

No Brasil, a preocupação com a qualidade na área de saúde surge na década de 1960, como expressão do significativo avanço da ciência e da tecnologia, atrelado às mudanças do contexto social (LORENZETTI, et. al., 2012).

As investigações sobre o tema fundamentaram-se em uma ou mais categorias propostas por Donabedian (1996), pesquisador que se baseou em experiências desenvolvidas por outros autores estudiosos de avaliação (FLEXNER, 1940; SHEPS, 1955 e CODMAN, *apud* PORTERFIELD,1976) e, baseado nos princípios da Teoria Geral dos Sistemas desenvolveu o modelo de avaliação qualitativa de atenção à saúde[2] em três indicadores: estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde (REIS, *et. al*., 1990; SOUSA; MENDES, 2014).

As pesquisas evidenciam que as metodologias propostas estão muito vinculadas à modalidade de organização da prática médica norte-americana, com a forte presença da perspectiva de melhoria qualitativa dos padrões, com vistas a obter o "autogoverno" das profissões. Com essa organização os estudos de estrutura se desenvolvem fundamentalmente nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, e os estudos de processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população (REIS, *et. al*., 1990).

Assim, observa-se, nesse formato de organização, que a estrutura se refere aos recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis nos contextos em que ocorre o cuidado. Dentre os seus elementos há: planta física, recursos materiais (instalações, equipamentos,

[2] Donabedian ao apontar as medidas de avaliação em saúde as utilizam fazendo referência a atenção médica.

nível de tecnologia e dinheiro); recursos humanos (quantidade, categoria e qualificações profissional); estrutura organizacional, financeira; instrumentos normativos e também características demográficas da população atendida, incluindo idade, classe social e tipos de problemas de saúde prevalentes (DONABEDIAN, 1966; 1980), incluindo dessa forma, as características relativamente duradouras de uma instituição de saúde.

O processo diz respeito às ações dos profissionais ao relacionar a ciência e a tecnologia no processo assistencial, no ato de dar e receber cuidados em saúde. Inclui os cuidados com o paciente no diagnóstico e nos diversos tratamentos e procedimentos, os esforços do paciente em acessar os cuidados, quanto a adesão e a implementação do plano de cuidado para ele traçado, a reabilitação, a educação do paciente e sua repercussão na assistência à saúde, o paciente e a família, denotando ser uma forma de cuidado assertiva no intuito de alcance dos resultados assistenciais (DONABEDIAN, 1966; 1988; 1993).

Os resultados relacionam-se aos efeitos do cuidado à saúde junto aos pacientes e à comunidade observados a partir da constatação de mudanças esperadas no estado de saúde, no comportamento e na melhoria do conhecimento dos indivíduos com relação a sua saúde e à satisfação do paciente e família com os resultados do cuidado anteriormente prestado. Além disso por se tratar de um conceito multifacetado, os resultados requerem análise das dimensões clínicas, fisiológicas, físicas, psicológicas, psicossociais, integrativas e avaliativas (DONABEDIAN, et. al., 1982).

Para compreensão dos indicadores apontados, a avaliação de serviços de saúde é dividida em duas dimensões: O desempenho técnico, a partir da aplicação do conhecimento e da tecnologia do profissional para maximizar benefícios e minimizar riscos, respeitando as preferências do usuário; e, o relacionamento pessoal com o usuário, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as suas legítimas expectativas e necessidades. A partir da interação entre o paciente e o profissional existe um processo complexo, que inclui componentes comportamentais e técnicos muito específicos. O objetivo final da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se auto gerenciarem, a fim de impedir a “exploração ou a incompetência”. Dessa forma, o intuito de monitorar a qualidade é “exercitar a vigilância contínua”, de maneira a detectar precocemente desvios dos padrões estabelecidos com vistas à sua correção (DONABEDIAN, 1978).

No modelo do referido autor estudar a estrutura pressupõe avaliar as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde. Os componentes considerados se referem às medidas relativas à organização administrativa da atenção médica e, na atual assistência à saúde, de outros profissionais; descrição das características das instalações, da equipe

disponível de trabalhadores de saúde, em específico sobre a sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, categoria, preparação e experiência.

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção à saúde realizadas de forma intencional, técnica e política, sendo isenta de neutralidade e passiva de aplicação para as diversas configurações de atividade profissional. Portanto, a avaliação está, predominantemente, orientada para a análise da competência da equipe de saúde no tratamento dos problemas de saúde, processo, procedimentos terapêuticos e de cuidado, voltados ao cliente, no tocante à doença ou complicação (AZEVEDO, et. al., 2017).

Dessa forma, a avaliação é realizada também pela comparação dos procedimentos empregados com os estabelecidos em normas auxiliadas por protocolos de intervenção, utilizadas pelos próprios profissionais de saúde. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas rotineiras, sendo a eficácia reconhecida como o efeito da intervenção produzido em uma condição experimental ou ideal (DONABEDIAN, *et. al*., 1982). Para tanto, recomenda-se a observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos e, atualmente nos de enfermagem como metodologias para realização dos estudos de processo (DONABEDIAN, 1978). Portanto, verifica-se que em situações reais, como o presente estudo, o máximo que se consegue mediar é a efetividade.

Junta-se a esse processo a análise do estado de saúde do indivíduo ou da população como resultante da interação ou não com os serviços de saúde. Para isso, os resultados referentes à saúde advêm de vários fatores sendo a sua medida e avaliação baseado em ações que possibilitam a apreciação da qualidade do cuidado total (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Devido à natureza multifacetada do estado de saúde há disponibilidade de metodologias que utilizam medidas de resultado seguras e válidas, por exemplo, as medidas de capacidade física e estado funcional; inventários de saúde mental; medida do impacto das doenças sobre o comportamento; Perfil de Impacto da Doença (SIP – *Sickness Impact Profile*), dentre outras. A forma de se alcançar tal objetivo seria a realização de estudos de trajetórias e traçadores ("*tracers*"), baseados na seleção de uma (ou mais) doença ou condição, e fazer o acompanhamento do cliente desde a sua chegada ao serviço de saúde até o momento da alta (DONABEDIAN, 1978).

Os estudos fundamentados nas três categorias apresentadas parecem tender para um modelo integrativo, em que se avaliam as relações entre estado de saúde qualidade do cuidado e gastos de recursos. A esse respeito, Brook e Lohr (1985) recomendaram a necessidade de se realizar um esforço de pesquisa na tentativa de integrar: a eficácia do cuidado em que as circunstâncias são mais favoráveis à produção de bons resultados, particularmente, os

componentes estruturais; a efetividade do cuidado no curso diário dos eventos; as variações das características populacionais no uso do serviço e as variações mais estreitamente relacionadas à qualidade do cuidado, medidas em termos de resultados no paciente; e, por último os níveis de qualidade de cuidado em termos mais amplos possíveis.

Dessa forma, na avaliação da qualidade do processo de cuidado com a saúde são apontados alguns atributos tidos como centrais para a qualidade: a eficácia, a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade (DONABEDIAN, 1990a). Somados a estes atributos foram acrescidos também a adequação, pois permite uma relação entre a oferta de serviços e as necessidades de demanda das pessoas e, a qualidade técnico-científica, que decorre da "aplicação da ciência e da tecnologia na resolução de um problema de saúde" (BRASIL, 2002a, p.40). Esse conjunto complementa as características da qualidade do cuidado para o desenvolvimento de ações eficazes.

No início do século XXI, o Instituto de Medicina (IOM – *Instituto of Medicine)* dos Estados Unidos da América (EUA), no texto *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century,* apontou dimensões de qualidade que preconizavam: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade, conforme aponta o Quadro 01. Isto requer reformulação dos processos de cuidado, com gestão do conhecimento e habilidades, a partir de equipes eficazes, que coordenem o cuidado em todas as condições dos pacientes ao longo do tempo (CORRIGAN, *et. al*., 2001).

Destaque-se que esses atributos propostos pelo IOM foram aceitos internacionalmente apontando a qualidade do cuidado como: o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (REIS, et. al., 2013; SOUSA; MENDES, 2014).

Quadro 01 - Definição dos atributos da qualidade

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobre utilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores dos pacientes orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado em desperdício incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condições socioeconômicas.

Fonte: Tradução livre com base em Donabedian (1990a).

A qualidade dos cuidados tem uma relação direta com os objetivos propostos para cada população, devido sua heterogeneidade se apresenta de acordo com as condições econômicas e o seu grau de desenvolvimento de cada contexto sendo diferente nos diferentes tempos e condições (MARTINS, 2014). Assim, a qualidade é tida pela "comparação de como o nível de cuidado do aqui e agora se compara com o que foi definido como o nível desejado dos cuidados" (OMS, 1986, p.30).

Contudo, existem diversas definições de qualidade ou variantes de uma mesma definição, como a absolutista de qualidade, direcionada para orientações técnico-científicas; a individualizada que dá relevância às expectativas, os valores e as necessidades dos envolvidos e; a social que tem como base as necessidades e os benefícios do processo de cuidado a uma população. Porém, qualquer definição deveria incluir os juízos acerca dos riscos e dos benefícios do processo de prestação de cuidado (DONABEDIAN, 1980).

Para isso, a avaliação do cuidado em saúde deve-se manter constantemente atenta às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, o que gerará a implementação de ações de aferição e aperfeiçoamento no intuito de obter maior satisfação dos que necessitam desses serviços. A gestão da qualidade diz respeito à criação e desenvolvimento de programas internos que capazes de garantir um padrão de qualidade excelente tem por base a melhoria

contínua da estrutura dos processos e dos resultados (CARVALHO, et.al., 2004; PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Nesse processo, a qualidade é trazida como um modelo unificador resultante da aplicação da ciência médica associada à tecnologia e valorizada pelas relações interpessoais e fortalecidas pelo aumento dos benefícios e diminuição dos riscos (DONABEDIAN, 1984; 1990b). A qualidade se contextualiza numa perspectiva das relações interpessoais do ambiente, da satisfação das pessoas que recebem o cuidado e também dos profissionais que o executam, o que permite ir além das questões meramente técnicas (BREWER, et. al., 2016).

Baseado nesse processo avaliativo a obtenção das melhores estratégias para avaliação da qualidade do cuidado em saúde perpassa pela necessidade de análise da combinação dos dados das três fontes de evidências – estrutura processo e resultados, de modo a identificarem falhas e possibilitar a sugestão de modificações na estrutura e processos com a finalidade de adequação às metas de qualidade traçadas para cada contexto do cuidado (DONABEDIAN 1992). O presente estudo se limitou a análise da estrutura e do processo, uma vez que os resultados poderão ser aprofundados a partir de estudo posterior, por não haver mensuração prévia de indicadores da estrutura e do processo, o que pode levar a análises dos resultados de forma superficial.

Espera-se que as análises obtidas auxiliem no processo de construção de instrumentos que viabilizem a avaliação da qualidade do cuidado prestado nas UPHG às pessoas com transtorno mental, por entender que um instrumento norteador é um fator primordial na estruturação desse cuidado.

Surgiu então a indagação: a equipe de enfermagem que atua em UPHG possui conhecimento e sente-se segura para lidar com as pessoas com transtorno mental, uso de álcool e outras substâncias psicoativas? É essa unidade um espaço de atenção às pessoas com transtorno mental conforme preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e previsto pela legislação brasileira?

A finalidade desse estudo foi obter subsídios a partir dos dados analisados para elaboração de estratégias que possibilitem identificar ferramentas que facilitem a atuação da enfermagem psiquiátrica em hospital geral.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo consiste em realizar a avaliação qualitativa de atenção à saúde nos indicadores estrutura e processo de cuidado da equipe de enfermagem em uma unidade psiquiátrica de Hospital Geral voltada a pessoas com transtorno mental, e uso de álcool e outras substâncias psicoativas, em situação de internação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para tanto se apresenta como objetivos específicos:

- Traçar o perfil sócio demográfico e condições diagnósticas dos pacientes internados nos leitos de saúde mental do hospital geral, no período de janeiro a dezembro de 2017;
- Traçar o perfil demográfico e educacional dos profissionais de enfermagem participantes dos grupos focais;
- Identificar, a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem o conhecimento que possuem para atuar no cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, prestado na UPHG;
- Problematizar os fatores favorecedores e limitantes do processo de cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Ancorados no referencial teórico de avaliação de Donabedian realizou-se uma pesquisa descritiva e exploratória, com intervenção numa abordagem qualitativa em sua predominância, mas englobou a modalidade de métodos múltiplos (ou multi-métodos), ou seja, foram utilizadas duas ou mais estratégias de pesquisa dentro de um mesmo estudo para responder as questões específicas de pesquisa (YIN, 2015).

Enfatizou-se a singularidade do processo de cuidado, pauta em um nível de realidade que não pode ser quantificado. Conforme Minayo (2004), essa abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Após apresentação do perfil sócio demográfico dos participantes e a identificação dos perfis diagnósticos das pessoas em sofrimento mental, desenvolveu-se a apresentação dos resultados apresentados em três fases: estrutura, processo e resultados em função do referencial de Avedis Donabedian. Portanto o tipo de estudo escolhido permitiu acompanhar a construção e a lógica do seu desenvolvimento (POLIT, et. al., 2004).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário instalado em uma capital na região Nordeste do Brasil, escolhido por se tratar de instituição escola, de formação e qualificação profissional. A instalação de serviços de saúde mental no Hospital Geral é reconhecida como um recurso relevante para a formação e a prática de vários profissionais da saúde, propiciando-lhes conhecimento interdisciplinar e capacitação para lidar com problemas psicossociais de pacientes clínicos e cirúrgicos (BOTEGA, 2017).

Dessa forma, foi selecionado dentre os hospitais, um dos últimos Hospitais Universitários do país a implantar serviço hospitalar de referência, com leitos de psiquiatria em hospital geral com habilitação dos leitos de psiquiatria (obtida em 2015) em sua unidade, denominado de Hospital A (HA).

O HA possui 31.569,45 m², com capacidade de internação para 242 leitos, sendo 19 de Unidade de Terapia Intensiva; 84 consultórios ambulatoriais; 12 salas de cirurgias e um

Centro de diagnóstico por imagem. Em 2013, o HA foi integrado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, que é responsável pela gestão dos hospitais universitários federais no Brasil.

As enfermarias são subdivididas por linhas de cuidado apresentadas em unidades médicas especializadas de atenção à saúde, composta por: Cardiovascular; Sistema Urinário e Transplante Renal; Clínica Cirúrgica; Cardiologia; Clínica Médica; Nefrologia; Oncologia; e num único andar, Unidade Psicossocial/ Psiquiátrica, Neuromuscular e Bucomaxilofacial.

A Unidade Psiquiátrica (UP) possui duas enfermarias para as pessoas com transtorno mental, dividida em uma enfermaria feminina e a outra masculina, contendo três leitos cada uma delas.

A equipe multiprofissional das UPs é formada por profissionais médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicólogos, profissional de educação físico, assistente social, nutricionista e farmacêutica que se dividem no atendimento à psiquiatria, outras especialidades e também à unidade ambulatorial. Além de contar com um corpo de discentes de cursos técnicos, graduação e pós-graduação (especialização, residência médica e multiprofissional) ligados às escolas de formação profissional conveniados.

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem desenvolve o seu trabalho em regime de rodízios de turnos (plantões) de seis ou doze horas no período diurno (manhã e tarde) e de doze horas no período noturno[3].

3.3 PARTICIPANTES

O quadro de profissionais de enfermagem que atuam na UP do HA é formado por cinquenta profissionais: doze enfermeiros e trinta e oito técnicos de enfermagem, responsáveis pela prestação de cuidados as pessoas internadas no andar.

De um total de cinquenta elementos da equipe de enfermagem, a definição da amostra ocorreu por sorteio aleatório entre aqueles que tomaram ciência do estudo e aceitaram e tinham disponibilidade para participar. A seleção deu-se de acordo com os critérios:

Inclusão: Fazer parte da equipe de enfermagem sendo enfermeiro ou técnico de enfermagem que atua na UP do HA; prestar cuidados de enfermagem as pessoas com transtorno mental, álcool e outras drogas, internados e ser sorteado para participar do estudo.

---

[3] Dados retirados de documentos do hospital.

Exclusão: Não fazer parte da equipe de enfermagem sendo enfermeiro ou técnico de enfermagem, que atua na UP do HA; não prestar cuidados de enfermagem as pessoas com transtorno mental, álcool e outras drogas, internadas.

Estabelecer tais critérios foi necessário devido a que nem todos os profissionais de enfermagem atuam regularmente prestando cuidados as pessoas com transtornos mentais, nem tampouco havia disponibilidade de horário para participação nos procedimentos da pesquisa, assim a escala de trabalho foi um norteador da seleção dos sujeitos para o sorteio buscando atingir a mesma representatividade de enfermeiros e técnicos. A amostra final foram dez profissionais, cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem.

Tal procedimento de amostragem está de acordo com Patton (2002), que recomenda o cuidado de selecionar um grupo de indivíduos que convivam com o assunto a ser discutido e que tenham profundo conhecimento dos fatores que afetam os fatos mais pertinentes.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da EERP - Universidade de São Paulo – USP (ANEXO A), e pela Comissão de Ética e Pesquisa do HA, conforme resolução n º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e sua atualização por meio da Resolução nº 466/2012 (CAAE: 79851417.0.0000.5393). O referido trâmite se iniciou com a solicitação de anuência do HA, que constou do termo de autorização institucional para acesso aos documentos da instituição e dos pacientes internados, que posteriormente foram juntados aos demais documentos exigidos.

3.5 DESENVOLVIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se conforme apresentado na Figura 1. O início deu-se mediante pesquisa documental (prontuários e documentos institucionais como projetos de implantação e habilitação da UP; projetos de intervenções internas – projeto de prevenção do suicídio, projeto de implantação das residências de psiquiatria e multiprofissional; relatórios de ampliação do Edifício Central de Internação) seguido de observação não participante, com registros mediante diário de campo e na sequência, realizou-se o grupo focal.

A pesquisa documental permite identificar, em documentos primários, informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão de pesquisa que contextualiza e complementa as informações e posteriores inferências (KRIPKA, et. al., 2015).

Utilizada de forma complementar, a observação não participante consiste no tipo de observação em que o pesquisador não se insere no contexto da pesquisa, porém com base nos objetivos da pesquisa faz apontamentos das observações feitas em todo o processo de contato com o contexto pesquisado (MARCONI; LAKATOS, 2011) em diário de campo, recurso auxiliar na complementação das informações sobre o cenário da pesquisa, a inserção dos sujeitos. Trata-se de registros de todas as informações que não sejam coletadas através de outras técnicas (entrevistas formais, aplicação de questionários, formulários e grupos focais) (OLIVEIRA, 2014).

O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa derivado das entrevistas grupais, recurso mais utilizado em pesquisas das ciências humanas, clínicas e sociais. Coleta informações por meio das interações grupais, cujo principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou animador do grupo) a partir de um grupo de participantes sendo estes com características similares (MINAYO, 2010).

O grupo focal visa obter informações sobre conhecimento, crenças, expectativas e formas de atuação desejadas de participantes de grupos. Espaço que permite a troca de ideias, medos e saberes, mede à interação entre os participantes da pesquisa e auxilia os sujeitos a explorar e ampliar a visão. Possibilita identificar os valores do grupo, proporciona a interação e a comunicação entre os pares e esclarece o ponto de vista dos sujeitos por intermédio do debate. Assim, o grupo focal faz uma aproximação com autoconhecimento, autoafirmação, revisão de conceitos e uma reflexão crítica, acerca das atividades cotidianas, o que conduz os participantes ao pensamento crítico (BUSANELLO, *et.al*., 2013; KITZINGER, 2009).

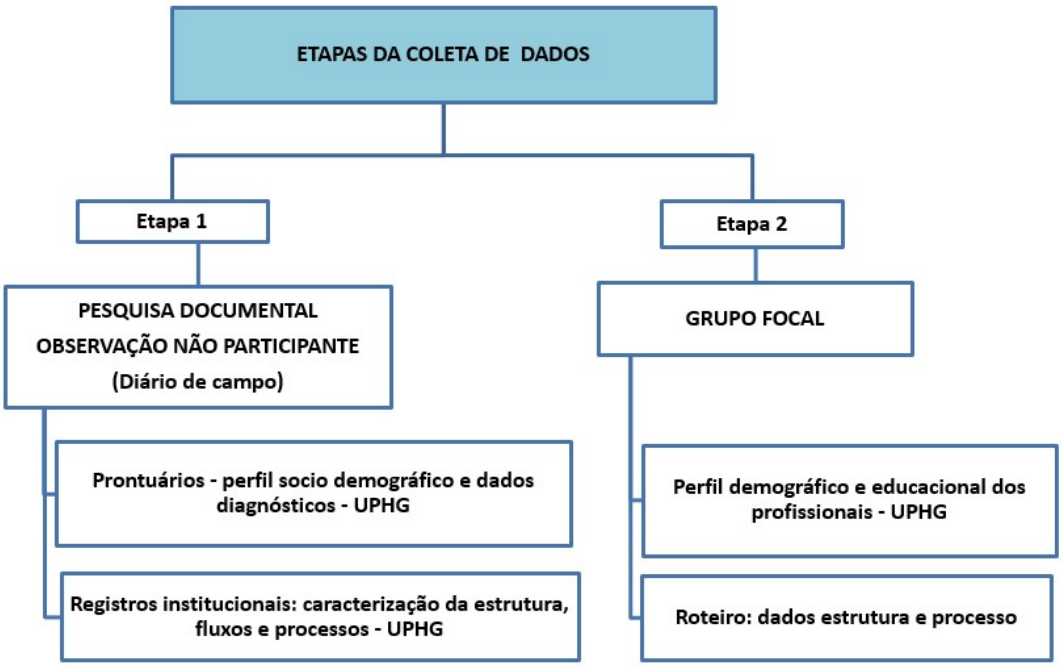
De acordo com Trad (2009), a formação de grupos focais deve ser realizada com um número de participantes que varia de 8 a 10 por grupo, no intuito de possibilitar maior espaço de fala e troca entre os mesmos.

Em geral os grupos são norteados por roteiros com perguntas (KITZINGER, 2009). Neste estudo foram utilizadas como roteiro norteador as seguintes perguntas:

1.Como você avalia a estrutura da UP?; 2. Qual a necessidade em termos de conhecimento que vocês consideram uma prioridade para atuarem na enfermaria?; 3.Que pontos fortes vocês identificam no cuidado prestado na enfermaria? 4.Que pontos vocês consideram que poderiam ser melhorados?

Itens considerados importantes numa avaliação, conforme direcionado pelo modelo de Donabedian (DONABEDIAN, 1969).

Figura 01 - Apresentação esquemática das etapas da coleta de dados



3.5.1 Procedimento

A coleta de dados ocorreu em duas etapas consecutivas:

3.5.1.1 Primeira etapa

O projeto de pesquisa foi apresentado para a equipe gestora – diretor médico, diretora do cuidado em saúde, direção de enfermagem e as supervisoras de enfermagem da UP e, também, para a equipe de enfermagem que atua no UP, com esclarecimentos de objetivos e métodos a serem adotados para obtenção dos dados referentes à estrutura.

Na sequência, foi realizada a análise de dados retrospectivos e de corte transversal compilando informações dos prontuários de pacientes que foram internados no período de janeiro a dezembro de 2017. Para obtenção dos dados do HA referente ao cenário de estudo, abarcando a estrutura física com disposição estrutural, organizacional e dimensionamento do ambiente, recursos existentes (humanos e materiais) foram consultados documentos de habilitação da UP, assim como planta baixa do setor, arquivos fotográficos e anotações do diário de campo.

Como auxílio para descrição da estrutura preconizada para o funcionamento de uma unidade psiquiátrica em hospital geral, utilizou-se da Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 e com base nos Manuais de Normas para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 21 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002b).

A partir dos dados obtidos na pesquisa documental de prontuários e documentos institucionais delineou-se a história institucional, contendo a estrutura física e organizacional, com a apresentação de dados e imagens que permitiram a caracterização do referido hospital, assim como, da UP. Foi possível traçar o perfil sócio demográfico dos internados e das condições diagnósticas e de internação, a partir dos dados coletados como: idade, sexo, cor/etnia, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, profissão, religião, diagnóstico psiquiátrico, tempo de internação, internações anteriores, local de internações anteriores e condições médicas secundárias ao diagnóstico psiquiátrico.

A observação complementou a descrição estrutural e a obtenção de informações adicionais dos pacientes internados, posteriormente utilizados na próxima fase junto aos participantes do grupo focal.

3.5.2 Segunda etapa

Na segunda etapa, houve a realização do grupo focal com os dez participantes (cinco enfermeiros e cinco técnicos). Foram tomadas as medidas necessárias para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes. Os grupos ocorreram em local seguro para possibilitar confiabilidade, a livre expressão de opiniões e críticas, com vistas a atingir os objetivos da pesquisa e o rigor no seu procedimento (BERGOLD; THOMAS, 2012). Após a formalização do convite com a apresentação do projeto de pesquisa, realizados os esclarecimentos cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram realizados dois grupos focais (G1 e G2) em dias diferentes, com duração de aproximadamente três horas, mantendo-se a participação dos mesmos profissionais nos dois momentos.

Iniciou-se o G1, com a apresentação do questionário de autopreenchimento para apreensão das características sócio demográficas e educacionais.

Didaticamente, seguiu-se o roteiro com as perguntas norteadoras da discussão, mantendo a ordem da discussão que perpassou pela estrutura na UP, seguido da síntese dos dados relativos aos pacientes internados atendidos pelos participantes.

O G2 foi realizado como continuidade do contato anterior, com a síntese dos consensos firmados nas discussões do grupo anterior e após reconhecidos e confirmados foi dado seguimento aos apontamentos.

As discussões giraram em torno dos processos existentes enquanto equipe de enfermagem responsável pelo cuidado na unidade de atuação, ocasião em que as duas últimas perguntas norteadoras foram realizadas.

A percepção do processo de cuidado se deu a partir da discussão, em grupo, das ações da equipe de enfermagem que impactam o mesmo, e que subsidiaram a exposição de elementos que refletiam no cuidado de forma negativa e positiva na percepção dos participantes. Dessa forma, os profissionais de enfermagem a partir do conhecimento prévio apresentado pela pesquisadora puderam também, associar a relação entre estrutura e processo de cuidado nos resultados esperados em cada intervenção realizada, inter-relacionando assim, as fontes.

Nos dois momentos foram utilizados um gravador e registros das reuniões que auxiliaram a complementar informações obtidas na fase 1, transcritos com a maior brevidade possível. A utilização de duas fontes de obtenção de dados permitiu atingir maior fidedignidade com relação as evidências de informações sobre estrutura e processos de cuidado, foco deste estudo.

3.6 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA ANÁLISE

O material proveniente dos documentos do hospital e a observação subsidiaram a caracterização da estrutura da UP e dos pacientes internados apresentado através de organograma, fotos, tabelas, dentre outros.

Através de questionários auto aplicados foi possível caracterizar os profissionais de enfermagem participante do estudo apresentado em tabelas com os perfis sócio demográficos e educacional dos profissionais de enfermagem.

Os dados quantitativos do processo, alusivo aos prontuários e da fase dos resultados foram repassados para construção dos bancos de dados sob a forma de planilhas do aplicativo Microsoft Excel, que foram validadas mediante dupla entrada de dados. Para cruzamento desses dados e distribuição em tabelas de frequência foi empregado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social,* versão 21 para *Windows*).

Os apontamentos coletados nos grupos focais proveniente da aproximação com os profissionais da equipe de enfermagem da UPHG foram analisados mediante os conceitos de estrutura e processo de cuidado estabelecidos pelo referencial teórico.

A pesquisa requereu emprego metodológico de recurso que facilitasse a compreensão geral das manifestações dos participantes e as inferências subsequentes, o que foi possível através da utilização do software *Analyse Lexicale par Context d'um Ensemble de Segments de Text* (ALCESTE), pioneira no uso da informática na análise de conteúdo, criado na França na década de 1970 (CAMARGO, 2005; REINERT, 1986).

A análise lexical utilizando o software ALCESTE foi introduzida no Brasil em pesquisas com enfoque no uso das Teorias das Representações Sociais (TRS) na área da saúde. Ele realiza a análise léxica das palavras de um conjunto de textos independente da origem de sua produção: comunicações verbais e/ou escritas e manifestações discursivas (CAMARGO, 2005; SOARES, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; REINERT, 1986).

O software foi desenvolvido para auxiliar na análise quali e quantitativa de grande quantidade de conteúdos textuais densos, carregados de vários sentidos, peculiaridade muito comum nas pesquisas qualitativas em saúde. Possibilita ainda, economia de tempo com tabulação e execução de cálculos necessários no tratamento do conjunto das informações coletadas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O objetivo principal do ALCESTE não é o cálculo do sentido, mas a organização tópica de um discurso ao evidenciar as possibilidades lexicais. Portanto, o vocabulário de um enunciado se refere a um traço, uma referência, ou ainda, uma intenção de sentido da pessoa que o enuncia, ou seja, do sujeito produtor do real significado (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O programa toma como base as leis de distribuição do vocabulário (análises de *cluster*) através de diferentes etapas de segmentação do material discursivo, com vistas a distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre tópico de interesse da pesquisa (FREITAS; LUIS, 2015).

O arquivo deve ser preparado seguindo as regras estipuladas pelo Programa e cabe ao pesquisador ler os textos e preparar o arquivo para ser incluído no mesmo. Nesse arquivo, o pesquisador define as unidades de contexto iniciais (UCI). Essas UCI foram agrupadas num conjunto textual centrado em um tema (os temas do presente estudo foram avaliação da estrutura e avaliação do processo de cuidado das unidades psiquiátricas do hospital geral emitidos segundo a exposição participantes). O UCI constitui um corpus de análise. O corpus

adequado para ser submetido à análise do ALCESTE deve se constituir no conjunto textual centrado em cada um dos temas (CAMARGO, 2005).

A análise léxica inclui a contagem de palavras no texto e avança em direção da identificação e da dimensão do texto como um todo. Tal processo ocorre através da identificação do número total e tipos de palavras considerando a riqueza do vocabulário utilizado na produção de uma resposta ou discurso. Nesse processo, as raízes semânticas são a grupadas e feita à definição e classes considerando a função a palavra no âmbito de um dado texto. Permitindo tanto a quantificação como a inferência sobre a delimitação das classes que são definidas em função da ocorrência, da repetição das palavras e de sua função textual.

O programa recomenda que para ter êxito no trabalho de análise o corpus deve conter aproximadamente 20 páginas. Isso significa a necessidade de 250 respostas curtas, apesar de terem sido descritas análises bem-sucedidas sobre corpus com metade desse tamanho. O material deve ser organizado após um processo cuidadoso de digitação e correção ortográfica e também se recomenda não usar gírias, pronomes, verbos auxiliares, advérbios, numerais, locuções exclamativas, dentre outros (CAMARGO, 2005).

O ALCESTE realiza quatro etapas em sequência na análise dos dados que são automáticas (A, B, C e D) (CAMARGO, 2005; REINERT, 1986). Na primeira etapa (A), ele reconhece o corpus das UCI, faz uma primeira segmentação do texto, e agrupa as ocorrências dos vocábulos em função das raízes através do cálculo de frequência.

Embora seja o pesquisador que define essas UCIs nem sempre é ele quem controla a divisão do corpus em seguimento de texto, ou seja, nas unidades de contexto elementar (UCE). Estas são seguimentos de textos, em geral, do tamanho de três linhas dimensionadas pelo programa de informática em função do tamanho do corpus e em geral, respeitando a pontuação estabelecida pelo pesquisador. Este ainda pode configurar a divisão das UCEs.

A segunda etapa (B) classifica as UCEs através do teste qui-quadrado de associação, porém maiores valores percentuais, necessariamente, não correspondem a um qui-quadrado mais significativo, porque o programa considera um número de ocorrências e semelhanças de cada raiz léxica entrecruzando com as variáveis definidas pelo pesquisador, dependendo do grau de significância, o que é esperado pelo pesquisador e daquilo que é observado pelo procedimento estatístico.

A terceira etapa (C) subdivide-se em três momentos e fornece os resultados mais importantes. Nela o programa apresenta o dendograma, classificação Hierárquica Descendente (CHD) evidenciando as relações hierárquicas entre as classes e são executados cálculos complementares para cada uma das classes, obtidos dos cálculos da etapa anterior, e

os resultados que permitem a descrição de cada uma das classes. Faz um movimento inverso ao procedimento anterior, ao esclarecer a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA).

No último procedimento da etapa C, são produzidos os esquemas figurativos a partir das figurações estatísticas e informacionais, compostos por eixos, um horizontal e outro vertical (X e Y), configurando quatro partes iguais da mesma figura e uma distribuição espacial das variáveis. As partes são apresentadas em quadrante superior direito, superior esquerdo (QSD e QSE), inferior direito e inferior esquerdo (QID e QIE). Nesse espaço se configura o campo das representações. Em cada quadrante da figura, estão presentes as classes geradas pelo ALCESTE.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL GERAL

A estrutura se pauta na abordagem de características estáveis e necessárias ao processo assistencial, estando relacionada aos recursos utilizados nos serviços, no que diz respeito, a estrutura física, aos recursos humanos e materiais, bem como as condições físicas e organizacionais dos serviços. Envolve também, as características demográficas da população atendida, que inclui idade, classe social e tipos de problemas de saúde prevalentes (DONABEDIAN, 1966; 1980; 1992).

O ambiente é colocado como a delimitação do espaço físico, em que a sua diferenciação é realizada conforme a necessidade de identificação espacial. Há nesses espaços características que sinalizam a movimentação de pessoas, a organização de estruturas e dimensões, as condições de iluminação e os recursos materiais (BREWER, et. al., 2016). A instituição hospitalar, dessa forma, faz parte desse ambiente, que com sua organização e características, permite ao trabalhador a liberação das suas potencialidades, evidenciando a influência significativamente da estrutura e do processo organizacional para a melhoria do cuidado prestado, assim como, ampliação da potencialidade (CHIAVENATO, 1992). Dessa forma, o termo ambiente abrange não apenas o meio propriamente dito em que o homem trabalha, mas também os instrumentos, os métodos e a organização deste trabalho (ALEXANDRE, 1998; VERNILO; MOTA, 2018).

Em observância a Portaria Ministerial nº 148 de 31 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2002b), em seu artigo 5º, verifica-se que:

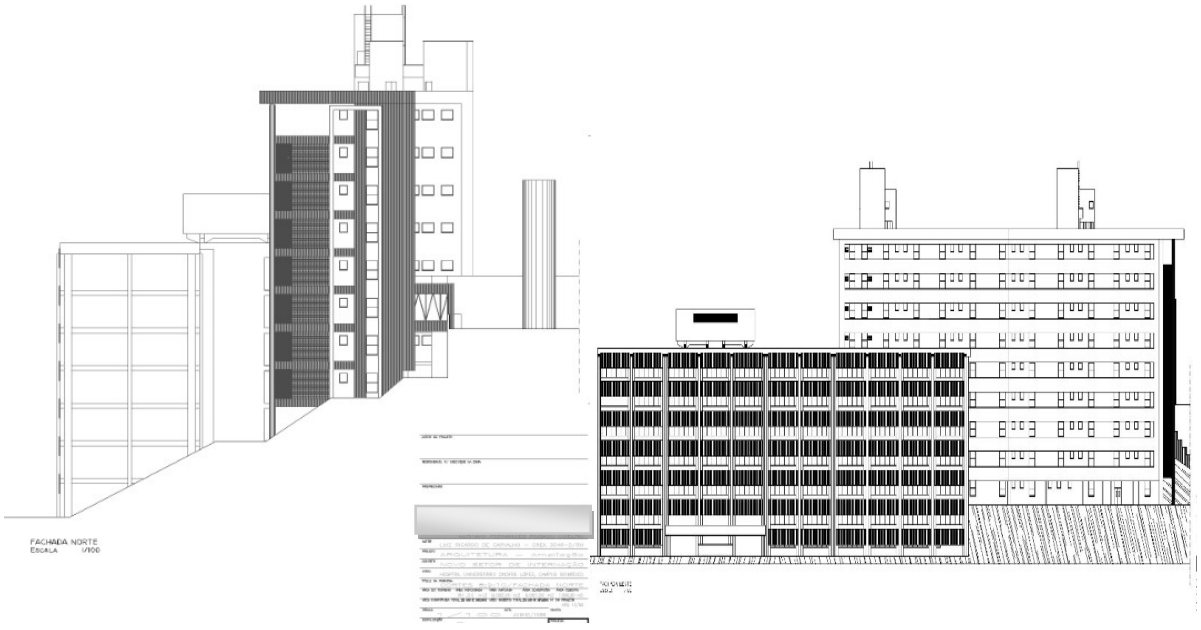
> A estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes requisitos: I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança; II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades; III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em

> vigor, especialmente: a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA (Conselho Nacional de Meio Ambiente).

Assim, uma descrição do HA perpassa pela apresentação histórica e estrutural observadas durante a aproximação *in loco* e também documental. O HA nasce em 1909, passando por diversas modificações até o ano de 1955 quando se torna um hospital escola modificando-se até obtenção dos moldes atuais. Apesar da antiguidade, verificou-se, com as adequações, ampliações e reformas, uma estrutura que mescla espaços antigos e modernos, com instalações novas e conservadas, mantendo, conforme divisão de setores, um padrão estrutural, principalmente no que diz respeito ao setor de internação – Edifício Central de Internação (ECI), cenário do presente estudo.

As figuras 02 e 03 mostram as plantas esquemáticas do HA e do ECI que passa a ser uma extensão da estrutura original, seguindo um padrão estrutural para todas as especialidades médicas existentes no HA, que são psiquiatria, neurologia, neurocirurgia, bucomaxilo facial, pediatria, clínica cirúrgica, clínica médica, oncologia, cardiologia, nefrologia e urologia, com um total de 242 leitos de internação, sendo 19 leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

Figura 02: Plantas esquemáticas - Fachada norte e leste do HA



Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA

Figura 03: Planta esquemática - Andar do ECI e recorte das enfermarias

Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA

A UP encontrava-se instalada no 3º andar do ECI desde o ano de 2011, e posteriormente em 2017, foi transferida para o 2º subsolo, em consideração aos aspectos preconizados pela portaria 148/2012. A estrutura física divide-se em *hall* de entrada contendo dois elevadores, saída de emergência, dois banheiros sociais e uma sala de suporte à nutrição; uma recepção com sala de arquivamento; duas salas de aula; duas salas de conforto para os profissionais; uma copa; uma sala de procedimentos; uma sala de prescrição; um posto de enfermagem; uma sala de convivência, dois banheiros social; uma sala de depósito de materiais; um expurgo; onze enfermarias, sendo uma enfermaria de isolamento (Figuras 04 a 08). Cada enfermaria possui três leitos, um banheiro, um lavabo e seus utensílios de acolhimento e acomodação, como leitos, poltronas para acompanhantes, mesa de suporte para alimentação, armários para guardar objetos pessoais. As enfermarias, feminina e masculina, direcionada aos leitos de psiquiatria encontram-se próximas ao posto de enfermagem como forma de melhor observação e acompanhamento dos casos.

Figura 04: *Hall* de entrada de um andar do ECI e recepção

Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA[4]

Figura 05: Corredor e Sala de aula

Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA

Figura 06: Sala de aula 2 e Conforto profissional

Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA

[4] As imagens correspondem ao modelo padrão do ECI, referente ao 3º andar.

Figura 07: Sala de prescrição e posto de enfermagem

Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA

Figura 08: Enfermaria do ECI

Fonte: Imagens extraídas dos documentos do HA

Conforme normas e características preconizadas para instalação dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde, observou-se a estruturação dos espaços físicos de cada setor anteriormente descrito atendendo os dimensionamentos estabelecidos para instalações hospitalares (BRASIL, 1983; 1995; 2002b), contudo, verifica-se que a organização do mobiliário gera redução da área de circulação de pessoas, principalmente, no que diz respeito à sala de prescrição, espaço de circulação de profissionais, estudantes e professores.

Quanto à ventilação e à iluminação, a UP está localizada no subsolo sendo assim, um local climatizado, que mantém a iluminação artificial, isento da entrada da luz natural. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA aponta uma normatização específica para ambientes hospitalares preconizando a variação da temperatura de 23°C a 26°C, no verão e, 20°C a 22°C, no inverno, com umidade que varia de 40% a 65% e a taxa de renovação mínima de 27 m³/hora/pessoa, que dever manter também um padrão de higienização periódico, mensal dos componentes do sistema de climatização e quinzenal do componente hídrico, usado para umidificação do ar, devido ao risco de crescimento bacteriano, produção

de aerossóis e inalação dos mesmos. Semestralmente padroniza a limpeza do sistema de dutos de ar e de forros falsos (BRASIL, 2000). Embora o setor atenda às recomendações da portaria, os profissionais ressentem-se da ausência de iluminação e areação natural.

Aspectos quantitativos, econômicos ou sociais não podem ser os únicos fatores preditores de uma iluminação de qualidade, pois aspectos fisiológicos e psicológicos sobre o organismo humano devem ser levados em consideração para possibilitar uma relação com conforto, segurança, orientação e territorialidade. Em destaque aos efeitos fisiológicos da luz, em especial, a luz natural, considera-se essencial, realçando a importância da sua utilização. Dessa forma, um ambiente com pouca luminosidade torna-se um espaço sombrio que impacta no estado de humor das pessoas o que influencia diretamente em seu bem-estar. A diminuição da temperatura e a escassez da exposição à luz natural fazem com que as pessoas predispostas experienciem um tipo de depressão, que é acompanhada de alterações como sono e apetite exacerbado, além de comportamento antissocial (VERNILO; MOTA, 2018).

No que diz respeito aos recursos materiais de caráter permanente, há uma padronização quanto à sua disposição em todo o ECI levando em consideração a organização das especialidades. Descrevendo a composição do andar referente à UP se subdivide em: recepção contendo balcão em granito, com armário para reserva de materiais impressos que abastecem o setor, computador, telefone e um sofá para colhimento; as salas de aula que possuem cadeiras, mesas, televisão e armários; os confortos profissional possuindo camas com colchões, mesa, cadeira, armários; copa com pia, geladeira, filtro com galão de água e armário; sala de observação contendo uma maca, com carrinho de suporte, pia, poltrona, pontos de oxigênio e ar comprimido; sala de prescrição com bancada de granito, computadores, impressoras, cadeiras e nichos de prontuários.

O posto de enfermagem se organiza com balcão com gavetas e armário, computador, nichos de prontuários partilhados com a sala de prescrição, carro de emergência, prateleiras para organização de materiais hospitalares, pia com bancada; quadro de anotações, ponto de oxigênio e ar comprimido, telefone; sala de estar, espaço de convivência com sofás, televisão, telefone público, mesa e cadeiras; enfermarias contendo leitos autorreguláveis, mesas, poltronas reclináveis, armário, pontos de oxigênio e ar comprimido, cortinas divisórias, campainhas, lavabo.

No contexto do espaço de circulação, conforme mencionado a disposição dos móveis e utensílios reduz a possibilidade de circulação da equipe, somado a isso os locais por vezes, mostram-se tumultuado em função de ser também um espaço de ensino, fatos que não passam desapercebidos à equipe de enfermagem pois dificultam a execução de seus afazeres.

O planejamento do ambiente de trabalho para melhor harmonização e conforto, deve considerar, para além do espaço físico, a disposição dos mobiliários e sua funcionalidade, no intuito de propiciar um maior bem-estar para quem executa a assistência e para quem a recebe (RAMOS, et. al., 2018).

Para organização dos documentos a HA utiliza o sistema interno informatizado, tendo a tecnologia favorecendo o processo de trabalho da equipe multiprofissional. Os dados dos pacientes internados são registrados em prontuário eletrônico, que possuem dados da admissão à alta hospitalar. Nesses documentos constam: ficha de admissão, prescrição médica e de enfermagem, plano terapêutico singular, evolução da equipe multiprofissional – médica, enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, serviço social e farmacêutica.

O prontuário eletrônico reúne todas as informações produzidas pela equipe de saúde sobre o paciente, que perpassa pela anamnese, exame clínico, prescrições terapêuticas, relatos de enfermagem, tornando um meio de comunicação fundamento para prestação do cuidado em saúde (MESQUITA; DESLANDES, 2010). Além disso, trata-se de um documento legal, no Brasil, sendo amparado pela legislação do Conselho Federal de Medicina - CFM, através da Resolução CFM nº 1.331/89, que dispõe acerca da temporalidade e as Portarias nº 1.638/2002 e 1.639/2002 que normatizam seu uso em sistemas informatizados, assim como, sua guarda e manuseio pelas equipes de saúde (PINTO, 2006).

A partir dos documentos do hospital pode-se identificar que a UP do HA foi implantada com os objetivos de atendimento à crise em saúde mental de forma integrada e interdisciplinar; prioridade aos casos que necessitem de ampla atenção clínica; reinserção do paciente na rede de atenção à saúde mental, com reestruturação de laços familiares e sociais, promovendo autonomia para dar continuidade ao seu tratamento e, também, como forma de criar um espaço apropriado para ensino, extensão e pesquisa, priorizando adequação da assistência para construção e divulgação de conhecimento na área de saúde mental.

Para realização do cuidado, foram propostos como recursos técnicos: evolução clínica: psicofarmacologia, suporte clínico, interconsultas de outras especialidades, exames laboratoriais e de imagem, atendimento à crise (protocolo); grupos operativos com pacientes e familiares; intervenções terapêuticas individuais e em grupo; intervenções terapêuticas com familiares (individual e em grupo); reuniões técnicas para construção e reavaliação sistemática de projetos terapêuticos singulares e coletivos; supervisão clínico-institucional; oficinas terapêuticas; espaços de lazer e cultura, e por fim, matriciamento com a rede (comunicação com equipes de saúde de outras instituições para continuidade e integralidade da assistência ao paciente).

A partir da mesma base documental, verificou-se que com intuito de alcançar os objetivos e realizar as intervenções propostas, o HA organizou uma equipe multiprofissional, responsável pela assistência à saúde mental, inicialmente, com: três psiquiatras, uma enfermeira, uma assistente social, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, juntamente com uma assessoria técnica e um supervisor de equipe. Além de contar, fazem parte do corpo assistencial, os discentes em formação e qualificação profissional, fruto da integração entre os serviços da enfermaria com a academia, como espaço de trocas e aprendizados através de estágios, extensão e trabalhos acadêmicos.

Dentre as ações de formação e integração do hospital escola, a princípio, a UP contou com a residência médica em Psiquiatria, serviço de internato em Psiquiatria, estágios em Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem e, posteriormente, as residências multiprofissionais.

Com base nos documentos institucionais consultados, verifica-se que o acesso aos leitos da UP, se dá através das unidades setoriais, que são: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro (PS), Hospital Especializado, Ambulatório do próprio Hospital Geral que, em contato com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HA, informa-se ainda acerca da disponibilidade de leitos e programação de alta.

Na possibilidade de admissão, é realizado atendimento/entrevista, feita por agendamento com médico psiquiatra assistente e um técnico da equipe multiprofissional do HA. Participam desse momento a pessoa com transtorno mental e seu (s) familiar (es) ou responsável (eis), verificando o perfil, se adequado ao serviço, excluindo critérios que inviabilizem a internação, de forma a evitar a internação inadequada do mesmo na enfermaria. Após esse contato, o documento recomenda a realização do planejamento do Projeto Terapêutico (PT) inicial com condutas clínico-psiquiátricas, além de planejamento de atividades terapêuticas e intervenções familiares (Figura 09).

São consideradas prioridades para admissão de pessoas com transtorno mental, com vistas a atender perfil específico de pessoas com transtorno mental da rede que não encontram assistência adequada às suas necessidades atualmente, fazendo assim, um papel complementar aos demais serviços já existentes. Esse perfil definido, conforme critérios estabelecidos, é divulgado em serviços de urgência e pronto-atendimentos para identificação adequada dos casos.

Ao traçar o perfil das pessoas com transtorno mental elegível aos leitos da UP, são observados alguns critérios, como: possuir comorbidades clínicas significativas - incluindo

situações de risco relacionadas à desintoxicação por uso de álcool ou outras substâncias psicoativas; tentativa de suicídio e outros prejuízos clínicos relacionados a transtornos psiquiátricos em geral; ser idoso, estar exposto a fatores de risco e vulnerabilidade familiar e/ou social e/ou individual; adolescentes em situação de risco: incluindo desintoxicação por uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, depressão grave, primeira crise psicótica, transtorno alimentar grave.

Como fatores que levam à exclusão, registram-se, a presença de crises graves de agitação psicomotora ou agressividade; internações involuntárias apenas em casos de extrema necessidade que deve ser discutida com a direção do HA e em comunicação com Ministério Público, articulado com o setor da assistência social; a falta de disponibilidade da presença de familiar durante 24 horas caso seja necessário, de acordo com avaliação da equipe. Após admitido na UP, a internação é realizada com a participação diuturna dos familiares/responsáveis que acompanham todo processo de cuidado desde à admissão à alta.

De acordo com a documental institucional, a evolução da equipe multiprofissional e as prescrições médicas e de enfermagem devem ser realizadas por meio eletrônico através do sistema informatizado do HA. Foi observado dentro dos procedimentos previstos pelo sistema de informação: evolução médica diária com prescrição, solicitação de exames complementares (laboratoriais e de imagem), solicitação de interconsultas de outras clínicas, solicitação de procedimentos especializados; a evolução da enfermagem, realizada diariamente com condutas e rotina de prática corrente da equipe de enfermagem.

Conforme mencionado nos documentos institucionais o Projeto Terapêutico deve ser iniciado, desde a admissão e utilizado de forma interdisciplinar, contendo a história do paciente, exame físico e psíquico iniciais, dados sobre família e vínculos sociais. Recomenda-se que, diariamente, médicos, enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional, realizem o registro da evolução das atividades em que os internados participem, sua evolução clínica e informações relevantes para reavaliação do plano de trabalho.

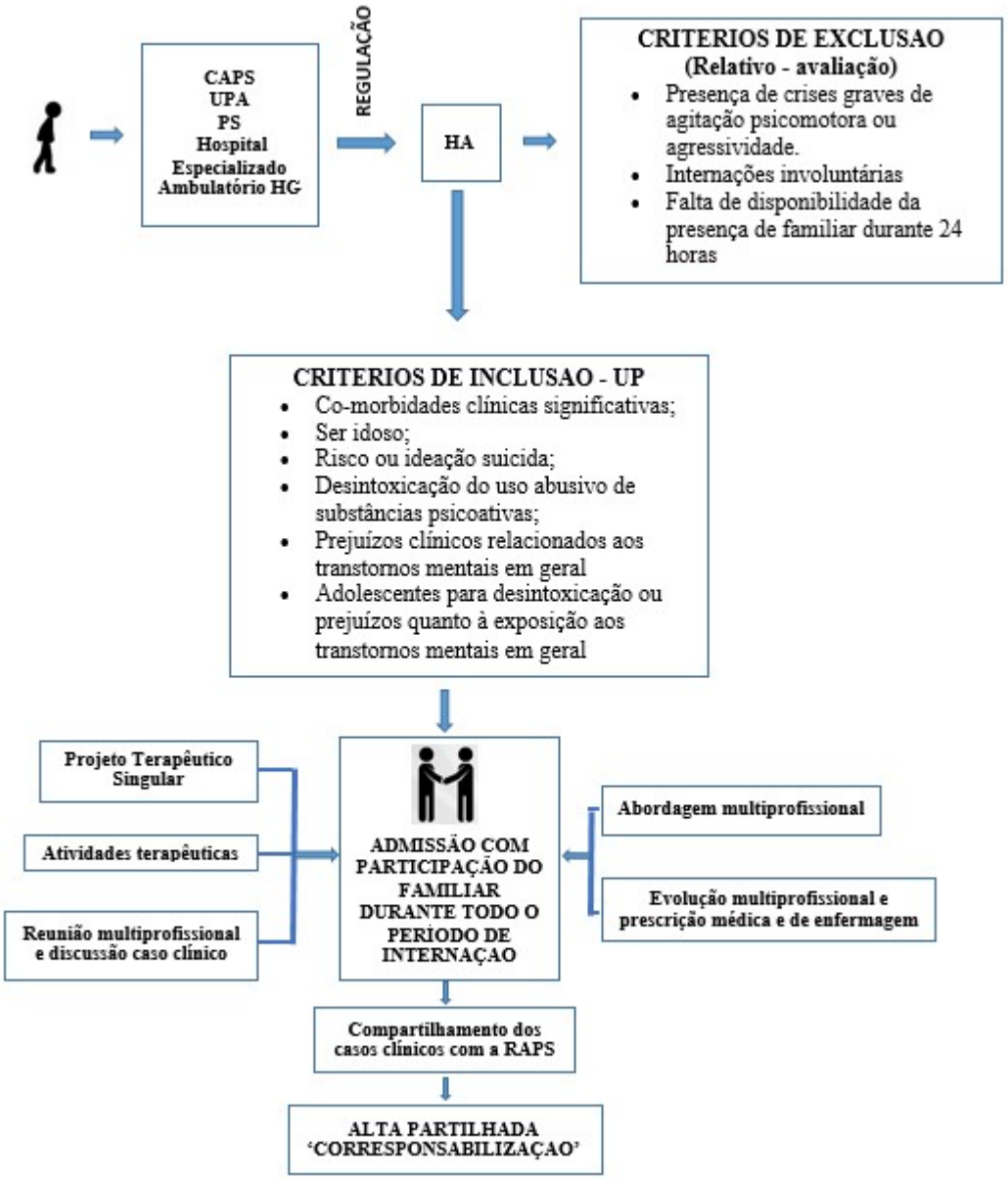
Está prevista a realização semanal em um dia fixo – quartas feiras pela manhã, a reunião entre os profissionais responsáveis pela psiquiatria – médicos e residentes para reavaliação de projetos terapêuticos de cada paciente internado, com a participação dos demais membros da equipe, todavia nem todas as categorias profissionais frequentam assiduamente. De acordo com o perfil dos pacientes internados, o projeto terapêutico singular será construído coletivamente pela equipe ao final do encontro e alterado se necessário no decorrer da internação.

O planejamento de alta se dá de acordo ao PT, baseado na evolução e história de cada paciente e permite avaliar as necessidades futuras de acompanhamento clínico, psíquico e social, a partir da aproximação e comunicação com demais serviços da rede de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas para a continuidade do tratamento de forma que haja integração e continuidade do acompanhamento. Portanto, há um interesse em se acompanhar a inserção do paciente nos demais serviços da rede, na busca de compartilhar responsabilidades. Por ocasião da alta, agenda-se momento em que a equipe junto com o paciente e a família de posse de informações adicionais, orientará sobre o seguimento.

Segundo os documentos consultados há previsão de fornecer capacitação continuada, com vistas a obter maior qualificação profissional para realizar o cuidado em saúde mental na UP, com base em uma agenda de formação com periodicidade e focos diversos, como a supervisão clínico-institucional da equipe, que acontece semanalmente, utilizando-se do espaço de reunião da equipe multiprofissional, sendo realizado por profissional supervisor que trabalha dificuldades institucionais e com essas ações entende promover a capacitação continuada da equipe para lidar com a problemática própria da rotina do serviço; além da oferta de seminários e oficinas técnicas com discussões sobre a dinâmica do serviço e temas específicos do campo teórico-clínico que acontece, em média, duas vezes ao ano.

Contudo, observa-se, em relação a esses espaços de capacitação que se resumem a momentos de discussão que fazem parte do programa de residência médica em psiquiatria e que são disponibilizadas aos participantes da mesma, abertos a outros participantes que se interessem e os possam frequentar. Percebe-se, pois, que a capacitação é ainda uma abordagem centrada na figura do médico para formação desse profissional na especialidade. Não foi observada nesses momentos de capacitação ações que visassem mais o protagonismo da equipe de enfermagem, que fica na posição de expectadora das propostas trazidas pelos e para os profissionais da medicina e psicologia.

Figura 09 - Esquema de apresentação da admissão à alta dos pacientes internados no hospital geral, região nordeste do Brasil, 2018



Fonte: Construção da autora.

A estrutura conforme apontada nos documentos do HA segue uma lógica preconizada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, porém na prática, verifica-se que a regulação está baseada em critérios de escolha do profissional médico, com restrições ao acolhimento de casos provenientes da rede de cuidado público. A utilização desse espaço se caracteriza como um serviço prestado em continuidade do cuidado iniciado na clínica privada. Outra limitação observada refere-se ao cuidado multiprofissional que também se restringe a consulta médica e psicológica.

O projeto terapêutico se encontra limitado ao tratamento farmacológico. Cabe destacar que existe acolhimento familiar posto que este permaneça acompanhando o paciente durante toda à internação, inclusive suporte de estadia e alimentação.

Embora haja reuniões multiprofissionais, em que a equipe de enfermagem é convidada (embora nem sempre apareça), existe espaço para a evolução em prontuário de forma multiprofissional, com apontamentos de profissionais médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, farmacêuticos, nutricionistas, porém não foram observadas anotações referentes às demais categorias profissionais, além do médico, farmacêutico e assistente social, ao passo que a equipe de enfermagem restringe seu acesso à evolução médica e dela mesma.

Como aspecto positivo, deve-se destacar o contato prévio da assistente social com a rede de saúde de referência de cada paciente, antes da alta, realizando reuniões conjuntas, de forma, para discussão e encaminhamento dos casos.

Uma vez feita essa síntese relativa a observação, na sequência serão apresentados outros aspectos apontado pelo modelo de avaliação da qualidade em saúde, necessários para conhecer a realidade do cuidado desenvolvido pelo setor.

4.1.1 Características sócio demográficas dos pacientes internados na UPHG

No processo de caracterização do perfil dos pacientes internados durante o período de um ano, observou-se uma média de idade de 37,4 anos (Desvio Padrão ± 17,7), sendo a idade mínima de 14 anos e a idade máxima de 75 anos. Dos pacientes internados 56% são sexo masculino, 65% são solteiros, 89% professam a religião cristã, 57% concluíram o ensino médio, 67% possuem uma profissão, 72% se auto referiram como sendo de pele parda. Eram originários de diversas cidades do Estado, porém 62% nascidos na região metropolitana. Dentre as formas de ingresso na UP, a regulação interna, realizada pela equipe médica do próprio HA, obteve 86% dos registros, em detrimento à regulação externa. Quanto à frequência de internações do paciente na unidade hospitalar, observou-se que 85% eram casos de primeira internação em UPHG e, em relação ao tempo de permanência na unidade, obteve-se uma média de 22,1 dias (DP 16,8 dias e IC95% 18,3-25,9), com 63% dos pacientes internados por um tempo de permanência classificada como longa, em detrimento de 23% e 12% classificados como média e curta, respectivamente (Tabela 01).

Em relação ao tempo de permanência, foi realizado classificação conforme as normas estabelecidas na Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, que faz à divisão periódica – curta

de 0 a 7 dias, média de 8 a 15 dias e longa acima de 15 dias - como base de cálculo ligado ao custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no Hospital Geral (BRASIL, 2012).

Tabela 01 - Características sociodemográficas e de internação dos pacientes do hospital geral, região nordeste do Brasil, 2018

Variáveis sócio demográficas	**N**		**n**	**%**
Faixa etária	79	< 40 anos	49	62
		≥ 40 anos	30	38
Sexo	79	Masculino	44	56
		Feminino	35	44
Estado civil	79	Solteiro	51	65
		Casado/União estável	20	25
		Outros	8	10
Religião	62	Cristã	55	89
		Outras	7	11
Escolaridade	67	≥ Ensino Médio	38	57
		≤ Ensino Fundamental	29	43
Profissão	73	Possui	49	67
		Não possui	24	33
Raça-cor	79	Parda	57	72
		Branca	22	28
Região	79	Metropolitana	49	62
		Outras	30	38
Regulação	79	Interna	68	86
		Externa	11	14
Frequência de internações*	79	Primeira	67	85
		Segunda ou +	12	15
Tempo de permanência	79	Longa	50	63
		Média	18	23
		Curta	11	14

No que diz respeito a faixa etária, estudos corroboraram com a pesquisa atual. Um deles realizado no período de cinco anos, em serviços de saúde mental do interior do Rio Grande do Sul avaliou 1.389 pessoas internadas, com a faixa etária entre 20 e 39 anos, com maior incidência (MIRANDA, et. al., 2008). Também internacionalmente, em dois hospitais escolas de outros países, um envolvendo 438 pacientes internados no Hospital Helen Joseph, na África do Sul, província Gauteng (VAN RENSBURG, 2007) e outro, com uma amostra de 489 pacientes, no Centro Psiquiátrico, na Índia em Jaipur (SHARMA, et. al., 2017), apontaram entre pessoas com transtornos mentais em processo de cuidados, o predomínio de jovens e adultos jovens, entre 20 a 49 anos.

Esses dados sugerem que esta fase se caracterizou como um momento de impacto para a realização das etapas relevantes do desenvolvimento das pessoas, no que diz respeito: a

formação profissional, atividades laborais, sedimentação da família, a partir da criação dos filhos, e tudo isso, ao ser afetado por um transtorno mental, influencia negativamente, devido a cronicidade do adoecimento (BONADIMAN, et. al., 2017; KAPLAN; SADOCK, 2016; MIRANDA, et. al., 2008).

Em dados de estudos nacionais conduzidos em UPHG nas cidades de Fortaleza (Ceará) e Ribeiro Preto (São Paulo) observou-se também, uma média de idade de 37 anos entre os internados, similar ao presente estudo (OLIVEIRA, *et. al.,* 2011; OLIVEIRA; LAUS, 2011). Resultado este preocupante por se tratar de pessoas que se afastaram do contexto de vida, trabalho e desenvolvimento devido ao impacto da doença.

A exemplo do que se observou no estudo atual, verificou-se em outros realizados no Brasil a predominância do sexo masculino, com percentuais que variam de 52% a 65%, em estudos realizados em UPHG em Campinas/SP (SOEIRO, et. al., 2008) e Guarapuava/PR (SILVA, et. al., 2015), respectivamente.

Quanto ao estado civil das pessoas internadas estudo realizado em UPHG de Ribeirão Preto/SP, apontou a predominância (57%) da população solteira (HALLAK, et. al., 2003). Nesse mesmo tópico pesquisa desenvolvida em Sobral/CE no serviço de emergências psiquiátricas do hospital geral, mostrou que 75% das pessoas que precisaram do serviço eram solteiras (SOUZA, et. al. 2010).

No que diz respeito ao fator religião, o estudo realizado em Campinas/SP, com 253 pacientes internados (SOEIRO, et. al., 2008) corroborou com o atual já que 86% dos participantes se declararam cristãos.

A religiosidade tem sido apresentada na saúde mental como um suporte tanto para as pessoas com transtorno mental como para os seus familiares, que ao procurar algum tipo de cuidado fora dos serviços de saúde, estão à procura de algum tipo de acolhimento que não foi possível alcançar com a ciência (MURAKAMI; CAMPOS, 2012). Outrossim, o ato de buscar aproximação com as igrejas e formas de espiritualidade, são ações com o intuito de aliviar os sofrimentos existentes. Contudo, há de se ter cuidado com a questão religiosidade e doença mental, pois embora em menor número, há evidências empíricas que associam envolvimento religioso com aspectos negativos das condições da saúde física e mental (DALGALARRONDO, 2008).

Com relação à procedência, dados obtidos em um estudo realizado em Fortaleza/CE reforçaram os achados do presente estudo ao apontar que 82% dos internados na UP foram provenientes das regiões centrais e metropolitanas (OLIVEIRA, et. al., 2011). Contudo, observou-se dados divergentes em estudo realizado no início dos anos dois mil em

Campinas/SP ao apontar que apenas 27% das pessoas internadas em UP residiam na região metropolitana (DALGALARRONDO, et. al., 2003).

No que diz respeito a frequência de internações, 85% dos pacientes internados encontravam-se em sua primeira internação, em contrapartida, estudo realizado em Porto Alegre/RS, com 96 participantes, apontou 36,5% dos pacientes que se encontravam em sua primeira internação (ZANARDO, et. al., 2017).

O grande número de primeiras internações pode ser interpretado com base na organização dos serviços de saúde de cada região para atender às demandas de saúde mental, sendo resultado de fragilidades na detecção precoce dos casos psiquiátricos nos serviços de atenção primária à saúde, que emergem a partir da inexistência de uma efetiva rede de cuidado especializada em saúde mental, tornando assim, o hospital a porta de entrada para o cuidado em psiquiatria.

Ao ser analisado o tempo de permanência das pessoas com transtorno mental internadas em UPHG, estudo nacional apresentou uma taxa de permanência longa, como o realizado na UPHG de Ribeirão Preto/SP, com tempo médio de internação de 33,5 dias (MACHADO, et. al., 2011). Assim como em estudos internacionais; em Nova Hampshire, nos Estados Unidos, pesquisa identificou um tempo médio de internação de 23 dias (LIEBERMAN, et. al., 1993), em Ontário, Canadá, estudo em 57 hospitais gerais, verificou uma média de 20,3 dias de internação (CHEN, et. al., 2017). Todavia outro estudo em Jaipur, na Índia (SHARMA, et. al., 2017) mostrou uma maior concentração (54%), em taxas de média permanência, em torno de 13 dias de internação. Com base nessas informações, percebeu-se que os dias de internação do presente estudo, média de 22,1 foi similar à observada nas pesquisas encontradas.

É preciso olhar com cuidado a questão do tempo de permanência do paciente nas unidades de hospital geral, dado os objetivos diversos dessas unidades ao redor do mundo. Em geral tais unidades propõem-se a reabilitar o paciente, recuperar e ampliar a sua autonomia, praticar o ensino e pesquisa em saúde mental, educar a família para que ela aprenda os cuidados e a conviver com essa pessoa enferma ou um misto de tudo isso. Deve-se destacar que no Brasil a origem das UP ocorreu em Hospitais escola.

De modo geral, pesquisas sobre internação psiquiátrica em hospital geral realizadas em algumas regiões do Brasil e internacionalmente, assemelharam-se quanto ao perfil sócio demográfico das pessoas com transtorno mental internadas no UPHG deste estudo.

4.1.2 Caracterização diagnóstica das pessoas com transtorno mental internadas no UPHG

4.1.2.1 Diagnóstico de base

Estudos apontaram que os transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas atingem em média, 26,1% da população adulta em 17 países no mundo (KESSLER, et. al., 2009). A prevalência dos transtornos diagnósticos dos pacientes internados na UPHG no ano em estudo foi organizada utilizando os grupos diagnósticos existentes na Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição (CID 10) da Organização Mundial de Saúde, baseados no motivo da internação de cada paciente. Dos pacientes internados, verificou-se que a 54% teve seu diagnóstico associado à categoria dos Transtornos de humor, seguidos de 18% pelos Transtornos psicóticos: Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes e de 11% pelos Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Tiveram também 6,3% associado aos Transtornos mentais orgânicos incluindo sintomáticos; 3,8% pelos Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes e, com igual distribuição de 1,3%, para as Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores de risco, os Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos e a Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, este associado à vaga de internação da psiquiatria, por se tratar de paciente psiquiátrico em unidade clínica que necessitou de avaliação psiquiátrica (Tabela 02).

Tabela 02 - Prevalência das características do quadro clínico dos pacientes internados no hospital geral, região nordeste do Brasil, 2018

Categoria diagnóstica	**N**	**%**
Transtornos do humor (afetivos)	43	54
Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes	14	18
Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas	9	11
Transtornos mentais orgânicos incluindo sintomáticos	5	6,3
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes	3	3,8
Lesões autoprovocadas intencionalmente	2	2,5
Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos	1	1,3
Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos	1	1,3
Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	1,3
Total	**79**	**100**

Em uma correlação do presente estudo com estudos prévios, observou-se que alguns achados apontaram nas internações em UPHG a predominância de hipóteses diagnósticas relacionadas aos Transtornos do humor, esquizofrenia e uso de álcool e outras drogas (PEREIRA, et. al., 2012; SILVA, et. al., 2015; BONADIMAN, et. al., 2017) como evidenciado em um estudo descritivo da carga de doença dos TM no Brasil e suas Unidades Federativas, como também o estudo estatístico-descritivo realizado no Rio Grande do Sul/RS ao apresentarem, dentre as internações de adultos nos serviços de saúde mental, a presença de Transtorno do humor como hipótese diagnóstica de maior prevalência (BONADIMAN, et. al., 2017; MIRANDA, et. al., 2008).

Somados a estes achados, foram encontradas outras pesquisas, desenvolvidas em Porto Alegre/RS, com 58,4% das internações relacionadas aos transtornos de humor (ZANARDO, et. al., 2017) e em Campinas/SP, com o 30% das internações (DALGALARRONDO, et. al., 2003) nesse diagnóstico. Também internacionalmente em Japur/ Índia, 41,3% (SHARMA, et. al., 2017).

No Brasil, estudo sobre a avaliação do padrão das internações psiquiátricas no Rio Grande do Sul, os achados apontaram uma tendência significativa, ao longo dos anos, do aumento da proporção de internações por transtornos de humor e diminuição dos quadros por esquizofrenia e outras psicoses, seguidas de estabilidade na proporção de internações por transtornos por uso de álcool e outras drogas (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Estudo mais recente (LARA; VOLPI, 2019) ao avaliar o perfil das internações psiquiátricas no período 2001-2013, no Estado de Minas Gerais (no conjunto de serviços de saúde hospitalares psiquiátricos conveniados com o SUS), mostrou uma elevação nos diagnósticos associados ao abuso de substâncias psicoativas (33,6%) e nos transtornos do humor (15,5%).

Portanto, ambos estudos concordaram com o presente em relação aos diagnósticos apresentados pelos internos na HA.

4.1.2.2 Diagnóstico – motivo da admissão na UPHG

Quanto aos motivos que levaram à internação na UP do HA, ao analisar documentos institucionais, no ano de 2017, observou-se que 39% destes estavam relacionadas ao tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio, seguidos por 28% ao tratamento clínico e do transtorno mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas e por 25% ao tratamento clínico para conter comportamentos desorganizados e/ou disruptivos.

As demais causas relacionadas a tratamentos específicos de intervenções clínicas apresentaram um achado de 2,5% para fatores odontológicos, 1,3% para desintoxicação, 1,3% para urgência clínica médica, 1,3% para a urgência pediátrica e de 1,3% para a intervenção cirúrgica de fístula, findando os motivos das hospitalizações do período de estudo (Tabela 03).

Tabela 03 - Prevalência das hospitalizações conforme motivos da admissão dos pacientes internados no hospital geral, região nordeste do Brasil, 2018

Categoria da hospitalização	**N**	**%**
Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio	31	39
Tratamento clínico decorrente do uso de álcool e outras drogas para avaliação diagnostica, adequação terapêutica e tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	22	28
Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo	20	25
Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais	2	2,5
Tratamento de intoxicação ou envenenamento por exposição a medicamento e substancias de uso não medicinal	1	1,3
Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica	1	1,3
Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica pediátrica	1	1,3
Tratamento cirúrgico de fistula oro-sinusal/oro-nasal	1	1,3
Total	**79**	**100**

Quanto ao diagnóstico na admissão dos pacientes, coadunou com os dados deste estudo a pesquisa realizada na rede de atenção psicossocial de Porta Alegre/RS, o qual apontou 47,9% das internações estavam relacionadas ao risco ou tentativa de suicídio (ZANARDO, et. al., 2017). Contudo, outros estudos trouxeram o uso de álcool e outras drogas, como um dos achados de maior prevalência no que se refere aos motivos das internações em UPHG (SILVIA, et. al., 2014; DALGALARRONDO, et. al., 2003), ao apontar a presença dos dois motivos nas internações do atual estudo, como fatores de maior prevalência em UP.

Também há concordância com as afirmações de autores, que apontaram as UPHG como serviços de escolha para retaguarda do cuidado aos casos de tentativa de suicídio, síndrome de abstinência alcóolica, estados confusionais agudos, além de pacientes psiquiátricos acometidos com doenças clínicas e cirúrgicas, sendo estas demandas direcionadas para o cuidado de forma semi-intensiva ou intensiva em HG (BARROS, *et. al.*, 2010; SUOMINEN, K.; LÖNNQVIST, 2006).

4.1.3 Caracterização sócio demográfica e educacional dos profissionais de enfermagem do HA

No que diz respeito ao perfil dos dez profissionais de enfermagem que atuam na UP do HA, participantes do estudo (Tabela 04) se verificou uma média de idade entre os profissionais de 34,1 anos (Desvio Padrão ± 7,4), sendo a idade mínima de 27 anos e a idade máxima de 52 anos, com a maioria sendo do sexo feminino (80%). Quando aos dados referentes à formação profissional obteve-se número igual quanto à categoria profissional de enfermagem em nível superior (50%) e nível médio (50%), com a maioria com tempo de formação maior ou igual a 10 anos (60%), com mais de 3 anos de atuação na UP (80%), mantendo um regime de trabalho menor ou igual a 36h (60%), com apenas um vínculo profissional (60%).

No quesito qualificação profissional, além da formação de base observou-se que a realização de especialização *Lato Sensu* ou curso acima de 360h abrangeu a maioria dos profissionais (80%), sendo que alguns realizaram mais de uma especialização ou curso (N=13), com maior concentração para área hospitalar não especializada em psiquiatria (46%). Na realização de especialização *Stricto Sensu* houve minoria (20%), e estes se concentraram na área de saúde coletiva (100%). Quanto à experiência em saúde mental, a maioria (70%) relatou experiência com a saúde mental, destes houve referência ao contato no período de estágio na formação profissional (71%) e outros em atuação nos serviços de saúde mental (29%), em detrimento da minoria (30%) que nunca teve contato com a saúde mental antes de atuar na UP. Portanto, a formação especializada dos profissionais, prioritariamente, refere-se ao tempo de graduação e a experiência em atuação profissional.

Em relação a participação em evento com a temática saúde mental, poucos profissionais (30%) referiram ter participado alguma vez na vida, porém a maioria (80%) reforçou a busca de informação sobre saúde mental com a própria equipe de enfermagem e ao compartilhar informações com profissionais de outras categorias (60%) ou com outras instituições que lidavam também com saúde mental.

Tabela 04 - Caracterização demográfica e educacional dos profissionais de enfermagem do Hospital Geral, região nordeste do Brasil, 2018

Variáveis		**n**	**%**
Faixa etária	≥ 30anos	6	60
	< 30 anos	4	40
Sexo	Feminino	8	80
	Masculino	2	20
Categoria profissional - Enfermagem	Nível Superior	5	50
.	Nível Médio	5	50
Tempo de formação	≥ 10 anos	6	60
	< 10 anos	4	40
Tempo desenvolve atividade UP	≥ 3 anos	8	80
	< 3 anos	2	20
Regime de trabalho	≤ 36h	6	60
	>36h	4	40
Outros vínculos	Sim	4	40
	Não	6	60
Formação nível especialização lato/ Cursos carga horário acima de 360h sensu	Sim	8	80
	Não	2	20
Especialização lato sensu/ Cursos carga horário acima de 360h (N=13)	Área hospitalar não especializada em psiquiatria	6	46
	Área Saúde Coletiva	4	31
	Outras	3	23
Formação nível especialização Stricto sensu	Sim	2	20
	Não	8	80
Especialização Stricto sensu	Área Saúde Coletiva	2	100
	Área Hospitalar	-	-
	Outros	-	-
Experiência em prévia em Saúde mental	Sim	7	70
	Não	3	30
Tipo de experiência	Formação	5	71
	Atuação Profissional	2	29
Participação em eventos de Saúde mental	Sim	3	30
	Não	7	70
Troca de informação de Saúde mental - Enfermeiros	Sim	8	80
	Não	2	20
Troca de informação de Saúde mental – outras categorias	Sim	6	60
	Não	4	40
Troca de informação de Saúde mental – outras instituições	Sim	6	60
	Não	4	40

Ao avaliar o perfil dos profissionais de enfermagem, verificou-se que é uma profissão que tem uma força de trabalho jovem, com 45% da faixa etária concentrou entre 25 a 35 anos, predominantemente, do sexo feminino, 85%, com tempo de formação acima de 10 anos,

mantendo assim, a tradição e cultura da feminilização da saúde, apesar de existir um crescimento de profissionais do sexo masculino, mais presentes na região norte do país (PERSEGONA, et. al., 2016; VARGAS, et. al., 2017).

Estudos apontaram que é comum a realidade do multiemprego entre os enfermeiros, com uma maior exposição a horas em jornadas múltiplas de trabalho, com impactos diretos na sua saúde (MEDEIROS; ROCHA, 2004; PERSEGONA, et. al., 2016). Esses achados diferiram dos dados encontrados nesse estudo, ao ser identificado que 60% dos profissionais, realizam uma carga horária $\leq$ 36 horas semanais, além de possuírem apenas um vínculo. Pode se inferir que esse padrão identificado reflita em benefícios na organização da vida desses profissionais, pois a redução na carga horária, consequentemente, redução na carga de trabalho, e diminuição dos vínculos empregatícios, melhora a qualidade de vida da categoria profissional (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008).

Quanto à formação dos profissionais de enfermagem, a partir de dados que apresentaram o perfil da enfermagem no Brasil, verificou-se que a grande parte dos profissionais, principalmente no que diz respeito aos técnicos de enfermagem, já concluiu ou está concluindo o nível superior, sendo destes 63,7% na área de enfermagem, impulsionados pela expansão do acesso à educação superior (MACHADO, et. al., 2016) ou buscaram qualificação por exigência de escolaridade superior para atuar nos seus respectivos postos de trabalho, (PERSEGONA, et. al., 2016) e melhorar o aporte financeiro, razões também apontadas pelos técnicos participantes deste estudo.

Corroborando com o presente estudo, a maioria dos enfermeiros possuía pós-graduação em áreas de conhecimentos da enfermagem, principalmente no que diz respeito à qualificação em especialidades hospitalares, que não relacionadas à enfermagem psiquiátrica. Esse resultado chamou atenção principalmente pelo fato de que no currículo do enfermeiro, durante a graduação, a escassez de conhecimentos em psiquiatria, quando comparado às outras áreas médicas e quando ocorria se dava no período de estágios curriculares (MAGNAGO; TAVARES, 2011). Era de se esperar que os profissionais de enfermagem atuantes na UP estivessem buscando uma formação específica em saúde mental para desempenhar o seu trabalho com maior qualidade.

No que se refere a não realização de pós-graduação na área de enfermagem psiquiátrica ou saúde mental, mesmo atuando nos serviços que atendem pessoas com transtorno mental pode estar relacionada, ainda, ao estigma e preconceito em relação a esse público, e talvez, pela dificuldade de se encontrar cursos de especialização em enfermagem psiquiátrica em algumas regiões do Brasil (SCOCHI, et. al., 2013). E, talvez, houvesse um

desinteresse pela área, numa perspectiva de ver esse trabalho que desempenham na atualidade como algo transitório.

É importante que a instituição de saúde, promova e incentive à participação em cursos e ações de formação específica, pois a motivação profissional e qualificação para atuação em saúde mental estão atreladas (SILVA, et. al., 2006). A falta de preparo, ainda durante a formação, assim como, a pouca importância dos gestores das instituições em capacitar e aperfeiçoar os saberes e práticas de seus profissionais nesta área reforçou o descompromisso destes na qualificação profissional para o cuidado (SOUZA; AFONSO, 2015).

A ausência de participações em eventos que envolviam a temática de saúde mental, mesmo por profissionais que atuaram diretamente com pessoas com transtorno mental, foi recorrente (SOUZA, et. al., 2000). No entanto, são momentos de trocas de experiências profissionais importantes.

Nesse interim, verificou-se que, mediante as dúvidas cotidianas, as buscas pelo aprendizado foram diversas e compartilhadas (VIGOTSKY, 2007). O processo de compartilhar informações dentro das unidades é algo recente na prática de psiquiatria, mas que tem sido bastante utilizado como estratégia de cuidado e apoio mútuo entre os próprios profissionais de enfermagem e também, com outras categorias profissionais, o que viabiliza uma melhor assistência (SOUZA, et. al., 2000).

Estudo realizado na UPHG do Rio Grande do Sul (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011) corroboraram com os dados da presente pesquisa ao apontarem o desafio da interdisciplinaridade que exige do profissional a criação de espaços de interlocução e espaços de troca e formas de repensar suas ações, em que se observa a participação e disponibilidade da equipe de enfermagem em atuar e compartilhar intervenções de forma multidisciplinar.

A saúde mental precisa reconstruir o seu modelo assistencial, e isso inclui as ações de enfermagem, o que torna relevante a busca de informações e o estabelecimento do diálogo entre os profissionais de enfermagem, entre os pares e também com as outras categorias, com vistas a realização do trabalho em equipe, dado que a inter-relação efetiva, a troca de experiências e conhecimentos favorece a assistência humanizada em saúde mental (CARRARA, et. al., 2015).

Contudo, essa reconstrução não é prerrogativa apenas do enfermeiro, mas de toda a equipe multiprofissional que se perceba como um agente importante no processo de cuidado do paciente e veja o outro nessa mesma condição, incluindo o paciente e família como parte do conjunto que vai propiciar a recuperação ou reabilitação desse indivíduo.

4.2 ANÁLISE LEXICAL DO CORPUS DA PESQUISA PELO SOFTWARE ALCESTE[5]

Neste item serão apresentadas as configurações utilizadas pelo software ALCESTE na análise do corpus da pesquisa.

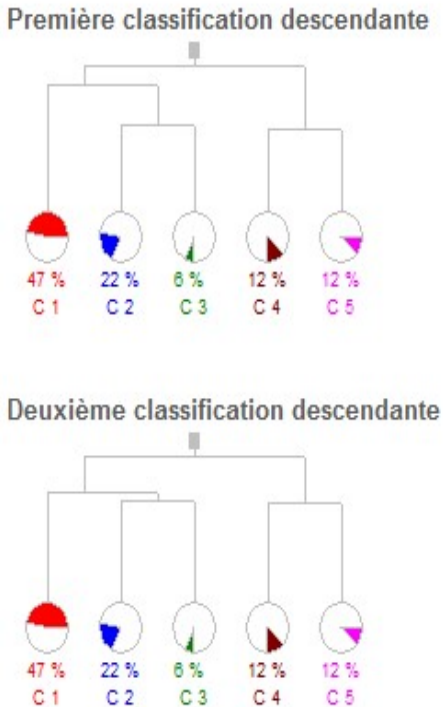
4.2.1 Configuração utilizada

Conforme descrito na metodologia, o software ALCESTE realizou a análise do corpus segundo as etapas A, B, C e D. Depois de analisar o vocabulário, o programa computacional procedeu à divisão do texto e à classificação. Foram utilizados parâmetros da configuração padrão, que efetuou os cálculos de acordo com o tamanho do corpus. Nessa configuração foram usadas duas classificações sucessivas descendente, no sentido vertical, nas Unidades de Contexto Iniciais pela variação do comprimento de cada unidade de texto analisada, e, no sentido horizontal, para que pudessem assegurar a estabilidade final das classes e eliminar quaisquer mudanças devido ao corte do corpus.

Na análise padrão, o *software* fez a predefinição de duas classificações sucessivas, para que houvesse a retenção de classe mais estáveis (Figura 10). A dupla classificação se torna necessária quando o corpus é grande. O *software* ALCESTE fez a análise de todas as palavras com frequência mínima igual a quatro, presentes nas Unidades de Contexto Elementar.

[5] O modelo de apresentação dos dados segue uma sequência de apresentação conforme apontado em SILVA (2017).

Figura 10 - Primeira e segunda classificação descendente do *corpus* da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

As classes foram compostas de UCE, 249 classificadas de acordo com a sua associação khi^2 ou Phi, com as respectivas classes. A Figura 10 exemplificou a primeira e segunda classificação descendentes do corpus mostrando que houve estabilidade das classes resultantes.

4.2.2 Tratamento dos dados pelo software ALCESTE

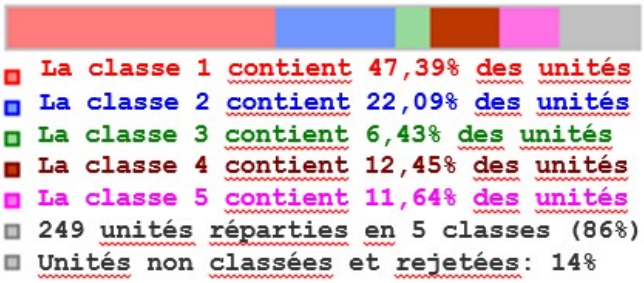
No decorrer da etapa preliminar da análise, o software ALCESTE, com o dicionário das formas do *corpus* estabelecido, conduziu a redução das palavras para formar um dicionário de formas reduzidas que foram classificadas conforme o efeito no *corpus.*

Nesse entendimento, a organização dos dados provenientes dos dois grupos focais, iniciou com a transcrição das falas provenientes dos dois grupos focais e a elaboração de um texto único, contendo 149 unidades de contexto inicial (UCI) com um total de 7649 formas contidas no *corpus*. Foram consideradas na análise, após redução, 246 palavras no texto. Sendo encontradas 1798 palavras diferentes com frequência média de uma palavra no valor de 4 e o número de palavras com frequência igual a 1 (hapax1) foi de 1105. A frequência

máxima de uma palavra foi 314. A estatística apresentada pelo *Software* apontou uma divisão no *corpus* de 292 unidades de contexto elementares (UCE), que se constituiu na menor unidade de análise composta por três ou quatro linhas de texto. A UCE respondeu à ideia de frase dimensionada em função do comprimento (avaliada em número de palavras analisadas), e da pontuação (na ordem de prioridade).

O programa identificou uma riqueza de vocabulário de 96,83%, indicando que existia homogeneidade na composição do vocabulário. Ao final, foram classificadas 249 UCE, com aproveitamento de 86% do *corpus*. A média de palavras por UCE de 10, número de pares de palavras 5059. As 249 UCE foram agrupadas em cinco classes lexicais (Figura 11), contendo o essencial presente no *corpus* analisado.

Figura 11 - Classes lexicais da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



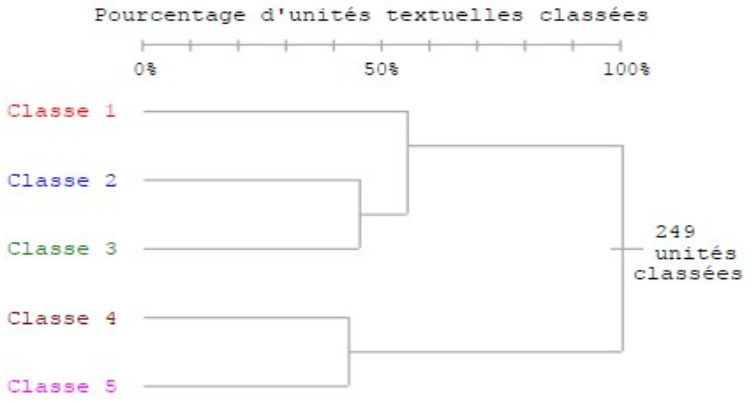
Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

4.2.3 Classificação do *corpus* da pesquisa

Como apresentado na Figura 11, 86% das unidades textuais do corpus foram classificadas (índice de relevância ou pertinência) e as 14% restantes foram rejeitadas para a análise por não possuírem homogeneidade suficiente para a formação de uma classe. As UCEs classificadas foram divididas pelo *software* em cinco classes.

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o programa ALCESTE fez o agrupamento de palavras ou radicais para a formação das classes. Cada classe foi numerada e colorida seguindo a ordem de aparecimento na classificação, sendo geradas de forma automática pelo software, conforme observado na Figura 12.

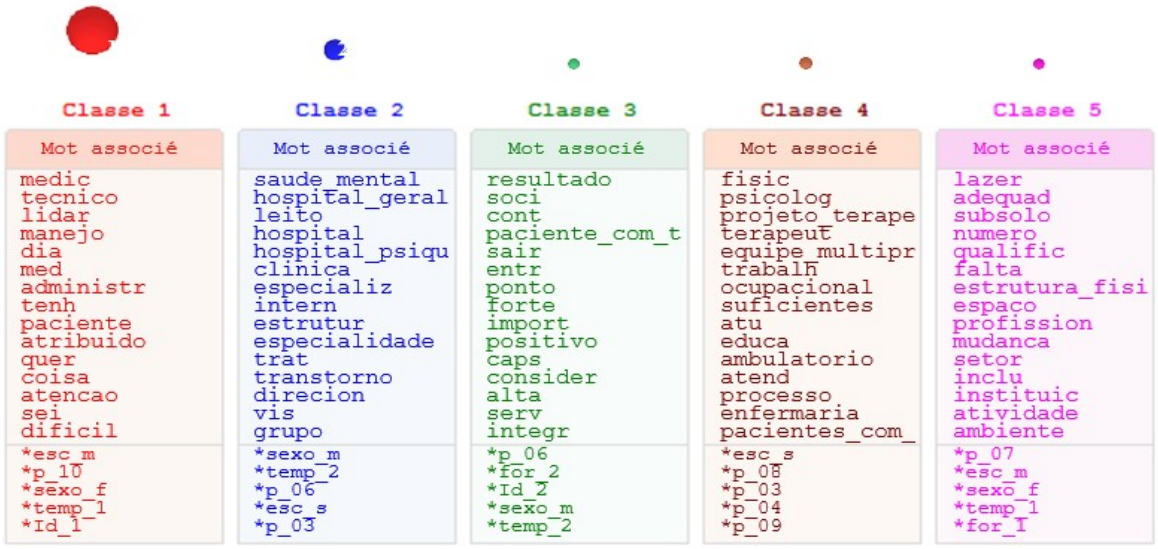
Figura 12 - Dendograma de Classificação Descendente da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

Observou-se que a classe 1 foi a mais específica, foi a primeira a ser destacada na árvore de classificação, seu vocabulário foi o mais homogêneo, representou 47,39% das unidades de texto. Seguida assim pela classe 2, que representou 22,09% das unidades de texto classificadas. A classe 3, representou 6,43% das unidades textuais classificadas, depois a classe 4, que representou 12,45% das unidades textuais classificadas, por fim, a classe 5, que representou 11,64% das unidades de texto classificadas. A leitura detalhada deste relatório destacou as diretrizes do corpus analisado (Figura 13).

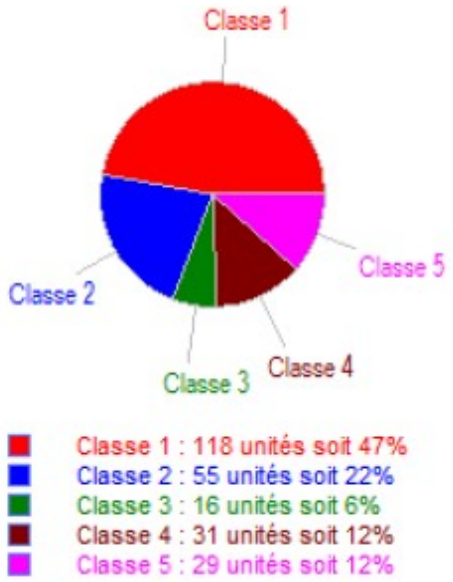
Figura 13 - Classificação Hierárquica Descendente do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

Na repartição das unidades a classe 1 foi composta por 118 UCE, ou 47% do total incluído na análise; a classe 2 foi representada por 55 UCE, ou 22%; a classe 3 conteve 16 UCE, o que representou 6%; a classe 4, com 31 UCE, equivalendo 12%; e a classe 5, foram agrupadas 29 UCE, que equivaleram a 12% do total, conforme pode ser observado na Figura 14.

Figura 14 - Distribuição das Unidades de Contexto Elementar do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018

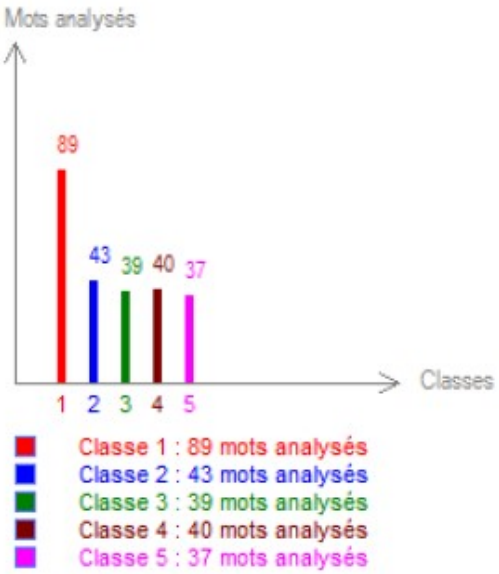


Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

Observou-se na Figura 15 as palavras foram analisadas de forma plena, ou seja, que possuíam um sentido em si (substantivos; verbos, com exceção dos verbos auxiliares ser, ter; adjetivos e advérbios), sendo assim, agrupadas em classes distintas. Os artigos, preposições, conjunções, pronomes e os verbos auxiliares e modais foram considerados pelo *software* ALCESTE, como palavras ferramentas não sendo levadas em consideração na divisão das classes.

Dessa forma, para composição, a classe 1 teve um maior número de palavras diferentes analisadas 89; a classe 2 contou com a análise de 43; a classe 3, com 39; a classe 4, analisou-se 40; e a classe 5, 37 palavras diferentes.

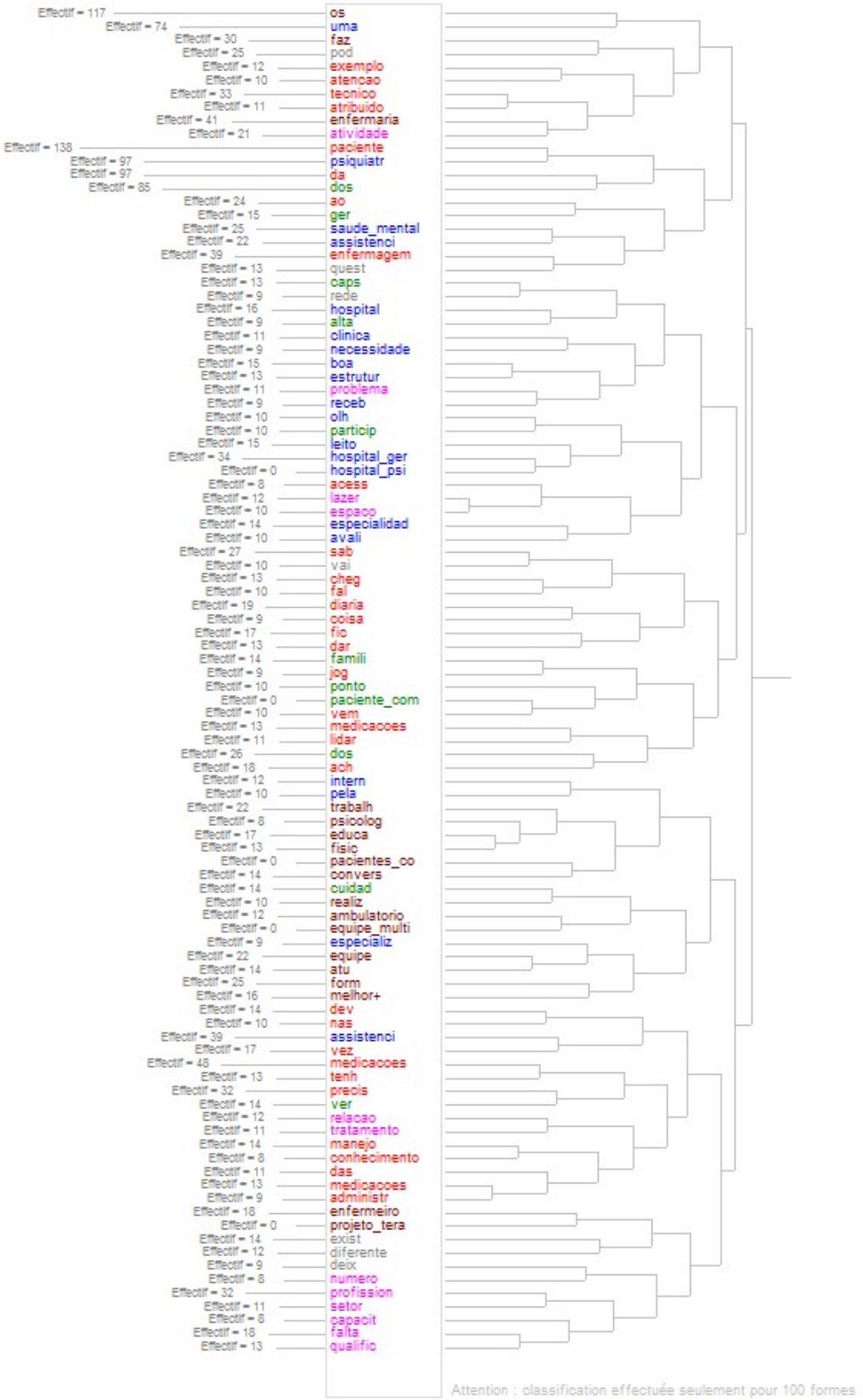
Figura 15 - Distribuição do número de palavras analisadas do *corpus* da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral, pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

Dentre as cinco classes originárias do *corpus*, foram analisadas 100 formas, conforme apresentada na Figura 16, denominada Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) que realizou a análise dos conteúdos presentes em cada classe e a demonstrou através de partições ou ramificações, as proximidades e distanciamentos entre as palavras ou radicais considerados. Na apresentação das formas se observou a quantidade de vezes que cada palavra esteve presente no *corpus*, identificado pela palavra *Effectif*.

Figura 16 - Classificação Hierárquica Ascendente do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral, pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



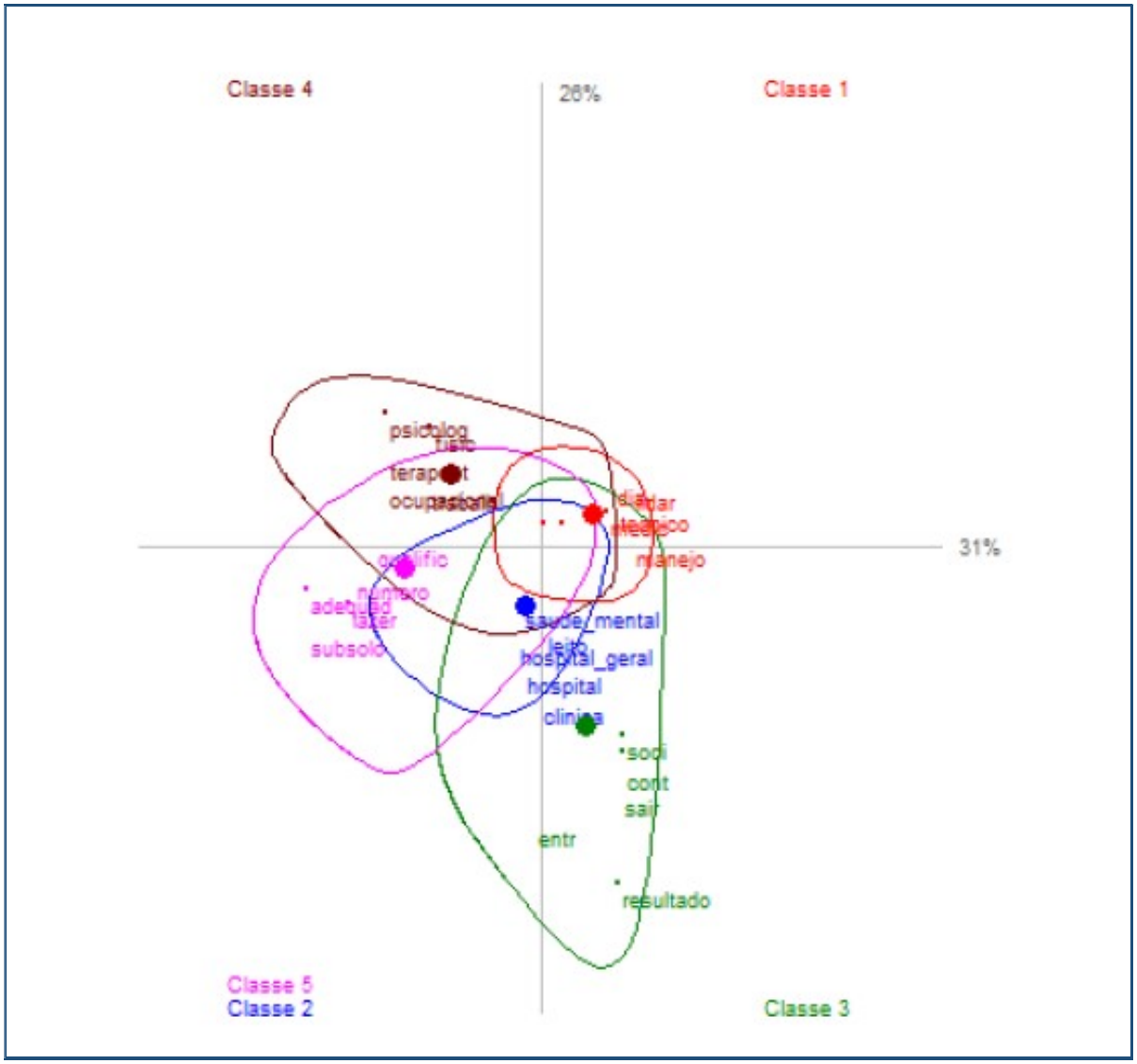
Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

A partir das palavras selecionadas pelo *software*, observou-se na classificação do *corpus* uma hierarquização das classes e uma correlação entre as mesmas. Esse processo foi possível a partir da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). O Alceste permitiu visualizar, sob a forma de um plano fatorial, as oposições resultantes da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), por meio das diferenciações dos gêneros textuais no plano fatorial, evidenciando as suas especificidades, uma vez que permitiu perceber a ação das variáveis-atributos e das cinco classes examinadas.

Na AFC, quanto mais distantes os elementos dispostos estiverem no plano, menos eles "falam" das mesmas coisas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Contudo, a disposição de agrupamentos em polos opostos no plano dos eixos, não necessariamente indicou relação de oposição semântica desses agrupamentos, porque um campo lexical só foi possível a partir da existência de outros, e essa relação entre os campos também pode ser de complementaridade.

Nessa correlação, identificou-se classes com sentidos que se aproximaram, classes que se complementaram e também, classes com sentidos que se distanciaram e, às vezes, opuseram-se. Quanto as correlações existentes, dentre as cinco classes identificadas, observou-se na análise da distribuição que as classes dois e cinco estão sobrepostas, os vetores que se formaram entre elas foram paralelos, na mesma direção, demonstrando uma correlação positiva entre as mesmas. Os vetores entre as classes 2 e 5 com a classe 3 formaram ângulos próximos de 90º, portanto as classes 2 e 5 não se correlacionaram de forma direta com a classe 3 (Figura 17).

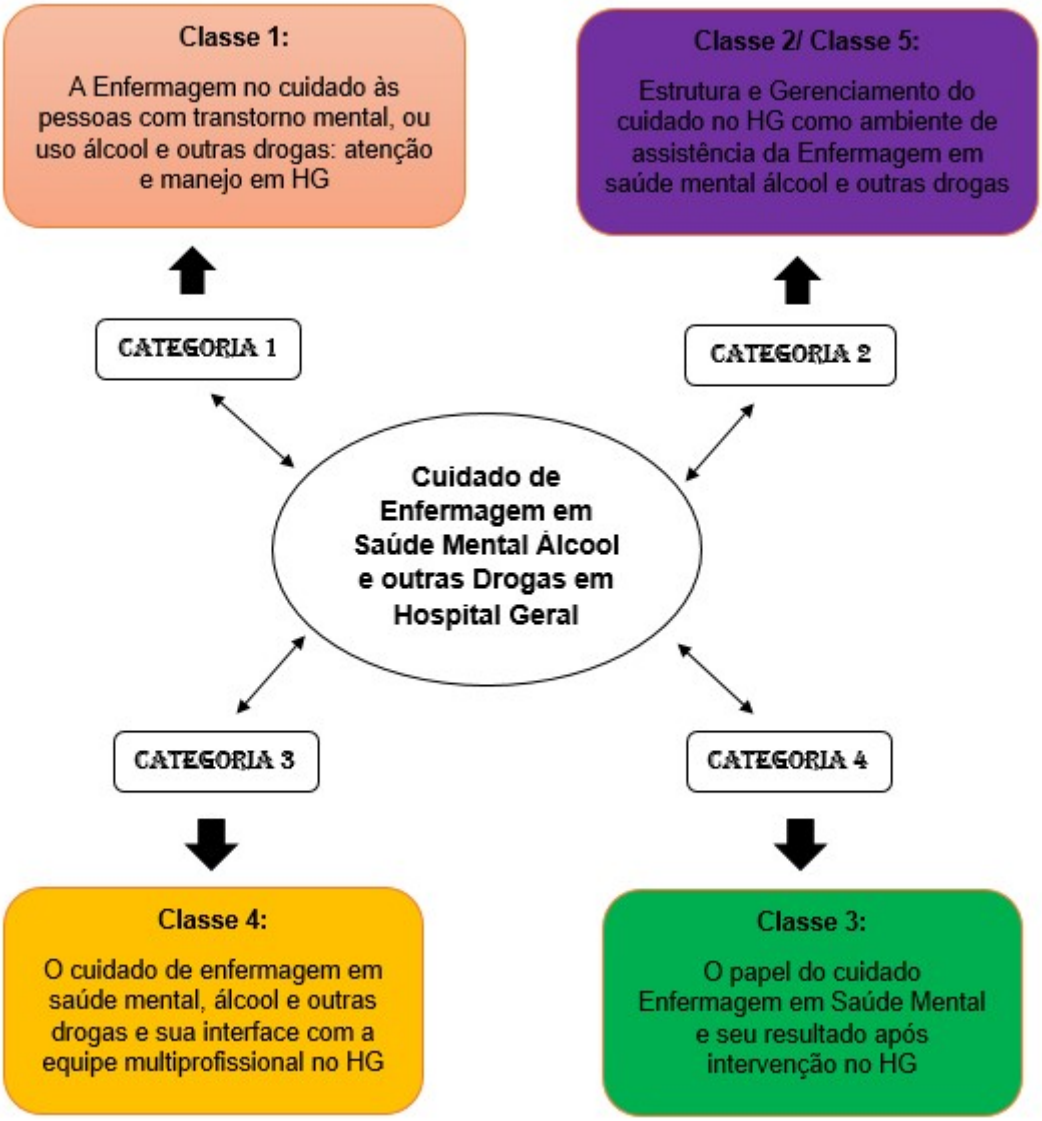
Figura 17 - Análise fatorial de correspondências coordenada apresentada pelo Alceste 4.5, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

O *corpus* foi dividido em 5 classes e a partir dessa classificação cria-se 4 categorias concernentes com a temática estudada, a saber: Categoria 1 - formada pela classe 1; Categoria 2 - formada pelas classe 2 e 5; Categoria 3 - formada pela classe 4 e; Categoria 4 - formada pela classe 3 (Figura 18).

Figura 18 - Categorização a partir das classificações direcionadas pelo ALCESTE 4.5



O *software* apresentou também a representação gráfica da organização e agrupamento das palavras-chaves presentes no *corpus* de cada classe encontrada, conhecida como nuvem ou rede de palavras. Tratou-se de uma análise lexical simples, cuja estrutura da figura foi criada em função da quantidade numérica de ocorrências que cada palavra tem no resultado da análise efetuada, após o processamento automático do *corpus*. Quanto maior e mais centralizada estiver uma palavra na nuvem, maior será o grau de sua evocação pelos sujeitos. Ao passo que quanto mais afastada e menor seu tamanho, menor será o seu grau de evocação (CAMARGO; 2005).

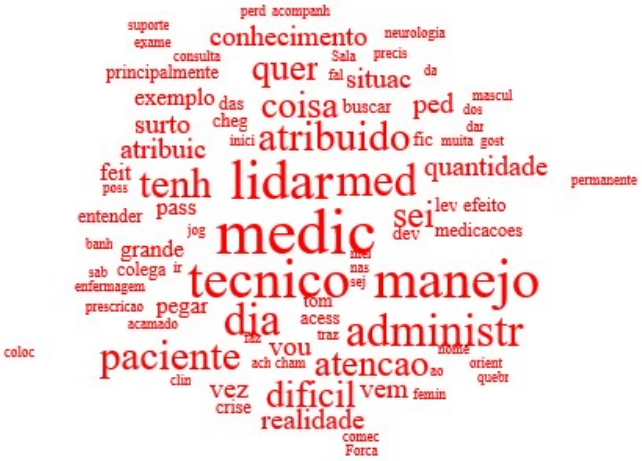
Dessa forma, iniciou-se o processo de categorização com base nas classes lexicais e nos recortes de discursos captados pelo *software* ALCESTE, confirme as figuras abaixo

relacionadas. As categorias foram criadas a partir das cinco classes, sendo uma delas por intermédio da junção de duas classes, criando assim quatro categorias para apresentação e discussão das percepções dos profissionais acerca do cuidado de enfermagem em saúde mental álcool e outras drogas em HG.

4.2.3.1 Categoria 1: Atenção e Manejo - a enfermagem no cuidado às pessoas com transtorno mental, ou uso de álcool e outas drogas

Na nuvem de palavras indicada pela Figura 19 acima pôde-se destacar palavras/radical como: medic+ (medicação), lidar, técnico, manejo, atenção, administrar, paciente, difícil. Esses itens lexicais detiveram a centralidade representacional do *corpus*. As respostas que compuseram esta parte da análise continham as palavras-chave com as quais os profissionais de enfermagem contaram para externar suas percepções sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental no hospital geral.

Figura 19 - Nuvem de palavras classe 1 – Atenção e Manejo do corpus da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

Os discursos dos profissionais permitiram inferir a necessidade de abordar a temática de atenção e manejo da enfermagem como categoria de discussão acerca do cuidado em saúde mental álcool e outras drogas, de acordo com os exemplos retirados de trechos das entrevistas pelo *software*.

> [...] a enfermagem precisa de capacitação, para manejo, acolhimento, medicação. Tenho receio em lidar com a psiquiatria, porque não sei até onde eu posso ir. [...] fico apenas calada e observando. Fico em dúvida e insegura, por exemplo, hoje o paciente está calmo, mas ontem ele agrediu uma colega. (*p_07 *Id_2 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)
>
> [...] existem informações necessárias a serem passadas para o técnico de enfermagem e não recebemos. Não sei qual postura tomar, corro, fico, ajudo, faço a contenção, porque não tenho forca para enfrentar, pois vejo os colegas homens que tem forca e tomam a frente, mas e quando eles não estão? (*p_04 *Id_2 *sexo_f *esc_s *for_2 *temp_1)
>
> [...] deveria ser trabalhado os efeitos das medicações tanto os positivos quanto os negativos, porque não tenho conhecimento. Quando não é administrado uma medicação e os médicos apontam que o tratamento foi comprometido pela dose que não foi feita, afirmo que o conhecimento chamaria minha atenção em relação as medicações. Para isso é preciso capacitação ou educação permanente com dia fixo, para lidar com caso clinico, porque hoje se resume em ver a prescrição medica, pegar e separar a medicação e administrar. (*p_10 *Id_1 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)
>
> A identificação dos efeitos, como impregnação não são notados pois não há conhecimento. Assim como a postura e manejo diante do paciente agressivo, porque devo me resguardar, mas não posso deixar o paciente quebrando e nada ser feito. [...] os técnicos de enfermagem limitam-se apenas a administrar medicações e a verificar os sinais vitais. (*p_10 *Id_1 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

4.2.3.2 Categoria 2: Estrutura e Gerenciamento do cuidado no HG – ambiente de assistência da Enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas

Nas classes 2 e 5, observaram-se as nuvens de palavras indicadas pela Figura 20, com destaque para as palavras/radical como: classe 2 - saúde mental, hospital geral, hospital psiquiátrico, leito, clínica, especializ+ e; na classe 5 – subsolo, lazer, adequad+, falta atividade, estrutura física, qualific+, número. Esses itens lexicais detiveram a centralidade representacional do *corpus* das referidas classes que se juntaram devido à aproximação das palavras-chave destacadas, que se correlacionaram à estrutura e gerenciamento do cuidado de enfermagem em saúde mental no HG, e em outras unidades da rede de saúde mental.

Figura 20 - Nuvem de palavras classes 2 e 5 – Estrutura e gerenciamento do cuidado no HG da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018

Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

No hospital geral o paciente é visto pela enfermagem e por outras especialidades, de uma forma integral, para além do transtorno. Diferentemente de um hospital psiquiátrico que foi criado com muitos leitos, sem a possibilidade de olhar o paciente com transtorno mental e suas características, em pequenos grupos. (*p_06 *Id_2 *sexo_m *esc_s *for_2 *temp_2)

E no hospital geral, além de tratar as demandas clínicas tem a quebra de tabu e a possibilidade de ver que o paciente psiquiátrico não é esse terror todo, que precisa isolar. (*p_10 *Id_1 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

A mudança de modelo vai além do hospital psiquiátrico ou diagnostico psiquiátrico, porque os pacientes nos leitos de psiquiatria do hospital geral têm assistência clínica também, porque no hospital psiquiátrico, não faz nem o exame laboratorial. (*p_03 *Id_1 *sexo_m *esc_s *for_1 *temp_2)

[...] estrutura do hospital geral é boa, conforme preceitos da reforma psiquiátrica, pois desestigmatiza o processo de internação, por estar

internado próximo as outras especialidades médicas, o paciente pode saber seu diagnóstico. Mas precisa de um espaço de lazer de atividades terapêuticas. Leitos de psiquiatria de hospital geral seria apenas para internação breve e urgente, sem estigmatizar (*p_03 *Id_1 *sexo_m *esc_s *for_1 *temp_2)

A estrutura física de forma geral está alinhada ao restante do hospital, é uma boa estrutura. Mas devemos entender as necessidades de saúde mental, valorizar um local arejado, com cores atenuantes. (p_06 *Id_2 *sexo_m *esc_s *for_2 *temp_2)

Deve-se criar espaço de lazer, de interação. Os pacientes gostam de interagir com outros. No hospital psiquiátrico são muitos pacientes, sujos, sem assistência adequada, o que é diferente do hospital geral, por ser um número menor de pacientes e com assistência mais qualificada. (*p_07 *Id_2 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

[...] estrutura física adequada, as enfermarias equipadas, medicações disponíveis e materiais acessíveis, mas falta área para atividades de lazer ou atividades terapêuticas. (*p_07 *Id_2 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

[...] estrutura física com pouca iluminação, com problema na climatização do ambiente, sem espaço de lazer para atividades, contudo, as enfermarias são bem equipadas. (*p_02 *Id_1 *sexo_f*esc_m *for_1 *temp_1)

A estrutura física não é boa, por ser um subsolo, sendo pouco iluminado, os pacientes não têm visão, nem acesso ao espaço de lazer, enfermarias apresentam problemas com climatização, os pacientes também não recebem luz solar. A intenção era incluir, então a mudança para o segundo subsolo foi uma forma de exclusão, por não ter acesso ao espaço de lazer. A mudança para o subsolo foi negativa, apesar da relação com altura e o risco de suicídio, mas no terceiro andar nunca houve casos. (*p_10 *Id_1 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

Os recursos humanos têm bom dimensionamento, tenta se equilibrar a questão do dimensionamento de enfermagem. (*p_04 *Id_2 *sexo_f *esc_s *for_2 *temp_1)

A estrutura física é muito boa, porém o número de profissionais é insuficiente; falta qualificação não apenas para os profissionais que atuam com a psiquiatria, mas para os demais profissionais da instituição. (*p_05 *Id_1 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

Número de profissionais de enfermagem é limitado e falta capacitação. (*p_02 *Id_1*sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)

[...] em relação aos profissionais tem suficiente só não tem qualificação, falta qualificação, que tem que se trabalhar com esses profissionais. (*p_08 *Id_1 *sexo_f *esc_s *for_1 *temp_1)

4.2.3.3 Categoria 3: Enfermagem e sua interface com a equipe multiprofissional no HG – cuidado de enfermagem m saúde mental, álcool e outras drogas

Observou-se na figura 21 acima, na formação da nuvem de palavras realizada pelo *software,* o destaque das seguintes palavras/radical: classe 4 - projeto terapêutico, fisic+, psicolog+, equipe multiprofissional, trabalh+, terapeut+, ocupacional.

Figura 21 - Nuvem de palavras classe 4 – Enfermagem e sua interface com a equipe multiprofissional no HG da pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

A partir dessas palavras-chave, que se referiram aos itens lexicais representantes desse *corpus,* foi possível, como forma de configurar o referido agrupamento de palavras, criar uma categoria denominada Enfermagem e sua interface com a equipe multiprofissional no HG.

> Há profissionais suficientes, há uma equipe multiprofissional na unidade de psiquiatria que são: terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo, nutricionista, farmacêutico pouco aproveitados. (*p_04 *Id_2 *sexo_f *esc_s *for_2 *temp_1)
>
> A terapeuta ocupacional estabeleceria um plano de cuidado a ser aplicado durante a semana; o educador físico da mesma forma. Porque hoje a atuação é limitada. São profissionais bons, com boa vontade, mas focados no ambulatório. Necessário melhorar a atuação da equipe multiprofissional na enfermaria. (*p_04 *Id_2 *sexo_f *esc_s *for_2 *temp_1)
>
> As equipes nas enfermarias não atuam de forma multiprofissional. (*p_09 *Id_1 *sexo_f *esc_s *for_1 *temp_1)
>
> O enfermeiro é um todo, mas não e visto como parte da equipe multiprofissional. Na enfermaria a enfermagem não fica responsável apenas

> pelos pacientes com transtorno mental os outros membros da equipe multiprofissional atuam no ambulatório, fazem as reuniões no ambulatório. (*p_03 *Id_1 *sexo_m *esc_s *for_1 *temp_2)
>
> Os pacientes com transtorno mental precisam se ocupar. Ver realmente, dentro do projeto terapêutico quais atividades eles vão fazer, para não ficarem ociosos, deitados o dia todo ou assistindo televisão. (*p_04 *Id_2 *sexo_f *esc_s *for_2 *temp_1)
>
> É necessário um projeto terapêutico padronizado para atender os pacientes com transtorno mental. O projeto terapêutico é essencial. Nesse projeto terapêutico vai envolver a equipe multiprofissional, e ela vai ter que estar envolvida, assim melhora. Os enfermeiros especialistas em saúde mental vieram trabalhar na enfermaria psiquiátrica e deveriam criar um projeto para trabalhar com os pacientes de forma diferente, compartilhada com o educador físico, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros. (*p_08 *Id_1 *sexo_f *esc_s *for_1 *temp_1)
>
> [...] falta projeto terapêutico para nos orientarmos. Diferente do CAPS ou até mesmo do hospital psiquiátrico, não há evolução conjunta dos profissionais. Você não vê a evolução do educador físico, psicólogo, terapeuta ocupacional, existe a evolução do médico e do enfermeiro, apenas. (*p_03 *Id_1 *sexo_m *esc_s *for_1 *temp_2)
>
> Vejo a terapeuta ocupacional, o educador físico chegar lá conversando como se fossem psicólogos, não os vejo fazendo atividades como colagem, pintura, atividade física, pois o enfoque do trabalho desses profissionais deveria ser esse. (*p_10 *Id_1 *sexo_f *esc_m *for_1 *temp_1)
>
> Não é que os profissionais de outras categorias não trabalhem com os pacientes com transtorno mental, eles trabalham, mas de forma pontual, aleatória, desordenada e não há uma rotina e, as vezes, fazem intervenções que não dizem respeito à especificidade da categoria, como o educador físico, na maioria das vezes, realizar apenas momento de conversa com os pacientes com transtorno mental. (*p_09 *Id_1 *sexo_f *esc_s *for_1 *temp_1)

4.2.3.4 Categoria 4: Papel da Enfermagem no cuidado em saúde mental na UPHG

A nuvem de palavras presentes na classe 3, permitiu-se fazer inferência aos resultados das intervenções da enfermagem em saúde mental no HG, conforme apontado nos itens lexicais em destaque: resultado, paciente com transt+, soci+, sair, ponto, cont+, entr+, alta, positivo, momento, CAPS.

Figura 22 - Nuvem de palavras classe 3 – Intervenção de enfermagem no HG e seus resultados, pesquisa Cuidado de enfermagem em saúde mental em unidade de Hospital Geral pelo *software* Alceste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018

Fonte: Dados da pesquisa, software ALCESTE.

As categorias formadas tomaram como base as classes criadas pelo *software*, a partir das narrativas provenientes das percepções dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado por eles prestados no HG.

> [...] levar em consideração os aspectos sociais do paciente com transtorno mental é importante para a inclusão e este é um ponto forte do hospital geral, com a implantação dos leitos de psiquiatria. É necessária padronização do atendimento do paciente psiquiátrico desde o acolhimento até a alta. Baseado em treinamento e educação continuada, tendo como resultado um instrumento, como protocolo operacional padrão, porque seguimos mais as ordens medicas, de medicar o paciente e conter. No geral os resultados são muito bons, positivos. (*p_06 *Id_2 *sexo_m *esc_s *for_2 *temp_2)

> Vemos as portas serem fechadas dos serviços por ser um paciente com transtorno mental [...] questão de exercer mesmo a cidadania, ter direitos, reduzir o estigma que rodeia o paciente com transtorno mental e a família. E ele ter a oportunidade de ter assistência igualitária dentro do hospital geral é um dos pontos (muito) fortes nas questões sociais e na assistência. [...] comparando com a forma com que eles entraram e a transformação do transtorno é muito recompensador. (*p_06 *Id_2 *sexo_m *esc_s *for_2 *temp_2)

> O profissional entra em contato com o CAPS mais próximo da residência dele e na preparação da alta faz reunião com a equipe do CAPS e, ao sair do hospital ele sai com encaminhamento realizado. A assistente social entra em contato com o CAPS do território e o paciente sai com a consulta marcada. Os pacientes com transtorno mental saem muito estabilizados. (*p_09 *Id_1 *sexo_f *esc_s *for_1 *temp_1)

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão agregaram-se as informações documentais e as provenientes da análise dos resultados a partir da utilização do *software* Alceste, com base nas categorias propostas por Donabedian – Estrutura e Processo, no intuito de subsidiar a partir dos dados analisados a elaboração de estratégias que facilitem a atuação da enfermagem psiquiátrica em hospital geral

A análise documental evidenciou aspectos importantes que dizem respeito aos componentes propostos por Donabedian ao apontar fatores referentes à Estrutura e ao Processo na avaliação de qualidade dos serviços de saúde.

Os documentos analisados permitiram identificar e compreender pontos estruturais da instituição: a) o procedimento do fluxo regulatório para acessibilidade aos leitos da UP e a hegemonia médica no direcionamento dos casos; b) a caracterização das estruturas física e organizacional onde é prestado o cuidado e suas limitações; c) equipe multiprofissional participante, com a caracterização do perfil do profissional e educacional da equipe de enfermagem e as dificuldades verificadas na intervenção conjunta da equipe multiprofissional; e d) caracterização do perfil sócio demográfico e diagnóstico das pessoas com transtorno mental, álcool e outras drogas internadas nessa unidade.

Retomaram-se pontos discutidos a partir da análise documental e os obtidos com auxílio do *software* de análise ALCESTE. As classes lexicais foram a base, que, de forma integralizada, apresentaram os fatores estruturais e estruturantes do cuidado de enfermagem, os processos pertinentes à prestação de cuidado, com suas limitações e potencialidades.

Da fase de análise dos grupos focais pelo *software* Alceste surgiram elementos para constituir as categorias (4 categorias) a partir dos resultados identificados pelo programa. Pela complementaridade das categorias 1: Atenção e Manejo - a enfermagem no cuidado às pessoas com transtorno mental, ou uso de álcool e outras drogas com a categoria 4: Papel da Enfermagem no cuidado em saúde mental na UPHG, optou-se por elaborar a sua discussão em conjunto agrupada como nova categoria denominada Atenção e o papel da enfermagem no cuidado à saúde mental.

A comparação dos dados impactou diretamente nas expressões, práticas e padrões necessários a serem estabelecidos na prestação de cuidado de saúde e de enfermagem em saúde mental. Contudo, as conjecturas da tese, restringiram-se às especificações referentes à unidade psiquiátrica do HG em estudo.

4.3.1 Estrutura

Os resultados presentes sobre a Estrutura e gerenciamento do cuidado, destacaram as diferenças entre a UPHG e o Hospital Psiquiátrico, ao fazerem menção à integralidade da atenção em saúde às pessoas com transtorno mental, embora atentassem também para a falta de espaço adequado para o desenvolvimento de atividades de lazer do pacientes e atividade física, assim como a localização inadequada da unidade (subsolo). Reforçaram ainda, os recursos humanos no que diz respeito à equipe de enfermagem. Não estiveram presentes quaisquer queixas quanto às dificuldades que o espaço proporciona aos trabalhadores. Ambas as fontes de informação corroboraram em sua maioria, exceto na centralização médica que não apareceu enfatizada na análise do software Alceste.

Quanto às limitações referentes aos fatores estruturais e organizacionais, apareceram dificuldades como: iluminação e climatização, por vezes, ineficientes, pela localização da UP no subsolo do ECI; reduzido espaço físico para registrar prescrições multiprofissionais, pela utilização concomitante do espaço, por várias pessoas: profissionais, residentes e estudantes; ausência de um espaço de lazer ou mais reservado para realização de atividades com as pessoas internadas devido aos transtornos mentais, pois alguns apresentam necessidade maior de espaço em razão do quadro psiquiátrico, apresentado, porém o espaço hospitalar disponível é limitado e não possibilita atender essa necessidade. Inferiu-se que tais fatores possam gerar um impacto direto no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, como possíveis geradores de dificuldades do cuidado, e indutores de condições de estresse e situações de desmotivação nos trabalhadores.

Em síntese, no tocante a área física, apesar de ter sido modernizada pelos dados evidenciados não cumpriu todas as normas de edificação preconizadas pela Portaria específica: iluminação, climatização; espaço físico que restringe para atividade profissional e dos pacientes.

Verificou-se que pesquisas corroboraram com este estudo ao ratificar a necessidade de preparação estrutural adequada, em conformidade com as determinações legais, uma vez que, em especial o ambiente hospitalar deve ser caracterizado como um espaço terapêutico de qualidade que permita o acolhimento humanizado, ou seja, uma atitude positiva para lidar com as pessoas em sofrimento e os seus familiares. Os mesmos apontaram a relação entre à qualidade do cuidado com a adequação do ambiente físico (estrutura) como direta, pois impacta no processo de cuidado em saúde (BETINELLI, et. al., 2003; ALMEIDA, 2007)

Essa necessidade não se apresenta como uma condição recente na assistência ao doente, ao contrário, vem desde o surgimento das práticas de enfermagem como trazido por Florence Nightingale ao apontar que a enfermagem buscava vislumbrar melhores condições, a partir do cuidado do 'espaço externo': o ar puro, a claridade, o aquecimento, o silêncio, a limpeza e também do 'espaço interno' de cada paciente: estado emocional e espiritual, no intuito de possibilitar conforto e reduzir as mazelas provocadas pelas desorganizações do espaço de cuidado da enfermagem (NIGHTINGALE, 1989).

Os resultados do presente estudo concordaram com afirmações de outra pesquisa que apontou requisitos do ambiente tais como, decoração atraente, cores agradáveis de paredes e tetos, iluminação adequada, ambiente arejado, calmo e silencioso, para proporcionar maior aconchego às pessoas (MOZACHI et al., 2005). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) a iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que assim o, permitirem, pois, toda pessoa atendida no hospital, inclusive os profissionais que trabalham nos ambientes, tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol (KOTH, 2013). Tal prerrogativa é importante na medida em que já há estudos que trazem a influência do ambiente no estado de saúde (BARBOSA, et. al., 2018; SHOJI, et. al., 2015).

A análise dos dados, em relação à estrutura mostrou que a tomada de decisão estava centrada na figura do médico psiquiatra, que a partir da sua atuação como regulador dos leitos de psiquiatria, atuava, também, como diretor do cuidado, e não se limitava a UP e nem a fase, inicial, prolongava-se durante todo o processo de internação. O médico psiquiatra se manteve como diretor do cuidado, inclusive, no cuidado dispensado pela equipe de enfermagem, quando esta se limitou a executar, unicamente, afazeres por ele prescritos. Tal achado corrobora o argumento exposto em estudo que apresenta o médico como figura central na determinação das atribuições, de demais profissionais da equipe, mediante a prescrição médica (MOTA, et. al., 2016).

No tocante ao manejo das pessoas com transtorno mental, ou uso de álcool e outras drogas, no contexto das UPHG, verificou-se haver concordância do estudo atual, com trabalho que apontou a enfermagem como uma profissão que tem as suas funções direcionadas pelos profissionais médicos, e identidade profissional vinculada aos saberes e práticas tradicionais e tecnicistas (SOUZA; AFONSO, 2015)

A perda da relevância da atuação do enfermeiro, quando, em suas competências privativas enquanto categoria deu ênfase a um potencial gestor restrito, consolidado a superficialidade ou inexistência de sua atuação, percebida unicamente como vinculada à

execução de atividades burocráticas, ou à realização de procedimentos técnicos próprios do fazer do técnico de enfermagem (BACKES, et. al., 2008).

No resultado da análise categorial, referente ao papel da enfermagem na prestação do cuidado, predominaram as características da pessoa com transtorno mental, que enfatizaram aspectos sociais, o ser (paciente) difícil de lidar e o resultado da intervenção de uma forma geral; a questão do paciente sair de alta e os encaminhamentos aos serviços especializados externos, como os serviços comunitários, Centro Atenção Psicossocial (CAPS).

Na busca de agilidade, ampliação e aproximação da equipe multiprofissional o fator tecnológico possibilitou a criação de um sistema interno informatizado que deveria facilitar o manuseio do prontuário eletrônico, por diversos profissionais. Contudo, mesmo havendo um sistema integrado, a sua utilização de forma integral centrou-se nos médicos e foi subutilizada pela equipe de enfermagem que se limitou a acessar dados referentes à prescrição médica e subsequentes registros de enfermagem. Portanto não ocorreu o uso potencial da ferramenta para aproximar a equipe multiprofissional e as trocas de informações pertinentes à condução coletiva do caso.

Uma vez apontados aspectos condizentes a estrutura que repercutiram na atuação da equipe multiprofissional e de enfermagem, fez-se pertinente apresentar a sua relação com o processo de gerenciamento e aspectos assistenciais da atuação dos profissionais de enfermagem, abordados nesse estudo.

4.3.2 Processo

Quanto ao Processo, a análise documental revelou a ausência de registros e anotações no prontuário dos pacientes, da assistência prestada por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado levou a inferir interação e intervenção profissional como fragmentada. O ato de registrar e anotar (evolução e prescrição) resumiu-se, na maioria das vezes, a ação do médico e da equipe de enfermagem. Os farmacêuticos registravam a sua atuação quando percebiam risco de interações medicamentosas prescritas pelo médico.

A despeito da centralização de responsabilidades num profissional é sabido que a psiquiatria, assim como outras especialidades médicas, é dotada de subjetividade e necessita da complementaridade das demais categorias profissionais, com enfoque para a enfermagem, pois se verificou no estudo atual em vários momentos, um distanciamento do olhar específico da equipe de enfermagem desde a entrada do paciente.

Esse fato remeteu a fatores historicamente questionados, porém ainda presentes na atualidade, que se referiram às relações de poder entre médicos e enfermeiros. A enfermagem restringiu seu campo de atuação, quando se responsabilizou pela vigilância e intervenções direcionadas pelos psiquiatras, com uma separação assimétrica e vertical do poder, ao separar, assim, os que pensavam e os que executavam (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Também não foi confirmado no estudo atual, o aspecto que ratifica o papel decisório do enfermeiro como colaborador ou direcionador (quando especialista) na estruturação de um plano de intervenção multiprofissional em saúde mental, o desenvolvimento do trabalho em equipe que deve obedecer a uma dinâmica uniforme e coerente de um plano bem estudado, condigno ao paciente, no qual a equipe de enfermagem pode desenvolver o seu maior potencial (COSTA, 1978).

Os resultados do presente estudo, corroboram com afirmações de autores (MAFTUM, et. al., 2017; SILVA, et. al., 2012) que discorreram sobre os avanços decorrentes da reforma psiquiátrica na assistência as pessoas com transtorno mental e a sua interferência na formação e na atuação das equipes de enfermagem, mas que apesar desse movimento ainda se constatam a fragilidade do entendimento do lugar do profissional enfermeiro no cuidado em saúde mental, isso constitui um alerta para o preparo e capacitação das equipes de saúde mental e dos profissionais de saúde como um todo

O trabalho em questão apresenta dados que concordaram com outros estudos ao ter sinalizado as fragilidades na formação profissional somadas ao processo histórico da ação de enfermagem com foco na manutenção do espaço de cuidado no aspecto mais técnico, nas intervenções médico-centradas, em detrimento do paciente. Essa condição se refletiu na prática, na atual dificuldade de condução e manejo dos casos de saúde mental existente nos serviços de atenção à saúde mental (CARVALHO; FELLI, 2006; TAVARES, 2006), que também se observou nas unidades de internação dos hospitais.

Os resultados de estudos (CARVALHO; FELLI, 2006; TAVARES, 2006) tangenciaram a ênfase na necessidade de informações acerca da administração e efeitos das medicações psicotrópicas, como algo relevante para saber lidar em saúde mental. Tal fato permitiu fazer alusões sobre o imaginário dos profissionais no tocante à atribuição de lugar privilegiado da medicação na assistência e cuidado em saúde mental.

Estudos (MAFTUM, et. al., 2016; XAVIER, et. al., 2014), reforçaram que a medicação em saúde mental foi essencial no tratamento de transtornos mentais graves, em pessoas com transtornos mentais que se encontraram internados por ajudar a promover a reinserção social, aspecto de extrema relevância para o cuidado em saúde mental.

No atual estudo apareceu que o esperado do enfermeiro é medicar e conter, concordam com esses achados, pesquisas (MAFTUM, et. al., 2017; SILVA, et. al., 2012) que mostraram a atenção integral como fator que poderia diferenciar o modelo e o modo de agir da equipe de enfermagem da unidade de hospital geral, porém suas ações se assemelharam às desempenhadas no hospital psiquiátrico.

Em contrapartida, outros estudos (ALCÂNTARA, et. al., 2018; RIBEIRO, et. al., 2014) evidenciaram outras possibilidades de tratamento que cabe ao profissional de enfermagem incorporá-las para ampliar o seu papel de cuidador frente aos casos existentes na unidade para acompanhá-los de forma longitudinal e terapêutica. Cabe destacar que no Brasil o modelo preconizado demanda da equipe de enfermagem uma atuação que abranja o desenvolvimento de competências relacionais e habilidades específicas em saúde mental (MAFTUM, et. al., 2017).

Na saúde mental, a atenção psicossocial vai além da exclusiva medicalização da doença, cabe oferecer às pessoas com transtorno mental espaços de escuta, acolhimento, interação e promoção do vínculo social, que devem ser desenvolvidos por todos da equipe. Há de se destacar que acolhimento e interação são requisitos incluídos no processo de estabelecer um relacionamento interpessoal, desde longa data, preconizado como atribuição do enfermeiro de saúde mental.

O papel da enfermagem transcende o ato apenas de administrar medicações, cabe-lhe a ação de orientar e desenvolver outras formas terapêuticas que garantem respeito à diversidade, à subjetividade e às limitações de cada pessoa com transtorno mental, proporcionando espaço de fala, de escuta, o de exercer sua autonomia, com questões e posicionamentos quanto às angústias em relação ao tratamento e a transformação das relações de poder entre profissional e paciente (ALCÂNTARA, et. al., 2018; HILDEBRANDT; MARCOLAN, 2016).

Estudo (SILVA, et. al., 2012) corroborou com os resultados encontrados a respeito da fragilidade do cuidado como um reflexo da falta de direcionamento, planejamento e organização das atividades por parte da equipe de enfermagem, no que se referiu aos aspectos específicos da saúde mental, advindos da fragilidade na formação acadêmica, apontada como falta de conhecimento e qualificação aliado a falta de espaço físico específico para atender as pessoas com transtorno mental.

No presente estudo os resultados mostraram que o profissional enfermeiro não sabe lidar e não se sente preparado para fornecer orientações aos membros que compõem a sua equipe por carência de conhecimentos. Esse dado concordou com o estudo realizado em uma

unidade psiquiátrica de hospital universitário em Cuiabá, no qual os autores (SILVA, et. al., 2012) verificaram numa amostra de 11 profissionais de enfermagem que também apresentavam carência de formação específica, a dificuldade em lidar com o paciente psiquiátrico e reportavam fragmentação do trabalho da equipe de saúde.

Os resultados das pesquisas endossaram os argumentos do estudo atual ao associar a ação de gerir o cuidado ao respaldo teórico com a integração do conhecimento empírico subsidiado pela prática. Condição necessária para desenvolver e garantir um cuidado integral, seguro e eficiente (PIETER, at. al., 2016).

As características dos profissionais de enfermagem concursados e responsáveis pelo cuidado, evidenciaram lacunas na formação em saúde mental. As análises das informações referentes à intervenção multiprofissional endossaram esse dado com o predomínio da necessidade de capacitação para lidar com a pessoa com transtorno mental e para dar orientações a equipe de enfermagem (técnico), além de capacitação específica para ministrar medicamentos e a oferta de educação continuada que prevaleceu entre outras necessidades.

Esses dados são tidos como geradores de uma assistência desqualificada no campo da saúde mental, além de possibilitar perda do interesse dos profissionais de enfermagem nessa área (PAES; MAFTUM, 2013).

Inferiu-se que a falta de conhecimento e habilidade especializada dificultaram a aquisição de um perfil de atuação profissional pelos enfermeiros e demais membros da equipe. O presente estudo parece ter confirmado argumento de autor (TAVARES, 2006) que relacionou a falta de definição em torno do papel da equipe de enfermagem na psiquiatria à insegurança no seu processo de cuidar e no trabalho em equipe. Condição que afastaria o profissional do cuidado a pessoa com transtorno mental.

Contudo, a atuação dos profissionais nos serviços da saúde mental exige o reconhecimento das fragilidades para que possam superar obstáculos, recusar o determinismo e a cristalização de conhecimentos.

A transformação da assistência começa com a transformação do próprio profissional e da mobilização de saberes, para consolidar a prática em equipe na busca da integração e da distribuição de poder, faz-se necessário o compromisso dos profissionais em participar do projeto (IBIAPINA, et. al., 2017).

No estudo atual, a enfermagem reforçou a importância atribuída ao projeto terapêutico, ao assumirem a existência de fragmentação da intervenção profissional e a pouca interação entre os mesmos. A análise atribuiu a algumas categorias profissionais uma atuação

limitada e pouco aproximada com a enfermagem, a exemplo da educação física, terapia ocupacional e a psicologia.

Como destacado nas duas fontes de dados, os resultados do presente trabalho mostraram haver organização multiprofissional na UPHG. Todavia, a interação e intervenção conjunta ocorreram de forma fragmentada e pontual. Inferiu-se que isso esteja comprometendo o projeto terapêutico comum.

Da mesma forma a subutilização do potencial intelectual, dos diferentes profissionais de saúde, cujo saber poderia se somar para melhor esclarecimento da evolução das pessoas com transtorno mental internadas, constatada nos documentos institucionais (ausência de registros e anotações dos profissionais; educador físico, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista) e ratificada na subsequente análise do software que enfatizou a não identificação das intervenções das demais categoriais profissionais.

A implementação de um projeto terapêutico, assim como, a integração profissional, são ações possíveis de concretizar conforme verificado em pesquisa que divergiu do presente estudo, ao evidenciar a participação do enfermeiro nas práticas profissionais interdisciplinares, cujo PT foi construído para subsidiar a assistência de enfermagem numa unidade de internação com características similares à UPHG estudada (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011).

Assim, a análise geral das informações da pesquisa atual, mostrou que a distribuição do poder aparentemente não estava equilibrada e isso se refletiu na construção do PT. Esse argumento concorda com colocações de autores (CAMPOS; DOMITTI, 2007) e com as próprias diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) ao afirmarem que a atuação multiprofissional se consolida com o equilíbrio da atuação das diferentes áreas profissionais que desenvolve o cuidado em saúde.

Os resultados do presente estudo apresentaram a fragilidade da atuação da equipe de enfermagem da UPHG quanto ao trabalho em equipe multiprofissional, ao apontar a não interação e intervenção de forma multiprofissional. Nessa condição perde-se o espaço da troca dialógica de informações que traz a complementariedade nas intervenções, tão necessária a oferta de um cuidado de qualidade a partir de um projeto terapêutico, construído de forma conjunta em prol de um objetivo comum.

A especificidade da atenção pertinente a todas as categorias profissionais, por si só, traz contribuições válidas e complementares às intervenções em saúde mental. É salutar a relevância dos diferentes olhares para subsidiar o cuidado, pois, além de maior quantidade de

informações acerca do caso, a construção coletiva de um projeto terapêutico singular e multiprofissional, serve de instrumento para o planejamento da intervenção de todos.

Estudo a respeito das dificuldades da equipe de enfermagem frente ao cuidado em saúde mental (SILVA, et. al., 2012) trouxe o déficit na comunicação e integração multiprofissional como pontos negativos para efetivação da atenção em saúde mental

As limitações da enfermagem quanto à formação e à qualificação em lidar com a especificidade da psiquiatria (diagnóstico, tratamento terapêutico e medicamentoso, abordagens terapêuticas, dentre outros), a insegurança frente ao cuidado às pessoas com transtorno mental, álcool e outras drogas pode ter sido um fator que gerou bloqueio na maior apropriação dos casos e posicionamento teórico e técnico nos momentos das discussões clínicas que ocorreram com a equipe multiprofissional.

A equipe de enfermagem ao se referir aos leitos de psiquiatria não se restringiu aos mesmos, sempre ampliou as exemplificações para as demais especialidades, por incorporar o fato da especialidade de psiquiatria estar inserida na enfermaria com as demais especialidades médicas. Esse fato foi visto como um aspecto positivo por constituir um local que não segregava as pessoas com transtorno mental, ao estarem num contexto de inclusão com os demais pacientes internados em outras especialidades médicas. Porém, infere-se que também agregou maior carga de trabalho à equipe de enfermagem e a não dedicação exclusiva ao doente mental.

A atenção em psiquiatria no hospital geral, traz ganhos com a diminuição do preconceito, proporciona olhar integrador com o acesso a outros recursos terapêuticos das demais especialidades médicas que são essenciais para um cuidado integral em suas esferas biológicas, psicossociais e culturais. (PAES, et. al., 2013).

A participação da equipe de enfermagem no direcionamento das conduções terapêuticas da admissão à alta hospitalar apresentou deficiências, no entanto cabe destacar que também apareceram fatores positivos na análise em relação ao planejamento de alta da UPHG. Aspecto divergente de resultado de pesquisa (FREITAS, et. al., 2013), que pontuou resistência de instituição hospitalar para entender a importância da comunicação e articulação da unidade com os demais serviços de saúde para a continuidade do cuidado prestado a cada pessoa, com a discussão prévia e encaminhamento dos casos que se encontram de alta.

Ainda a respeito dos pós alta de pacientes de um hospital psiquiátrico, estudo (CASTRO, 2018) afirmou haver nas demais unidades especializadas da rede, uma recepção e continuidade do tratamento dos pacientes pautada em atendimentos pontuais e estanques, o que dificulta a continuidade de intervenções. Além disso, o tratamento centralizado na

medicação e não em práticas psicossociais preconizadas sem a elaboração de projetos terapêuticos, interferem na prestação do cuidado e na adesão dos usuários aos serviços.

Em que pesem as diferenças, os resultados aqui encontrados divergiram com os apontados anteriormente, pois através do serviço social da UPHG, há aproximação com a rede de serviço de saúde para discussão com a equipe multidisciplinar do hospital e, posterior elaboração de plano conjunto que dará suporte e continuidade ao acompanhamento após alta, das pessoas internadas no serviço. Observa-se na unidade a preocupação em garantir a integralidade do cuidado após a alta, a partir da articulação das ações com os serviços da comunidade.

A busca de uma assistência integral perfaz a quebra de padrões assistenciais, reforçados por construções culturais que se construíram ao longo da história da psiquiatria, mas que traz em sua base o conhecimento teórico, sendo este acessível ao domínio de todos os profissionais, o que inclui a enfermagem. Assim, romper o lugar de figurante no processo de cuidado requer sedimentação do saber profissional em sua prática de atuação, ou seja, exige da equipe de enfermagem, responsável por esse espaço, formação, capacitação e qualificação profissional.

Como suporte para delinear os caminhos desse estudo, as categorias de Donabedian – estrutura e processo – permearam o trajeto do desenvolvimento do estudo apresentação. A utilização dessas categorias trouxe a configuração do cuidado de forma global no que diz respeito, não apenas questões voltadas a prestação do cuidado profissional em si, mas incluiu a estrutura e organização do espaço físico que permite e interfere na realização do cuidado à saúde mental.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender, a partir dos indicadores estrutura e processo, a qualidade do cuidado em saúde mental na unidade psiquiátrica de um Hospital Geral, constituiu o objetivo dessa pesquisa, ao passo que permitiu o reconhecimento da realidade deste, com os seus fatores favoráveis e limitantes, na percepção dos profissionais de enfermagem.

Ao definir uma linha de condução para o estudo, guiada pela metodologia qualitativa, foi possível ter uma visão ampla da importância da estrutura em todas as suas nuances – física organizacional e administrativa da unidade hospitalar e do processo de trabalho ali desenvolvido para a obtenção de maior qualidade no cuidado prestado pelos profissionais de saúde, em especial equipe de enfermagem.

Nessa aproximação, documentos mostraram que existe uma preocupação, por parte do corpo gestor em manter e proporcionar aos pacientes internados um ambiente agradável e humanizado, em relação à conservação predial, mobiliário e organização, assim como, por parte dos profissionais que apontaram necessidades de melhorias no que diz respeito à organização e à manutenção das instalações existentes para prestação de cuidado e recuperação da saúde em todas as especialidades médicas.

O fluxo regulatório das pessoas com transtorno mental é semelhante ao das demais especialidades da admissão a alta hospitalar ao serem direcionadas aos leitos de psiquiatria o que permite, a todos os profissionais de saúde, realizar a sua programação e se fazer presente durante o acolhimento. A participação da equipe de enfermagem desde a admissão do paciente nos leitos de psiquiátrica é uma possibilidade viável, desde que haja uma abertura para essa atuação por parte do corpo gestor, assim como, uma qualificação e disponibilidade técnica da equipe para realização desse contato inicial.

A equipe de enfermagem percebe e verbaliza a falta de manejo mais diretivo e qualificado que a impede de avançar no cuidado, o que contribui para tornar superficiais as intervenções executadas na rotina hospitalar. Pensar no desenvolvimento de um cuidado humanizado e eficiente desde sua gênese requer, somados à qualificação profissional, a construção de um instrumento que possibilite um olhar integrador da prática de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas nos HG.

As intervenções práticas desenvolvidas pela equipe de enfermagem são norteadas pelas suas vivências, pessoal e profissional, que em contato com as diversas áreas da saúde, aproximam os estudos teóricos de que dispõe às possibilidades de prestação de cuidado em saúde mental

Algumas lacunas limitam o protagonismo e a intervenção do profissional da enfermagem no que diz respeito ao direcionamento terapêutico e ao cuidado prestado às pessoas com transtorno mental: a formação limitada do profissional de enfermagem em saúde mental, a fragilidade na formação dos profissionais de nível técnico. Apesar de haver enfermeiras especialistas em saúde mental, o que leva a questionar o quanto incorporaram do conhecimento adquirido.

Indagações surgem sobre as lacunas que limitam a equipe de enfermagem a buscar qualificação para o cuidado em saúde mesmo reconhecendo as fragilidades durante a formação e outros cursos, já que a enfermagem é uma das categorias responsáveis pelo cuidado das pessoas com transtorno mental internadas no hospital geral.

Fragilidades da enfermagem reforçaram a centralidade do poder na figura do médico e a construção unilateral dos projetos terapêuticos, mesmo com momentos de reuniões como possibilidade de trocas entre os vários profissionais. Os direcionamentos dados aos casos se resumem em ratificar as decisões médicas que de posse de maior informação e conhecimento do caso, desestimula sugestões mais livres de outros profissionais.

As características do serviço como o reduzido número de leitos na UP e a sua utilização ser programada, parecem tornar viável a melhor precisão e organização das ações de todos os profissionais.

A atuação da equipe de enfermagem em desempenhar o seu papel, não apenas assistencial, mas em específico, o papel do enfermeiro enquanto um gestor, o capacita a ser mais proativo junto ao corpo diretor e administrativo, nas solicitações de demandas que vão melhorar o desenvolvimento do cuidado às pessoas com transtorno mental.

É importante o enfermeiro se empoderar exercitando habilidades como negociador para saber colocar perante a esses órgãos o seu conhecimento específico na gestão do cuidado, posicionando-se mais do que outros profissionais.

Também deve envidar esforços para concretizar seu papel enquanto matriciador, principalmente, o enfermeiro especialista em psiquiatria/saúde mental, na direção do cuidado, colaborando ativamente da construção coletiva, na promoção da abordagem multiprofissional, do cuidado e, por fim, ajudar na consolidação do Projeto terapêutico singular, como instrumento balizador do cuidado centrado na pessoa com transtorno mental.

Os enfermeiros poderiam propor melhorias estruturais e organizacionais a partir das limitações que vivenciam e que os resultados desse trabalho trouxeram, por exemplo, criar fluxos de utilização dos espaços físicos; realizar a verificação de locais possíveis e viáveis para implementação de atividades terapêuticas. Suscitar discussões fundamentadas que

possam trazer melhorias para o cuidado prestado e, também, reduzir os impedimentos para sua implementação.

Embora no item resultados de Donabedian não tenha sido foco do estudo percebeu-se haver relação da qualidade das práticas desenvolvidas com a qualidade dos resultados do cuidado, com os impactos provenientes de fatores estruturais, organizacionais e processuais com base nos pontos que apareceram enfatizados no item anterior desde estudo.

A evidência das limitações identificadas no processo de trabalho da enfermagem revela a necessidade de reformulações internas na estrutura do serviço. Percebe-se também impactos na atuação do profissional de enfermagem relacionados à: fatores externos, estrutura e organização do serviço, fatores intermediários relativos a questões do processo de trabalho (as relações e inter-relações profissionais e de equipes), e também, fatores internos, ao aparecerem as limitações individuais, figuradas no não saber, que requer maior investimento na qualificação nas questões voltadas à saúde mental e o manejo das mesmas.

Possibilitar uma discussão acerca das limitações e potencialidades identificadas no cuidado de enfermagem nas unidades de psiquiatria é indispensável para postular uma ressignificação desse cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas na UPHG, como a sedimentação da necessidade do saber – escutar, ouvir, observar, cuidar, para melhor qualificação profissional; posicionamento do profissional de enfermagem da admissão a alta como membro direcionador do cuidado na UP, tanto no que diz respeito aos aspectos organizações, quanto assistencial voltados à saúde mental.

Considerando o autor Donabedian, caso a instituição fosse avaliada, compreende-se que há questões contundentes em relação a estrutura, particularmente, a característica das instalações, bem como da equipe de trabalhadores de saúde, no tocante ao perfil dos profissionais enfermeiros, no que se refere a preparo e a subutilização de outros profissionais, assim como, no aspecto em realização do trabalho compartilhado. Esse aspecto referente aos trabalhadores compromete a avaliação do processo assistencial no que diz respeito aos cuidados em saúde nos diversos tratamentos e procedimentos, sem contar a questão do pleno cuidado para ele traçado, uma vez que, não há uma integração efetiva entre todos os profissionais que participam desse cuidado.

Repercussões são percebidas na assistência à saúde mental do paciente que comprometem a qualidade do cuidado prestado para alcançar o resultado esperado, embora os profissionais manifestem-se com avaliação de que a prestação da assistência é efetiva. De alguma forma, como é reportada efetividade no cuidado isso está sendo feito, certamente por alguns profissionais que devem estar se sobrecarregando para poder cumprir esse propósito.

Propiciar um momento para a equipe de enfermagem conhecer o perfil das pessoas com transtorno mental que atendem serviu para que tivessem clareza dos portadores das diversas patologias psiquiátricas que passaram pelo cuidado na UP, inclusive os casos de reinternação, percebendo cada um com suas características singulares e especificidades de cada momento. Esse conhecimento deu oportunidade de trazer à tona a complexidade do cuidado.

Evidenciou-se que tal iniciativa possa ter contribuído para que membros da equipe de enfermagem constatassem a necessidade de maior conhecimento teórico e valorizassem o potencial do conhecimento construído enquanto membro de uma equipe multiprofissional para ampliar a atenção dispensada as pessoas com transtorno mental. Também esse foi um momento da pesquisadora dar uma devolutiva parcial ao serviço dos resultados obtidos neste estudo.

Assim, a relevância deste estudo residiu na aproximação entre a realidade vivida no contexto de internação em Hospital Geral pelas equipes de enfermagem e o cuidado dispensado por essa categoria profissional às pessoas com transtorno mental ou em uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. O intuito também foi de possibilitar maior clareza das potencialidades e limitações da equipe e contribuir para a qualificação do profissional no cuidado.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. B.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J.; FERREIRA, A. C. Z.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M. A. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. **Escola Anna Nery***,* 22(2) 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0294.pdf>. Acessado em: 27 de maio de 2018.

ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. **Rev. Latino Am. Enfermagem***,* Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 103-109, outubro 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13881.pdf>. Acessado em: 04 de maio de 2018.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev Eletrônica Enferm** *[Internet*]. Set-Dez; 9(3):617-29, 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>. Acessado em: 12 de abril de 2018.

AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental**. Vol. 1, no 1, jan-abr., 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, D. M.; SALVETTI, M. G.; TORRES, G. V. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 7/1685, 2017. https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1685

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc. Cuid. Saude,** Jul/Set; 7(3):319-326, 2008.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: O significado do descuidado de si. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 67-74, jan./mar. 2008.

BARBOSA, M. L.; MENEZES, T. N.; SANTOS, S. R.; OLINDA, R. A.; COSTA, G. M. C. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciênc. saúde colet**. 23 (4) Abr. 2018. Disponível em<https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232018000401293&script=sci_arttext&tlng=pt#>. Acessado em: 24 de maio de 2019.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr**. vol.32, supl.2, São Paulo, Oct. 2010. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003

BARROS, S.; EGRY, E. Y. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub júdice**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

NICACIO, T. R.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Da alienação à clínica da enfermagem: cuidado aos pacientes psiquiátricos com comorbidades. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 supl.5, Brasília, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0930>. Acessado em: 12 de maio de 2018.

BERGOLD, J; THOMAS, S. Participatory research methods: À methodological approach in motion. Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: **Qualitative Social Research** 13(01). Art 30, 2012. Avaliable from: https://www.jstor.org/stable/41756482

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado do ambiente hospitalar. Mundo da Saúde, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 231-9, abr./jun., 2003.

BONADIMAN, C. S. C.; PASSOS, V. M. A.; MOONEY, M.; NAGHAVI, M.; MELO, A. P. S. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*; 20 Suppl. 1: 191-204, Mai. 2017.

BOTEGA, N. J. (Org.). *Práticas de psiquiatria no hospital geral: interconsultas e emergência*. 4º ed. Porto Alegre, 2017.

BRASIL. *Decreto n° 791 de setembro de 1890*. Decreto de Criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Coleção de Leis do Brazil, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1890.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. *Resolução 176 de 24 de outubro de 2000*. Brasília, 2000. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 7*, Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010.

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. SAS/DAPES. *Inovação Gerencial em Serviços Públicos de saúde e Cidadania.* Brasília, DF, 2002a. Disponível em:<www. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_gerencial.pdf>. Acesso em 30 de setembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diário Oficial da União.* Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2ed.* Brasília, DF: Centro de Documentação, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES *Normas para projetos físicos de estabelecimento de saúde.* Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. *Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992*. Disponível em:<www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. *Portaria nº 148, 31 de janeiro de 2012. Brasília*: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-148-2012>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES **Resolução RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002b. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em:< file:///C:/Users/Cliente/Downloads/RDC_2002-50.pdf>. Acesso em 30 de setembro de 2018.

BREWER, C. S.; KOVNER, C. T.; DJUKIC, M.; FATEHI, F.; GREENE, W.; CHACKO, T. P. et al. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes**. J Adv Nurs** [Internet]. 72(11):2879-93, nov. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27346330.

BROOK, R. H.; LOHR, K. **Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality: Boundary-Crossing Research**, Med. Care 23(5): 710-22, 1985.

BUSANELLO, J; FILHO, W. D. L.; KERBER, N. P. C.; SANTOS, S. S. C.; LUNARDI, V. L.; POHLMANN, F.C. Grupo focal como técnica para coleta de dados. **Cogitare Enferm**. 18(2):358-64, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32586>. Acessado em: 18 de julho de 2017.

CAMARGO, V. B. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed Universitária. p. 511-39, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. **Cad. Saúde Pública**. Fev; 23(2):399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016>. Acessado

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública.** vol. 41(5):821-29, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-91020070005000017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 012 de agosto d e2018.

CARRARA, G. L. R.; MOREIRA, G. M. D.; FACUNDES, G. M.; PEREIRA, R. S.; BALDO, P. L. Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura. **Revista Fafibe** *On-Line*, Bebedouro SP, 8 (1): 86-107, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183642.pdf >. Acessado em: 04 de março de 2018.

CARRIJO, A. Registro de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola de enfermagem nightingaliana do Brasil *(1959-1970).* São Paulo, 2007. **Dissertação** (mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em:https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-17052007-095948/publico/Alessandra_Carrijo.pdf>. Acessado em: 14 de junho de 2018.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-American. Enferm**.; 14 (1): 61-9, Jan-Fev 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100009>. Acessado em: 05 de março de 2018.

CARVALHO, C. O.; SARDENBERG, M. C. C.; MATOS, A. C. C.; CENDOROGLO NETO, M.; SANTOS, B. F. C. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. **J. Bras Nefrol**., Volume XXVI - nº 4 – Dez, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/sala148/Downloads/26-04-05.pdf>. Acessado em: 03 de abril d e2018.

CASTEL, R**.** ***A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo***. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Egressos de internação psiquiátrica acompanhados na rede de serviços de saúde. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. Jan/Jul, 2018; 7(1):152-165. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2055/pdf>. Acessado em 02 de junho de 2018.

CHEN, S.; COLLINS, A.; ANDERSON, K.; MCKENZIE, K.; KIDD, S. Patient Characteristics, Length of Stay, and Functional Improvement for Schizophrenia Spectrum Disorders: A Population Study of Inpatient Care in Ontario 2005 to 2015. **Can J Psychiatry**; vol. 62(12): 854-863, 2017.

CLARK, D. H. **Psiquiatría administrativa: los roles em la comunidad terapêutica**. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1973.

CORRIGAN, J. M., KOHN, L. T., DONALDSON, M. S., MAGUIRE, S. K., PIKE, K. C. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy Press; 2001.

COSTA, M. J. C. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Enferm.** vol.31 no.3 Brasília 1978. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000300321>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 288p., 2008.

DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev. Saúde Pública,* vol.37 no.5 São Paulo Oct. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000500013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 10 de agosto de 2018.

DONABEDIAN, A. Definition of quality and approaches to its assessment. In.: **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan, Helath Administration Press, vol. 1, 1980.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund*. Q. 44:166, Part 2, 1966. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acessado em: 02 de março de 2017.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención medica: definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana, 191p, 1984.

DONABEDIAN, A. La dimension internacional de la evalucion y garantia de la calidad. **Salud Publica Mexicana,** México, vol. 32, n. 2. P 113-7, 1990b. Disponível em: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280/5425>. Acessado em: 15 de setembro de 2017.

DONABEDIAN, A. Medical Care Appraisal-Quality and Utilization. **Guide to Medical Care Administration**. Nova Iorque: American Public Health Association, vol. 11, 1969.

DONABEDIAN, A. Quality in health care: Whose responsibility is it? **American Journal of MedicalQuality**, vol. 8(2), p.32-36, 1993. https://doi.org/10.1177/0885713X9300800202

DONABEDIAN, A. The Effectiveness of Quality Assurance. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 8, Issue 4, p. 401 – 407, 1996. https://doi.org/10.1093/intqhc/8.4.401

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, vol. 260, p.1743-1748, 1988. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

DONABEDIAN, A. The quality of medical care**. Science** *200*, 1978.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB,** Chicago, p. 356-36-, nov. 1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, Chicago, vol. 114, p 1115-1118, Nov., 1990a.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C. & WYSZEWLANSKI, L**. Quality, cost and health: An integrative model**. Medical Care, 20: 975-992, 1982.

DUARTE, M. L. C; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm***.,* Brasília, jul-ago; 64(4): 698-703, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400011>. Acessado em: 08 de abril de 2018.

FABRI, J. M. G.; LOYOLA, C. M. D. Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica. **Rev enferm UFPE,** on line., Recife, 8(3):695-701, mar., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9727/9818>. Acessado em 02 de fevereiro de 2018.

FAGUNDES JÚNIOR HM, DESVIAT M, SILVA PRF. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras**. Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1449-1460, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1449.pdf

FERNANDES, M. M.; DUARTE, M. L. Atuação de uma Enfermeira em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Geral: Relato de experiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** 6(13):148, 2014. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2984.

FIDELIS, A. C. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Trab. educ. saúde** vol.16 no.2 Rio de Janeiro May/Aug. Epub Apr 16, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200561

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREITAS, E. A. M.; LUIS, M. A. V. Percepção de estudantes sobre consumo e bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. **Acta Paul Enferm**. 28(5):408-14, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0408.pdf

FREITAS, F. F.; TERRA, M. G.; SILVA, A. S.; ELY, G. Z.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; LEITE, M. T. Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental: significados atribuídos pelo familiar. **Rev enferm UFPE** *online*, Recife, 7(11):6477-87, nov., 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12295/14965. Acesso em: 31 de março de 2019.

GEOVANINI, T; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicações, 2019.

GEOVANINI, T. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. História da Enfermagem: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, cap. 2, p. 29-57, 2005.

GREENHILL, M.H. *Psychiatric units in general hospitals*: 1979. **Hospital & Community Psychiatry**, v.30, n.3, p.169-182, 1979. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.30.3.169>. Acessado em: 05 de março de 2018.

HALLAK, J. E. C.; CRIPPA, J.A.S.; VANSAN, G.; ZUARDI, A.W. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, vol. 36: 1233-1240, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2003000900014>. Acessado em: 10 de outubro de 2018.

HEIDRICH, A. V. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. **Tese** (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 205p., 2007.

HENRY, G. Some modern aspects of psychiatry in a general hospital practice. **Am J psychiatry**, -, -, n. 9, p. 481 – 499, - 1929. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.86.3.481>. Acessado em: 03 de fevereiro de 2018.

HILDEBRANDT, L. M.; MARCOLAN, J. F. Concepções da equipe de enfermagem sobre assistência psiquiátrica em hospital geral. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 378-38, 2016. Disponível em:<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3473/2716> Acesso em: 07 de set de 2016.

IBIAPINA, A. R. S.; MONTEIRO, C. F. S.; ALENCAR, D. C.; FERNANDES, M. A.; COSTA FILHO, A. A. I. Therapeutic Workshops and social changes in people with mental

disorders. **Esc. Anna Nery**, Epub Rio de Janeiro, vol.21 no.3, jun. 01, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300203>.

KAPLAN, H. I., & SADOCK, B. J **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.**11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KESSLER, R.C.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; ALONSO, J.; CHATTERJI, S.; LEE, S.; ORMEL, J.; ET AL. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Epidemiol Psichiatr Soc**; 18(1): 23-33, Jan-Mar. 2009. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039289/>.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: *POPE, C.; MAYS, N. (Org.).* **Qualitative research in health care**. 2. ed. London*: BMJ Books*, 2009.

KOTH, D. A influência da iluminação e das cores no ambiente hospitalar: a saúde vista com outros olhos. **Rev Espec**[Internet]. 2013. Disponível em: <https://www.ipog.edu.br/download-arquivo-site.sp?arquivo=a-influencia-da-iluminacao-e-das-cores-no-ambiente-hospitalar-a-saude-vista-com-outros-olhos-7106187.pdf>. Acessado em 22 de maio de 2019.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização**. Revista de investigaciones UNAD Bogotá** - Colombia No. 14, p. 55-73, julio-diciembre, 2015. Disponível em:<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-de-investigaciones-unad/article/viewFile/1455/1771>. Acessado em: 16 de setembro de 2018.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In.: CAMPOS, G. W. S., et.al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LARA, A. P. M.; VOLPE, F. M. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013**. Ciênc. Saúde coletiva**, vol.24 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0659.pdf>. Acessado em: 26 de setembro de 2019.

LIEBERMAN, P. B.; MCPHETRES, E. B.; ELLIOTT, B.; EGERTER, E.; WIITALA, S. Dimensions and predictors os change during brief psychiatric hospitalization. **General Hospital Psychiatry**, v. 15, n. 5, p. 316-324, 1993. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016383439390024I?via%3Dihub>. Acessado: 15 de junho de 2018.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 21(2): 432-9. Abr-Jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>. Acessado em: 02 de outubro de 2018.patto

MACHADO, M.H.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; OLIVEIRA, E., LEMOS, W.; AGUIAR FILHO, W.; LACERDA, W. F.; SANTOS, M. R. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, 7 (ESP): 15-34, 2016. Disponível em: < http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>. Acessado em: 27 de novembro de 2018.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **J Bras Psiquiatr**. Vol. 60(1):16-22, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n1/v60n1a04.pdf > Acesso em 30 de janeiro de 2018.

MAESTRI, M. **A pedagogia do medo: disciplina, aprendizado e trabalho na escravidão brasileira**. STEPHANOU, Maria; BASTOS, Maria Helena Camara (Orgs.). Histórias e memórias da educação no Brasil, vol 1: séculos XVI – XVIII. Petrópolis, RJ: vozes, 2004.

MAFTUM MA, ALCÂNTARA CB, CAPISTRANO FC, CZARNOBAY J, FERREIRA ACZ, BRUSAMARELLO T. Uso do psicofármaco no tratamento à pessoa com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem. **Invest Qualit Saúde**. Dec; 2:664-73, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/808/794>. Acessado em: 15 de março de 2018.

MAFTUM, M. A.; PAGLIACE, A. G. S.; BORBA, L. O.; BRUSAMARELLO, T.; CZARNOBA, J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **J. res.: fundam. care**. *Online,* abr./jun. 9(2): 309-314, 2017. Disponível em:< http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf_1. Acessado em: 05 de janeiro de 2018.

MAGNAGO, C.; TAVARES, C. M. M. Nursing training focusing on ideals of the psychiatric reform. **Rev Enferm Brasil**. 10(2):99-107, 2011.

MARCHEWKA, T. M. N. Humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos**. Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 8, n. 1, p 43-60, 2007. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80040/839399>. Acessado em: 02 de setembro de 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

MARTINS, M**. Qualidade do cuidado em saúde**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Vol. 1, pp. 24-38. 2014. Disponível em: http://books.scielo.org/id/8h47w/epub/sousa-9788575415955.epub.

MEDEIROS, S. M.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 04 de março de 2018.

MESQUITA, A. M. O.; DESLANDES, S. F. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.664-673, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300017>. Acessado em: 04 de março de 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, vol. 7(2), pp. 249-257, 2008. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015>. Acessado em: 04 de setembro de 2018.

MOTA, A. S.; SILVA, A. L. A.; SOUZA, A. C. Educação permanente: práticas e processos da enfermagem em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, ESPECIAL 4, OUT., p. 9 – 16, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe4/nspe4a02.pdf>. Acessado em: 05 de setempo de 2018.

MOZACHI, N. et al. O Hospital. In: MOZACHI, N. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Os autores, p. 1 – 16, 2005.

MUNIZ, M. P.; TAVARES, C. M. M.; ABRAHÃO, A. L.; SOUZA, A. C. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, no.13. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200008.

MURAKAMI, R; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente**. Rev.Bras. Enferm**, Brasilia, v.65, n.2, p.361-7, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024>. Acessado em: 18 de setembro de 2018.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):265-287, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2007.v17n2/265-287/.

NASCIMENTO, A. R. A., MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud pesqui psicol**; 6(2): 72-88, 2006. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n2/v6n2a07.pdf>. Acessado em: 10 de junho de 2018.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez: ABEn – CEPEn, 1989.

OGATA, M. N. Contribuições à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. [**Dissertação**]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 75p, 1992.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**; 2(supl):68-72, 2011. Disponível em:< http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85/71>. Acessado em: 04 de março de 2018.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2º Edição. São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** João Pessoa: editora Universitária/UFPB, 233 p, 2002.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: voz dos gestores da qualidade. **Esc Anna Nery**, 20(1):63-69, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>. Acessado em: 18 de setembro de 2018.

OLIVEIRA, M. C. M.; LIMA, T. L.; BALUTA, V. H. A formação do profissional enfermeiro, no contexto das reformas de ensino no Brasil. **Revista Grifos** - N. 36/37 – 2014. Disponível em: https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/2784/1766. Acessado em: 15 de julho de 2018.

OLIVEIRA, M. S. N.; PINTO, F. J. M.; AGUIAR, J. B.; SAMPAIO, R. M. M.; MEDEIROS C. R. B. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. **Rev Bras Promoç Saúde.** Vol. 24(4):361-66, 2011. Disponível em:< https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2094/2387>. Acessado em: 18 de setembro de 2018.

OLIVERA, R. C. M. (Entre) linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, vol. 2, nº 4, 2014. Disponível em:< https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059/730>. Acessado em: 05 de janeiro de 2018.

OLIVEIRA, R. P.; LAUS, A. M. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem**. Rev. Esc. enferm. USP** [online]. vol. 45, n.5 [cited 2017-11-18], pp.1164-1170, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa***: OMS*, 1986. Disponível em: <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hppota.htm>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

PAES, M. R; MAFTUM, M. A. Dificuldade da equipe de enfermagem de um hospital geral no cuidado ao paciente com transtorno mental. **Rev. enferm. UFPE** *on line*, Recife, 7(9): 5566-73, set., 2013. Disponível em:< https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13675/16567>. Acessado em: 10 de março de 2018.

PAES, M. R.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N; MAFTUM, M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciênc Cuid Saúde**, 15];12(2):407-12. nov. 2013. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207>. Acesso em 17 de março de 2019.

PATTON, M. Q. **Qualitative research and evaluition methods**. 3th Ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso**. Rev. Bras. Enferm.**, jan-fev; 64(1): 145-51. Brasília, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a21.pdf>. Acessado em: 02 de fevereiro de 2018.

PEREIRA, P. K.; SANTOS, S. A.; LIMA, L. A.; LEGAY, L. F.; SANTOS, J. F. C.; LOVISI, G; M. L. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. **Cad. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, 20 (4): 482-91, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a12.pdf>. Acessado em: 14 de junho de 2018.

PERSEGONA, M. F. M.; OLIVEIRA, E. S.; PANTOJA, V. J. C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 8-13, dez, 2016.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, vol.44 no.4 Dec. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/24.pdf>. Acessado em: 04 de março de 2018.

PIETER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; LANZONI, G. M. M.; EDMANN, A. L. Fatores que interferem no gerenciamento do cuidado ao paciente oncológico em um hospital geral. **Rev Enferm UFSM**, 6(3): 404-413, Jul/Set. 2016. Disponível em:< https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21465/pdf>. Acessado em: 12 de abril de 2018.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico e informação e comunicação do domínio da saúde. Enc. Bibli.: **Rev. Eletr. Bibliotecon**. Ci. Inf. Florianópolis. nº 21, 1º sem., 2006. Disponível em:< https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11n21p34/329>. Acessado em: 12 de março de 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTERFIELD, John D. *Evaluation of Patients*: **Codman Revisited**. **Bull. N. Y. Acad. Med**. 52 (1): 30-8, 1976. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1807168/pdf/bullnyacadmed00147-0033.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2018.

RAMOS, L. C. F.; SPIEGEL, T.; ASSAD, D. B. N. Gestão de materiais hospitalares: uma proposta de melhoria de processos aplicada em hospital universitário**. Rev. Adm. Saúde**, vol. 18, Nº 70, jan. – Mar. 2018. Disponível em:< http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/83/121>. Acessado em: 11 de novembro de 2017.

REINERT, M. **Manuel d'utilisation ALCESTE** (Version 4.7 pour Windows). Tolouse: IMAGE; 1986.

REIS, C. T.; et al. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde coletiva***,* Rio de Janeiro, v.18, nº.7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 12 de julho de 2017.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M; L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de saúde pública**, RJ 6(1):50-61, jan/mar, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006>. Acessado em: 02 de julho de 2017.

RIBEIRO, H. K. P.; SANTOS, J. D. M.; SILVA, M. G.; MEDEIRO, F. D. A.; FERNANDES, M. A. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Rev. bras. Saúde ocup**. vol.44, São Paulo. Epub 07-Mar, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0303-76572019000101501&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em 26 de setembro de 2019.

RIBEIRO, L. A.; MARIN, L. L.; SILVA, M. T. R. Atividades grupais em saúde mental. **Rev Baiana Enferm**.; 28(3):283-93, 2014. Disponível em: < https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9980/8990>. Acessado em: 12 de março de 2018.

SADIGURSKY, D. A enfermeira na equipe transdisciplinar em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador, vol. 17, n. 3, p. 45-53, set-dez, 2002. Disponível em: < https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3860/2826>. Acessado em: 04 de fevereiro de 2018.

SCOCHI, C. G. S; MUNARI, D. B.; GELBCKE, F. L.; ERDMANN, A. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; RODRIGUES, R. A. P. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev. bras. Enferm,** vol. 66, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011>. Acessado em: 17 de julho de 2018.

SHARMA, P.; SINGH, C.; SOLANKI, R.; WASIM, K. A descriptive analysis of patients admitted in short stay ward at psychiatric centre, Jaipur, Rajasthan, India. 5(4):1667-1672, Apr, 2017. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/318012429_A_descriptive_analysis_of_patients_admitted_in_short_stay_ward_at_psychiatric_centre_Jaipur_Rajasthan_India>. Acessado em: 02 de junho de 2018.

SHOJI, S.; SOUZA, N. V. D. O.; FARIAS, S. N. P. Impacto do ambiente laboral no processo saúde doença dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada. **Rev Min Enferm**. 19(1): 43-48, jan/mar, 2015. Disponível em:<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/984>. Acessado em: 12 de abril de 2018.

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. B.; CAMPOS, A. C. S. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.15, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 02 de julho de 2017.

SILVA, N. G.; SILVA, P. P.; OLIVEIRA, A. G. B. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Cienc Cuid Saude** Abr/Jun; 11(2):302-310, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11181>. Acessado em: 02 de junho de 2018.

SILVA, N. S.; ESPERIDIÃO, E.; CAVALCANTE, A. C. G.; SOUZA, A. C. S.; SILVA, K. K. C. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto**

& Contexto - Enfermagem, vol.22 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400033>. Acessado em 24 de setembro de 2019.

SILVA, T. L.; MAFTU, M. A.; KALINKE, L. P.; MATHIAS, T. A. F.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C. Perfil sócio demográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enferm**, Jan/Mar; 20(1):112-20, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36414>. Acessado em: 16 de semtembro de 2018.

SILVIA, T. C.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: uma abordagem histórico-crítica. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.). Nov; 6(Especial): 409-38, 2010. Disponível em: <http:// http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6nspe/04.pdf>. Acessado em 26 de setembro de 2018.

SILVA, V. A. Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva. *Tese* (Doutorado) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 354 fl, 2017.

SOARES, C. Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia ALCESTE em contextos discursivos distintos. In: MOREIRA, A. S. P. (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed Universitária; p. 541-68, 2005.

SOEIRO, R. E; COLOMBO, E. S.; FERREIRA, M. H. F.; GUIMARÃES, P. S. A.; BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):793-799, abr, 2008. Disponível em: <>. Acessado em: 12 de julho de 2018.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 8 (2), 332–347, jul-dez, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf>. Acessado em: 10 de março de 2018.

SOUZA, M. C. B. M.; ALENCASTRE, M. C.; SAEKI, T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. **Rev.latino-am.enfermagem,** Ribeirão Preto - v.8 - n.5 - p.71-80 – outubro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500011>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.44 no.3 São Paulo Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300035>. Acessado em: 06 de agosto de 2018.

SOUSA, P; MENDES, W. [Org.] **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 452p, 2014.

SUOMINEN, K.; LÖNNQVIST, J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. **Gen Hosp Psychiatry**, vol. 28(5):424-30, 2006. Disponível em: <>. Acessado em: 13 de abril de 2018.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 15(2):287-95, 2006. Disponível em: <>. Acessado em: 10 de março de 2018.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 19 de agosto de 2018.

TRAJANO, M. P.; BERNARDES, S. M.; ZURBA, M. C. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** 10(25): 20-37, 2018. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5001>. Acessado em: 14 de maio de 2018.

VAN RENSBURG, A. B. R. J. Clinical profile of acutely ill psychiatric patients admitted to a general hospital psychiatric unit. **African Journal of Psychiatry**, August, 2007. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/viewFile/30248/62594>. Acessado em: 12 de junho de 2018.

VARGAS, D.; SOARES, J.; PONCE, T. D.; OLIVEIRA. B. B. Enfermeiros de serviços de urgência e emergência psiquiátrica: Análise de perfil profissional e educacional. **Cogitare Enferm**. (22)4: e50704, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50704/pdf>. Acessado em: 10 de abril de 2017.

VASCONCELOS, E.M., et.al. **Abordagens psicossociais, vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

VERNILO, C. Z.; MOTA, M. J. Analise de espaços hospitalares humanizado. **Colloquium Socialis,** 2(3):1-6, 2018. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/index.php/cs/article/view/2615>. Acessado em: 19 de janeiro de 2019.

VIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente.** 7a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas**, Geneva: World Health Organization; 2014.

XAVIER, M.S.; TERRA, M. G.; SILVA, C. T; MOSTARDEIRO, S. C. T. S; SILVA, A. A.; FREITAS, F. F. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Esc Anna Nery**. 18(2):323-9, Jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0323.pdf>. Acessado em: 12 de agosto de 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANARDO, G. L. P.; SILVEIRA, L. H. C.; ROCHA, C. M. F.; ROCHA, K. B. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sócio demográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev Bras Epidemiol**, 20(3): 460-474, JUL-SET, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000300460&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 12 de novembro de 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA USP EM 30/01/2018 PARECER 2.478.974

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa, intitulada: "CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM HOSPITAL GERAL", desenvolvida pela aluna Tarcísia Castro Alves, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível doutorado, Universidade de São Paulo, Campus Ribeirão Preto, sob orientação da professora Drª Margarita Antonia Villar Luis.

A pesquisa tem por objetivo elaborar Diretrizes do cuidado de enfermagem voltadas aos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas, em situação de internação, no Hospital Geral. Tem como objetivos específicos: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados nos leitos de saúde mental do hospital geral, no período de janeiro a dezembro de 2017; Identificar, a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem, o conhecimento que possuem para atuar no cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, prestado no Hospital Geral; Problematizar os fatores limitantes e potencializadores do processo de cuidado de enfermagem em saúde mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral;

Você está sendo convidado a participar de uma atividade em grupo focal, com no máximo 10 pessoas, que terá duas sessões, com duração de no máximo 120 minutos, cada momento. Cada sessão ocorrerá em momentos diferentes, sendo realizada nas dependências do Hospital, em um local reservado junto à chefia do hospital, em datas e horários que serão definidos em conjunto. Será utilizado, em todos os momentos, um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos na entrevista e no grupo possam ser recuperados e analisados posteriormente, mas que você possa pedir para desligar o gravador a qualquer momento, para falar sobre algum tema mais difícil ou sensível, de modo que seja registrado apenas através de anotações.

Os riscos em você participar estão relacionados com possíveis sentimentos de desconforto ou receio em falar acerca da sua prática profissional ou até mesmo o cansaço. Caso isso ocorra, o participante terá a liberdade de interromper a participação no grupo e também será incentivado pela pesquisadora a conversar sobre o assunto posteriormente e privativamente, sendo garantidos os seus direitos expressos na resolução 466/2012.

É importante ressaltar que você não será remunerado e também não terá gastos de qualquer natureza, e que será indenizado caso ocorra algum dano decorrente da sua participação neste estudo, como prevê a legislação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem como função de proteger eticamente o participante de pesquisa.

Todas as informações reunidas neste estudo serão utilizadas apenas com fins de pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo sobre tudo na divulgação e publicação dos resultados.

Por fim, caso precise se comunicar com a pesquisadora e com a orientadora da pesquisa para qualquer tipo de esclarecimento entre em contato com a pesquisadora Enfermeira Tarcísia Castro Alves, aluna no programa de pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica no endereço eletrônico: tarcisiacastro@usp.br e no telefone (71) 99292-9453 ou com a orientadora Profa. Margarita Antonia Villar Luis, no endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto-SP – Brasil. Telefone: (16) 33154754 ou (16) 33153477 (Laboratório de pesquisa Stress, alcoolismo e uso de drogas).

Caso tenha mais alguma dúvida a esclarecer, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP – Brasil. CEP: 14040-902. Endereço eletrônico: cep@eerp.usp.br ou pelo telefone: (16) 33159197. Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Este termo é para certificar que eu, _____, portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', concordando em participar voluntariamente desta pesquisa.

Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o autor deste trabalho.

_____, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do (a) participante

_____

Tarcísia Castro Alves – pesquisadora

APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados – Perfil demográfico e educacional

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

PESQUISA SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM HOSPITAL GERAL

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PARTICIPANTES

Data: ____/____/____

DADOS DEMOGRÁFICOS E FORMAÇÃO EDUCACIONAL

Idade: Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Ano em que iniciou a carreira nesta instituição:

Função que exerce: Setor:

Possui outros vínculos: SIM ( ) NÃO ( )

Carga Horária de trabalho semanal: _____

Ano de conclusão do curso de formação profissional:

Cursou especialização? SIM ( ) NÃO ( )

Se sim, qual a área e ano de conclusão?

Cursou mestrado? SIM ( ) NÃO ( )

Se sim, qual a área e o ano de conclusão?

Cursou doutorado? SIM ( ) NÃO ( )

Se sim, qual a área e ano de conclusão?

Durante o curso de Formação Profissional, participou de atividades relacionadas ao tema saúde mental, álcool e outras drogas? SIM( ) NÃO ( )

Se sim, especifique qual (quais) atividade (s):

Participa de eventos como Jornadas, Simpósios ou Congressos na área de saúde mental, álcool e outras drogas? SIM ( ) NÃO ( )

Busca informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de sua instituição? SIM ( ) NÃO ( )

Busca informações científicas acerca do tema com outros profissionais de saúde de sua instituição? SIM ( ) NÃO ( )

Busca informações científicas acerca do tema com outros membros da equipe de enfermagem de fora de sua instituição? SIM ( ) NÃO ( )

APENDICE C - Instrumento para Coleta de Dados – Roteiro grupo focal

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

PESQUISA SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM HOSPITAL GERAL

ROTEIRO – Grupo Focal

1. O que você acha da estrutura da UPHG?
2. Qual a necessidade em termos de conhecimento que vocês consideram uma prioridade para atuarem na enfermaria?
3. Que pontos fortes vocês identificam no cuidado prestado na enfermaria.
4. Que pontos vocês consideram que poderiam ser melhorados?

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 - 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 009/2018, de 31/01/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 30 de janeiro de 2018.

Protocolo CAAE: 79851417.0.0000.5393

Projeto: CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM HOSPITAL GERAL

Pesquisadores: Tarcísia Castro Alves
Margarita Antonia Villar Luis (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Margarita Antonia Villar Luis
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP