



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Patrícia Félix Santos Castro

**PRÁTICAS DE CUIDADO AO PACIENTE COM SOFRIMENTO MENTAL EM
HOSPITAL GERAL: um relato de experiência**

Belo Horizonte

2024

Patrícia Félix Santos Castro

**PRÁTICAS DE CUIDADO AO PACIENTE COM SOFRIMENTO MENTAL EM
HOSPITAL GERAL: um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Dra. Fabiana Érica de Souza

Belo Horizonte

2024

C355p

Castro, Patrícia Félix Santos.

Práticas de cuidado ao paciente com sofrimento mental em hospital geral: um relato de experiência. / Patrícia Félix Santos Castro. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

41 f.

Orientador(a): Fabiana Érica de Souza.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Hospital Geral. 3. Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral. I. Souza, Fabiana Érica de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM.27

Patrícia Félix Santos Castro

**PRÁTICAS DE CUIDADO AO PACIENTE COM SOFRIMENTO MENTAL EM
HOSPITAL GERAL: um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Dra. Fabiana Érica de Souza

Dra. Ana Regina Machado

M^a. Viviane Souza Maciel de Almeida

Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2024

Dedico este trabalho a todos os usuários da Rede de Saúde Mental, que nos ensinam sobre cuidado em todos os lugares por onde passam e dão forma, sentido, força, leveza e beleza à nossa luta.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a todos os usuários que encontrei neste caminho, que me possibilitaram estar próxima, enquanto pensávamos em formas de deixar a vida mais possível de ser vivida.

Agradeço também a todos os meus amigos de trabalho, que por diversas vezes, me impulsionaram a descobrir novas formas de estar/cuidar/escutar e faziam o dia a dia mais prazeroso. Em especial à minha equipe do Consultório na Rua, onde estive pela primeira vez como enfermeira.

Agradeço à Equipe de Saúde Mental (Amanda, Anderson, Andrea, Ariosto, Bianca, Fred e Geziel), aos residentes, ao Rafael, à Luiza e Izabella, à Diretoria e aos outros tantos colegas de trabalho que conheci no HMDCC. Este trabalho é sobre nós e nosso caminhar diário em busca de melhores ofertas de cuidado.

Agradeço aos meus amigos da ESP, que durante este dois anos fizeram os nossos dias de encontro serem especiais (e sempre intensos). As professoras e coordenadoras do curso, agradeço imensamente por se dedicarem a construir coletivamente um ensino diferenciado.

Agradeço à minha orientadora, Fabiana, que me conduziu com delicadeza e assertividade durante todo esse processo. Obrigada pela paciência neste processo, por me incentivar a sempre melhorar e pela acolhida nos momentos de angústia.

Aos meus amigos, que acolheram com mensagens, chamadas de vídeo, encontros esporádicos, mesmo quando eu não me fazia presente (eu realmente não respondo whatsapp). Esses amigos, que em sua maioria foram encontros felizes na RAPS, agradeço por me acompanharem nessa conquista.

Ao meu parceiro Guilherme, que por vezes ofertou carinho, paciência e café durante esse processo. À Aurora, que apesar de achar que eu estudo demais, respeitava meu tempo sozinha e às vezes se esforçava em ficar quietinha colorindo do meu lado. Vocês, o Dengo e as meninas sempre serão a melhor companhia de estudos e de vida.

E por fim, a minha mãe, Clara, que desde muito cedo me ensinou que os estudos me acompanhariam por toda a vida, que me ensinou sobre o cuidado e acolhimento. Obrigada por tudo, agora podemos dizer que terminei o TCC.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(Galeano, 2003)

RESUMO

A Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, propôs um novo modelo assistencial referente ao campo da Saúde Mental no Brasil. Em 2011 foi realizada a publicação da Portaria 3.088, que formalizou o hospital geral e os leitos de saúde mental, compondo a Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. Em 2012 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 148, com o objetivo de definir as normas de funcionamento, habilitação e financiamento dos Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral. Para além da implantação, este dispositivo apresenta grandes desafios no que se refere aos cuidados prestados e a execução de práticas considerando a singularidade do sujeito e direito do cuidado dentro do próprio território. Diante disso, este estudo é um relato de experiência que visa contribuir na reflexão crítica acerca da atuação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais instalados em grandes centros urbanos e, bem como descrever os processos de trabalho da equipe de saúde mental. Para tal foram descritos: o cenário; a equipe de saúde mental do HMDCC; a estrutura física do HMDCC; o processo de trabalho instituído para o cuidado dos usuários assistidos nos leitos de saúde mental; como se dá o acesso dos usuários ao serviço hospitalar; como se organiza o trabalho da equipe hospitalar com as referências territoriais onde os sujeitos são ou poderiam ser acompanhados; bem como os fluxos estabelecidos com a RAPS de BH para o acesso dos usuários. Tal relato trouxe à tona alguns desafios vivenciados, tais como: a necessidade de formalizar tal construção de forma detalhada com vistas à divulgação para o próprio município e possibilidade de reprodução em outros territórios; a importância que o serviço hospitalar se adeque para o acolhimento destes usuários de maneira eficiente, garantindo o acesso aos cuidados necessários e a alta hospitalar de forma referenciada; e a necessidade de maiores estudos sobre os Leitos de Saúde Mental, principalmente em cidades de grande porte, onde a RAPS local possui suporte de CAPS 24h e necessita construir parcerias diferenciadas com a Atenção hospitalar.

Palavras-chave: Saúde Mental; Hospital Geral; Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral.

ABSTRACT

The Law N° 10.216 of 2001, known as the Paulo Delgado Law, proposed a new care model for the field of Mental Health in Brazil. In 2011, Ordinance 3.088 was published, which formalized the general hospital and mental health beds, composing the Hospital Care of the Psychosocial Care Network. In 2012, the Ministry of Health published Ordinance 148, with the objective of defining the rules for the operation, qualification and financing of Mental Health Beds in the General Hospital. In addition to implementation, this device presents great challenges regarding the care provided and the execution of practices considering the singularity of the subject and the right to care within the territory itself. In view of this, this study is an experience report that aims to contribute to the critical reflection on the performance of mental health beds in general hospitals installed in large urban centers, as well as to describe the work processes of the mental health team. To this end, the following were described: the scenario; the mental health team of the HMDCC; the physical structure of the HMDCC; the work process established for the care of users assisted in mental health beds; how users access the hospital service; how the work of the hospital team is organized with the territorial references where the subjects are or could be monitored; as well as the flows established with the RAPS of BH for user access. This report brought to light some challenges experienced, such as: the need to formalize this construction in detail with a view to disseminating it to the city itself and the possibility of reproducing it in other territories; the importance of the hospital service being adapted to receive these users efficiently, guaranteeing access to the necessary care and hospital discharge in a referenced manner; and the need for further studies on Mental Health Beds, especially in large cities, where the local RAPS has 24-hour CAPS support and needs to build differentiated partnerships with hospital care.

Keywords: Mental health; General Hospital; Mental Health Beds at the General Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura física do HMDCC.....	26
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Composição da ESM por categorias e carga horária	34
Quadro 2 - Reuniões institucionais do HMDCC	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS / CERSAM - Centro de Atenção Psicossocial / Centro de Referência em Saúde Mental

CAPS AD / CERSAM AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas / Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas

CAPSi / CERSAMi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil / Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil

CINT - Central de Internações

CTI - Centro de Terapia Intensiva

eCR - Equipe de Consultório na Rua

ESM - Equipe de Saúde Mental

ESP - MG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais

GAERE - Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação

GRSAM - Gerência da Rede de Saúde Mental

HMDCC - Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

IRS - Instituto Raul Soares

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PRS - Procedimento Sistemático

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica

SUS - Sistema Único de Saúde

UDC - Unidade de Decisão Clínica

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1. Breve histórico sobre o cuidado da saúde mental no Hospital Geral.....	17
4 METODOLOGIA	20
5 RELATO DE EXPERIÊNCIA	
5.1 - Cenário de estudo	22
5.2 - O HMDCC e sua inserção na rede de saúde mental	24
5.3 - A Equipe de Saúde Mental no HMDCC e os cuidados ofertados	25
5.4 - A estrutura física e capacidade instalada do HMDCC	25
5.5 - Os Leitos Regulados de Saúde Mental	27
5.6 O processo de trabalho da equipe de saúde mental hospitalar - O atendimento da ESM via interconsultas	28
5.7 - O acesso do usuário ao HMDCC.....	29
5.8 - A avaliação inicial da Equipe de Saúde Mental	30
5.9 - O cuidado compartilhado entre a clínica médica e saúde mental	31
5.10 - A organização do cuidado da ESM durante o acompanhamento hospitalar	31
5.11 - A articulação da ESM com o território	33
5.12 - A Equipe de Saúde Mental e sua atuação interdisciplinar em um Hospital Geral	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 APRESENTAÇÃO

Para iniciar esse trabalho opto por escrever sobre minha trajetória. Tal escolha tem o objetivo de conduzir o leitor a compreender os caminhos que percorri, construindo o meu interesse na área da Saúde Mental.

Sou natural de Conselheiro Lafaiete, interior de Minas Gerais, onde morei com minha mãe e dois irmãos até os 17 anos. Em 2014, ingressei na Universidade Federal de Minas Gerais, para estudar Enfermagem. Durante minha trajetória na universidade, residi na Moradia Universitária, local que contribuiu para minha formação pessoal e profissional.

Durante os estudos, sempre me interessei em conhecer a oferta de saúde à populações vulnerabilizadas, com acesso dificultado aos serviços de saúde, que lidavam com diversas barreiras invisíveis, tais como o racismo, homofobia, transfobia, machismo, entre outros, sempre considerando suas intersecções.

Ao longo da graduação, ingressei em projetos de extensão e iniciações científicas em que me dediquei às temáticas de cuidados de pessoas em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de substâncias e às questões relacionadas ao aborto espontâneo. Cursei diversas disciplinas fora da grade curricular da Enfermagem, para que pudesse compreender melhor os fatores sociais que afetam algumas populações.

Sempre me questioneei o que poderia fazer enquanto enfermeira para que pudesse garantir - ou ao menos melhorar - o acesso à saúde, com tratamento respeitoso e eficaz, para tais populações vulnerabilizadas. A graduação me aproximou dos conhecimentos acerca do processo de saúde e doença, sobre a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as Políticas Públicas e sobre a importância do cuidado em rede e multiprofissional para a garantia de um cuidado integral. Além disso, me fez questionar nossos atuais problemas no SUS e os possíveis caminhos para enfrentá-los.

Em 2019 me formei em Enfermagem e logo em seguida iniciei minha trajetória profissional como enfermeira na Equipe de Consultório na Rua (eCR) de Belo Horizonte, onde pude aplicar os conhecimentos práticos apreendidos na universidade. Além disso, a atuação na eCR me proporcionou estar próxima de pessoas que estavam na luta pela garantia do direito à saúde. Neste trabalho, me alegrei e entristeci diversas vezes, vivenciei na prática o uso das tecnologias leves mencionadas por Merhy e Feuerwerker (2016), na qual a relação do trabalhador e usuário proporciona um processo de escuta, fortalecimento de vínculos e construção conjunta de um cuidado singular.

Na eCR iniciei minha prática da escuta, engatinhando em saber como se faz isso, como se escuta de verdade, como se dispõe para o outro, e o quanto é necessário, no processo de cuidado, valorizar e legitimar o que outro diz e quer para si. Compreendi que a escuta é uma prática que sempre pode melhorar e que seguirei aprendendo por toda a vida.

Depois de um ano trabalhando na eCR, iniciei também no Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM AD). Segui meu aprendizado da escuta, da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e no caminhar junto de muitos.

Apesar do desejo em permanecer na área da Saúde Mental, tal atuação também trouxe frustrações e inquietações diárias. Frequentemente realizava um grande número de atendimentos, conciliando dois serviços da RAPS BH. Lidava com a agenda lotada e a saída do serviço sempre com pendências para o dia seguinte. A urgência do dia a dia impossibilitava outras construções de cuidado, dificultava a busca ativa, a visita domiciliar ou uma reunião familiar que demandassem mais tempo. Além disso, os usuários por vezes apresentavam grandes fragilidades sociais, seja pela dificuldade em emitir um documento, receber um auxílio financeiro, se deslocar dentro da cidade ou conseguir uma vaga para acolhimento noturno. Ainda que fizesse diversas articulações com os serviços da Assistência Social, por vezes isso se mostrava insuficiente.

Após um período conciliando estes dois vínculos, finalizei minha atuação no CERSAM AD e ingressei como Referência Técnica na Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), serviço que compõe a Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte, presente em todas as nove regionais da cidade. Neste momento trabalhei na eCR e como Referência Técnica na mesma regional. Tal oportunidade, me apresentou a possibilidade de estar mais próxima do funcionamento dos Centros de Saúde, aprendendo sobre suas dinâmicas e desafios.

No mesmo ano, finalizei meu contrato na eCR. Me mantive na GAERE, e junto a este trabalho iniciei como enfermeira de apoio em um Centro de Saúde de BH. Tal lugar foi o que havia planejado desde meus últimos anos na universidade. Sem dúvida, a construção do vínculo e a lógica do cuidado no território me acompanhavam.

Em 2023, iniciei o ano nestes dois trabalhos. Em ambos me sentia muito realizada por trabalhar com algo que gostava e que me desafiavam para aprender mais. Estes serviços me proporcionaram aplicar o que já havia aprendido, considerando que a saúde mental é transversal a todos os serviços de saúde. No entanto, realizei um processo seletivo no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), para atuar como enfermeira da Equipe de Saúde Mental, e fui aprovada, sendo meu trabalho atual e que motiva esse relato.

Dos diversos caminhos que pensei para a minha trajetória profissional, trabalhar em um hospital não estava em meus planos. O desejo de atuação neste espaço, entretanto, se construiu quando conheci a proposta dessa equipe, que busca garantir o acesso das pessoas com sofrimento mental, e/ ou uso prejudicial de substâncias, aos serviços da atenção hospitalar. Concomitante ao início deste trabalho, iniciava também minha formação na Especialização em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP - MG). A inserção no espaço da ESP-MG e minha atuação no HMDCC trouxeram à tona o desejo de me debruçar sobre a atuação do prestador para com pessoas em sofrimento mental.

Diante disso, optei por realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso a partir de um relato de experiência, em que compartilho os aprendizados vividos, ao passo que analiso sua relação com as diretrizes do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte e o cuidado ofertado às pessoas com sofrimento mental e/ou uso de substâncias no hospital geral.

2 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo relatar minhas experiências enquanto trabalhadora de uma Equipe de Saúde Mental (ESM) no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), que possui Leitos de Saúde Mental. O desejo por compartilhar tais vivências surge inicialmente pela minha demanda em conhecer como outros serviços hospitalares organizavam seus processos de trabalho, incluindo desde a admissão do paciente até o momento da alta hospitalar e retorno para seu território de origem.

Após diversas pesquisas, percebi que o modelo efetuado pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), se diferencia em alguns pontos quando comparados aos serviços com o mesmo objetivo. Para além dessas diferenças, destaca-se que tais leitos inseridos no HMDCC, não são leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, ainda que se organizem conforme as orientações da Portaria 148/2012 (Brasil, 2012).

A Portaria nº 3.088 de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, normatiza os Leitos de Saúde Mental nos Hospitais Gerais como um ponto da Atenção Hospitalar (Brasil, 2011). Tal mudança buscava garantir o acesso do usuário ao hospital geral à medida que ocorria a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Ainda sim, é importante destacar que, de acordo com dados de Souza (2023), até janeiro de 2022, em âmbito nacional contávamos com 1969 Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais e 12.386 leitos em hospitais psiquiátricos, ainda sendo necessário muitos avanços para garantir a expansão dos Leitos de Saúde Mental e redução dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos.

Diante desse cenário, das potencialidades e desafios que se apresentam na qualificação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, compartilho minhas vivências dialogando com as literaturas existentes sobre o tema. Ao longo do trabalho irei descrever sobre o cenário de estudo, sobre os Leitos de Saúde Mental no HMDCC e como se dá a regulação, admissão, acompanhamento e a alta hospitalar; sobre o processo de trabalho da ESM; e sobre as articulações com os serviços territoriais.

Assim propomos este trabalho iniciando por um referencial teórico onde, brevemente, descrevemos sobre a evolução da saúde mental no Hospital Geral até as legislações que versam sobre este dispositivo a título nacional e estadual. Após, descrevo como se deu a metodologia de construção desta escrita. Em seguida, passamos ao relato de experiência em si e finalizo com minhas considerações sobre este trabalho, as reflexões que ele trouxe ao meu fazer profissional e pontuo alguns desafios que me foram possíveis de serem percebidos mediante este exercício teórico-prático-reflexivo proporcionado por minha inserção na Especialização em Saúde Pública da ESP MG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - Breve histórico sobre o cuidado da saúde mental no Hospital Geral

Antes de relatar sobre as experiências vividas no HMDCC, avalio ser de grande importância uma retomada histórica referente ao cuidado oferecido às pessoas com sofrimento mental no âmbito hospitalar. Essa análise contribuirá para as reflexões realizadas no decorrer do texto.

Os hospitais que hoje conhecemos como serviços de saúde, à época da Revolução Francesa (1789 - 1799), eram locais de residência para os desamparados, os que não possuíam sequer suporte familiar, os que não seguiam as normativas da sociedade e também para os enfermos (Amarante, 2013). Tais instituições, eram em sua maioria, coordenadas por entes religiosos. No início do século XIX, o hospital começa a ter a presença mais constante do profissional médico, com a lógica de medicalização e controle dos corpos. Um dos precursores na implantação destes cuidados no âmbito hospitalar foi Philippe Pinel, médico francês que se dedicou aos estudos psiquiátricos, com a ideia principal de que o isolamento social seria parte fundamental para os tratamentos em saúde mental, com base em cuidados que ele intitulava como tratamento moral (Oda; Dalgalarondo, 2004).

No entanto, o período pós-guerra se mostrou um marco relacionado aos questionamentos referentes ao cuidado prestado, com suas similaridades aos campos de concentração e a crescente demanda por este local, mostrava que havia necessidade de mudanças, surgindo a partir de então as primeiras ideias de reforma psiquiátrica (Amarante, 2013).

Das principais vertentes que pensaram sobre as formas de tratamento para a loucura, tivemos: as que compreendiam o hospital mais adequado para realizar o tratamento, porém que as práticas internas deveriam ser reformuladas; haviam os que compreendiam que o hospital deveria ser substituído por outros serviços de uma forma gradativa, porém com o hospital sendo o referencial para casos graves; haviam os que avaliavam a necessidade de buscar os sujeitos com potencial para desenvolver um sofrimento mental, considerando tal ação como preventiva - uma tentativa de erradicar tais transtornos. Para além destas, surge a vertente da Psiquiatria Democrática, que teve como referência Franco Basaglia. Esta, por sua vez, foi incorporando aspectos das diversas experiências, para a construção de um cuidado em liberdade, com assistência de qualidade e com compreensão sobre a complexidade de lidar com tal situação. A referência de Basaglia, trouxe pontos importantes para o cuidado às pessoas com sofrimento mental: a construção de uma rede de cuidado e a ampliação de outras formas de viver (Amarante, 2013).

No Brasil, em uma tentativa higienista de “limpar” a sociedade e retirar de circulação os usuários tidos como perigosos e imprevisíveis, surge com Dom Pedro II a criação do primeiro hospício brasileiro, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte, inaugurado em 1852 (Oda; Dalgalarrodo, 2004). Ainda no século XIX, foram construídas outras instituições similares no Brasil, com predomínio dos hospitais psiquiátricos no centro do cuidado. Em 1950, considerando as influências do período pós-guerra, os hospitais gerais começam a ser requisitados para o atendimento dos transtornos mentais dos soldados que lutaram na Guerra. Ainda sim, foi nas décadas de 1980 e 1990, impulsionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que se discutiu ainda mais sobre um cuidado comunitário e extinção das instituições asilares, ao passo que os hospitais gerais foram lentamente ganhando espaço para o cuidado aos usuários com sofrimento mental (Hildebrandt; Alencastre, 2001).

O movimento nacional somado às influências internacionais, já pautava sobre a necessidade de repensar sobre o modelo de atenção no campo da Saúde Mental. Apesar de não ter um consenso sobre quais seriam os moldes, o anseio era que houvesse melhorias no cuidado às pessoas com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de substâncias. Diante disso,

tivemos o marco da Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispunha sobre a proteção e direitos desses usuários, assim como propunha um novo modelo assistencial (Brasil, 2001). Vale ressaltar que tal legislação proibia os cuidados dos usuários em instituições com características asilares, indicando que a assistência deveria ser ofertada preferencialmente nos serviços comunitários.

Após esse período, diversos territórios se mobilizaram para construir os dispositivos que atendiam a este novo modelo. No entanto, é a partir da Portaria nº 336 de 2002, que o Ministério da Saúde dá orientações sobre o funcionamento dos CAPS em relação às funções do serviço, sobre as diferentes modalidades, sobre a estrutura física, equipe mínima e financiamento (Brasil, 2002). Tal política permitiu um avanço na implantação destes serviços no território brasileiro.

Em 2011 foi publicada a Portaria 3.088, que orienta sobre a conformação da Rede de Atenção Psicossocial, nomeando os dispositivos e suas funções (Brasil, 2011). Tal portaria recebeu muitas críticas do Movimento de Luta Antimanicomial, uma vez que formalizou as Comunidades Terapêuticas como ponto de cuidado que compõem a RAPS. Tal legislação também formalizou o hospital geral e os leitos de saúde mental, compondo a Atenção Hospitalar (Brasil, 2011).

Ainda com a necessidade de caracterizar como seriam os cuidados no ambiente hospitalar às pessoas com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 148 de 2012, com o objetivo de definir as normas de funcionamento, habilitação e financiamento do Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral (Brasil, 2012). Segundo as diretrizes, este serviço tem como função a "oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica" (Brasil, 2012, seção I, art. 2º, inciso IV). Sendo assim, esses leitos podem cumprir a demanda de hospitalidade noturna necessária aos CAPS/CERSAM que não possuem atendimento 24h, e/ou atender as demandas clínicas relacionadas à demanda clínica dos pacientes acompanhados pela Rede de Saúde Mental do território. Tal escolha será realizada a partir das características do território, com acesso regulado pela Rede de Saúde local, para além sua atuação deve ocorrer de forma integrada com outros serviços da RAPS e articulada com a Rede de Atenção à Saúde.

Em 2022, conforme apresentando no estudo de Coelho *et al.* (2022), Minas Gerais possuía sua maior implantação de Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral em municípios de pequeno porte, que não possuíam funcionamento 24h.

Vale destacar que após o Golpe de 2016 ocorreram diversas alterações nas legislações, com um grande impacto nas diretrizes de cuidado no campo da Saúde Mental. Uma delas foi a publicação da Portaria 3.588 de 2017, que, em relação aos serviços hospitalares, alterou os critérios de habilitação do Leitos em Saúde Mental no hospital geral. Dentre as mudanças trazidas estavam: condicionou o repasse financeiro à uma taxa de ocupação mínima de 80%; e alterou a quantidade mínima de leitos para habilitação, de quatro para oito (Brasil, 2017). Para além, aumentou o valor pago na diária em hospitais psiquiátricos.

A alteração da legislação base para a habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais impactou principalmente os municípios de pequeno porte, tal qual o cenário do Estado de Minas Gerais. Considerando as consequências nos cuidados às pessoas com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de substâncias, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais publicou a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.213, de 16 de setembro de 2020, que aprovou a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Tal legislação tinha como objetivo custear os Leitos de Saúde Mental que não eram mais passíveis de serem habilitados nas novas regras instituídas pelo Ministério da Saúde e que traziam muitos prejuízos às possibilidades de implantação deste dispositivo ao território Mineiro (Minas Gerais, 2020). Vale ressaltar que, conforme achados de Souza (2023), uma característica marcante do Estado é sua divisão política territorial em que 78,2% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes.

Ainda em 2023, a Portaria nº 3.588/2017 foi revogada. No entanto, o Estado de Minas Gerais mantém o custeio proposto aos serviços hospitalares não habilitados, mediante regras instituídas pela Resolução nº 8.693/2023 (Minas Gerais, 2023). Diante disso, o Estado custeia 150 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, além dos 381 habilitados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, considerando a existência dos dispositivos custeados com recursos estaduais e federais, a cobertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais é de 57%, considerando o parâmetro proposto pela Portaria 148 de 2012, de 1 leito a cada 23 mil habitantes (Souza, 2023). Em Minas Gerais, conforme achados de Coelho *et al.* (2022), este é o dispositivo da RAPS com menor cobertura assistencial, no entanto, é importante destacar que 53,8% dos Leitos de Saúde Mental estão situados em municípios de pequeno porte, que não possuem CAPS III.

Considerando todas as questões políticas que perpassam pela afirmação da Política Antimanicomial, é importante destacar a importância dos Leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais, principalmente em municípios que não possuem CAPS com funcionamento 24h (Coelho *et al.*, 2022). Para além da implantação, este dispositivo apresenta outros grandes desafios no que se refere aos cuidados prestados e a execução de práticas considerando a singularidade do sujeito e direito do cuidado dentro do próprio território. Assim como pontuado por Echebarrena e Silva (2020), se faz importante a realização de uma regulação dos leitos de Saúde Mental em hospital geral, de uma comunicação efetiva junto aos serviços do território, uma estrutura física adequada e profissionais capacitados para lidar com as especificidades dos usuários com sofrimento mental (Alves; Luis, 2020; Echebarrena; Silva, 2020; Souza; Ronzani; Martins, [2024?]).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que visa contribuir na reflexão crítica acerca da atuação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais instalados em grandes centros urbanos e descrever os fluxos existentes entre o hospital geral e os demais pontos de atenção da rede de atenção psicossocial.

Para tal foram descritos: o cenário (Hospital Geral, onde ocorrem as práticas deste relato) e a Rede de Saúde Mental do território de BH; a equipe de saúde mental do HMDCC; a estrutura física do HMDCC; o processo de trabalho instituído para o cuidado dos usuários assistidos nos leitos de saúde mental; como se dá o acesso dos usuários ao serviço hospitalar; como se organiza o trabalho da equipe hospitalar com as referências territoriais onde os sujeitos são ou poderiam ser acompanhados; bem como os fluxos estabelecidos com a RAPS de BH para o acesso dos usuários. O relato passa ainda pela descrição espacial e organizacional do serviço hospitalar e finaliza com reflexões sobre as possibilidades de melhorias percebidas e tecidas ao longo deste trabalho.

A escrita deste relato deu-se durante a realização do curso Especialização em Saúde Pública ocorrida entre fevereiro de 2023 até novembro de 2024. Tais registros deram-se pelo meu olhar, enquanto trabalhadora e coordenadora da equipe dos leitos de saúde mental do HMDCC, sob supervisão e orientação de uma pesquisadora da área de saúde mental com foco no estudo dos leitos de saúde mental de hospitais gerais.

5 RELATO DE EXPERIÊNCIA

5.1 - O cenário de estudo

Em relação a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH), o município conta com os seguintes serviços: na Atenção primária à saúde possui atendimentos em Saúde Mental nos Centros de Saúde e Consultório na Rua; serviços de Inserção social e Reabilitação psicossocial, com os Centros de Convivência, Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários e Arte da Saúde; possui Estratégias de Desinstitucionalização, com os Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa; e Serviços de Atenção Residencial Transitórias, como as Unidades de Acolhimento Transitório adulto e infantojuvenil (Belo Horizonte, 2022).

No que toca aos serviços de urgência, a PBH conta com oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM AD) e três Centros de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMi). Tais serviços funcionam diariamente, por demanda espontânea no horário de 07h às 19h. Todos contam com vagas para permanência noturna, caso seja necessário. Para além desses serviços de urgência, tem-se a Retaguarda Psiquiátrica Noturna, dividida entre o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), localizada em prédio compartilhado com o CERSAM AD Nordeste, e o serviço de Acolhimento Noturno do CERSAM AD Pampulha Noroeste. Estes dispositivos funcionam das 19h às 7h, sendo responsáveis pelo atendimento de todas as urgências psiquiátricas do público adulto do município, encaminhadas via SAMU, Polícia Militar, Centro de Operações do Corpo de Bombeiros, Hospitais, UPA e CERSAM. Esta rede de urgência ainda conta com o Plantão de Retaguarda Diurno, localizado no CERSAM AD Pampulha Noroeste, com funcionamento de 7h às 19h, aos sábados, domingos e feriados, com o objetivo de dar suporte às urgências do CERSAM / CERSAM AD, assim como acolher os casos encaminhados por outros serviços, como descrito anteriormente. As urgências psiquiátricas do público infantojuvenil são realizadas pelo CERSAMi Centro-Sul (Belo Horizonte, 2022).

No que diz respeito à Atenção Hospitalar, a PBH realizou em 2017, uma parceria com o HMDCC, definindo uma reserva de dez leitos para pacientes acompanhados pelo CERSAM/CERSAM AD e CERSAMi. Tais vagas destinam-se a pacientes que necessitam de internação hospitalar para investigação clínica e/ou tratamento (Belo Horizonte, 2022). Considerando que no fluxo de regulação instituído no território de Belo Horizonte, formalizado no Plano Municipal de Saúde (2022), o hospital não é um serviço porta-aberta, os

pacientes são encaminhados para o HMDCC direcionados pela Central de Internações da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CINT - SMSA/BH) ou diretamente encaminhados dos CERSAM / CERSAM AD e CERSAMi, sempre regulados pela Gerência da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte (Secretaria Municipal de Saúde, 2022) .

Vale ressaltar que o território de Belo Horizonte abarca o Instituto Raul Soares (IRS), serviço da rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que possui oferta de 116 leitos para o atendimento psiquiátrico de urgência, internação psiquiátrica de curta permanência para casos agudos, atendimento ambulatorial e psiquiatria forense (Minas Gerais, 2023). No entanto, mesmo se localizando na capital mineira, caso o IRS acolha pacientes residentes de Belo Horizonte, o serviço realiza contato com o CERSAM/CERSAM AD de referência para discussão e possível transferência de cuidados. Conforme a Lei 10.216/2001, as internações em hospitais psiquiátricos só devem ocorrer quando as estratégias de cuidados no território foram esgotadas.

Ressalta-se que não há dispositivos Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais habilitados pelo Ministério da Saúde no território de Belo Horizonte. Os atuais dez leitos do HMDCC são financiados com recursos municipais. Apesar de tal iniciativa ser construída com base na demanda do território e como uma proposta inovadora de cuidados no hospital geral, a não habilitação implica em maior dificuldade de conhecer os dados sobre os atendimentos realizados e refletir sobre os efeitos de tal política municipal.

O HMDCC (cenário de onde parte este relato) foi construído em 2015, por meio de uma Parceria Público Privada entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e a Sociedade de Propósito Específico, ONM Health. O HMDCC fica à cargo das atividades assistenciais e a empresa privada pelos serviços de apoio não assistencial e manutenção. O prestador é filantrópico, pois os serviços ofertados não possuem fins lucrativos (HMDCC, 2024).

Em 2015, quando iniciou suas atividades, o hospital contava com 47 leitos. Com o passar dos anos passou por diversas extensões, chegando à oferta de 460 leitos no segundo semestre de 2017, quantidade que se mantém até os dias atuais (HMDCC, 2024).

Dentre as ofertas do HMDCC, constam atendimentos para pacientes adultos nas linhas de cuidado clínico, cirúrgico e crítico, com as seguintes especialidades médicas: Cirurgia geral, Cirurgia vascular, Clínica médica, Medicina intensiva, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia, Psiquiatria e Urologia (HMDCC, 2024).

A instituição conta com um ambulatório, para atendimentos aos pacientes que necessitam de retorno ao hospital. Além disso, realiza parceria com outros serviços públicos para oferta de exames, como tomografias, colonoscopia, entre outros (HMDCC, 2024).

Retomando a parceria realizada para atendimento das pessoas com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de substâncias, o Hospital contratou uma equipe especializada para o acompanhamento em Saúde Mental durante estas internações. Cabe ressaltar que, apesar de inicialmente a equipe ter sido formada para atendimentos dos pacientes encaminhados pelo CERSAM / CERSAM AD e CERSAMi, esses profissionais também avaliam e acompanham, via interconsulta, pacientes que foram encaminhados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outros hospitais.

Esta construção visa garantir o acesso aos serviços ofertados na Atenção Hospitalar. Assim como apontado por Prado, Sá e Miranda (2015), os pacientes com sofrimento mental possuem maior dificuldade de acesso aos cuidados primários, seja por falta de acesso ou por serem descredibilizados em suas queixas clínicas. Para além, possuem maior risco de desenvolver comorbidades como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças infecciosas, seja pelo uso de múltiplas medicações e/ou por hábitos de vida não saudáveis, como uso do tabaco, alimentação e atividade ausentes (Prado; Sá; Miranda, 2015). A partir dessas evidências, a construção desse fluxo diferenciado, mostra-se como uma estratégia de equidade para os pacientes da Saúde Mental.

5.2 - O HMDCC e sua inserção na rede de saúde mental

Considerando o estigma e as dificuldades das pessoas com sofrimento mental e/ou que realizam uso prejudicial de substâncias acessarem os serviços de saúde (Ronzani, 2014), elaborou-se uma estratégia para garantir o acesso dessas pessoas ao serviço hospitalar. Sendo assim, em 2017, o HMDCC e a SMSA, mais particularmente com a Coordenação de Saúde Mental da época, realizaram uma pactuação que envolvia uma reserva de dez leitos clínicos para pacientes acompanhados pelos CERSAMs / CERSAMs AD / CERSAMis de Belo Horizonte. Este acesso seria, a princípio, pensando nas necessidades clínicas (clínica médica, neurologia, ortopedia, cirurgia geral, exames diagnósticos, entre outros disponíveis no HMDCC) e não vinculadas às situações de saúde mental mais diretamente (Belo Horizonte, 2022). Diante disso, destaca-se que a condição clínica é motivadora da internação, enquanto os cuidados da saúde mental entram como forma de garantir uma integralidade do cuidado. No entanto, é importante destacar que a condição clínica é avaliada juntamente com as condições associadas ao quadro de saúde mental do usuário, sendo assim, em diversos momentos compreende-se que algumas investigações e tratamentos clínicos que para pessoas sem sofrimento mental poderiam ser realizadas ambulatorialmente, para estes usuários, em

determinado momento da vida, os cuidados são possíveis a partir da internação hospitalar. Exemplos disso seriam as pessoas que necessitam fazer longos preparos para exames, como uma endoscopia ou colonoscopia, ou investigação de tuberculose pulmonar, que necessita de outros exames além da coleta do escarro e/ou precisam realizar isolamento respiratório, o que não seria possível dentro dos CERSAM/CERSAM AD/CERSAMi devido ao risco de contaminação de outros pacientes.

5.3 A Equipe de Saúde Mental no HMDCC e os cuidados ofertados

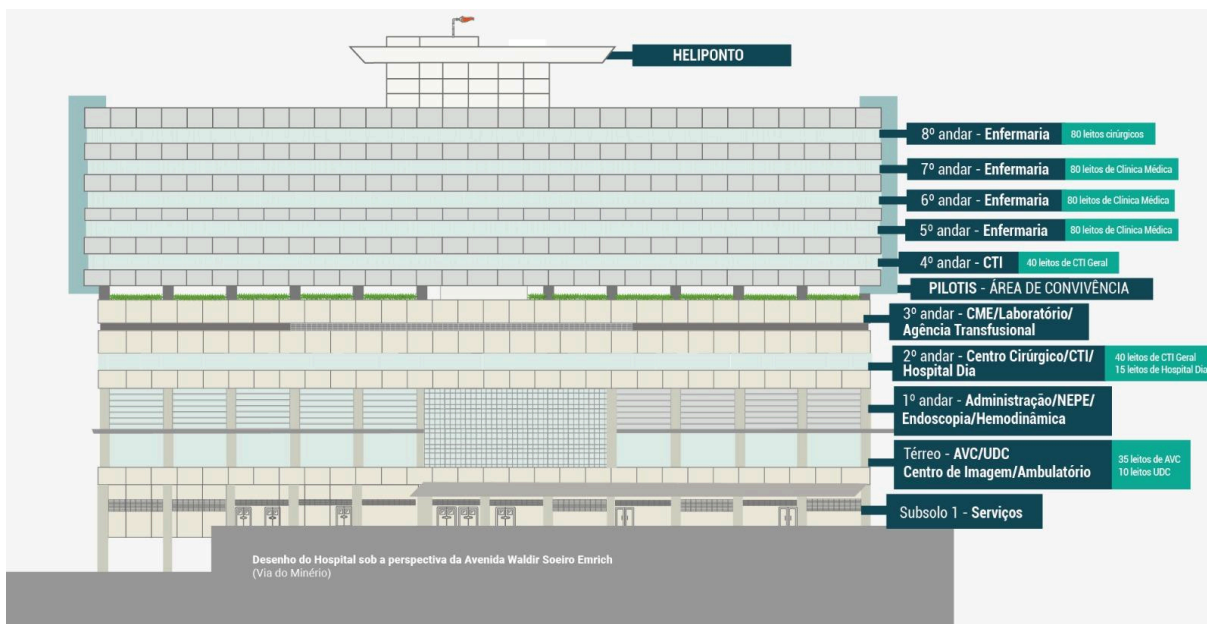
Atualmente faço parte da Equipe de Saúde Mental, como enfermeira e liderança, oferecendo assistência aos pacientes acompanhados e realizando as articulações com a GRSAM, Diretoria do HMDCC, organizando e sistematizando o cuidado ofertado por esta equipe.

De forma breve, essa equipe realiza atendimento a dois públicos. Primeiramente aos pacientes encaminhados via Leitos de Saúde Mental pelos CERSAM / CERSAM AD e CERSAMi, acompanhados pela Equipe de Saúde Mental durante toda a internação. Em segundo, temos os atendimentos solicitados via interconsulta, que se dividem em *Leitos Prioritários*, nos quais os pacientes demandam atendimentos frequentes da ESM; e *Avaliações pontuais*, cuja demanda passa por atendimentos breves da ESM, por curto período de tempo. Vale ressaltar que em todos os casos, a Equipe de Saúde Mental realiza atendimento compartilhado com a equipe assistencial, seja da linha clínica, cirúrgica ou crítica (HMDCC, 2024).

5.4 - A estrutura física e capacidade instalada do HMDCC

O prédio localizado no Bairro Milionários, região do Barreiro de Belo Horizonte, possui 13 andares e um heliponto. Ao todo somam-se 460 leitos, divididos da seguinte forma: 240 leitos de clínica médica, 80 leitos cirúrgicos, 80 leitos de Centro de Terapia Intensiva (CTI), 35 leitos para Acidente Vascular Cerebral (AVC), 10 leitos de decisão clínica e 15 leitos de Hospital Dia, distribuídos conforme a Figura 1.

Figura 1 - Estrutura física do HMDCC



Fonte: disponível no site do HMDCC, 2024.

A ESM atua em todos os andares assistenciais, sendo assim, realizamos atendimentos no Térreo, onde se localiza a Unidade de Decisão Clínica; no 2º andar, acompanhando alguns pacientes até o Bloco Cirúrgico, no Hospital Dia ou no CTI; 4º andar, onde temos outros leitos de CTI; 5º, 6º e 7º andar onde são internados os pacientes da Clínica Médica; e no 8º andar, onde são alocados os leitos cirúrgicos.

O CTI é alocado no 2º e 4º andares, com 40 leitos em cada andar. Os andares de referência para a Clínica Médica, 5º, 6º e 7º, possuem 80 leitos cada. O andar se divide em ala norte e sul, com 40 leitos por ala. Esta por sua vez, possui 20 enfermarias, com dois leitos em cada uma.

As enfermarias contam com duas camas, duas mesas-armários com apoio, uma mesa, um armário embutido, uma televisão e um banheiro. Entre as camas, uma cortina para que possa dar privacidade para ambos os pacientes.

Ao final de cada ala há um espaço de convivência chamado solário devido a vista para a cidade de Belo Horizonte. Neste local há poltronas, uma mesa e uma televisão. Por vezes a ESM utiliza esse espaço para reunir com pacientes, seja para atendimento com eles ou com os familiares, realizar atividades como pintura, desenho, cuidados de beleza (como corte de cabelo, aparar a barba ou pintar as unhas) ou jogar vídeo-game.

A área do pilotis, situada entre o 3º e 4º andar, é um espaço aberto onde é permitido aos pacientes acompanhados pela ESM o uso do tabaco e realizar algumas atividades como lanches coletivos.

5.5 - Os Leitos Regulados de Saúde Mental

Chamaremos o dispositivo leito hospitalar destinado aos usuários que nos chegam via acionamento dos serviços diversos da RAPS de BH, de Leitos Regulados. Isto pois, para além do processo de trabalho instituído para com estes usuários, a ESM do HMDCC também atua com os demais usuários que acessam as diversas clínicas que também são ofertadas por este mesmo prestador hospitalar. O usuário encaminhado via Leito Regulado de Saúde Mental permanece em acompanhamento pela ESM durante toda a internação e no momento da alta retorna, de forma referenciada e compartilhada, para o serviço que o encaminhou.

O acesso a estas vagas ocorre por meio da regulação realizada pela Gerência da Rede de Saúde Mental (GRSAM), a fim de compreender quais casos necessitam de atenção hospitalar: de maneira simples, os serviços de saúde mental da RAPS de BH, identificam a necessidade clínica, escrevem um relatório e o encaminham para a GRSAM. Após a análise realizada por coordenadores da GRSAM, recebemos o pedido de internação via um grupo de WhatsApp. Considerando a disponibilidade de leitos e atuação clínica disponível no HMDCC, informamos a data que o paciente pode chegar, entre segunda e sexta-feira, quando a ESM está no hospital.

Apesar de compreender que limitar a vinda destes pacientes para o ambiente hospitalar apenas no momento em que a ESM está presente poderia configurar como barreira de acesso, tal escolha foi tomada a partir da garantia de melhor cuidado desde a admissão. A avaliação da ESM fornece ao médico responsável informações necessárias para o planejamento do cuidado durante a internação, considerando um plano terapêutico mais assertivo e em menor tempo possível. Para além, destaca-se que tais pacientes não se encontram em urgência clínica, o que permite a espera durante os finais de semana.

Outra possibilidade de acesso, considerada e organizada juntamente à Central de Internação de BH, ocorre quando o usuário apresenta uma urgência clínica e é encaminhado para a UPA. Nesta situação, a GRSAM realiza contato com a equipe hospitalar do HMDCC, e em seguida, sinalizamos o caso à Central de Internações de BH (CINT-BH), indicando a disponibilidade em recebê-lo. Os usuários encaminhados desta forma chegam no HMDCC em

qualquer dia e horário, considerando a dinâmica de evitar a superlotação das unidades de urgência.

Atualmente, o fluxo se mantém desta forma, porém com um maior leque dos serviços que podem encaminhar os pacientes. Além dos CERSAMs / CERSAMs AD / CERSAMis, ampliamos para outros serviços da RAPS, como o Consultório na Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos e Equipes de Saúde Mental da Atenção Básica. Caso alguns destes serviços avaliem a necessidade de internação hospitalar, os mesmos realizam contato com a GRSAM para discussão dos casos, juntos os coordenadores.

Importante destacar que apesar de ter uma construção robusta, tais acordos permanecem em registro de atas realizadas em reuniões com a presença do HMDCC e GRSAM. Entretanto, ao longo da escrita deste trabalho, fui percebendo a necessidade de fomentar a formalização do fluxo via protocolo municipal, que nos garanta maior respaldo, disponibilize a informação para os serviços da rede de saúde de BH, permita a visualização de um projeto de cuidado diferenciado e que possa ser replicado em outros municípios. Isto pois, o acesso ao HMDCC e sua inserção na RAPS de BH, não consta formalizado no Plano de Saúde Mental de BH. Neste sentido, talvez este trabalho também se configure na primeira tentativa desta formalização sobre a inserção deste dispositivo na RAPS de BH.

5.6 O processo de trabalho da equipe de saúde mental hospitalar - O atendimento da ESM via interconsultas

Para além dos Leitos Regulados, a Equipe de Saúde Mental recebe a demanda interna do hospital, via interconsultas. Assim, após admissão e internação do paciente, caso a equipe responsável compreenda a necessidade de atendimento pela ESM, o profissional pode realizar uma solicitação por meio do nosso sistema eletrônico de prontuário: Tasy. Na solicitação, o profissional requerente deve informar a necessidade de atendimento.

Diferente dos pacientes admitidos via Leitos Regulados de Saúde Mental, os pacientes avaliados pela interconsulta, nem sempre necessitam manter o acompanhamento com a ESM. Sendo assim, muitas vezes realizamos apenas algumas orientações sobre melhores formas de manejo verbal e medicamentoso, indicamos o acompanhamento pela psicologia hospitalar ou orientamos procurar os serviços da RAPS após a alta hospitalar.

Em 2024 protocolamos o Procedimento Sistêmico (PRS) que estabelece o funcionamento desta equipe no HMDCC. Dentre as descrições constam os seguintes critérios para solicitação de interconsulta: 1) história prévia ou suspeita de transtorno mental e/ou uso

prejudicial de substâncias graves em crise psiquiátrica; 2) necessidade de auxílio para manejo verbal, ambiental e/ou medicamentoso, considerando as tentativas realizadas pela equipe assistencial se mostrarem insuficientes; 3) diagnósticos diferenciais relevantes para estabelecimento do cuidado, que envolvam a possibilidade de transtorno mental primário ou secundário a causas orgânicas (HMDCC, 2024).

Caso a descrição da interconsulta não contemple os critérios estabelecidos, respondemos com a recusa do atendimento ou solicitamos maiores informações. Por vezes, as recusas são realizadas no sistema e pessoalmente com o solicitante, considerando como uma oportunidade de auxiliar na melhor compreensão do nosso processo de trabalho e esclarecer as contribuições que podemos realizar. .

5.7 - O acesso do usuário ao HMDCC

Em relação aos Leitos Regulados, após a liberação da vaga, que costuma ocorrer num prazo de 24-48h, o paciente é encaminhado pelo serviço de saúde mental em transporte próprio até o HMDCC. Na sua chegada, o paciente é admitido na Unidade de Decisão Clínica (UDC), que realiza a primeira avaliação e nos comunica a chegada do paciente. Todos os pacientes encaminhados via Leitos Regulados são sinalizados desde a admissão, possibilitando o acionamento rápido da Equipe de Saúde Mental.

Após a avaliação do médico clínico da UDC, que envolve avaliação, revisão laboratorial e prescrição medicamentosa, o setor solicita o leito para a Central de Leitos do HMDCC. Após algum tempo de espera, que se relaciona com o processo interno de gestão de leitos, o paciente é direcionado para o leito em que permanecerá durante a internação.

É importante destacar, que a distribuição dos pacientes se faz a partir da disponibilidade de leitos. Sendo assim, não temos enfermarias especializadas ou andares reservados para os pacientes admitidos via Leitos Regulados. Ainda sim, considerando a estrutura física do hospital e o atendimento da Equipe de Saúde Mental em todos os setores, pacientes que necessitam de maior manejo e proximidade da equipe são direcionados para o 7º andar. Tal alocação ocorre considerando a grande extensão física do hospital e por utilizamos a sala de computadores deste andar. Atualmente, o processo de remanejamento de Leitos da Saúde Mental, ou seja, transferência de um setor para o outro, só pode ser realizado após a autorização da própria ESM. Tal regulação ocorre para evitar transferências desnecessárias ou mesmo a criação de uma ala destinadas aos usuários que acompanhamos, o que configuraria uma segregação de tais pessoas às demais clínicas hospitalares.

5.8 - A avaliação inicial da Equipe de Saúde Mental

Após a admissão no HMDCC o paciente pode ter sua avaliação inicial da ESM na Unidade de Decisão Clínica (UDC) ou quando já estiver no leito de internação. Essa variação do primeiro local de atendimento depende da disponibilidade da ESM em atendê-lo no momento da chegada e da necessidade de manejo desde a admissão. Por vezes, alguns usuários são admitidos com risco de evasão, sendo necessário abordagem rápida da ESM para manejo da situação. Tais manejos podem variar: em algumas situações ocorrem com a oferta de alimentos, oferta do cigarro, presença ao lado do usuário, a solicitação dos familiares ou medicações.

A primeira avaliação é de extrema importância para a construção de um projeto de cuidado desde a admissão. Sendo assim, essa avaliação, realizada pela ESM, busca compreender a história de vida daquele sujeito, o motivo do encaminhamento, sua relação com o serviço que o encaminhou, se possui suporte familiar e sobre as estratégias de cuidados que precisarão ser desenvolvidas durante a internação. Para além, se faz importante discutir com o responsável pelo manejo clínico, que irá nos sinalizar as propostas de investigação e/ou tratamento a nível hospitalar. Essa troca de informações com o médico responsável nos permite sinalizar as demandas clínicas informadas pelo serviço que encaminhou, esclarecer alguma dúvida sobre o cuidado que é possível no território e sobre as formas de manejo que iremos utilizar inicialmente.

O relatório realizado pelo serviço que encaminhou, em que constam as informações sobre o PTS do usuário e um pouco sobre sua história de vida, possibilita à equipe ter alguma dimensão sobre o acompanhamento do sujeito na RAPS. No entanto, sempre se faz necessário coletar a história com o próprio usuário, o que permite coletar mais informações, perceber o sujeito e como ele compreende sua situação de saúde e (re)pensar propostas de cuidados que considerem sua possibilidade de autocuidado, suas percepções sobre seu modo de vida, até mesmo para apoiar os demais serviços da RAPS em suas propostas de cuidado. Como afirmam, Dias; Ferigato e Fernandes (2020), a construção do cuidado deve ser elaborada a partir da própria história do sujeito, em que ele direciona os possíveis locais de aposta para o fortalecimento de uma rede de cuidados.

5.9 - O cuidado compartilhado entre a clínica médica e saúde mental

Durante toda a internação a ESM mantém discussões com a equipe clínica, cirúrgica ou intensiva responsável pelo paciente. Esse compartilhamento do cuidado é de extrema importância para que possamos alinhar um plano terapêutico único, que aborde as necessidades do sujeito internado.

Por vezes, os usuários encaminhados possuem dificuldades em relatar as queixas clínicas, de compreender a necessidade do tratamento indicado e/ou dos impactos destas questões em sua vida. Avaliar tais situações e discutí-las com o responsável clínico possibilita a construção de um plano que condiz com as necessidades daquele sujeito, de maneira singular.

Para melhor exemplificar tal situação: um paciente foi admitido com um relato impreciso de uma hemorragia digestiva baixa, com perda de peso e uma diarreia crônica. Na avaliação inicial do clínico, os exames não apresentaram sinais de risco, com indicação de realização de colonoscopia via ambulatorial. Quando em discussão com a ESM, informamos que o paciente em questão permanece em situação de rua, com uso prejudicial de álcool e acompanhamento irregular no CERSAM de referência. Diante dessa situação, por vezes, indicamos a realização do exame ainda na internação para que possamos garantir a realização do mesmo, visto que após a alta, esse sujeito terá muitas barreiras para realizar tal exame.

Em um estudo realizado por Rosa e L'Abbate (2020), o compartilhamento do caso e construção coletiva de um plano de cuidado foi relatado como ponto positivo na percepção dos profissionais do hospital geral. Além disso, o plano de cuidado construído de forma coletiva, se faz de extrema importância para garantir o acesso aos recursos que, fora do hospital, se mostram tão difíceis para estes sujeitos.

5.10 - A organização do cuidado da ESM durante o acompanhamento hospitalar

A rotina de cuidados da ESM se organiza a partir de um passômetro, uma planilha do Google Drive, em que são registrados todos os casos acompanhados e as novas solicitações de avaliação. Nessa ferramenta consta o nome do paciente, idade, leito, número de atendimento no sistema de prontuário eletrônico, data de admissão, motivo clínico da internação, serviço da RAPS que realizou encaminhamento, história breve do paciente, avaliação do dia, prescrição atual, critério de alta, data prevista de alta, plano terapêutico e cuidados de enfermagem.

Logo pela manhã realizamos a primeira discussão, quando dividimos quem avaliará cada paciente, se será necessário uma abordagem de vários membros da equipe, se temos que articular alguma alta, quem fará contato com os serviços ou com familiares. Neste primeiro momento, contamos com a presença do técnico de enfermagem da Saúde Mental, do psiquiatra do dia, do residente psiquiatra e do residente multiprofissional. Após essa reunião, nos dividimos nos atendimentos.

Um segundo momento de discussão dos casos atendidos acontece no início da tarde, quando nos reunimos novamente para compartilhar os atendimentos e as intervenções realizadas, assim como planejar as condutas que serão construídas no período da tarde. Nesta segunda discussão, contamos novamente com a presença do técnico de enfermagem da Saúde Mental, do psiquiatra do dia, do residente psiquiatra e do residente multiprofissional, a psicóloga e a terapeuta ocupacional. Muitas das reuniões com os serviços da rede de saúde e/ou assistência são realizadas neste turno, considerando a maior disponibilidade de horários.

A divisão dos atendimentos se baseia na descrição da interconsulta ou na avaliação do dia anterior. Dessa forma, compreendemos se poderá ser uma pessoa ou mais, quem possui transferência com determinado paciente (assim como a contratransferência), se há necessidade de ajuste medicamentoso e se iremos avaliá-lo pela manhã ou à tarde. Inicialmente, o paciente deve ter pelo menos uma avaliação diária, no entanto, a maioria dos pacientes, demandam diversos atendimentos ao longo dia, o que vai sendo dividido entre todos da nossa equipe, assim como com a equipe dos demais cuidados clínicos.

Os técnicos de enfermagem participam das reuniões, e durante a divisão dos atendimentos sinalizamos os cuidados necessários. Como exemplo: auxiliar a equipe assistencial a administrar medicação em um paciente mais resistente; estimular que o paciente tome banho no chuveiro e caminhe pelo hospital, acompanhar o paciente ao local que possa fumar, auxiliar no atendimento do paciente junto aos outros profissionais da equipe, auxiliar em momentos de agitação psicomotora, auxiliar a equipe na realização de algumas atividades como reunir e acompanhar os usuários para colorir, escutar música, jogar videogame ou fazer um lanche coletivo em outro espaço.

Os atendimentos ocorrem em diversos espaços diferentes, como no próprio quarto, no solário - área de convivência de cada ala - ou no pilotis - área aberta, localizada entre o 3º e 4º andar - A escolha depende das condições clínicas e da avaliação do profissional, considerando o local em que o paciente se sinta mais à vontade. Exemplo dessa situação seria um paciente persecutório, que prefere um local mais reservado pois sente que as pessoas estão ouvindo o

que ele diz, ou um paciente que se sente mais à vontade para conversar quando está no pilotis, no momento que está fumando.

Todos os atendimentos são registrados em forma de evolução no sistema Tasy, disponível para visualização de todos os profissionais. No passômetro, registramos as informações mais importantes do dia, como intercorrência clínica ou se demandou maior manejo.

Ao final do dia, realizamos uma nova impressão do passômetro para que o técnico de enfermagem da Saúde Mental noturno saiba quais os pacientes acompanhados, assim como quais as ações devem ser priorizadas no período noturno.

5.11 A articulação da ESM com o território

Quando o usuário é internado realizamos o contato com o serviço de referência para informar as propostas de cuidado intra-hospitalar e a possibilidade de alta. Após a admissão, o paciente deve ter seu plano traçado e compartilhado o quanto antes, para que a alta segura ocorra no menor tempo possível. Tal estratégia é validada como positiva em outros estudos que analisaram a comunicação efetiva entre os serviços relacionados a um menor tempo de internação (Souza; Ronzani; Martins, [2024?]; Silva; Ferigato, 2020). Apesar de ser de extrema importância informar esse plano em um menor tempo possível, ainda temos dificuldades de realizar contato com o serviços, sendo em alguns momentos realizado apenas para informar sobre a alta hospitalar. Compreendo tal situação como um desafio para a nossa ESM uma vez que fragiliza a continuidade de cuidados.

Durante as discussões realizadas em nossas passagens de plantão, procuramos compreender as prioridades de contato e outras articulações necessárias com o território. Como exemplo: paciente internado devido a uma lesão na perna esquerda, com sinais de infecção. Após a melhora da lesão e administração de antibiótico venoso, esse paciente poderá receber alta, no entanto, necessitará de cuidados para realização de curativos. Diante dessa situação, podemos propor a realização de uma reunião com o serviço da RAPS que encaminhou e o Centro de Saúde de referência para construir um plano de cuidados após o retorno ao território. Em algumas situações tais articulações podem ser realizadas por email, envolvendo todos os serviços que o acompanham no território. Essa estratégia corrobora com a ideia de descentralizar os cuidados das pessoas em situação de crise, uma vez que ampliamos os locais de atendimentos e neste mesmo sentido a pluralidade de intervenções (Dias; Ferigato; Fernandes, 2020).

No que diz respeito aos desafios na construção do cuidado compartilhado, têm-se: critérios de internação hospitalar pouco conhecidos pelos serviços da RAPS; a dificuldade de articulação com os serviços territoriais, seja no contato por telefone ou recebendo visitas no hospital geral, considerando que tal dificuldade aumenta considerando a distância física dos serviços; discordâncias entre o hospital geral e os serviços da RAPS sobre o tempo de internação necessário; alta rotatividade de profissionais; e internação prolongada devido a falta de dispositivos de saúde ou assistência que pudessem acolhê-los (Echebarrena; Silva, 2020; Alves; Luis, 2020; Souza; Ronzani; Martins, [2024?]).

5.12 A Equipe de Saúde Mental e sua atuação interdisciplinar em um Hospital Geral

Desde a sua formação, a Equipe de Saúde Mental já passou por diversas mudanças em sua conformação. Sendo atualmente composta conforme quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 2 - Composição da ESM por categorias e carga horária

Categoria profissional	Horários semanais
Enfermeira	40h
Psicóloga	40h*
Psiquiatras	56h
Terapeuta Ocupacional	30h
Técnicos de enfermagem	160h
* Esta carga horária não é exclusiva para atendimentos da ESM, mas também para os atendimentos da Psicologia Hospitalar do 7º andar.	

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

O cargo de enfermeira, o qual ocupo, possui função de liderança, como as tarefas gerenciais relacionadas à organização do processo de trabalho junto à ESM, articulação com os outros setores do HMDCC e articulações com a GRSAM, assim como a assistência direta aos pacientes acompanhados. A escala de segunda a sexta-feira, durante o dia, surge como uma proposta de horizontalidade para essa equipe e fortalecimento da continuidade de cuidado.

A psicóloga que compõem a ESM atua também no setor da Psicologia Hospitalar, não sendo uma profissional exclusiva desta equipe. Por outro lado, a terapeuta ocupacional é uma profissional que realiza atendimentos assistenciais apenas da ESM.

Os profissionais psiquiatras possuem diferentes cargas horárias e a escala foi construída a partir da análise dos dias em que possuímos maior demanda. Os profissionais que realizam 24h e 12h são contratos realizados pelo HMDCC e o profissional de 20h foi cedido pela Prefeitura de Belo Horizonte devido a Residência de Psiquiatra no HMDCC. A carga horária total destes profissionais totalizam 56h. Tal situação ocorre por diversos fatores, como: a necessidade de intermediação com as clínicas, considerando a interferência da medicação psicotrópica e sua relação com a situação clínica e a demanda por diagnóstico diferencial. Além disso, é necessário destacar que a instituição hospitalar ainda valoriza de forma diferenciada a presença dos médicos e sua conduta, com um modelo ainda centrado no saber médico.

Seguindo as diretrizes de cuidado do SUS, é notória a necessidade de enfrentar tal modelo de saúde curativista, valorizando o cuidado interdisciplinar e promovendo práticas de cuidado que vão além da medicalização. Conforme relatado por Paes *et al.* (2013), o hospital geral ainda possui grandes dificuldades em garantir a integralidade do cuidado considerando seu processo de trabalho ainda dividido por especialidades, fortalecido pelo modelo biomédico. Ainda sim, tal processo se dá a longo prazo e ainda necessitará de muitas ações coletivas, que envolvam a educação permanente, para que a ESM possa estabelecer relações de cuidado que ultrapassem a visão do corpo clínico em relação ao usuário com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de substâncias.

Completando a ESM, temos os técnicos de enfermagem, que realizam a escala 12x36h, estando presentes todos os dias e noites da semana. Inicialmente, esses profissionais foram selecionados por meio de remanejamento interno, selecionando profissionais que já trabalhavam no hospital e que possuíam maior habilidade no manejo com usuários com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de substâncias. Atualmente, esta seleção é realizada por meio de processo seletivo, que consta como critério obrigatório, uma experiência mínima de seis meses em serviços de Saúde Mental. Tal mudança foi proposta considerando que a experiência prévia contribui para a construção de um cuidado mais qualificado no ambiente hospitalar.

A seleção dos profissionais ocorreu a partir não só de suas categorias profissionais, mas considerando suas experiências como trabalhadores na área. Em sua maioria, são profissionais que fizeram Residência em Saúde Mental ou que trabalharam/trabalham em

outros serviços da RAPS. Tal formação se faz de extrema importância na compreensão sobre os serviços que compõem a rede de BH, o que impacta positivamente nas articulações feitas diariamente.

Além dos profissionais que compõem a ESM, contamos com a presença de residentes advindos da Residência Integrada em Saúde Mental (RISM), que inclui o Programa de Residência em Psiquiatria e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental promovida pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens e Prefeitura de Belo Horizonte, e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental promovida pelo Instituto Raul Soares.

Essa equipe, considerada como transversal a todas as linhas de cuidado, responde diretamente a Diretoria Assistencial do HMDCC. A partir disso estamos presentes em diversos espaços colegiados que constroem a ligação da equipe com outros setores do HMDCC.

Atualmente participamos das seguintes reuniões, conforme mostra o Quadro 2:

Quadro 2: Reuniões institucionais do HMDCC

Reunião	Data	Objetivo da reunião
Huddle	Segunda a sexta - 11h às 11h20	Passagem breve sobre todos os serviços assistenciais do hospital (ex: nº de pessoas aguardando vagas de hospital, pendências para alta, situação do bloco cirúrgico), pendências ou avisos importantes das equipes de Saúde Mental, Cuidados Paliativos, EMAD, entre outras)
Reunião com a assessoria da diretoria assistencial	Toda segunda - 16h às 17h	Reunião para discussão dos processos de trabalho da ESM (ex: avaliação dos processos de trabalho, organização de processo seletivo, articulação com a GRSAM, entre outros)
Colegiado Assistencial	Mensal	Reunião em que estão presentes todas as equipes assistenciais para discussão dos diversos processos de trabalho do HMDCC (ex: divulgação de novos processos de trabalho, pontuação e discussão sobre situações que interferem na qualidade e efetividade do cuidado, entre outros)
Colegiado Conjunto	Bimestral	Reunião em que estão presentes todos os setores do HMDCC para discussão dos diversos processos de trabalho (ex: divulgação de novos processos de

		trabalho, pontuação e discussão sobre situações que interferem na qualidade e efetividade do cuidado, entre outros)
Colegiado da Clínica Médica	Mensal	Reunião em que estão presentes todos as categorias que atuam na Clínica Médica para discussão dos diversos processos de trabalho (ex: divulgação de novos processos de trabalho, pontuação e discussão sobre situações que interferem na qualidade e efetividade do cuidado, entre outros)
Reunião intersetorial	Mensal	Reunião aberta para todos os profissionais do HMDCC, em que há apresentação de casos acompanhados e as estratégias de cuidado construídas, assim como reflexões do que poderia ser tido realizado

Fonte: elaborada pela autora.

A participação em tais reuniões se faz muito importante na relação com as diversas equipes que compõem o HMDCC. Isso nos permite compartilhar nosso processo de trabalho, assim como compreender o funcionamento de todos os setores, localizando com maior assertividade as parcerias que podem ser construídas e contribuir para uma maior qualidade na prestação de cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência teve como objetivo principal descrever sobre o funcionamento dos Leitos de Saúde Mental de um hospital geral em Belo Horizonte. Considerando a legislação brasileira sobre os Leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais e a necessidade de maiores estudos sobre o tema, observa-se a necessidade de formalizar tal construção de forma detalhada, com vistas à divulgação para o próprio município e possibilidade de reprodução em outros territórios.

Para além, seguindo as diretrizes de cuidado orientadas pela Rede de Atenção Psicossocial, se faz de extrema importância que o serviço hospitalar se adeque para o acolhimento destes usuários de maneira eficiente, garantindo o acesso aos cuidados necessários e a alta hospitalar de forma referenciada. A articulação de cuidados com o território é um dos maiores desafios no cuidado com a pessoa com sofrimento mental e /ou

uso prejudicial de substâncias. Tais dificuldades se intensificam quando não conseguimos contato com as referências do caso e/ou conciliar agendas com os serviços envolvidos. É importante destacar que o processo de internação hospitalar compõe a trajetória do usuário. O encaminhamento oportuno é de grande importância, assim como estar cientes das ações pensadas no ambiente intra-hospitalar e planejar o retorno de maneira cuidadosa.

Dentre outros desafios percebidos destaca-se a necessidade de um plano de educação permanente com a equipe do hospital geral, com o propósito de diminuir o estigma relacionado à pessoa com sofrimento mental. E por fim, destaca-se a necessidade de maiores estudos sobre os Leitos de Saúde Mental, principalmente em cidades de grande porte, onde a RAPS local geralmente possui suporte de CAPS 24h e necessita construir parcerias diferenciadas com a Atenção hospitalar.

A construção deste relato a partir da vivência no Hospital Geral e a Especialização em Saúde Pública me fez refletir sobre a importância de compartilhar essa experiência. A aplicabilidade de várias estratégias de cuidado citadas ao longo do texto, foram frutos de anos de construção, com diferentes usuários, profissionais e familiares, em um município de grande porte e com equipamentos bem estruturados. Diante disso, aqui se registrou algumas vivências, para que estas possam ser utilizadas, adaptadas ou excluídas do repertório dos diferentes serviços, em suas mais diversas realidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, Tarcísia Castro; LUIS, Margarita Antonia Villar. Unidade psiquiátrica em hospital geral: características de estrutura e organização. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, p. 3470, 2020. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3470>. Acesso em: 02 nov. 2024.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

BELO HORIZONTE. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (org.). **Instituto Raul Soares**. 2020. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/unidades-assistenciais-de-saude-mental/instituto-raul-soares>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BELO HORIZONTE. **Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) / Política de Saúde Mental em BH**. 2024. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 16 nov. 2024.

BELO HORIZONTE. **Rede de Atenção Psicossocial e a Política de Saúde Mental**. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnnibpcajpgclclefindmkaj/https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/guia-raps-rede-de-atencao-psicossocial_13-02-23.pdf. Acesso em: 17 nov. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União; 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das

práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 595-602, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/>. Acesso em: 26 out. 2024.

COELHO, Vívian Andrade Araújo *et al.* Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1895–1909, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Wwrw9YgxnMFmCWrlJhsVnc/>. Acesso em: 25 nov. 2024.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH>. Acesso em 23 nov. 2024.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 223-234, Outubro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cCy4ZZQXzHFS9rFQrxMLCDG/>. Acesso em: 26 out. 2024.

FERREIRA; Thayane Pereira da Silva *et al.* O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida x a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro. *In*: MERHY, Emerson Elias *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 96 - 99.

HILDEBRANDT, Leila Mariza; ALENCASTRE, Marcia Bucchi. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 167, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/4357>. Acesso em: 03 nov. 2024.

HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **Especialidades**. Disponível em: <https://www.hmdcc.com.br/especialidades>. Acesso em: 27 jun. 2024.

HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **Estrutura do Hospital**. Disponível em: <https://www.hmdcc.com.br/historia>. Acesso em: 27 jun 2024.

HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **História**. Disponível em: <https://www.hmdcc.com.br/historia>. Acesso em: 27 jun. 2024.

HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **Procedimento Sistêmico: Solicitação para atendimento da Equipe de Saúde Mental**. 2024.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MERHY, Emerson Elias *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59 - 72.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.213, DE 16 de Setembro de 2020**. Aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. Belo Horizonte, MG.

MINAS GERAIS. **Resolução N° 8.693, de 19 de abril de 2023**. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à manutenção de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Minas Gerais. **Protocolo e diretrizes assistenciais e de regulação de leitos de saúde mental em hospital geral e psiquiátricos**. Belo Horizonte, 2023.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental VII**, 1, 128-141. 2004. São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017778012.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2024.

PAES, Marcio Roberto *et al.* O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-735602>. Acesso em: 09 agosto 2024.

PRADO, Marina Fernandes do; SÁ, Marilene de Castilho.; MIRANDA, Lilian. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 320–337, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tBSnFh3BpD8xGZQH98zPb5M/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2024.

ROSA, Camila Castilho Machado; L'ABBATE, Solange. O Desafio Dos Leitos Em Saúde Mental Nos Hospitais Gerais: Contribuições Da Experiência De Jundiaí/SP. **Mental**, Barbacena, v. 14, n. 26, p. 1-19, Dec. 2022. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272022000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2024.

RONZANI, Telmo Mota. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores** / Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira; colaboradores Ana Luísa Marlière Casela ... [et al.] – Juiz de Fora : Editora UFJF, 2014. 24 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**. Belo Horizonte, 2022.

SILVA, Michelle Chanchetti; FERIGATO, Sabrina Helena. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. **Interface**, Botucatu. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SVc8SxVCYwtwg4WYyzbFqNM/>. Acesso em: 05 out. 2024.

SOUZA, Fabiana Érica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). **LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL: um estudo sobre as articulações com os CAPS e a continuidade do cuidado**. 2023. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

SOUZA, Fabiana Érica; RONZANI, Telmo Mota; MARTINS, Leonardo. Cuidados em CAPS para pessoas internadas em Leitos de Saúde Mental de Hospital Geral. **Estudos de Psicologia**, Natal, [2024?], no prelo.