UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Fabiana Érica de Souza

LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL: um estudo sobre as articulações com os CAPS e a continuidade do cuidado

Juiz de Fora

2023

Fabiana Érica de Souza

LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL: um estudo sobre as articulações com os CAPS e a continuidade do cuidado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins

Juiz de Fora

2023

Souza, Fabiana Érica.
LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL : um estudo sobre as articulações com os CAPS e a continuidade do cuidado / Fabiana Érica Souza. -- 2023.
132 p.

Orientador: Telmo Mota Ronzani
Coorientador: Leonardo Fernandes Martins
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Hospital Geral. 3. CAPS. I. Ronzani, Telmo Mota, orient. II. Martins, Leonardo Fernandes, coorient. III. Título.

Fabiana Érica de Souza

Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: Um estudo sobre as articulações com os CAPS e a continuidade do cuidado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 08 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof.ª Dra. Magda Dimenstein
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.ª Dra. Ana Regina Machado
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Dra. Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Érika Andrade e Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Deise Moura de Oliveira

Universidade Federal de Viçosa

Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa

Universidade de Brasília

Juiz de Fora, 19/04/2023.

Documento assinado eletronicamente por **Telmo Mota Ronzani**, **Professor(a)**, em 09/05/2023, às 15:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Magda Diniz Bezerra Dimenstein**, **Usuário Externo**, em 09/05/2023, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva**, **Professor(a)**, em 09/05/2023, às 19:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Fernandes Martins**, **Usuário Externo**, em 10/05/2023, às 00:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov**, **Professor(a)**, em 10/05/2023, às 11:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Ana Regina Machado**, **Usuário Externo**, em 05/06/2023, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1243602** e o código CRC **1D4E1D51**.

Dedico este trabalho a todos (as) profissionais do SUS, gestores e gestoras de saúde comprometidos (as) com a construção da saúde mental em nosso território e que resistiram bravamente aos últimos 6 anos sombrios de tentativas expressas de desconstrução da reforma psiquiátrica brasileira.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de mais uma etapa vencida, agradeço a todos os trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de saúde mental, gestores e gestoras municipais de saúde, profissionais e amigos da Gerência Regional de Saúde de Ubá, que sempre me acolheram com carinho, afeto, incentivo e acreditaram em meu trabalho. A todos e todas vocês meu eterno agradecimento por ajudarem e acreditarem nas lutas diárias que o trabalho em saúde mental nos exige.

Aos usuários dos serviços de saúde, agradeço por me permitirem crescer com suas histórias de vida, por me tornarem mais humana, por ensinarem tanto. Que possamos nos rebelar sempre!

Ao meu querido orientador, professor Telmo, que tanto admiro e respeito, agradeço a confiança, o incentivo, a paciência e principalmente agradeço por me permitir trilhar meus pensamentos, guiando-me sem impor e me acolhendo sem desesperar. Ao professor e coorientador, Leo, obrigada por estar conosco e nos apoiar neste trabalho. Aos professores e professoras que aceitaram o convite de participar como avaliadores e apoiadores deste nosso estudo, obrigada por compartilharem suas experiências e seu tempo e contribuírem para minha formação. Sou muito grata!

À Universidade Federal de Juiz de Fora, esta minha casa desde 2002, que me permite estar neste lugar de respiro, de inquietação, de luta e pensamentos diários, que não me permitem desistir nunca de acreditar na Saúde Pública de qualidade, no serviço público, na educação pública. Sou fruto desta escola e tenho muito orgulho de estar no melhor lugar.

Aos meus pais, agradeço pela vida, pelo carinho, por se orgulharem de mim e saibam que estarei sempre aqui para cuidar de vocês e buscar o colo quando eu precisar. Aos sobrinhos e sobrinhas: Natália, Isadora, José Augusto, Davi, Joaquim, Benhur e Isabela, desejo que possam ter as oportunidades que eu tive pra construírem um melhor lugar pra todos nós!

Às minhas amigas maravilhosas, amigas da vida, do trabalho e da saúde mental, que sempre acolhem minhas angústias, que possamos ficar velhinhas, resistentes e sempre rebeldes. À família que ganhamos pelo caminho, Nossa Tinha e Ziane, obrigada por estarem conosco e nos ajudar em tudo que precisamos.

Ao meu corpo e mente por sustentarem a loucura do desregramento que a vida de trabalho, estudo e família nos impõem. Às minhas flores, meu canto, meus cachorros, minha casa por me darem o suporte e tanto trabalho a ponto de ser refugo quando o mundo tenta dar rasteira.

Ao Vinicius, tão paciente, que me escuta, suporta as dificuldades e aceleração, o trabalho sufocante e minha agitação. Imagino que não seja fácil e agradeço por ter te encontrado Mô. Te amo.

À Minha Aidê! Ah Filha!! Você é razão disso tudo! Eu vivo com você, sou por você, meu orgulho, minha inspiração diária, minha vida inteira. Aonde você for, eu estarei lá e ainda que faça mil anos, ainda será minha. Te amo daqui da terra até à lua mil vezes ida e volta. Minhas vitórias também são suas e as suas minhas!

RESUMO

Introdução: A implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais a partir da lógica da atenção psicossocial, tem por base a crítica ao modelo manicomial de exclusão e a necessidade de integração da saúde mental com outras clínicas. Estes equipamentos constituem-se em espaços de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental, pensados na lógica do cuidado territorial, mas sua existência somente não garante que se desenvolva neles cuidados não manicomiais. **Objetivos**: Analisar as características associadas ao cuidado pelos serviços CAPS de usuários internados em leitos de saúde mental de hospital geral. **Método**: A partir de pesquisas em 749 Autorizações de Internação Hospitalar faturadas pelo Sistema Único de Saúde entre janeiro de 2018 a julho de 2019, nas microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé/MG, foram identificados os usuários que passaram por internação em cinco hospitais gerais que possuem leitos de saúde mental habilitados pelo Ministério da Saúde. Tal contexto caracteriza-se pelos leitos de saúde mental implantados na vigência da portaria 148/2012, onde são as equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que dão apoio às equipes hospitalares. As variáveis sociodemográficas, clínicas e de organização da Rede de Atenção Psicossocial foram captadas das autorizações de internações para compor o banco de dados inicial deste estudo. Outras variáveis clínicas (acompanhamento pelo CAPS antes da internação e se continuou cuidado após) e variáveis de organização da Rede Psicossocial (presença de articulação entre CAPS e leito durante a internação, presença de articulação para encaminhamento ao leito), foram colhidas nos prontuários de 10 serviços CAPS de referência daqueles usuários. A partir dos dados coletados nos CAPS criou-se um desfecho de interesse que se constitui nos cuidados recebidos pelas equipes CAPS antes, durante e após a internação nos leitos. Os dados foram analisados por meio de programa estatístico SPSS e Linguagem R. Através de análises multivariadas identificamos as variáveis que estiveram associadas aos cuidados ofertados pelas equipes CAPS. **Resultados:** Os leitos tem sido acionados para os atendimentos de agudizações do sofrimento mental, porém, na maioria das vezes os serviços CAPS não têm participado desta decisão sugerindo a persistência do recurso à internação em hospitais gerais nos momentos de crise. As ações realizadas durante a internação têm ocorrido ainda de forma frágil entre CAPS e equipes hospitalares. As variáveis que influenciaram em maiores chances de sujeitos internados em LSMHG receberem cuidados pelas equipes CAPS foram a reinternação, a duração da internação e o CAPS de referência deste sujeito. A ação mais ofertada pelas equipes CAPS para com sujeitos que passaram por internação foi o cuidado pós-alta. Acreditamos que estes leitos estejam provocando movimentos de mudanças nos territórios ao permitir a continuidade do cuidado pelas equipes CAPS aos sujeitos internados, porém há que se atentar para os riscos dos hospitais gerais e CAPS continuarem perpetuando a lógica do cuidado médico-centrado. Ademais são as direções das políticas municipais, estaduais e federais que podem contribuir para instituir equipes de saúde territoriais potentes e capacitadas para atuar numa lógica de cuidado psicossocial.

Palavras-chaves: Leito de Saúde Mental. Hospital Geral. Centro de Atenção Psicossocial. Cuidado.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of mental health beds in general hospitals is based on the criticism of the asylum model of exclusion and the need to integrate mental health with other clinics in search of comprehensive care. These equipment constitute spaces for expanding access to mental health care, thought in the logic of territorial care, but their existence alone does not guarantee that non-asylum care is developed in them. **Objectives:** This study aims to understand and analyze the factors associated with the care of users hospitalized in mental health beds in a general hospital. **Method:** Based on research in 749 AIH mirrors (Hospital Admission Authorization) billed by the SUS between January 2018 and July of 2019, in the health micro-regions of Ubá and Muriaé/MG, users who underwent hospitalization in five general hospitals that have mental health beds authorized by the Ministry of Health were identified. This context is characterized by the mental health beds implemented in the validity of ordinance 148/2012, where CAPS teams provide support to hospital teams. Sociodemographic variables (gender, race/color, age), clinical variables (CID, duration of hospitalization, reason for discharge, rehospitalization and procedure performed) and RAPS organization variables (CNES of CAPS, CNES of the hospital) were transcribed from the AIH's to compose the initial database of this study. Other clinical variables (follow-up by the CAPS before hospitalization and whether care continued afterwards) and RAPS organization variables (presence of articulation between CAPS and bed during hospitalization, presence of articulation for referral to bed, distance between CAPS and bed, presence of CAPS in the municipality of residence, number of beds implanted, presence of hospital bed in the municipality of residence) were constructed and collected in 10 CAPS services of reference of those users. From the data collected in the CAPS services, an outcome of interest was created, which constitutes the care received by the CAPS teams before, during and after hospitalization in the beds. Data were analyzed using the SPSS statistical program and R language. Through multivariate analysis, we identified the clinical, sociodemographic and organizational factors of the RAPS that were associated with the care offered by the CAPS teams to users. **Results:** The beds have been activated for the care of acute mental suffering, however, most of the time the CAPS services have not participated in this decision, suggesting the persistence of the use of hospitalization in general hospitals in times of crisis. The actions carried out during hospitalization have still occurred in a fragile way between CAPS and hospital teams. The variables that influenced the higher chances of subjects hospitalized in LSMHG receiving care by CAPS teams were rehospitalization, length of hospitalization and the CAPS of reference of this subject. The action most offered by the CAPS teams to individuals who underwent hospitalization was post-discharge care. We believe that these beds are provoking movements of changes in the territories by allowing the continuity of care by the CAPS teams to the hospitalized subjects, but it is necessary to pay attention to the risks of general hospitals and CAPS continuing to perpetuate the logic of medical-centered care. In addition, it is the directions of municipal, state and federal policies that can contribute to the establishment of powerful territorial health teams capable of acting in a logic of psychosocial care.

Keywords: Mental Health Beds; General hospital; Psychosocial Care Center; Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução do número de LSMHG de 2012 a 2017, Brasil.....46
Figura 2 - Evolução do número de LSMHG (código 87) *versus* número de leitos em Hospitais psiquiátricos (código 47) SUS no Estado de Minas Gerais, entre 2012 a 2022 47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização das variáveis do estudo e seus respectivos instrumentos de coleta de dados, Juiz de Fora, 2023 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de dispositivos LSMHG, cobertura percentual de LSMHG e número de leito de psiquiatria em Hospital Psiquiátrico por Estado, em dezembro de 2022 45
Tabela 2 - Distribuição do número de prestadores hospitalares e número de LSMG implantados em cada prestador hospitalar, em MG, em dezembro de 2022 48
Tabela 3. Características sociodemográficas de usuários internados em LSMHG, Microrregiões de Saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais, Brasil, jan/2018 a jul/19 (n=622).....66
Tabela 4 - Variáveis clínicas de usuários internados em LSMHG, Microrregiões de Saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais, Brasil, jan/2018 a jul/19 (n = 622).....68
Tabela 5 - Variáveis de organização da RAPS, Microrregiões de Saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais 70
Tabela 6 - Modelo hierárquico multivariado considerando o desfecho cuidado e variáveis associadas 71

LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CID – Código Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CT – Comunidade Terapêutica
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GRS – Gerência Regional de Saúde
HG – Hospital Geral
HP – Hospital psiquiátrico
LSMHG – Leito de Saúde Mental em Hospital Geral
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
RD – Redução de Danos
SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SES MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UAA – Unidade de Acolhimento de Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 18
2 INTRODUÇÃO 21
3 REVISÃO DA LITERATURA 25
3.1 A SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE CUIDADO E OS MODELOS DE ATENÇÃO 25
3.2 A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS RISCOS DE RETROCESSOS 26
4 A INSERÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES 33
4.1 A FUNÇÃO DO HOSPITAL GERAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – DEMARCANDO UMA COMPREENSÃO 38
4.2 INDICADORES ASSOCIADOS À ASSISTÊNCIA DOS LSMHG 39
4.3 A ATUAÇÃO DO HOSPITAL GERAL E CAPS NO CUIDADO DA CRISE 41
5 O CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL E LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL E EM MINAS GERAIS 44
6 OBJETIVOS 50
6.1 OBJETIVO GERAL 50
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 50
7 MÉTODOS 51
7.1 DESENHO DO ESTUDO 51
7.2 CENÁRIO DE PESQUISA 51
7.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE 54
7.4 COLETA DE DADOS NAS AIH'S 55
7.5 COLETA DE DADOS NOS CAPS 56
7.6 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS E ORGANIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 57
7.7 ANÁLISE DOS DADOS 63
7.8 QUESTÕES ÉTICAS 65
8 RESULTADOS 66
9 DISCUSSÃO 73
9.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ..73
9.2 ACHADOS E DISCUSSÕES SOBRE VARIÁVEIS CLÍNICAS DA AMOSTRA ...75

9.3 CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO DA RAPS EM ESTUDO 81
9.4 VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS CUIDADOS OFERTADOS PELAS EQUIPES CAPS 82
9.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 87
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 90
REFERÊNCIAS.....93
ANEXOS 102
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....102
Anexo 2 – Parecer do CEP sobre adendo da pesquisa 106
APÊNDICES 111
Apêndice 1 - Autorizações dos prestadores hospitalares para realização da pesquisa em espelhos de AIH 111
APÊNDICE 2 - autorização para realização da pesquisa junto à GRS de Ubá.....116
APÊNDICE 3 – Autorizações dos gestores de saúde e serviços CAPS 117
APÊNDICE 4 – Instrumento de coleta de dados nos serviços CAPS 126
APÊNDICE 5 – Resultados das análises bivariadas.....128

1 APRESENTAÇÃO

Desde a minha graduação em serviço social ocorrida em 2006, venho atuando na área da saúde pública. Minha primeira experiência na área da saúde deu-se logo depois da formação quando ingressei como residente em saúde da família vinculada ao Núcleo de Estudos, Assessoria e Treinamentos em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Nesta rica e privilegiada experiência como assistente social vinculada à uma Equipe de Saúde da Família (ESF), pude ampliar minha percepção sobre o conceito de saúde e vivenciar situações diversas que diariamente me faziam refletir o quanto nossa saúde física e mental está determinada pelas histórias de exclusões e possibilidades de acessos que políticas públicas bem estruturadas nos permitem.

Em 2008, quando ingressei através de concurso público na Secretaria de Estado da saúde de Minas Gerais (SES MG), iniciei minha atuação mais estreita com a saúde mental assumindo como referência técnica desta área na Gerência Regional de Saúde de Ubá (GRS Ubá). Tal atuação incluiu o apoio, incentivo e negociação com os gestores e profissionais para a implantação de dispositivos territoriais de saúde mental na Macrorregião de Saúde Sudeste. Já em 2009 e 2010, mobilizamos vários gestores, profissionais e usuários para participarmos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 2010. Estas mobilizações já provocaram movimentos pelos territórios das microrregiões de Ubá e Muriaé que também discutiam o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de moradores dos manicômios instalados nos municípios de Juiz de Fora e Leopoldina. Pude acompanhar e participar deste processo de encerramento destes manicômios, realizando estudos dos casos dos moradores destes locais, planejamento de redes de atenção que pudessem prescindir do funcionamento destes locais , além de capacitações e fomento à formação de trabalhadores e trabalhadoras de saúde para atuação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste período e considerando a minha fragilidade de vivências e formação para uma atuação consistente em saúde mental, usei como estratégia a busca de apoios por parte de profissionais mais renomados, com maior experiência e habilidades na área de saúde mental e com apoio desses promovíamos eventos, seminários, rodas de conversa e fóruns de discussão para pensar a RAPS das regiões de saúde com a qual eu atuava. E neste movimento, também fui me formando,

compreendendo as lutas da saúde mental, conhecendo atores da luta antimanicomial de Minas Gerais e do Brasil. Outra experiência que marcou minha formação na saúde mental foi a participação como tutora no Projeto Caminhos do Cuidado, projeto de capacitação direcionado para agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem para o cuidado em saúde de usuários de álcool e outras drogas, financiado pelo MS entre 2013 a 2015. Pude atuar como tutora na formação de ACS e ATENf's em mais de 10 municípios, além de desfrutar da formação realizada pela FIOCRUZ para esta atuação. Todas estas experiências faziam crescer o desejo por conhecer melhor a história da saúde mental brasileira e atuar nesta rede tão estigmatizada e ao mesmo tempo tão potente para a nossa formação e para quem dela necessita.

Como referência técnica em saúde mental, contribui e participei como integrante e representante da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais, Comissão vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, e representante do Grupo Condutor Estadual de Saúde Mental, órgão com representação tripartite com objetivo de discutir, formular e avaliar a implantação política estadual de saúde mental. Nestes espaços pude conhecer e me aproximar de atores políticos como o Fórum Mineiro de Saúde Mental e grandes nomes da Reforma Psiquiátrica Mineira como Martha Elisabete, Miriam Abou-Yd, Ana Marta Lobosque, entre outras, que foram trilhando minha formação e vinculação com as lutas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e o Movimento Antimanicomial.

Quando ingressei no mestrado em 2015, busquei compreender os efeitos que o Curso Caminhos do Cuidado poderia ter provocado nos ACS e ATENf's. Nesta trajetória acadêmica pude retornar à questão, tão cara ao Serviço Social e ao Movimento de RPB, de discussões entre desigualdade social e naturalização de problemas sociais para manutenção do poderio das classes dominantes, tendo como foco a discussão do uso de álcool e outras drogas. Todas estas aproximações e possibilidades foram moldando um desejo de militância em saúde mental, tanto na academia, quanto no dia-a-dia de minha atuação como referência técnica estadual e apoiadora de cuidados de saúde não-manicomiais.

Todas estas experiências foram permitindo a minha compreensão e aprendizados que me levaram também, como referência técnica de saúde mental, a conseguir apoiar diversas discussões de casos pelos territórios dos 31 municípios com os quais eu atuava, no sentido de apoiar cuidados de saúde mental vinculados aos

dispositivos de atenção psicossocial, fortalecer parcerias entre os atores intersetoriais, negociar com gestores e profissionais intervenções e sustentações de cuidados não manicomiais. Algumas vezes essas discussões identificavam necessidades de capacitações diversas ou mesmo de implantações de dispositivos ausentes. Nesta atuação, que estendeu-se de 2008 até 2020, pude apoiar e acompanhar a implantação de 12 CAPS, uma Unidade de Acolhimento de Adulto, 21 leitos de saúde mental em hospital geral (LSMHG), 4 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), além de vários Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Já a motivação por estudar o funcionamento dos leitos de saúde mental em hospitais gerais e sua articulação com os CAPS na trajetória do doutorado, partiu da angústia que vem ocupando os espaços políticos e sociais relacionados aos graves retrocessos evidenciados na saúde mental nacional desde o Golpe de 2016. Como referência técnica em saúde mental e integrante do Grupo Condutor Estadual de Saúde Mental, pude contribuir e compor grupos de trabalho para estudo e avaliação do funcionamento dos LSMHG do Estado de Minas Gerais e percebi o quanto de lacuna há no estudo e compreensão destes serviços. Ademais, estes dispositivos têm sido bastante impactados pelas recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), colocando em cheque a sua possibilidade de permanência e expansão. Assim, tendo participado da implantação destes nos territórios com os quais atuo e instigada pelo meu orientador, entendi ser necessário e possível realizar este estudo que pudesse clarear sobre o funcionamento e os impactos destes pelos territórios.

Por todos estes apontamentos informo que este trabalho não é um estudo ermo. Ele reflete uma trajetória pessoal, profissional, acadêmica e militante de um tema escolhido ou que me escolheu. É fruto de angústias, inquietações, construções e enfrentamentos profissionais e acadêmicos.

2 INTRODUÇÃO

A implantação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema único de Saúde (SUS), tem por base a crítica ao modelo manicomial de exclusão e a necessidade de integração dos cuidados em saúde mental com outras clínicas em busca da integralidade da atenção (HORTA et. al., 2015). Estes equipamentos nascem com a proposta de constituírem-se em espaços de cuidado da pessoa em sofrimento mental e/ou problemas advindos com o abuso de álcool e outras drogas, mediante a necessidade de práticas éticas, humanizadas, flexíveis e comprometidas com a manutenção dos usuários próximos de seus territórios. Nos mais diversos processos de reforma psiquiátrica existentes pelo mundo, os Leitos de Saúde Mental de Hospitais Gerais (LSMHG) sempre fizeram-se presentes (ECHEBARRENA, 2018).

No Brasil, grande incentivo à inserção do Hospital Geral (HG) como ponto de atenção na RAPS, deu-se em 2012, quando o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 148, amplia a capacidade de expansão destes serviços pelos diversos territórios e promove regras de financiamento diferenciado. Tal legislação propõe o pagamento de diária pré-fixada independente da taxa de ocupação, incentivando a curta permanência e a possibilidade de implantação de um leito de saúde mental a cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2012). Entretanto, a normativa é alterada em 2017, através da Portaria 3588, com exigência da taxa de ocupação mínima de 80% e definição de no mínimo oito leitos de saúde mental para sua implantação (BRASIL, 2017). Em 2017 também houve melhoria na remuneração dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e uma série de disputas voltam à cena entre investimentos em dispositivos territoriais e incremento aos hospitais psiquiátricos.

Em todo Brasil existem 1.969 leitos de saúde mental em hospitais gerais financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cujo código de reconhecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o 87 e 12.386 leitos de psiquiatria (código 47) em Hospitais psiquiátricos, de acordo com consulta realizada no CNES em dezembro de 2022 (DATASUS, 2022). Em Minas Gerais, a partir de 2012, houve aumento da oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais concomitante ao processo de fechamento de leitos de psiquiatria em hospitais psiquiátricos. De acordo com dados do CNES da competência dezembro de 2022, existiam no Estado

381 leitos de saúde mental habilitados pelo MS distribuídos em 84 hospitais gerais e 509 leitos de psiquiatria em hospitais psiquiátricos (DATASUS, 2022).

No Brasil, no ano de 2022, foram realizadas 194.968 internações para tratamento de transtornos mentais e comportamentais. Estes números correspondem a 1,68% do total de internações realizadas no ano (DATASUS, 2022). Em Minas Gerais este número foi de 18.765, sendo que 53,5 % destas internações foram realizadas em LSMHG. Esse percentual relacionado à morbidade hospitalar devido aos transtornos mentais e comportamentais e aos problemas decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, reforça a importância de estudos que busquem compreender como os dispositivos de atenção em saúde mental hospitalares se organizam e funcionam no âmbito da RAPS.

Especialmente nos anos de 2017 em diante, a PNSM tem sido alvo de disputas políticas, econômicas e ideológicas em detrimento das legislações firmadas até o momento que respaldam a condução de uma direção de saúde mental não manicomial. Dentre as questões que tem sido discutidas no âmbito da gestão desta política, e que tem sofrido retrocessos constantes nas legislações, encontram-se as normativas que corroboram para o incentivo à implantação e funcionamento dos LSMHG.

A portaria 3588/2017 trouxe modificações centrais em detrimento da implantação e expansão dos LSMHG: a exigência de número mínimo de leitos a serem implantados, a necessidade do médico especialista na equipe e a ocupação mínima de 80%. Ora, a proposta de implantar leitos de saúde mental na RAPS está vinculada à necessidade de cuidado integral próximo dos territórios de morada das pessoas e da possibilidade de o usuário continuar sob os cuidados da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mesmo quando a internação hospitalar se fizer necessária. Ocorre que, ao instituir um número mínimo de oito leitos, restringe-se a possibilidade de ampliação e cobertura noturna para acolhimento em saúde mental em vários territórios que não contam com população suficiente para implantar este número mínimo exigido. Ademais, ao se instituir uma ocupação mínima para os leitos de saúde mental, reforça-se a prática da internação mesmo quando esta não se fizer necessária e o caso puder continuar em acompanhamento por outros dispositivos da RAPS (SCHINEMANN; ZAMBENEDETTI, 2020).

Em 26 de dezembro de 2022 foi publicada a Portaria 4.596 que suspendeu o recebimento dos recursos de custeio de 633 leitos de saúde mental em todo o território nacional devido ao não alcance da ocupação mínima de 80% (BRASIL, 2022), o que

correspondeu à suspensão de financiamento de quase ¼ dos recursos nacionais destinados a estes dispositivos.

Diante de todo este cenário de disputas e ameaças de retrocessos, este estudo visa contribuir para pensar o funcionamento destes dispositivos de cuidado em saúde mental em territórios onde não são possíveis implantar o número mínimo exigido de 8 leitos, e onde os serviços CAPS e leitos de saúde mental existentes, ainda se configuram pelas regras da portaria 148/2012 que fora modificada pela portaria 3588 de 2017.

Acrescento que há uma escassez na literatura nacional sobre a temática do cuidado nos hospitais gerais, no que tange à saúde mental, especialmente no cenário mais recente. Também são escassos estudos que buscam identificar o usuário antes e após a internação ocorrida nestes dispositivos e as ações de saúde ofertadas pelos CAPS a estes usuários após a internação. São questões importantes que precisam ser estudadas e discutidas para propor políticas públicas benéficas para os usuários e familiares e que fortaleçam as ações de cuidado não manicomiais, que se respaldam pelos direitos humanos e respeito aos desejos de cada sujeito assistido.

Instigada por estas questões, iniciaremos com uma revisão bibliográfica, revisitando a discussão sobre como o modelo de atenção em saúde mental e o movimento de reforma psiquiátrico brasileiro estão intimamente ligados aos rumos dos acontecimentos históricos, políticos e sociais e como este processo vem se engendrando no contexto brasileiro e na atualidade. Nesta revisão retomamos a história da inserção dos cuidados em saúde mental nos manicômios e posteriormente nos hospitais gerais e a identificação dos movimentos antagônicos que pensam a função deste último na RAPS. Ainda neste capítulo, demarcamos como pensamos este dispositivo inserido em uma rede de atenção e quais as funções ele deve exercer nesta, em articulação com os serviços CAPS. Discutimos também alguns indicadores abordados na literatura que estariam associados à assistência nos LSMHG. Finalizamos o capítulo 3, trazendo a discussão sobre a atuação dos LSMHG e dos CAPS no atendimento às situações de crise em saúde mental.

No capítulo 4, trazemos o cenário de implantação dos LSMHG no Brasil e no Estado de Minas Gerais, fazendo um contraponto entre a evolução do número de LSMHG e a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos. No item seguinte deste trabalho, trazemos os objetivos. Depois, no método, esclarecemos sobre o cenário em que desenvolvemos nosso estudo, os critérios de inclusão, quem são

nossos participantes da pesquisa, como se deu a organização das variáveis, a proposta de análise dos dados e questões éticas. Em capítulo à parte trazemos os resultados deste estudo, em seguida a discussão dos nossos achados, encerrando este trabalho com as nossas considerações.

Esperamos que este estudo possa contribuir para clarear as possibilidades e necessidades de integração entre os LSMHG e equipes CAPS territoriais de forma a fortalecer a função destes dispositivos na RAPS em prol do cuidado em busca de maior qualidade de vida para as pessoas em sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE CUIDADO E OS MODELOS DE ATENÇÃO

Pensar o cuidado em saúde mental no campo da atenção psicossocial requer retomar os conceitos de Redes de Atenção em Saúde (RAS) cunhados por Mendes (2012): uma rede que propõe compartilhar de um objetivo comum; que deve ser poliárquica, não existindo hierarquia entre seus diversos pontos de atenção, pois todos os componentes são igualmente importantes para cumprir com os objetivos propostos; uma rede que propõe a continuidade de cuidado nos diversos níveis de atenção e neste sentido os diversos pontos precisam se comunicar; que deve balizar-se por práticas com evidências científicas comprovadas; que precisa estar conectada com a atenção primária para que esta consiga, com o apoio dos demais dispositivos, coordenar este cuidado.

No que tange à Rede de Atenção em Saúde Mental, formalizada em 2011 através Portaria 3088, sabemos que permanece o desafio relacionado ao modelo de atenção que guia a atuação em seus diversos dispositivos. Conforme identifica Moraes (2008), coexiste na prática e crença dos profissionais que atuam com a política de saúde mental, dois modelos: o de atenção psicossocial e o modelo de atenção psiquiátrico. De acordo com Paim (2003), modelo é uma espécie de lógica que orienta a ação. Para o autor, o modelo deve combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Assim ele deve organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde, a fim de resolver ou amenizar problemas ou necessidades de saúde.

No modelo de atenção psicossocial, a organização dos serviços de saúde não deve se dar a partir da classificação do perfil de seus usuários ou de suas “doenças”. Neste, a orientação é baseada nas necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, seu território, suas vivências e possibilidades. A integralidade compreende que o que deve ser cuidado é o sujeito e suas necessidades e não o seu diagnóstico. Isto posto, a atenção psicossocial deve estar associada à luta pelos direitos sociais, direito de moradia, trabalho, estudo, lazer, cultura, enfim, devem estar associados às intervenções que dizem respeito às necessidades subjetivas e

objetivas dos sujeitos com sofrimento psíquico juntamente com a sua comunidade (AMARANTE, 2007).

Já no modelo de atenção psiquiátrico, o foco é a doença que o sujeito possui e não suas demandas. Ao se ocupar da doença, o modelo psiquiátrico deixa de lado o sujeito que a vivência. Separa o corpo da existência e visa o retorno ao que está construído como “razão”. Neste sentido as ações se direcionam para “disciplinar” a vida social, para o controle, correição e punição dos que não se adaptam (AMARANTE, 2007). Assim, se justificam os espaços e estruturas necessários à esta correção e adaptação, pois o fazer da vida cotidiana já está dado e acabado e o que se trabalha é a adaptação dos sujeitos a este espaço e formas de vida ideais. Neste modelo de atenção, as práticas e o acesso às ações de saúde caracterizam-se como excludentes e seletivos.

Apesar de reconhecermos que não existem movimentos unívocos sem interesses diversos, trazer estes marcos sobre modelos de atenção e cuidado na RAPS é importante para demarcar de onde partirá nossas reflexões e nossas análises. Conforme nos orienta Amarante (2007), é preciso ter um norte e apresentar de qual lugar se fala. A forma inicial de se perceber algo conduz todas as nossas relações estabelecidas com esta coisa. Assim, a forma como os sujeitos compreendem e se posicionam frente aos modelos de atenção psiquiátrico e psicossocial refletem diretamente em como executam e direcionam a sua prática.

2.2 A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS RISCOS DE RETROCESSOS

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem íntima ligação com a luta pela democracia, pelos direitos das minorias excluídas, pelo direito universal da saúde e pela Reforma Sanitária Brasileira (AMARANTE, 1995). A década de 80 é marcada pelo início deste processo com o aflorar de vários movimentos e marcos que vão dando conformação ao cenário de construção do modelo de atenção em saúde mental brasileiro frente aos desenhos até então já experimentados ao redor do mundo. Porém, é importante demarcar que o movimento de RPB não se inicia de forma repentina ou a-histórica. Ele é fruto de intensos movimentos e questionamentos sociais e políticos e pela luta de usuários, profissionais de saúde e comunidade em geral que já vinham ocorrendo no país ao longo da década de 70.

São marcos de destaque a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no Rio de janeiro em 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental conhecido como “Congresso de Bauru”, a abertura do 1º CAPS em São Paulo e a apresentação do Projeto de Lei N. 3.657/89 (Projeto Paulo Delgado) que desencadeará na Lei 10.216 sancionada em 2001. Amarante (1995), considera que a I Conferência Nacional de Saúde Mental é um marco no movimento de reforma psiquiátrica brasileira devido à: a) renovação teórica e política do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM); b) devido a um distanciamento do MTSM com o Estado e as alianças mais tradicionais e; c) pela aproximação do MTSM com usuários e familiares.

É a partir da remodelagem do MTSM fortalecida na Conferência Nacional de saúde mental, que o grupo organiza outros eventos, instituem o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, chegando à realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em dezembro de 87, na cidade de Bauru. Este congresso também é marcado pela posição radical contra os manicômios, a favor dos movimentos populares, da classe trabalhadora e pela associação com os ideais da reforma basagliana, no que tange ao plano teórico e direção das práticas. No campo sociocultural, surgem os movimentos de usuários e familiares que se juntam ao MTSM fazendo o movimento sair do campo dos técnicos e das técnicas. Assim vai se constituindo as críticas à psiquiatria clássica, consolidando-se práticas inovadoras como o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira em SP no ano de 87 que influencia várias outras experiências pelo país. Também marca a trajetória de nossa reforma psiquiátrica, a intervenção ocorrida na Casa de Anchieta no município de Santos. Foi interditada e fechada mediante constatações de barbaridades e abusos. Seguiu-se neste município um processo de implantação de residências terapêuticas, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), associações de usuários, familiares e trabalhadores que certamente foram um marco para o processo de reforma em todo o país. A partir disso, o MS regulamenta e passa a financiar os serviços desta natureza (AMARANTE, 1995).

Uma série de acontecimentos históricos, culturais, sociais vão dando conformação ao processo de RPB. Como toda construção política, há uma série de lutas de interesse e influência, como a do MTSM, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) criada na década de 70, os interesses do setor privado, da indústria farmacêutica e os eventos e acontecimentos nacionais e internacionais que

vão dando conformação às políticas e experiências na área (GULJOR; AMARANTE, 2017). Com as repercussões em nível nacional de todos estes movimentos, é apresentado em 89 o projeto de lei sobre os direitos das pessoas acometidas com transtorno mental, ganhando força e adesão a direção para uma política nacional de extinção progressiva dos manicômios, com a substituição por serviços territoriais de atendimento. Porém, conforme Guljor (2013), a reforma psiquiátrica vai além da implantação de serviços de saúde mental. Ela abarca a construção de redes sociais no território que possibilitem às pessoas em sofrimento mental estabelecer relações extra serviços de saúde. Ela deve abarcar a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, mas concomitante um processo de construção de uma rede diversificada e integrada de serviços. Neste sentido, a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos representa importante indicador de reorientação do modelo assistencial.

Kilsztajn *et al*. (2008), ao pensarem o processo de reforma psiquiátrica, defendem que o processo de desmonte do poderio dos hospitais psiquiátricos com a redução ou extinção de seus leitos deve ser também acompanhada pelas ações de reinserção social[1] das pessoas desinstitucionalizadas, pela inclusão da saúde mental na atenção básica, além da necessária expansão dos serviços CAPS. Nesta perspectiva, também vai se consolidando no Brasil a propositiva de uma rede de serviços integrada e diversificada, abrangendo serviços de prevenção e promoção, serviços especializados de saúde mental, de acolhimento residencial, estratégias de desinstitucionalização e serviços de atendimento emergencial como os leitos de saúde mental em hospital geral.

---

[1] Sobre a questão do conceito de reinserção social, encontramos uma série de estudos que fazem a discussão crítica e problematizam essas discussões no âmbito do processo de reforma psiquiátrica brasileira e das ações voltadas a usuários de álcool e outras drogas (PAIVA, FERREIRA, MARTINS et. al., 2014; SAWAIA, 2014; SANCHES E VECCHIA, 2018). Paiva, Ferreira, Martins et.al. (2014) ao pensar o cuidado de usuários de álcool e outras drogas na RAPS, alertam que reinserir significa voltar para dentro o que estava de fora. Porém, mesmo que seja uma inserção à margem, ninguém fica de fora de uma conformação social, pois as pessoas usuárias de drogas, por exemplo, sempre existiram e fizeram parte da estrutura social. Quando a inserção social não é problematizada em sua base e compreendida a partir de sua função ideológica e hegemônica intencional, pode-se incorrer no erro de supervalorizar ou focar no fazer subjetivo com os sujeitos em detrimento da compreensão e atuação sobre os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais daquela conformação. Sawaia (2014) também contribui para esta reflexão e alerta que na compreensão dialética, todos nós estamos de alguma forma incluídos, mesmo que algumas pessoas estejam estrategicamente inseridos de forma indigna e perversa. Para o autor, qualquer análise ou atuação que não considere ou reconheça as bases desta inserção e suas contradições acaba por reproduzir essa mesma lógica de exclusão que a engendra, de forma a retardar ou não promover direitos sociais, humanos e questionamentos das bases da sociedade capitalista.

Observa-se que a RPB foi instituída tomando por base as teorias basagliana e foucaultiana, especialmente, sustentadas em um contexto de bem-estar social do contexto Europeu. Ocorre que este cenário de estado de bem-estar social não foi vivenciado em nosso país e está transferência do movimento antimanicomial, quando não se debruça para buscar estratégias políticas mais amplas e capazes de questionar a condução das políticas de forma mais geral, tende a responsabilizar os profissionais e suas práticas imediatas como se disso dependesse o avanço das políticas de saúde mental. Isso também pode limitar o enfrentamento político necessário ao avanço da RPB (VASCONCELOS, 2017). Neste sentido, é preciso compreender que o movimento de reforma psiquiátrica é um campo de lutas políticas e ideológicas que traz consigo o enfrentamento de ideais sobre liberdade, direitos sociais, cidadania e que, portanto, também carrega consigo a bandeira por uma transformação social (COE; DUARTE, 2017).

Em nenhum momento histórico da saúde mental em nosso país, observou-se uma unanimidade de práticas e experiências. Ora tivemos períodos marcados por uma direção nacional da política mais adepta ao desmonte de leitos nos hospitais psiquiátricos, com reforço de práticas e dispositivos comunitários, ora temos períodos de estagnação ou mesmo de direcionamento voltado ao reforço dos hospitais psiquiátricos e das práticas de exclusão e segregação. A disputa política e ideológica sempre esteve em cena (GULJOR; AMARANTE, 2017). Assim, é preciso considerar que mesmo em períodos de aparente harmonia entre os interesses das classes populares e o grupo político no poder, é importante manter a discussão política e as intervenções sobre o imaginário social em prol da sustentação de práticas humanitárias e do projeto de sociedade que se deseja alcançar.

Alguns autores pontuam críticas ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira e à Lei 10216, pois consideram que o movimento nunca rompeu com o modelo manicomial uma vez que trouxe como “prioritário” o tratamento nos dispositivos territoriais e que não garantiu a radicalidade pretendida pelo projeto original (YASUI, 2010; COE; DUARTE, 2017). Ademais, Coe e Duarte (2017) ainda pontuam que a institucionalização e normatização das práticas pela via dos regramentos ministeriais, tira do movimento de Reforma Psiquiátrica a sua capacidade inventiva de cuidados e as imputa às regras pré-definidas e moldadas. Os autores pontuam que é próprio da atenção psicossocial, criar cuidados a partir do novo, do que se apresenta e que, esta criação e cuidado, é que devem guiar a forma

de produção de saúde mental em cada contexto. Aqui uma questão posta é que, ao tomar lugar na ordem institucional do MS e tentar regulamentar funcionamentos, corre-se o risco de perder pontos chave da atenção psicossocial: a criação cultural, subjetiva e única em cada território.

Apesar de nunca termos vivenciado uma reforma estrutural no que tange à política de saúde mental e cuidado de usuários de álcool e outras drogas no Brasil, o Ministério da Saúde vinha sinalizando, desde a edição da Lei 10.216 de 2001, pelo enfraquecimento do poderio dos hospitais psiquiátricos e por uma política de cuidado a usuários de álcool e outras drogas, pelo menos no arcabouço normativo, com foco na Redução de Danos, conforme pode ser observado nos relatórios de gestão sobre os anos de 2003 a 2015 e relatórios da Coordenação Nacional de Saúde Mental do período (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a). Vale a ressalva que neste período, um retrocesso e desafio à política de Redução de Danos, foi a normatização de investimentos e incentivos à implantação de Comunidades Terapêuticas, dentro do Programa Crack é Possível Vencer (Brasil, 2012). Porém, a partir de 2016, as políticas de saúde mental no Brasil iniciam um processo intenso de acirramento nos direitos das pessoas com sofrimento mental e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Identifica-se uma tendência de retorno às políticas de exclusão, que sinalizam principalmente os hospitais psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas como dispositivos a serem fortalecidos. Isto dá-se não só pelo aumento dos recursos destinados a estes dispositivos, mas também pela inclusão nas legislações vigentes, de direcionamento explícitos neste sentido, a exemplo Lei 13.840 de 2019 e a “nova” Política Nacional Sobre Drogas de 2019 (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Não houve avanços na política de saúde mental desde o Golpe de 2016. O que os movimentos de resistência conseguiram foi, em alguns momentos, frear retrocessos ainda maiores e sustentar algumas direções nos serviços, mesmo que em alguns momentos tenhamos perdido as sustentações jurídicas antes conquistadas (MENDES *et al*., 2021). Assim também não houve ausência de Estado nos quatro anos deste último governo e sim um Estado atuando fortemente em interesse de setores da psiquiatria clássica e do capital.

Assim, as direções de cuidado integral e antimanicomial ficam cada vez mais fragilizadas mediante as debilidades e descontinuidade da rede de atenção

psicossocial na atualidade. Conforme nos aponta Vasconcelos (2017), é preciso reconhecer as implicações que o projeto político neoliberal vigente desde os primórdios da política de saúde mental brasileira e os interesses que se fizeram majoritários no governo desde 2016, trazem para a fragilização da luta e direção do modelo de atenção psicossocial na realidade brasileira, uma vez que este modelo está necessariamente implicado em garantia de políticas públicas universais e integrais.

A Portaria 3588, dentre vários outros pontos preocupantes propostos, retoma o hospital psiquiátrico como integrante da RAPS e aumenta o valor da internação hospitalar para estes dispositivos. Tal situação inviabiliza o fechamento destes locais, cujo processo de Reforma Psiquiátrica, desde seus primórdios nos diversos países, possui como foco substituir por serviços de base territoriais como os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Dentre as pretensões com esta normativa encontra-se o fortalecimento da indústria da loucura atendendo a interesses econômicos de classes específicas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Neste ponto não há nada de novo. Inúmeros estudos e uma consolidada base de evidências existem sobre a implantação da economia psiquiátrica ocorrida no Brasil nas décadas de 60 e 70 até anos 2000, que gerou lucros a uma categoria profissional específica, empregou parte considerável da população e serviu para depósito de indesejáveis sociais de toda sorte (BRASIL, 1992; MOREIRA, 1993; LANCMAN, 1997; GULJOR, 2013).

Na atual Lei de Drogas, Lei 13.840 de 2019 que alterou a Lei 11.343 de 2006, de forma muito clara se apresenta a perspectiva sustentada em nosso país nesses últimos anos para a organização da gestão pública, no que tange às políticas sobre drogas: retira de cena a organização da atenção pela redução de danos, fortalece o papel das Comunidades Terapêuticas e a abstinência como único caminho. A lei ainda reafirma o poderio do Ministério da Cidadania, como grande condutor das ações, retirando o papel central da saúde (BRASIL, 2019). Desde 2016 temos assistido em nosso país um retrocesso na condução da política de atenção psicossocial. Porém, esperamos para outubro de 2023, a realização da V Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta por sua vez, pode ter papel decisivo para os rumos da política nacional de saúde mental nos próximos quatro anos. Há um anseio e expectativa geral para que suas propostas sejam implementadas. Pelo

menos esta é a expectativa, tendo em vista a eleição do Presidente Lula que iniciou seu mandato em 2023.

Porém, o movimento de reforma psiquiátrica ou os rumos das políticas de saúde, sozinhas, não conseguirão de forma isolada, imprimir os rumos de um fortalecimento da saúde mental antimanicomial. É sabido que o modelo de atenção psicossocial, para sua efetivação, necessita contar com políticas públicas intersetoriais fortalecidas, que possam impactar diretamente em benefício da saúde mental de nossa população. Fortalecer o modelo de atenção psicossocial em detrimento do modelo de exclusão e aprisionamento das massas, requer investimentos e políticas em prol da redução de desigualdades sociais. Para sustentar a reforma psiquiátrica é preciso que as demais políticas sejam universais e não focalizadas, ou incorremos no risco de psiquiatrização das demandas para que os sujeitos possam ter acesso a outros direitos básicos (GOMES, 2017).

4 A INSERÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Em seu nascimento, o Hospital Geral (HG), não vislumbrou o cuidado em saúde. Sua função precípua foi recolher das cenas urbanas mendigos, desempregados e desorganizados de toda sorte. Em seus primórdios, serviu como espaço de exclusão e de correção moral (MONTEIRO, 2013).

Já em meados do século XVIII, vê-se que o HG volta sua função para o tratamento do corpo e neste momento a loucura é destinada à outro espaço: os asilos e manicômios. Por outro lado, a reclusão da loucura também tem seu início junto à segregação dos sobrantes e marginalizados do sistema capitalista de produção. A função inicial do manicômio não era o tratamento e sim a manutenção da ordem pública (HILDEBRANT; ALENCASTRE, 2001).

Esta delimitação nosográfica entre hospital geral e manicômio tem suas raízes tanto no entendimento de que o louco para ser curado necessitava de tratamento fora do convívio social como no distanciamento ocorrido entre a evolução das doenças físicas e mentais. Como o estudo e tratamento das doenças físicas e contagiosas evoluiu mais rapidamente do que o entendimento e atuação nas questões da mente, estas últimas foram afastadas do convívio e excluídas nos manicômios (PAES *et al*., 2018).

A primeira enfermaria de psiquiatria em hospital geral que se possui registro, data de 1728 em Londres. Outras experiências foram criadas, mas não sobreviveram, pois os recursos terapêuticos para o tratamento do sofrimento mental não evoluíram como as demais clínicas e o recurso que foi se firmando era o isolamento (BOTEGA, 2017). Nos Estados Unidos e no Canadá também houve registros de experiências de psiquiatria em hospital geral nos anos de 1902 e 1906 respectivamente, mas é principalmente depois da Segunda Grande Guerra que estas experiências vão se consolidando.

Assim, apesar de registros de atendimentos psiquiátricos em HG, é somente a partir dos questionamentos dos modelos manicomiais violadores e excludentes, e com os movimentos de reforma psiquiátrica, é que a saúde mental retornará ao espaço do HG como uma possibilidade de tratamento (MONTEIRO, 2013). Outro fator que impulsionou esta possibilidade de cuidado neste espaço foram as

experiências da Guerra e do pós-guerra, mediante a necessidade de tratamento de transtornos mentais dos soldados.

Botega (2017), acrescenta outros fatores que, para o autor, também contribuíram para esta inserção, como o redirecionamento e movimentos da política pública de saúde mental que passa a dar ênfase aos dispositivos comunitários e extramuros e o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas de cuidados. Neste ínterim, o hospital geral começa a ser inserido como dispositivo de reforma do modelo de atenção em saúde mental juntamente a outros serviços e experiências.

Assim, a trajetória e inserção da saúde mental no HG, em todas as partes do mundo, possui relação com os diversos movimentos e questionamentos que se encontram na base dos processos de reforma psiquiátrica. Esta aproximação entre cuidados de pessoas acometidas por problemas mentais e cuidados nos hospitais gerais deu-se nos diversos contextos, nacional e internacional, mediante a proposta de remodelagem dos modelos de atenção vigentes e da necessidade de romper com a lógica tradicional de exclusão dos hospitais psiquiátricos. Conforme Amarante (2007), os movimentos de reforma psiquiátrica instituídos pelo mundo buscam espaços, ora reformadores dos hospitais psiquiátricos (Experiências da Psicoterapia Institucional e Comunidades Terapêuticas[2]), ora substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos (Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva) ou ainda propõem instituir outros modelos sem os hospitais psiquiátricos como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

No prefácio da primeira edição do livro Loucos Pela Vida de Paulo Amarante (1995), Ernesto Venturini, Diretor de Saúde Mental de Ímola na Itália, atribui aos leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais a função de estratégicos no desmonte do poderio do hospital psiquiátrico. Paes *et al*. (2013), acreditam que a atenção em saúde mental no HG permite e incentiva um novo paradigma com ampliação das perspectivas de atenção em saúde mental considerando os aspectos psíquicos comportamentais, sociais e culturais juntamente com o biológico.

Outrossim, a instalação da atenção em saúde mental no HG traz várias vantagens no sentido de desconstruir as práticas de isolamento e exclusão, tais

[2] A experiência das Comunidades Terapêuticas aqui referidas, surge no período pós-guerra como experiências que vinham ocorrendo no sentido de tentar reformar o espaço do hospital psiquiátrico e marcadas pela adoção de práticas participativas e coletivas no espaço asilar (AMARANTE, 1995).

como: a redução do estigma com relação ao sofrimento mental; a proximidade e facilidade do acesso dos serviços à população, que por sua vez também favorece a continuidade da assistência; maior transparência e fiscalização evitando abusos e maus-tratos; trocas com outras especialidades médicas facilitando o cuidado integral das pessoas; possibilidades de melhores recursos diagnósticos e terapêuticos para as intercorrências clínicas; e impacto na formação de profissionais que passarão a ver, mesmo que na formação dentro de um HG, uma clínica voltada também para o cuidado de um sujeito que sofre questões físicas, psíquicas e sociais (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010).

Entretanto, identificamos dentre os estudos sobre LSMHG, que há compreensões e defesas diferenciadas quanto à função destes dispositivos e suas potencialidades. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) identificam a existência de dois movimentos distintos e antagônicos quando se pensa o espaço da saúde mental no HG: a psiquiatria clínica, que reafirma a especialidade como a área médica e trabalha com a necessidade das enfermarias especializadas de psiquiatria e o movimento de reforma psiquiátrica. Este último entende que o hospital geral é necessário como parte da rede de atenção em saúde mental, mas sem uma centralidade na mesma. Para o movimento da psiquiatria clínica, o papel do hospital geral, fica muito centrado na figura do médico especialista. Assim, apesar de estarmos refletindo sobre a atuação da saúde mental no mesmo espaço físico – o hospital geral – ela diverge a depender de qual modelo de atenção em saúde mental direciona a ação.

Botega (2017), que representa um dos autores brasileiros mais citados no que tange ao estudo da saúde mental no HG, elenca limitações aos leitos de saúde mental instituídos a partir de 2012. Para ele, estes serviços apresentam restrições para atender os “pacientes que necessitam de internação psiquiátrica”:

> Os pacientes que mais precisam de internação psiquiátrica são, justamente, os que não podem ser mantidos em leitos de saúde mental. Uma enfermaria de clínica médica não é adequada ao difícil manejo de pacientes psicóticos agudos, muitas vezes com transtornos comportamentais e agitação psicomotora. O mesmo se pode dizer em relação a pacientes que correm risco de suicídio ou de fuga, por exemplo. A capacitação profissional e o manejo diferenciado da equipe assistencial de uma UPHG *(unidade de Psiquiatria de Hospital Geral)* são imprescindíveis em situações como essas (BOTEGA, 2017, p. 5).

Para o autor, há casos mais graves que os CAPS III e os leitos de saúde mental em enfermarias clínicas não conseguem atender, devido à situação de estrutura e falta de equipe técnica específica e treinada. Neste sentido, o autor diferencia os leitos de saúde mental da Port. 148/2012, das enfermarias especializadas nos hospitais gerais. Para ele, estas enfermarias devem estar instaladas em alas de psiquiatria, sendo que somente esta última consegue oferecer assistência a alguns casos específicos como os citados na passagem supracitada. Acrescenta ainda que tanto na atenção básica como no HG é difícil diferenciar os transtornos mentais de outras condições de saúde, pois os fatores podem se confundir, interagir com outras condições clínicas, com efeitos de medicações, estilos de vida e questões sociais.

Botega (2017) sustenta ainda que há uma dificuldade dos demais profissionais médicos de identificarem questões referentes à saúde mental nos hospitais gerais. Para ele, isso seria fruto de vários fatores como: o foco nas doenças físicas; o olhar médico biologicista que impera no ambiente hospitalar, que busca por sintomas visíveis ou identificáveis no corpo; a falta de tempo e a organização do espaço físico no HG, que dificulta o contato e diálogo com o paciente.

Compreendemos que tais colocações se sustentam pensando em uma atuação que desconsidera o sujeito, seu contexto e suas manifestações, e ainda uma atuação com foco no diagnóstico e na busca pelo estado de retorno a uma pretendida “normalidade” para os sujeitos em sofrimento. São sustentações que, na nossa compreensão, insistem em retomar a necessidade de ter um espaço e profissional específico para o “cuidado” do sofrimento mental, o qual já conhecemos o poder ideológico, político e prático de iatrogenia e exclusão. De fato, como pontuam vários estudos (DIMENSTEIN *et al*., 2012; ZANARDO *et al*., 2017; ECHEBARRENA, 2018) há uma série de necessidades de melhorias nos espaços físicos dos hospitais gerais, além da necessidade de capacitação e formação profissional para o atendimento em saúde mental neste local de atuação. No mais, permanecem o estigma e resistência histórica e cultural nas práticas de cuidados às pessoas com sofrimentos mentais e problemas advindos pelo abuso de drogas (ECHEBARRENA, 2018), mas utilizar tais desafios que são vivenciados em todos os dispositivos para justificar práticas que insistem em definir um profissional específico e a necessidade da internação para supressão de sintomas, não são práticas

sustentadas pelo modelo de atenção psicossocial. Compartilhamos do entendimento de autores como Silva e Ferigato (2020) e Schinemann e Zambenedetti (2020) e acreditamos que os leitos de saúde mental, implantados em conjunto com uma rede de atenção, em parceria com as equipes dos CAPS, aliadas às ações de intervenção sobre os territórios, que trabalhem de fato práticas de reabilitação psicossocial juntamente com políticas sociais de manutenção da vida e da cidadania, são conduções que se aproximam de práticas da atenção psicossocial e dos anseios do movimento da RPB.

Importante frisar também que as características históricas do atendimento dos serviços hospitalares – acionamento nas urgências, respostas reativas nos momentos de agudização, focando nos sintomas e diagnósticos – é outro desafio para o cuidado em saúde mental nos hospitais gerais. Jardim e Dimensteim (2007) referem que o modo de funcionamento dos serviços de urgência e emergência, historicamente impossibilitam o avanço no cuidado nos momentos de crises, pois não valorizam ou desejam o vínculo, não consideram a complexidade do sofrimento, focam o atendimento nos sintomas, não conseguem atuar garantindo a autonomia do usuário e desconsideram a potencialidade da crise enquanto um momento de possibilidade de mudança e transformação do sofrimento.

Outro desafio a se considerar para o cuidado da saúde mental no Hospital Geral está atrelado ao fato de, em nosso país, estes dispositivos que prestam assistência ao SUS, serem majoritariamente de interesses privados (Monteiro, 2013). Echebarrena (2018) também identificou este desafio no contexto de cuidado de LSMHG no Estado do Rio de Janeiro, pois o fato destas instituições dependerem de uma gestão financeira mais enxuta para alcançar a sustentabilidade ou o lucro, choca-se com as necessidades de um cuidado integral que exige equipes bem dimensionadas, recursos físicos, materiais e humanos de qualidade, além de tempo e disposição dos profissionais para ofertar práticas singulares, humanizadas e acolhedoras. Monteiro (2013) pondera que o modo de funcionamento destas estruturas – geralmente conduzidas por empresas privadas, com contratações precárias, pouco ou nenhum espaço de educação permanente – apresenta-se como desafio à atuação esperada pela atenção psicossocial.

Porém, estas pontuações são importantes a título de reconhecer as adversidades no que tange ao cuidado em saúde mental nos LSMHG, mas compartilhamos com Dimeinsteim *et al*. (2012) o entendimento de que, os hospitais

gerais, juntamente com os serviços CAPS, são estratégicos e essenciais na sustentação da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente nos contextos de ausência de serviços de atenção 24 horas. Porém não falamos somente de uma substituição assistencial do lugar para tratar a loucura, mas sim de um movimento de transformação social em diversas dimensões.

4.1 A FUNÇÃO DO HOSPITAL GERAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – DEMARCANDO UMA COMPREENSÃO

Considerando as diferentes abordagens encontradas na literatura para definição do papel do hospital geral na rede de saúde mental, demarcamos nossa compreensão sobre este dispositivo alinhados às perspectivas de Dias, Gonçalves e Delgado (2010). Compreendemos como princípios básicos para a orientação sobre o uso dos LSMHG em HG: o atendimento integral às pessoas em intenso sofrimento psíquico, incluindo aquelas com transtornos devidos ao uso de substancias psicoativas (SPA); o funcionamento articulado com os demais pontos de atenção, que devem se comunicar e estabelecer momentos de compartilhamento e construção de casos; a regulação de acesso a partir de critérios clínicos e de gestão; a atenção que deve ser desenhada para um território definido e articulado a outros dispositivos; a qualificação da equipe de saúde hospitalar para o atendimento integral com respeito aos direitos humanos e necessidades de cada indivíduo; a interdisciplinariedade que pode dar-se por uma equipe multi na própria instituição hospitalar, mas que deve também ser apoiada pela equipe do CAPS territorial; os objetivos que devem ter foco na inserção social das pessoas atendidas; a busca da continuidade de cuidados pós-hospitalar junto à RAPS territorial; o compartilhamento e construção conjunta dos planos e metas de cuidado com usuários, seus familiares e território e; a proposta dos leitos se constituírem em retaguarda noturna em períodos em que os CAPS 3 não estão funcionando ou quando eles não existirem.

Independente da modalidade da internação, ela deve observar os critérios obrigatórios nas legislações, visando resguardar os direitos das pessoas em sofrimento mental e/ou problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas: a internação necessita ser precedida por avaliação médico-psicológica e social; a pessoa deve receber atendimento individual; é necessária a abordagem à família; a organização da alta com a participação dos dispositivos comunitários e

contexto familiar; a garantia da continuidade do cuidado de acordo com as necessidades em cada caso e; a indicação da internação somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001; SILVA *et al*., 2014).

Tanto nas normativas instituídas pelas legislações vigentes, quanto pelas discussões e estudos relacionados ao tema, é consenso que o HG necessita ser um ponto de atenção vinculado aos serviços da RAPS - como as Unidades Básicas de Saúde, os CAPS e os SRT, serviços de base territorial - e que as internações realizadas nos hospitais gerais devem ser também acompanhadas pelas equipes de saúde mental comunitárias através de matriciamentos, discussões clínicas, suporte dos casos atendidos, visitas aos usuários hospitalizados e elaboração de planos de cuidado em parceria com a equipe hospitalar e demais serviços da RAPS (BRASIL, 2012; ECHEBARRENA, 2018). Os leitos de HG devem oferecer apoio em internações de curta duração, possibilitando e ampliando as ofertas para casos de intenso sofrimento, intervenções em quadros clínicos que necessitam do suporte hospitalar e a continuidade e/ou acesso aos serviços de saúde existentes em cada território (ZANARDO *et al*., 2017).

4.2 INDICADORES ASSOCIADOS À ASSISTÊNCIA DOS LSMHG

No que tange à assistência prestada na atenção hospitalar em saúde mental no HG, alguns indicadores são comumente apresentados nos estudos e documentos oficiais como marcadores de avaliação assistencial, sendo eles: o tempo médio de permanência ou duração da internação (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; CARVALHO *et al*., 2019); o número de reinternação em determinado período de tempo, também conhecido como *Revolvingdoor* ou porta giratória (ZANARDO, SILVEIRA *et al*., 2017; SCHINEMANN; ZAMBENEDETTI, 2020); e a proporção de leitos hospitalares existentes por habitante (COELHO, 2022; WHO, 2022). Compartilhamos ainda com Zanardo *et al.* (2017) que a avaliação das articulações entre equipes da RAPS durante e após a internação também representa um indicador relacionado à essa assistência em LSMHG.

Chama-se fenômeno da porta giratória as repetidas e frequentes reinternações devidas a transtornos mentais, comportamentais e uso de drogas ocorridas para uma pessoa em um curto espaço de tempo (MACHADO; SANTOS,

2011). Não há um consenso entre os pesquisadores sobre o tempo entre uma internação e outra para que o fenômeno possa ser caracterizado. Zanardo *et al*. (2017) relatam estudos que consideram a porta giratória nas internações que ocorrem duas ou mais vezes em um ano, mas também em períodos maiores como 18 meses ou cinco anos. Alguns fatores associados às reinternações, já identificados na literatura são: a insuficiência ou falta de serviços substitutivos e comunitários, a ausência ou fragilidade do suporte e contato familiar (ZANARDO *et al*., 2017).

Com relação ao tempo de permanência da internação, Horta *et al*. (2015) consideram que este é um indicador sensível à expansão da rede de serviços substitutivos de um território. Geralmente os estudos classificam como um desfecho ruim a internação com maior durabilidade. Porém, esta avaliação quanto ao que pode ser considerado uma internação mais duradoura possui bastante variabilidade entre um estudo e outro e mesmo dentre as legislações vigentes. Cabe também frisar que o tempo de internação geralmente será impactado pela análise subjetiva do profissional médico responsável pela avaliação do momento desejável da alta, além de depender da variabilidade de opções terapêuticas disponíveis em cada território e dos aspectos culturais que definem normas de funcionamento social para os indivíduos em cada contexto histórico, cultural e social (KILSZTAJN *et al*., 2008).

A portaria 148/2012, definiu que a internação em LSMHG deveria ser de curta duração, até a estabilidade clínica do caso, baseando-se a título de critério de pagamento em tempo médio de permanência de cinco dias e meio. Já a portaria 953/2012, que define as regras de financiamento e registro dos LSMHG, institui que a AIH para registro dos procedimentos tem validade de 30 dias, sendo este o limite máximo para remuneração (BRASIL, 2012a).

Quanto à proporção de leitos hospitalares por habitante, a legislação vigente, no que tange ao parâmetro de leito por habitante, define um LSMHG a cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2012a). Coelho (2022), em estudo realizado no Estado de Minas Gerais sobre a implantação estrutural e processual da RAPS, encontrou que os LSMHG são o dispositivo desta rede com pior cobertura no Estado.

Já as discussões sobre as articulações entre CAPS e hospitais gerais está apontada em alguns estudos como importante indicador de avaliação sobre o funcionamento deste dispositivo (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010; SCHINEMANN; ZAMBENEDETTI, 2020; SILVA; FERIGATO, 2020). Porém, não encontramos

estudos que identificassem o usuário antes e depois de passar pela internação, a partir da ótica das intervenções compartilhadas entre leitos de saúde mental e CAPS.

Com relação à esta atuação articulada entre CAPS e leitos, cabe à equipe do CAPS de referência acompanhar e monitorar o usuário no momento da internação, visando garantir a continuidade de seu cuidado após a internação, mas também garantir que o acesso e cuidado sejam guiados pela equipe do serviço substitutivo e equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) de referência (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010). Neste ponto é primordial compreender ainda em que momento do cuidado dos sujeitos, o HG está sendo acionado. Vários autores discutem a função deste dispositivo no atendimento de crises na RAPS e na oferta de cobertura integral de cuidados de saúde mental em um território (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010; DIMENSTEIN *et al*., 2012; SILVA; FERIGATO, 2020). Porém, quando tratamos da atenção psicossocial e todas as implicações que o cuidado possui neste modelo de atenção, é preciso uma reflexão mais aprofundada sobre o cuidado e articulações entre CAPS e HG nos momentos de crise.

4.3 A ATUAÇÃO DO HOSPITAL GERAL E CAPS NO CUIDADO DA CRISE

Para Gomes (2017) um processo central para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira é a disponibilidade de serviços de atenção à crise 24 horas nos territórios como os CAPS 3 e os hospitais gerais com leitos de saúde mental.

Cabe ressaltar que, algumas vezes, os HG são de mais fácil acesso aos usuários e familiares do que os próprios serviços CAPS, conforme achados de Zanardo *et al*. (2017). Assim, eventualmente, os serviços hospitalares poderão funcionar como porta de entrada para o acompanhamento em saúde mental, considerando que a existência de HG com atenção em saúde mental representa a possibilidade do cuidado noturno e em finais de semana próximo do território onde o sujeito vive. Porém, é preciso reafirmar que o lugar por excelência para o acolhimento de crise na atenção psicossocial é aquele que conhece a história do sujeito atendido, que possui vínculos e considera os aspectos subjetivos do caso (DIMENSTEIN *et al*., 2012). Isto posto, consideramos que esta função primordial na sustentação da reforma psiquiátrica cabe aos dispositivos CAPS e de atenção primária que já possuem vínculos com os sujeitos. Conforme nos sinalizam Silva e

Ferigato (2020), o vínculo facilita o manejo e intervenções necessárias de forma menos invasiva, mais próxima e resolutiva, aos sujeitos em extremo sofrimento psíquico.

Ferigato, Campos e Ballarim (2007) referem que a crise representa momento ímpar de intervenção e conexão entre usuários e profissionais, pois é quando o sujeito traz à tona aquilo que é real de sua existência. Nesta concepção a crise vai sendo entendida não como sintoma de doença, mas sim como produto de relações, de manifestações de limites sociais a certas vivências e conflitos. Ao contrário, entretanto, a psiquiatria clássica, visa suas ações para que a crise não aconteça, a pensa como algo ruim, perigoso e age para que ela seja abortada, disciplinada e abafada.

Gomes e Merhy (2014) refletem sobre a percepção da crise pela psiquiatria clássica e o quanto ela contradiz e ao mesmo tempo alimenta o sistema manicomial, “já que é pela crise que se passa a justificar as internações, a existência dos asilos, como uma gestão dos riscos, em defesa da sociedade. E, ao mesmo tempo, a função do regime disciplinar é anular, apagar, excluir as crises” (GOMES; MERHY, 2014, p.48). Fato é que as crises chamam a atenção dos profissionais e modelos de atenção em saúde mental.

Com relação ao acesso aos serviços de atenção em saúde mental, Gomes e Merhy (2014) referem que muitas vezes ele não é ofertado nos momentos de crises pelas equipes dos serviços CAPS. Algumas equipes tendem a acionar outros pontos de atenção como portas de emergência e hospitalares, se ausentando deste momento. Nestes casos, os serviços justificam que, primeiro trata-se a crise, para depois o usuário voltar para o CAPS. Para os autores, isso fragiliza os vínculos e as possibilidades de construções com o território e denota como essa equipe percebe o momento da crise e o sofrimento mental.

Para superar a recorrência aos locais de contenção e tentativas de exclusão dos momentos de crise, é preciso instituir outro modo de lidar com estas situações de forma a capacitar as equipes para uma “clínica que ultrapasse a supressão dos sintomas e possa aprofundar a reflexão sobre a vivência subjetiva da crise em seus aspectos sociais, familiares e relacionais” (COELHO, 2022, p. 139), sem se preocupar em responder às pressões sociais advindas com a estranheza dos comportamentos. Lembremos que é através de políticas públicas que se constroem acessos aos bens mínimos necessários á uma existência humana mais digna e com

menos sofrimento (IAMAMOTO, 2006). Assim, é que o cuidado de crises não pode ser pensado apenas pela necessidade de se ampliar e fortalecer os dispositivos de saúde, mas sim, pela necessidade de investimentos em políticas intersetoriais e não focalizadas.

Vale lembrar que além da compreensão conceitual, a abordagem da crise exige equipes bem dimensionadas de acordo com as necessidades dos territórios e a existência de possibilidades de atuação territoriais na construção de possibilidades de (re)inserção social e comunitária (COELHO, 2022). Neste sentido, também reconhecemos as fragilidades dos serviços CAPS apontadas por vários estudos (GOMES; MERHY , 2014; CAMPOS *et al*., 2018; BANDEIRA; CAMPOS, 2021) no cuidado aos usuários em situação de crise.

Apesar de ter ocorrido um avanço de investimentos em CAPS e redução de investimentos em HP entre 2002 a 2015, o financiamento dos serviços comunitários ainda é insuficiente frente à demanda crescente e complexidade dos problemas de saúde mental no país. Existe uma carência de estrutura física, insumos e recursos humanos nos serviços comunitários (CAMPOS *et al*., 2018).

Assim, na avaliação e condução do estudo sobre LSMHG, é primordial demarcar o espaço de atuação e importância dos CAPS na atenção às crises em saúde mental que não pode ser delegado aos hospitais gerais. O acolhimento de crise não pode ser, via de regra, função da instituição hospitalar. Retomamos também as contribuições de Dimeinsteim *et al*. (2012), quando nos sinaliza que o atendimento às crises é pilar de sustentação da reforma psiquiátrica e necessita, para seu suporte, da expansão dos serviços substitutivos de saúde mental territoriais, bem como de respostas eficazes das equipes da RAPS evitando internações, sofrimento e cronificação.

5 O CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL E LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL E EM MINAS GERAIS

Dados da Organização Mundial de Saúde de 2017, mostram que no geral, em todos os países, ainda prevalece o número de leitos em hospitais psiquiátricos, sendo a taxa global destes estimada em seis vezes mais (11,3 por cada 100 mil habitantes) do que a taxa de leitos nas enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais. A maioria dos recursos gastos com saúde mental ainda está destinada a hospitais psiquiátricos (WHO, 2012).

O número de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, em 2014, era de 25.988 (BRASIL, 2015a) e, oito anos depois, este número era de 12.386 (CNES, 2022), o que representa uma redução de 52,3%. Porém, esta redução de leitos em hospitais psiquiátricos não ocorreu em ritmo similar ao aumento de LSMHG.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Saúde (CNES) de dezembro de 2022, no Brasil o número total de leitos existentes em hospitais psiquiátricos ainda supera o número de LSMHG existentes, conforme pode ser visualizado na Tabela 1 abaixo. Estes números representam um dos desafios para a afirmação das práticas de cuidado focadas nos territórios e para a superação do modelo de atenção psiquiátrico no país (GULJOR, 2013).

Tabela 1 - Distribuição do número de dispositivos LSMHG, cobertura percentual de LSMHG e número de leito de psiquiatria em Hospital Psiquiátrico por Estado, em dezembro de 2022

Estado	População Estimativa IBGE 2021	n. LSMHG (código 87) dez 22	*Cob % /23 mil h	n. leitos psiquiatria em HP (código 47)
Acre (AC)	906 876	18	45,6	53
Alagoas (AL)	3 365 351	31	21,2	424
Amapá (AP)	877 613	0	0	0
Amazonas (AM)	4 269 995	0	0	28
Bahia (BA)	14 985 284	2	0,3	353
Ceará (CE)	9 240 580	90	22,4	470
Distrito Federal (DF)	3 094 325	45	33,5	83
Espírito Santo (ES)	4 108 508	18	10	85
Goiás (GO)	7 206 589	29	9,2	544
Maranhão (MA)	7 153 262	0	0	583
Mato Grosso (MT)	3 567 234	0	0	202
Mato Grosso do Sul (MS)	2 839 188	13	10,5	111
Minas Gerais (MG)	21 411 923	381	40,9	509
Pará (PA)	8 777 124	29	7,6	0
Paraíba (PB)	4 059 905	20	11,3	215
Paraná (PR)	11 597 484	137	27,2	1926
Pernambuco (PE)	9 674 793	109	25,9	406
Piauí (PI)	3 289 290	23	16,1	121
Rio de Janeiro (RJ)	17 463 349	174	22,9	1059
Rio Grande do Norte (RN)	3 560 903	11	7,1	310
Rio Grande do Sul (RS)	11 466 630	542	108%	699
Rondônia (RO)	1 815 278	12	15,2	0
Roraima (RR)	652 713	11	38,7	0
Santa Catarina (SC)	7 338 473	79	24,8	295
São Paulo (SP)	46 649 132	160	7,9	3990
Sergipe (SE)	2 338 474	14	13,8	80
Tocantins (TO)	1 607 363	21	30	0
TOTAL		1.969		12.386

* Cobertura de LSMHG por estado considerando o parâmetro de 1 leitos a cada 23 mil/hab

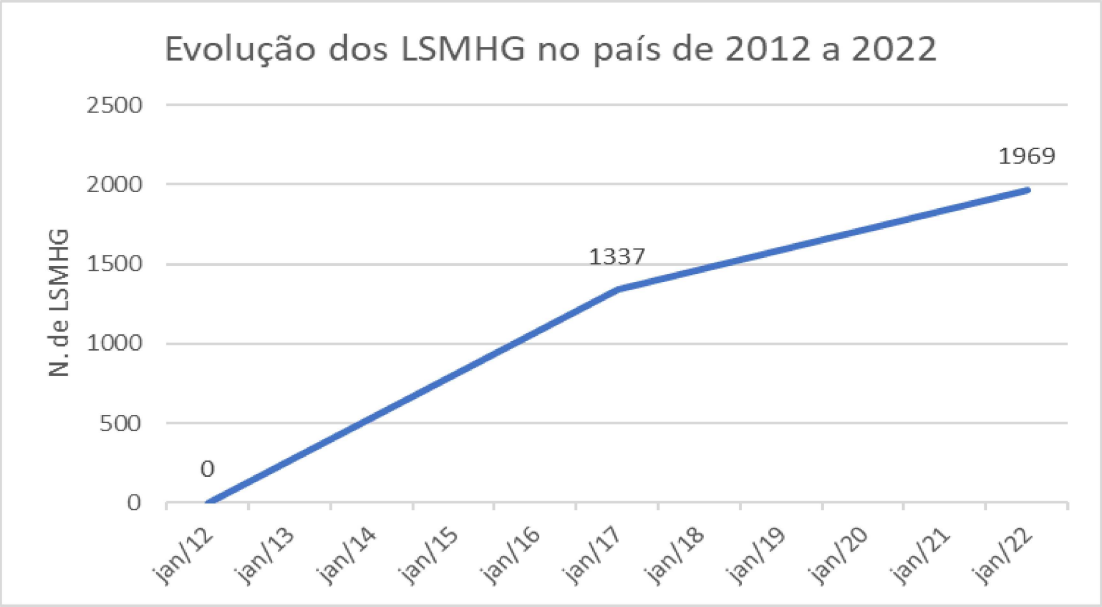
Fonte: adaptado CNES/Datasus (2022).

Quanto à distribuição dos LSMHG pelos Estados e cobertura destes dispositivos, verificamos situações bastante divergentes, indo desde a locais sem nenhuma cobertura, como é o caso dos Estados do Amapá, Amazonas, Maranhão e Mato Grosso, à situação do Rio Grande do Sul (RS) que possui cobertura superior à 100%. Excetuando-se o RS, em todos os demais, a cobertura sequer chega a 50%. A cobertura do Estado do RS, por sua vez, pode ser explicada pela política estadual

implantada desde 2006, de incentivo à ampliação do número de LSMHG, estimulando através de financiamento estadual específico, a manutenção e expansão destes dispositivos (MONTEIRO, 2013).

A nível nacional, a portaria 148 de 2012 incentivou a ampliação do número de LSMHG, alterando as formas de financiamento destes dispositivos ao instituir pagamento de diária pré-fixada independente da taxa de ocupação. É possível perceber que a implantação destes dispositivos ocorreu de forma gradual, ainda que incipiente, até 2017. Porém, quer seja pela direção assumida pela gestão federal de fortalecimento dos hospitais psiquiátricos (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020), quer seja pelas novas regras instituídas pela Portaria 3588 de 2017 (BRASIL, 2017), há uma redução no ritmo de implantação destes dispositivos a partir de 2017, conforme pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Evolução do número de LSMHG de 2012 a 2017 no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Cabe ressaltar que nestes levantamentos, foram considerados somente os leitos SUS financiados e habilitados pelo Ministério da Saúde. Sabe-se que podem haver leitos tanto em hospitais psiquiátricos, quanto leitos de saúde mental em hospitais gerais, não cadastrados no CNES e que sejam financiados com recursos municipais ou estaduais.

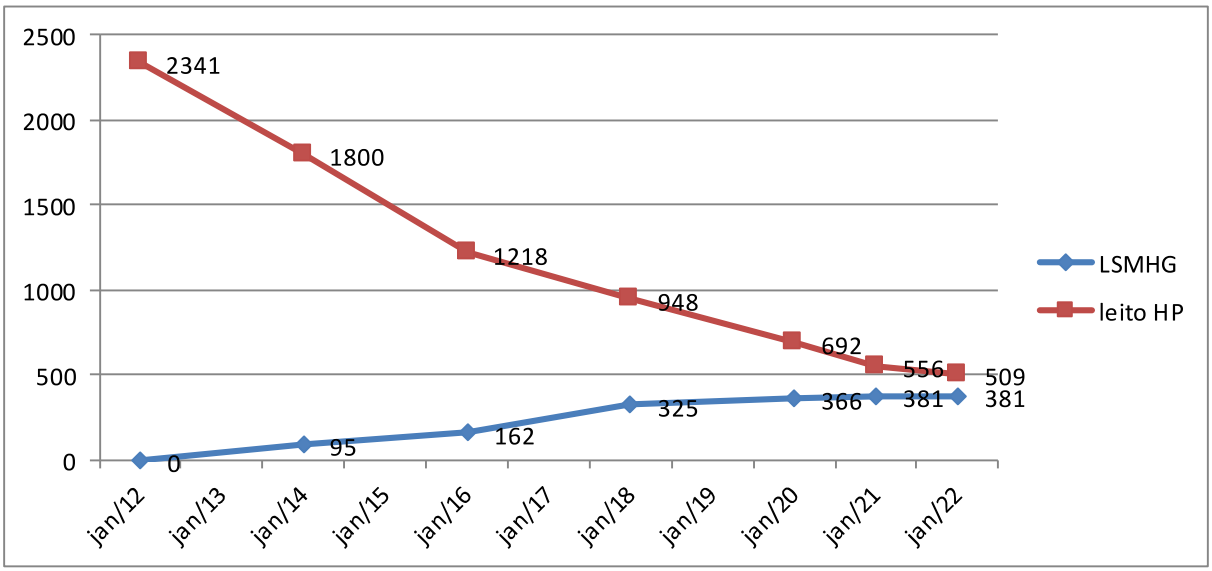
Este é o caso, por exemplo, do Estado de Minas Gerais que financia 150 LSMHG para regiões com vazios assistenciais e que não se enquadram nos critérios

de habilitação que foram instituídos a partir da Portaria 3588 de 2017. Se considerados os 150 leitos que o Estado de Minas Gerais financia através de política específica, teremos que a cobertura estadual destes dispositivos chega a 57%.

Em Minas Gerais, a Resolução SES 7412 de 2021, instituiu a possibilidade de existência de LSMHG financiados com recursos estaduais, desde que vinculados a algum serviço CAPS naquele território. Esta premissa da vinculação a um serviço CAPS é um ponto essencial no desenho e direcionamento da política de saúde mental, pois o investimento ou existência predominante de dispositivos de internação em um território em detrimento de dispositivos CAPS e de APS, reforça a imagem da crise como função hospitalar e incita, no campo cultural, ideias higienistas, conforme pode ser verificado no estudo de Monteiro (2013).

Entre 2012 a abril de 2019, o número de leitos em saúde mental habilitados em hospitais gerais no estado de Minas Gerais cresceu, enquanto houve redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos. A Figura 2 demonstra, entretanto, que, mesmo com uma expansão mais significativa entre 2015 a 2017 dos LSMHG, o número de leitos em hospitais psiquiátricos em 2022 ainda era maior do que o número de leitos de saúde mental habilitados em HG.

Figura 2 - Evolução do número de LSMHG (código 87) *versus* número de leitos em Hospitais psiquiátricos (código 47) SUS no Estado de Minas Gerais, entre 2012 a 2022



Fonte: adaptado DATASUS (2022).

Quanto à redução do número de leitos psiquiátricos observada no período de 2012 a 2022 (Figura 2), a mesma está relacionada ao fechamento de hospitais

psiquiátricos dos municípios de Juiz de Fora, Leopoldina, Barbacena, Belo Horizonte, Divinópolis, Lavras, Passos e à meta instituída no Plano Estadual de Saúde de fechamento dos Hospitais Psiquiátricos CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena) e Gedor Silveira do município de São Sebastião do Paraiso (MINAS GERAIS, 2016), ambos em processo de desinstitucionalização de seus moradores em curso. Os 381 LSMHG habilitados no estado até janeiro de 2022 encontravam-se disponíveis em 80 hospitais gerais existentes.

Percebe-se ainda pela Figura 2 que houve uma redução no ritmo de implantação destes dispositivos a partir de janeiro de 2018 no Estado de Minas Gerais. Isto pode ser reflexo da publicação da portaria 3588 de dezembro de 2017 definindo a taxa de ocupação mínima de 80% e o mínimo de oito leitos de saúde mental para que possa ser possível a implantação. Ademais, na gestão que se segue após 2016, verifica-se o retorno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com grande influência da psiquiatria clássica e a retomada de investimentos nos hospitais psiquiátricos concomitante a constantes ataques aos serviços de base territoriais, como os CAPS e os SRT (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

No quesito referente ao número de leitos habilitados em cada prestador, percebe-se que em MG, 86,25% do total de prestadores hospitalares possui menos de oito leitos de saúde mental, conforme dados da Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do número de prestadores hospitalares e número de LSMG implantados em cada prestador hospitalar, em MG, em dezembro de 2022

NÚMERO DE LEITOS	N DE PRESTADORES	%
8 ou mais leitos	11	13,75
5 a 7 leitos	12	15
até 4 leitos	57	71,25
TOTAL	**80**	**100%**

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Cerca de 71,25% dos leitos de saúde mental habilitados no estado estão localizados em prestadores hospitalares que possuem até quatro leitos. Estes serviços foram implantados ainda na vigência da portaria 148/2012, quando a exigência para a habilitação destes serviços era de um médico clínico responsável pelos leitos, quatro técnicos de enfermagem por turno e um profissional de saúde

mental de nível superior. Não era exigido espaço físico em separado ou mesmo o psiquiatra, sendo que estes leitos deveriam se integrar às demais clínicas hospitalares e poderiam contar com os profissionais descritos que já integrassem o corpo clínico da instituição. Geralmente estes prestadores hospitalares com até quatro leitos contam com o apoio das equipes de CAPS presentes naqueles territórios para o manejo dos quadros que acionam os serviços, sendo esta, inclusive, uma orientação descrita na portaria 148 (BRASIL, 2012a). Cabe ainda ressaltar, que conforme dados de Coelho (2022), 53,3% dos leitos no Estado, estão situados em municípios de pequeno porte, que não possuem a cobertura de CAPS 24 horas, sendo que estes leitos podem favorecer o cuidado integral comunitário nesses territórios (COELHO, 2022).

Esta distribuição do número de leitos que prevalece no Estado é própria da divisão política territorial caracterizada por ampla maioria de municípios de pequeno porte. Minas Gerais possui 853 municípios, sendo que 78,2% deles possuem até 20 mil habitantes (MINAS GERAIS, 2016). Este cenário contrasta com a portaria vigente atualmente, que estipula o quantitativo mínimo de oito leitos por prestador (BRASIL, 2017).

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características associadas ao cuidado pelos serviços CAPS de usuários internados em leitos de saúde mental de hospital geral nas microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as pessoas internadas em leitos de saúde mental de HG e os acompanhamentos recebidos pelas equipes CAPS territoriais;
- Identificar as associações entre as ações de cuidado das equipes CAPS e variáveis clínicas, sociodemográficas e de organização da rede de atenção psicossocial;
- Identificar e analisar a associação de ações de acompanhamento pelas equipes CAPS ocorridos antes, durante e após a internação de usuários em LSMHG.

7 MÉTODOS

7.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, de caráter descritivo e analítico abrangendo pessoas internadas em LSMHG. Para tal, foram coletados dados secundários em espelhos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e em prontuários de serviços CAPS existentes nas microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé, localizadas na Região de Saúde Sudeste de Minas Gerais. A AIH é um documento de cunho administrativo, utilizado pelos estabelecimentos hospitalares de saúde para colher e registrar os dados da internação e realizar sua cobrança junto ao SUS.

7.2 CENÁRIO DE PESQUISA

As microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé, localizam-se na Zona da Mata Mineira e totalizam juntas uma população de 455.771 habitantes (IBGE,2010). Integram a macrorregião de Saúde Sudeste do Estado de Minas Gerais composta por noventa e quatro (94) municípios distribuídos em oito microrregiões de Saúde. Até o ano de 2012, a macrorregião sudeste contava com a presença de 753 leitos de hospitais psiquiátricos distribuídos nos municípios de Juiz de fora e Leopoldina. De acordo com a Portaria 457/2020 (BRASIL, 2020), verifica-se que o município de Juiz de Fora reunia 603 leitos nas instituições Clinica São Domingos SA (120 leitos), Clínica Psiquiátrica Pinho Masini Ltda (86 leitos), Casa de Saúde Dr. Aragão Vilar (140 leitos), Casa de Saúde Esperança (145 leitos) e Hospital São Marcos SA (112 leitos). Leopoldina possuía 150 leitos na Clínica São José Ltda (DATASUS, 2012). Esta concentração de leitos psiquiátricos e o fluxo manicomial instituído fizeram com que, até 2012, as microrregiões de Ubá e Muriaé permanecessem com vazios assistenciais na área de saúde mental e com a manutenção do modelo de atenção psiquiátrico com a predominância de encaminhamentos aos hospitais psiquiátricos.

Com o fechamento do parque hospitalar em Juiz de Fora e Leopoldina, provocado pela intervenção do Ministério Público mediante denúncias de maus-tratos recebidas e, a partir da edição da portaria 3088/2012 (BRASIL, 2012a) que institui a RAPS e os parâmetros para a implantação dos serviços de base territoriais,

é que se verifica a expansão e implantação dessa rede nas microrregiões de Ubá e Muriaé.

Até 2012 as duas Regiões de Saúde contavam somente com 2 CAPS modalidade 2 para atender aos 455.771 habitantes. De julho de 2013 a dezembro de 2022, foram implantados nas duas Microrregiões de Saúde os seguintes dispositivos da RAPS: 21 leitos de saúde mental em Hospital Geral, quatro Serviços Residenciais Terapêuticos, dois CAPS ad 24 horas, uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), um CAPS infantil e sete CAPS 1. Além destes serviços permaneceu em funcionamento o CAPS 2 de Ubá e o CAPS 2 de Muriaé qualificou-se passando a funcionar também por 24 horas. Esta qualificação, entretanto, não foi reconhecida até o presente momento pelo MS, ou seja, ainda não há financiamento para este dispositivo como CAPS 3. Também foi implantado 1 leito de saúde mental com financiamento estadual no município de Miraí. Vale ressaltar que o Estado de Minas possui uma política própria de financiamento para os novos leitos de saúde mental em HG que não se enquadram mais na portaria ministerial vigente instituída através da Resolução SES 7412 de 2021 (MINAS GERAIS, 2021). Este 1 leito não será considerado neste estudo, pois sua implantação deu-se em 2021, quando os dados iniciais já haviam sido coletados pela pesquisadora.

Na microrregião de saúde de Ubá se localizam 20 municípios, totalizando uma população de 296.617 habitantes (IBGE, 2010). Com exceção dos municípios de Visconde do Rio Branco, Tocantins e Ubá, todos os demais desta Região de Saúde contam com cobertura de 100% de equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2023). Quanto aos dispositivos de atenção especializada, residenciais e hospitalares, esta microrregião de saúde conta atualmente com quatro CAPS modalidade 1, um CAPS 2, um CAPS AD III, um CAPS infanto-juvenil, quatro SRT e 13 leitos de saúde mental implantados em quatro hospitais gerais. Com relação à Atenção Especializada, a região possui cobertura de 1,85 CAPS/100.000 habitantes. Atualmente o índice de CAPS/100.000 habitantes (1,85) na região é superior à média estadual (0,95) e nacional (0,76). Não há município sem referência para CAPS, o que pode ser considerado um avanço com relação à política de saúde mental na microrregião de saúde. Se considerado os parâmetros do MS, teríamos que a cobertura de CAPS é considerada muito boa (BRASIL, 2015a), porém é preciso ponderar que há nesta região somente um serviço CAPS com funcionamento 24 horas, não há serviços residenciais de caráter transitório UAA ou

Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) e que o CAPS infanto juvenil atende apenas 20 % dos municípios desta microrregião.

A microrregião de Saúde de Muriaé é composta por 11 municípios, totalizando uma população de 159.154 habitantes (IBGE, 2010). Todos os municípios desta microrregião contam com cobertura de 100% de ESF. Com relação aos dispositivos de atenção especializada, residenciais e hospitalares, o território conta com três CAPS 1, um CAPS 3, um CAPS AD III, oito leitos de saúde mental distribuídos em dois HG e uma UAA. Referente aos dispositivos de Atenção Especializada, a microrregião possui cobertura de 2,51 CAPS/100.000 habitantes, o que também pode ser considerada excelente cobertura e demonstrar o avanço com relação à política de saúde mental no território (BRASIL, 2015). Nesta microrregião, entretanto, não há SRT ou CAPS infanto juvenil.

Tomando por base o indicador índice de Cobertura da RAPS, proposto por Coelho (2022) que considera o índice geral de implantação dos serviços da RAPS (ESF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, CAPS e LSMHG), com exceção do município de Ubá, que possui índice de 0,92, todos os demais municípios destas regiões de saúde possuem cobertura acima de 100% da RAPS.

A organização territorial da rede de atenção psicossocial destas duas Microrregiões de Saúde dá-se de forma que todo município possua referência para um CAPS modalidade 1 ou 2, um CAPS ad 24 horas e leito de saúde mental implantado no território mais próximo de abrangência do usuário. Geralmente a referência no que tange ao desenho do território assistencial para o LSMHG, segue o mesmo fluxo de referência instituído para o serviço CAPS.

Porém, apesar de consideráveis coberturas de serviços da RAPS, é preciso destacar algumas deficiências para o trabalho na atenção psicossocial como as dificuldades em promover ações de reabilitação psicossocial, ações de integração em rede, de protagonismo dos usuários e inclusão produtiva (COELHO, 2022).

Todos os 12 serviços CAPS existentes nestas duas microrregiões de saúde são regionalizados, pois 90% dos municípios possuem até 20 mil habitantes. Dos 31 municípios pertencentes à estas microrregiões, nove deles são sede de serviços CAPS, sendo que em seis destes, também está presente o leito de saúde mental em HG. Para os outros três municípios o leito de saúde mental de referência está localizado em outro município.

A escolha por este território como cenário deu-se devido, ao fato de a pesquisadora responsável ter maior facilidade de acesso aos dados de interesse da pesquisa, e pelo fato de o contexto territorial ser representativo da maior parte dos municípios mineiros: com a presença de municípios de pequeno porte, existência de pactuações entre municípios para alcance dos critérios mínimos de habilitações de serviços e composição diversificada de dispositivos da RAPS. Cabe ressaltar que esta pesquisa tem especial interesse em conhecer o funcionamento dos LSMHG instituídos ainda na vigência da Port. 148/2012 em que era possível a habilitação de um número de leitos menor do que oito e não era exigido a presença de profissional psiquiatra na equipe hospitalar para até dez leitos instituídos.

7.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os dados deste estudo referem-se a pessoas que passaram por internação em LSMHG de 5 hospitais gerais das microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé. Estes hospitais aceitaram contribuir cedendo dados da AIH para a construção do banco de dados (Apêndice 1).

Como período de análise das AIH's, definiu-se que seriam trabalhadas todas as internações apresentadas nas competências de janeiro de 2018 a julho de 2019 pelos 5 hospitais gerais de pessoas que ocuparam os LSMHG habilitados. Este período foi definido, tendo em vista que estas eram informações já concluídas quando do início da construção deste estudo.

Além de ser internado em LSMHG neste período acima definido, outro critério de elegibilidade para integrar o banco de dados foi residir em município de uma dessas duas microrregiões de Saúde. Isto devido ao fato de um dos objetivos do estudo, ser a identificação dos usuários junto aos serviços CAPS de referência após decorrido o período da internação. Como critério de exclusão tem-se: ser residente em município não pertencente às microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé, ser internado em hospital que não aceitou fornecer dados de espelhos de AIH e ter internação duplicada no mesmo período.

Somente 1 Hospital destas microrregiões que contém 1 leito, não enviou a declaração de aceite e desta forma não foram coletadas AIH's deste prestador.

7.4 COLETA DE DADOS NAS AIH'S

A primeira etapa da pesquisa foi realizada entre março a agosto de 2020 e caracterizou-se pela coleta de dados secundários nas AIH. Nelas estão contidos dados de identificação do paciente, como data de nascimento, raça, sexo e endereço, além das informações sobre os materiais utilizados junto aos pacientes internados, os procedimentos que foram realizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria utilizada (BRASIL, 2017b). Nesta primeira fase da pesquisa, foram coletados dados de 5 hospitais gerais de natureza filantrópica. Dois deles possuem sete leitos implantados e outros três hospitais possuem 2 leitos, que totalizam juntos 20 leitos de saúde mental habilitados junto ao Ministério da Saúde.

Os dados das AIH's foram coletados junto à Gerência Regional de Saúde de Ubá (GRS/Ubá), em documento de PDF, conforme proposta apresentada e aprovada junto ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP). Assim, além da autorização do prestador, foi colhida também o aceite da então diretora da GRS Ubá, conforme Apêndice 2. Assim, os arquivos em formato PDF das AIH's dos 5 HG, apresentados na competência de janeiro de 2018 a julho de 2019, foram processados através do Programa R, para serem aplicados os filtros de inclusão e exclusão explicitados nos critérios de elegibilidade.

As AIH são geradas em até quatro meses após a alta do usuário da instituição. Nas competências compreendidas entre janeiro de 2018 a julho de 2019, foram apresentadas 759 AIH's, referentes a 622 pessoas internadas.

As AIH's trabalhadas foram coletadas junto à GRS de Ubá tendo em vista que os cinco hospitais que cederam dados para este estudo são de gestão estadual e neste sentido, eles alimentam o Sistema de Informações Hospitalar (SIH) na instituição e depois enviam o arquivo de produção para ser processado e criticado na GRS de referência. Após o envio à GRS, esta envia os dados ao nível central da SES MG e esta, por sua vez, enviará ao Ministério da Saúde os dados de todos os estabelecimentos de saúde que se situam em municípios sob a gestão estadual. Após o envio ao MS, este consolida as informações recebidas de todos os municípios e as disponibiliza no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), porém com dados consolidados e não nominais. Por este motivo, as informações que precisávamos neste estudo só poderiam ser encontradas em

espelhos de AIH. O anexo 3 apresenta um exemplo de uma AIH em que foram suprimidas as informações de sua identificação, mas que permitem compreender todas as informações disponíveis neste documento.

7.5 COLETA DE DADOS NOS CAPS

A segunda etapa de coleta de dados foi realizada entre outubro de 2021 a junho de 2022 e caracterizou-se pela busca de informações junto aos serviços CAPS, sobre esses 622 usuários internados. Nesta etapa da pesquisa foram coletados dados nos serviços CAPS de referência visando identificar: se o sujeito já era acompanhado pela equipe CAPS antes da internação; se houve articulação com o CAPS para encaminhamento ao LSMHG; se existiu interações e trocas entre a equipe hospitalar e equipe CAPS durante a internação; e se a equipe CAPS continuou a acompanhar o sujeito depois da internação. Para a presente pesquisa estamos denominando tais categorias como “cuidado”. Ainda que haja uma ampla discussão e uma polissemia sobre o conceito (PINHEIRO; MATTOS, 2004), ainda que as características listadas estejam longe de abarcar e explicar tal conceito, optamos por este caminho a fim de otimizar nossas análises.

A partir do contato e autorização dos gestores e coordenadores de saúde mental municipais (Apêndice 3) a pesquisadora agendava a visita aos CAPS e solicitava acesso aos prontuários dos usuários que haviam passado por internações em leitos de saúde mental e que residiam em territórios de abrangência daquele serviço CAPS. Esta fase da pesquisa exigiu a realização de 21 visitas em 10 serviços existentes nas microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé.

Para esta coleta nos serviços CAPS foi utilizado um instrumento de coleta de dados construído pela pesquisadora responsável conforme apêndice 4. Para cada usuário internado um instrumento foi preenchido coletando as informações de interesse da pesquisa a partir dos registros existentes nos prontuários dos usuários existentes nos serviços CAPS. Em alguns serviços essa busca exigiu cinco visitas para a coleta de dados. Já em outros, bastou meio dia de coleta. Em um serviço CAPS, não foi possível acessar os prontuários, pois a equipe não aceitou fornecer os dados. Neste caso o sujeito permaneceu no banco de dados, mas as variáveis a serem coletados nos CAPS de referência ficaram identificadas como “sem informação” (SI). Ocorreram ainda, situações em que a informação buscada não

pode ser encontrada no prontuário ou não pode ser compreendida pela pesquisadora e neste caso a variável também ficou caracterizada como “sem informação”. Após a conclusão da etapa de busca de informações nos serviços CAPS, foi iniciada a organização dos dados.

7.6 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS E ORGANIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram excluídas do banco de dados dez internações de sujeitos que não residiam nas microrregiões de saúde de Ubá e Muriaé. Outras 4 AIH’s foram excluídas por estarem na condição de rejeitadas devido a já terem sido apresentadas em outra competência, ou seja: tratava-se da mesma internação apresentada duas vezes para processamento, sendo a AIH rejeitada excluída e a AIH reapresentada a considerada para compor o banco de dados. Outras 13 AIH’s também estavam na condição de rejeitadas, mas não foram excluídas do banco de dados, pois correspondiam a usuários que passaram por internação em LSMHG, mas a AIH não fora aprovada para pagamento devido a erros no serviço/classificação/cadastro no CNES da instituição hospitalar ou erro no lançamento da informação no sistema de informação hospitalar. Porém, apesar da rejeição para o pagamento da internação junto ao SUS, estes 13 sujeitos passaram por internação no período avaliado e por este motivo permaneceram no banco da pesquisa.

Para cada pessoa internada (N) foram identificadas e trabalhadas 21 variáveis estando elas descritas abaixo:

1 - Variável HOSP: variável colhida em espelho de AIH, sendo identificada pelo número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do hospital onde o usuário foi internado. Como o número de hospitais participantes da pesquisa foram 5, este foi o número possível de variações.

2 – Variável IDA: representa a idade do(a) paciente no momento da internação. Para se chegar a esta idade foi analisado o ano de nascimento do paciente e o ano da internação ocorrida. Assim a idade do paciente ficou definida pela subtração entre o ano da internação e seu ano de nascimento. Esta idade variou de 10 a 89 anos.

3 – Variável SEX: identifica o sexo do(a) paciente informado na AIH, podendo ser masculino ou feminino.

4 – Variável RAC: identifica a raça informada na AIH do(a) paciente, sendo identificadas 5 classificações (amarela, branca, preta, parda e sem informação), sendo categorizados como brancos, não brancos e sem informação.

5 – Variável MUN: caracteriza-se pelo município de residência do usuário no momento da internação que fora tratado pelo código do IBGE. Neste quesito foram identificados usuários de 29 municípios pertencentes à microrregião de saúde de Ubá e Muriaé. Vale ressaltar que este foi um dos critérios de inclusão neste estudo: ser residente em municípios pertencentes às microrregiões em questão.

6 – Variável PROC: dado foi colhido no espelho da AIH. Pela Portaria 953/2012 (BRASIL, 2012) que orienta sobre o lançamento da produção em leitos de saúde mental, são possíveis 6 procedimentos, sendo eles: Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio; Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo; Tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do "crack"; Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Estes procedimentos foram recodificados em 4 categorias, sendo: tratamento de suicídio; tratamento de comportamento desorganizado e avaliação diagnóstica; tratamento de álcool e tratamento de outras drogas.

7 – Variável DUR: duração da internação ocorrida no leito de saúde mental. Esta variável foi identificada na AIH e foi construída a partir da informação sobre a data da alta reduzida da data da internação do paciente. Foi possível identificar desde pacientes que internaram e tiveram alta no mesmo dia, sendo neste caso o número de dias igual a 0, a usuários que ficaram por 35 dias no leito de saúde mental. Quanto à esta variável vale informar que as regras de processamento da produção hospitalar para este leito definem o período máximo de dias de internação como 30 e que, em casos de usuários que necessitarem ficar por mais de 30 dias neste leito, precisam ter alta administrativa registrada e uma nova AIH deve ser aberta. Foi identificado somente 1 caso em que esta alta administrativa foi utilizada, mas como nosso objeto de análise é o paciente, o número de dias da primeira AIH foi somado ao número de dias da segunda AIH configurando este número como a

duração em dias desta internação. Neste caso os dados considerados para o banco de dados foram os constantes na primeira AIH, e o dia final da duração foi o presente na segunda AIH.

8 – Variável ALT: motivo da alta do paciente registrado na AIH. Foram identificados 6 motivos de alta, sendo eles Alta Melhorado, Alta a pedido, Alta por evasão, alta por outros motivos, transferência para outro estabelecimento e óbito com declaração fornecida pelo médico assistente. Esta variável foi recodificada em alta melhorada e outros motivos.

9 – Variável CID (Código Internacional da Doença): a partir do diagnóstico principal registrado na AIH, cuja informação dá-se através do CID do paciente, é que esta variável foi construída. Foram identificados 115 CID's diferenciados informados nas internações dos 622 usuários.

A título de categorização definimos classificar esta variável em 05 possibilidades. A) CID's relacionados a demências, delírios e outras causas orgânicas (F00 a F09); B) CID's relacionados aos transtornos clássicos delirantes e psicóticos (F20 a F29), afetivos, bipolar e maníacos (F30 a F31), transtornos depressivos e do humor (F32 a F39); C) CID's relacionados ao uso de álcool (F10); D) CID's relacionados ao uso de demais ou outras drogas e D) demais CID's.

10 – Variável REI: número de internações ocorridas para aquele usuário no período do estudo. Os dados foram levantados entre janeiro de 2018 a julho de 2019. Neste intervalo foram identificadas 101 pessoas que foram internadas mais de uma vez em leito de saúde mental em hospital geral. Nestes casos, de ocorrências que correspondiam a repetidas internações para o mesmo usuário, foi considerado para fins de inserção das informações no banco de dados geral, a primeira internação ocorrida no período e uma variável sobre número de internações no período, foi inserida para cada usuário. Todas as internações ocorridas para um mesmo sujeito após o primeiro episódio, foram excluídas do banco de dados, acarretando uma exclusão de 123 ocorrências. Esta exclusão deu-se para que cada linha do banco de dados identificasse variáveis que trariam informações únicas referentes a um sujeito.

11 – Variável CAPS de referência: A busca pelo CAPS de referência foi realizada a partir do território de residência do usuário, posto que os serviços CAPS são regionais e existe uma pactuação formalizada (MINAS GERAIS, 2022) definindo para quais municípios este serviço CAPS deverá prestar assistência. Quando o

município de residência do usuário era assistido por mais de uma modalidade de CAPS foi pesquisado em todos os serviços CAPS, para a identificação de qual era o serviço CAPS que acompanhava o sujeito. Quando não foi identificado o prontuário do sujeito em nenhum dos serviços CAPS que possuem pactuação com o município de residência do usuário e foi possível pesquisar esta informação em todo o CAPS, a vinculação foi feita com o CAPS mais próximo do território de residência do usuário. Para os usuários residentes em municípios que possuíam pactuação com o CAPS que não cedeu dados para a pesquisa, quando não foi encontrado o prontuário do usuário em outro serviço CAPS, esta informação, para este usuário, ficou identificada como “sem informação”. Em territórios de residência em que existiam tanto o CAPS AD quanto o CAPS 1 ou 2, considerou-se o CID informado na AIH para definir o CAPS de referência quando o prontuário foi pesquisado em todos os CAPS do município e não foi encontrado. Assim, se o CID informado estava vinculado ao uso de SPA, o CAPS de referência foi o CAPS AD e, quando o CID não fazia referência ao uso de SPA, com o CAPS 1 ou 2 daquele território.

Para os casos de territórios com mais de uma modalidade de CAPS, apesar desta identificação pelo CID não representar idealmente o que acreditamos em termos de definição de serviço de referência dos usuários, foi preciso construir uma metodologia para identificação do serviço CAPS de referência, para dar seguimento à análise dos dados coletados. Porém neste estudo reconhecemos que o serviço de referência do usuário deve ser aquele com o qual o sujeito se identifica e que consegue elaborar com o mesmo as propostas de cuidado que mais fazem sentido na melhoria da qualidade de vida (LOBOSQUE; SILVA, 2013). Acreditamos que esta vinculação entre o sujeito e o serviço de referência, pode se dar mesmo nos casos em que não existirem pactuações de atendimento formalizadas.

12 – Variável POR: variável construída a partir de outras duas variáveis (AC e CC) e que busca identificar se o leito de saúde mental foi a porta de entrada para o cuidado do sujeito no CAPS de referência. Assim, quando o sujeito não possuía registros de atendimento no CAPS antes da internação e iniciou o acompanhamento com a equipe do CAPS entre a data da internação até 3 meses após a internação, foi considerado que o LSMHG foi a porta de acesso para o cuidado no CAPS de referência. Para os demais casos em que o sujeito já era acompanhado antes da internação ou que não foi acompanhado pelo CAPS após a internação, foi considerado que o LSMHG não foi porta de entrada para cuidado no CAPS. Para os

casos em que não foi possível identificar o serviço CAPS de referência do usuário, foi considerado “sem informação”. As possibilidades para esta variável foram: SIM, NÃO e SEM INFORMAÇÃO.

13 – Variável AC: identifica se o usuário já era acompanhado pela equipe do CAPS de referência antes da internação no leito de saúde mental. Assim, quando existia qualquer registro de atendimento da equipe do CAPS anterior à data de internação no LSMHG, foi considerado que o sujeito já era acompanhado. Para os casos em que não foi possível identificar o serviço CAPS de referência do usuário, foi considerado “sem informação”.

14 – Variável ADI: esta buscou identificar a presença de articulação e/ou contatos entre a equipe hospitalar e a equipe do CAPS de referência durante o período de internação do sujeito. Neste sentido, quando foram encontrados registros nos prontuários dos serviços CAPS de referência que identificassem a existência de contatos, encontros, visitas, ligações ou outros que atestassem a existência de comunicação entre a equipe do CAPS e a equipe hospitalar ou entre a equipe do CAPS e o usuário durante o período em que o mesmo se encontrava internado no leito, foi considerado que houve articulação durante a internação. Quando não foi identificada esta informação no prontuário foi considerado que não houve articulação. Nos casos em que o CAPS de referência do usuário não foi identificado, a variável foi classificada como sem informação.

15 – Variável AEL: teve por objetivo identificar se houve avaliação ou demanda da equipe do CAPS para o encaminhamento do usuário ao leito. Quando foi identificado registro em prontuário em até um mês antes da data de internação, que versasse sobre a necessidade de encaminhamento ao leito de saúde mental, ou formulário de encaminhamento ao leito ou algum contato entre a equipe CAPS e equipe hospitalar para encaminhamento do usuário ao leito de saúde mental do hospital geral, foi considerado que houve avaliação da equipe do CAPS para encaminhamento do usuário ao LSMHG. Nos casos em que não foi identificado esse registro no prontuário, esta variável foi classificada como não. Quando não foi possível identificar o CAPS de referência, a variável foi qualificada como sem informação.

16 – Variável CC: identifica se a equipe do CAPS buscou continuar o acompanhamento do sujeito após a internação ocorrida. Neste sentido quando foi identificado no prontuário do sujeito registros de atendimentos, visitas domiciliares,

ligações ou qualquer outra ação da equipe CAPS direcionada ao sujeito ou sua família, em até 3 meses após a data da alta, foi considerado que a equipe CAPS buscou dar continuidade ao cuidado do usuário. Quando não houve registros de atendimento em até 3 meses após a internação foi considerado que a equipe CAPS não buscou continuar o cuidado. Quando não se identificou o CAPS de referência do sujeito, esta variável foi classificada como sem informação. Como não encontramos registros na literatura que versem sobre esta continuidade de acompanhamento após a internação pela equipe do CAPS, este período de três meses foi definido enquanto marcador de construção para esta variável.

17 –Variável PCA: Identifica se existe CAPS de qualquer modalidade (CAPS 1, 2, 3, CAPS i ou CAPS AD) no município de residência do usuário. As possibilidades foram sim ou não. O município de residência do usuário ficou definido como aquele informado na AIH. Já a presença de CAPS no município foi avaliada pelo cadastro dos CAPS no CNES.

18 - Variável DCL: registra a distância entre o serviço CAPS de referência do usuário e o LSMHG onde o usuário foi internado. Para a classificação desta variável buscou-se no *Google Maps* a distância entre o município sede do CAPS de referência do usuário e o município sede do serviço hospitalar que atendeu o sujeito. Nos casos em que não foi possível identificar o CAPS de referência, foi definido como sem informação. As possibilidades de classificação desta variável foram: 0 (quando o serviço CAPS e o serviço hospitalar encontravam-se no mesmo município) e distancias que variaram de 20 a 65 km.

19 – Variável NLEI – Número de Leitos existentes no prestador hospitalar. Caracterizou-se por 7 ou 2 que corresponde ao número de leitos implantados no hospital onde o sujeito foi internado.

20 – Variável PLEI – Presença de leito no município de residência do usuário, sendo a classificação entre sim ou não.

21 – Variável CUIDADO – Variável de desfecho dicotômica. Identificou se o sujeito recebeu algum tipo de cuidado (sim ou não) da equipe do CAPS de referência, antes, durante ou depois da internação. Ou seja, quando a resposta foi SIM para qualquer uma das variáveis colhidas nos registros do CAPS, este sujeito recebeu cuidado.

Estas variáveis foram organizadas em 4 grupos, sendo eles: variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas, variáveis de organização da RAPS e variável de desfecho.

O Quadro 1 abaixo resume o grupo das 21 variáveis deste estudo, bem como o instrumento de coleta das informações que foi utilizado em cada caso e entre parênteses a identificação da variável no banco.

Quadro 1. Organização das variáveis do estudo e seus respectivos instrumentos de coleta de dados, Juiz de Fora, 2023

	Espelhos de AIH	**Prontuários dos CAPS**	**Variável construída a partir de outras variáveis, buscas no CNES e Google Maps**
Variáveis Sociodemográficas	Raça/cor (RAC) Sexo (SEX) Idade (IDA) Município residência (MUN)		
Variáveis Clínicas	Procedimento (PR) Duração da internação (DUR) Motivo da Alta (ALT) Diagnóstico (CID) Reinternação (REI)	Acompanhamento anterior pelo CAPS (AC) Continuou acompanhamento no CAPS (CC)	
Variáveis de organização da RAPS	Nome do Hospital (HOSP) CNES do CAPS (CNESC)	Articulação durante a internação (ADI) Avaliação para encaminhamento ao leito (AEL).	Leito foi porta de entrada (POR) Distância entre CAPS de referência e Leito (DCL) Presença de CAPS no mun. Resid (PCA) Presença de leito (PLEI) Número de leitos (NLEI)
Variáveis de desfecho			Recebeu cuidado sim ou não (CUIDADO)

Fonte: elaborado pela autora (2023)

7.7 ANÁLISE DOS DADOS

Nosso conjunto de dados contou com uma amostra de 622 usuários. Esses dados foram inseridos no Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 23.0 e nova conferência sobre a integridade dos dados foi realizada visando identificar erros ou dados incompletos. As análises descritivas e inferencial foram realizadas no Programa R.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas para identificação das características sociodemográficas e clínicas dos usuários internados. Buscou-se também descrever as variáveis que permitam entender melhor o funcionamento da rede (variáveis de organização da RAPS).

Em um primeiro passo, receber algum tipo de intervenção da equipe do CAPS antes, durante e depois da internação foi definido como desfecho. As variáveis explicativas desta intervenção foram: acompanhamento antes da internação, articulação durante a internação, articulação para encaminhamento ao leito e continuou cuidado. Regressões logísticas utilizando modelos lineares generalizados com família binomial e função de ligação logarítmica foram utilizadas para testar a hipótese de ausência de relação entre o desfecho dicotômico e as demais variáveis explicativas (sociodemográficas, clínicas e de Organização da RAPS). Modelos de regressão logística simples foram utilizados inicialmente para identificar cada variável explicativa que possuía alguma associação com o desfecho adotando como critério um valor de $p <$ que 0,10.

A partir das associações identificadas como estatisticamente significativas na análise bivariada, foi criado modelo logístico multivariado seguindo o método hierárquico que consistiu na seguinte ordem de entrada das variáveis no modelo: 1º sexo, 2º reinternação, 3º duração da internação, 4º número de leitos, 5º CAPS de referência, 6º nome do hospital, 7º procedimentos e 8º CID. Para todos os testes que envolveram os modelos multivariados foi adotado o valor de $p < 0,05$ como critério de rejeição da hipótese nula. Para identificar a força da relação entre desfecho e variáveis explicativas, foram calculados os valores de *odds ratio* (OR) junto de seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. O ajuste do modelo e a proporção explicativa dos mesmos foram analisados pelos testes de Hosmer-Lemeshow e Nagelkerke, respectivamente (NEGELKERKE, 1991; HOSMER; LEMESHOW, 2000).

Para os modelos multivariados, foi realizada ainda a análise de multicolinearidade entre as variáveis do modelo hierárquico multivariado a fim de verificar a interdependência entre as mesmas.

Todas as análises foram realizadas no programa R versão 4.2.1.

7.8 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do CEP da UFJF e teve o Parecer Favorável de Número 3.895.183 (Anexo 1), sendo também inserindo um adendo para fins de expandir a coleta nos serviços CAPS, tendo este o parecer favorável de número 5.438.871 (Anexo 2).

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos conforme Resolução N. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisadora responsável garantiu durante todo o processo de tratamento dos dados a privacidade e a confidencialidade dos dados, bem como o cuidado para não expor os serviços ou usuários participantes.

A pesquisadora compromete-se a enviar uma cópia digitalizada deste trabalho para todos os serviços CAPS, hospitais gerais e gestores de saúde envolvidos nesta pesquisa. Pretende-se ainda realizar discussão dos dados na próxima reunião dos Colegiados Regionais de Saúde de Ubá e Muriaé previstos para ocorrer em julho de 2023 para fins de dar devolutiva dos achados, conforme normas e prerrogativas do CEP.

8 RESULTADOS

A maior parte dos usuários que passou por internação (58,5%), foi do sexo masculino, não brancos (53,1%) e com idade média de 39,9 anos (DP = 14,7). A pessoa de menor idade internada foi de 10 anos e a de maior, 89 anos. Destaca-se que 7,5% eram crianças ou adolescentes entre 10 a 19 anos.

A Tabela 3 apresenta as variáveis sociodemográficas. Os pacientes foram residentes de 29 municípios pertencentes à micro de Ubá e Muriaé. Dois municípios de pequeno porte destas microrregiões de saúde não tiveram usuários internados em LSMHG neste período.

Tabela 3. Características sociodemográficas de usuários internados em LSMHG, Microrregiões de Saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais, Brasil, jan/2018 a jul/19 (n=622)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	364	58,5
Feminino	258	41,5
Raça		
Não brancos	330	53,1
Brancos	253	40,7
Sem informação	39	6,2
Faixa etária		
10 a 19 anos	47	7,5
20 a 29 anos	125	20,1
30 a 39 anos	147	23,6
40 a 49 anos	137	22,1
50 a 59 anos	103	16,5
60 anos ou mais	63	10,2

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Quanto às variáveis clínicas, foi possível identificar que a duração da internação de pelo menos 50% dos participantes da amostra foi de até 5 dias. Este dado variou desde a usuários que entraram e saíram do leito no mesmo dia (6 casos), a um usuário que chegou a ficar 35 dias internado. A média de dias de permanência da amostra foi de 5,3 dias (DP = 4,2).

No que tange aos CID's diagnósticos dos usuários internados, 45,5% estavam relacionados ao uso de algum tipo de droga. Destes, a categoria de CID's relacionados ao uso de múltiplas drogas e ou outras drogas (exceto álcool) foi responsável por 29,6% da amostra e CID's relacionados ao uso de álcool, corresponderam a 15,9%. Quanto aos transtornos mentais clássicos - aqueles

relacionados aos transtornos delirantes, psicóticos, depressivos, bipolar, maníacos e do humor – corresponderam a 36,7% da amostra. Os delírios e demências relacionados às causas orgânicas corresponderam a 8% e os demais CID's à 9,8%.

Outro dado relevante refere-se aos CID's relacionados aos motivos das internações avaliados segundo o sexo: 74% das internações devidas a CID's relacionados ao uso de drogas ocorreram no sexo masculino, enquanto 61% das internações devidas aos transtornos clássicos foram do sexo feminino.

Os procedimentos tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e disruptivo e avaliação diagnóstica somam juntos 36,5% da amostra, seguido de tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso das demais drogas (32,3%) e tratamento devido a risco elevado de suicídio (16,8%).

Cento e uma pessoas foram internadas mais de uma vez no período do estudo, o que corresponde a 16,2% de reinternações. Três pessoas foram internadas 4 vezes - sendo este o número máximo de reinternações no período – dezesseis pessoas foram internadas 3 vezes e oitenta e duas pessoas foram internadas duas vezes. Quanto ao acompanhamento pelo serviço CAPS de referência, identificamos que, 43,5% dos pacientes não tiveram acompanhamento anterior à internação e em quase 50% dos casos (46,6%), a equipe do CAPS de referência buscou dar continuidade ao cuidado do sujeito após a internação.

Com relação à informação sobre os CID's das 101 pessoas reinternadas, estes não diferiram do restante da amostra como um todo. Os reinternados devido aos transtornos clássicos e uso de outras drogas, excetuando-se o álcool, foram 35,6% cada, uso de álcool corresponderam a 9,9 %, causas orgânicas 9% e 9,9% por outros CID's. Outra informação sobre os sujeitos reinternados no período foi que 54,5% deles já eram acompanhados pelos serviços CAPS, 23,7% não eram acompanhados e para 21,8% não foi possível identificar essa informação.

Em relação à variável sobre os motivos de alta, 84,4% foram com a situação melhorada. Dentre os outros motivos, destaca-se alta por evasão que correspondeu a 8,7% e alta a pedido com 4,8%.

As características e informações clínicas encontram-se descritas na Tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Variáveis clínicas de usuários internados em LSMHG, Microrregiões de Saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais, Brasil, jan/2018 a jul/19 (n = 622)

Variáveis	N (622)	%
Duração da internação		
Até 4 dias	309	49,7
De 5 a 7 dias	193	31
De 8 a 15 dias	106	16,9
Mais de 15 dias	14	2,4
Procedimento		
Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e disruptivo	227	36,5
Tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso das demais drogas	216	34,7
Tratamento clínico em saúde mental devido a risco elevado de suicídio	105	16,9
Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	74	11,9
CID's diagnósticos		
Transtornos clássicos (delirantes e psicóticos -F20 a F29 e depressivos, bipolar, maníacos e do humor - F30 a F39)	228	36,7
Transtornos relacionados ao uso das demais drogas e/ou múltiplas drogas (F11 a F19)	184	29,6
Transtornos relacionados ao uso de álcool (Grupo F10)	99	15,9
demais CID's	61	9,8
Demências, delírios e outras causas orgânicas (F0 a F09)	50	8
Número de internações no Período		
1 vez	521	83,8
2 duas vezes	82	13,2
3 vezes	16	2,6
4 vezes	3	0,5
Motivo de Alta		
Alta Melhorado	525	84,4
Alta por evasão	54	8,7
Alta a Pedido	30	4,8
Outros motivos	13	2,1
Acompanhamento anterior à internação		
Não	271	43,6
Sim	224	36,0
Sem informação	127	20,4
Continuou acompanhamento		
Sim	290	46,6
Não	209	33,6
Sem Informação	123	19,8

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Com relação às variáveis de organização da RAPS, encontramos que durante o período de internação dos sujeitos, em somente 24,3% ocorreu alguma articulação

ou contato entre a equipe do CAPS e a equipe hospitalar. Em mais da metade das internações ocorridas, a equipe do CAPS não avaliou o caso para o encaminhamento ao leito ou sugeriu esta intervenção como proposta de cuidado. No que tange ao leito caracterizar-se como porta de entrada para a continuidade de cuidado no CAPS, identificamos que esta situação ocorreu em 15,8% dos casos, pois os sujeitos não faziam acompanhamento no CAPS de referência antes da internação e passaram a fazê-lo após a internação.

No que se refere ao município de residência dos usuários, a presença de CAPS e leito foi observada em 79,6% e 75,9% dos casos, respectivamente. Vale ressaltar que dos 29 municípios que se fizeram representar na amostra estudada, 9 deles são sede de serviços CAPS e que estes dispositivos geralmente encontram-se presentes nos municípios de maior porte populacional.

Em relação às distâncias entre os serviços leitos e os serviços CAPS de referência de cada usuário internado, observou-se que em 87,7% das internações ocorridas, o leito e o CAPS de referência dos usuários encontravam-se no mesmo município. Em 17 ocorrências não foi possível obter esta informação pela impossibilidade de identificar o CAPS de referência do usuário e para o restante dos usuários, a equipe do leito e do CAPS de referência, se encontravam sediadas em municípios diferentes.

Tabela 5 - Variáveis de organização da RAPS, Microrregiões de Saúde de Ubá e Muriaé, Minas Gerais

VARIÁVEIS	N (622)	%
Leito como porta de entrada para cuidado no CAPS		
Não	396	63,7
Sim	98	15,8
Sem informação	128	20,5
Articulação durante a internação		
Não	349	56,1
Sim	151	24,3
Sem informação	122	19,6
Avaliação para encaminhamento ao leito		
Não	347	55,8
Sim	154	24,8
Sem informação	121	19,4
Presença de CAPS no município de residência		
Sim	495	79,6
Não	127	20,4
Distância entre CAPS e leito (km)		
0	545	87,7
20	4	0,6
24	12	1,9
35	28	4,5
38	3	0,5
52	12	1,9
65	1	0,2
Sem informação	17	2,7
Número de leitos		
7	383	61,6
2	239	38,4
Cidade do hospital		
Muriaé	221	35,5
Ubá	162	26
Rio Pomba	112	18
Visconde de Rio Branco	88	14,1
Ervália	39	6,3
Presença de leito no município de residência		
Sim	472	75,9
Não	146	23,4
Sem informação	4	0,7

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Na análise bivariada dos dados (Tabela 5), oito associações foram estatisticamente significativas indicando maior ou menor chance de cruzamento com intervenção recebida pelas equipes CAPS, sendo elas: sexo, duração da internação,

procedimento, reinternação, CID, número de leitos, nome do hospital e Caps de referência. O apêndice 5 apresenta os dados das análises bivariadas.

Para a análise do modelo hierárquico multivariado, a entrada das variáveis no modelo seguiu a seguinte ordem: 1º sexo, 2º reinternação, 3º duração da internação, 4º número de leitos, 5º CAPS de referência, 6º nome do hospital, 7º procedimento, e 8º CID. O modelo se ajustou adequadamente aos dados (teste de Hosmer-Lemeshow *P* = 0,898) explicando 35,1% da variabilidade existente nos mesmos (teste de Negelkerke = 0,351). As variáveis explicativas que permaneceram significativas no modelo hierárquico multivariado foram: reinternação duração da internação, CAPS de referência e CID. Na Tabela 6 abaixo encontram-se os valores de *odds ratio*, intervalo de confiança e valor de p das variáveis que permaneceram significativas de forma independente.

Tabela 6 - Modelo hierárquico multivariado considerando o desfecho cuidado e variáveis associadas

VARIÁVEIS	OR[a]	IC[b] 95%	*P* [c]
Reinternação (sim)	2,593	1,347 – 5,204	0,006
Duração da internação (dia)	1,086	1,027 – 1,156	0,006
CAPS de referência			
CAPS B	Ref.	-	-
CAPS D	23,033	7,801 – 86,675	<0,001
CAPS E	2,444	0,654 – 8,666	0,167
CAPS G	5,196	1,300 – 26,202	0,026
CAPS I	22,785	8,842 – 66,651	<0,001
CAPS C	5,398	2,770 – 10,877	<0,001
CAPS F	12,323	2,951 – 84,691	0,002
CAPS H	22,263	4,955 – 160,985	<0,001
CAPS J	22,795	9,519 – 59,688	<0,001
CID			
Transtornos clássicos	Ref.	-	-
Causas orgânicas	0,408	0,173 – 0,947	0,038
Demais drogas e múltiplas drogas	0,514	0,231 – 1,129	0,099
Outros CIDs	1,142	0,502 – 2,632	0,752
Uso de álcool	0,620	0,268 – 1,452	0,265

Teste de Hosmer-Lemeshow: $\chi^2 = 3,513$, gl = 8, *P* = 0,898; Teste de Nagelkerke = 0,3510.
[a] – valor de *odds ratio* / [b] – intervalo de confiança de 95% [c] – valor de p para cada variável
Fonte: elaborado pela autora (2023)

Os sujeitos que foram reinternados apresentaram 159,3% a mais de chance de receberem algum tipo de cuidado e, para cada dia a mais de internação, as chances foram aumentadas em 8,6%. Além disso, em comparação ao CAPS B, as

chances de cuidado foram aumentadas em aproximadamente 22 vezes nos CAPS D, no CAPS I, e no CAPS J. Aumentadas 21 vezes no CAPS H, em 11 vezes no CAPS F e 4 vezes nos CAPS G e CAPS C. O CAPS B foi escolhido como categoria de comparação por ser o serviço com maior número de usuários vinculados. Por fim, em relação aos CID's, identificamos que enquanto as categorias de demais drogas e múltiplas drogas, uso de álcool e outros CID's não foram diferentes dos transtornos clássicos, as causas orgânicas apresentaram 52,9% a menos de chance de ter cuidado.

9 DISCUSSÃO

9.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Com relação às características sociodemográficas das pessoas identificadas em nosso estudo, a maior proporção de internações entre homens (58,5%) e a idade média de 39,8 anos, não diferem de outros achados descritos na literatura (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010; SILVA, MAFTUM *et al*., 2014; CARVALHO *et al*., 2019). A predominância de homens nestes dispositivos é explicada por Schinemann e Zambenedetti (2020) como estando vinculada às questões culturais, pois os homens procuram menos os serviços de saúde primários e especializados e por consequência acionam mais os serviços de urgência. É nos momentos de crise e sofrimento mais intenso que eles se inserem nos serviços, sendo que esta inserção, muitas vezes, ocorre pela porta hospitalar.

Quanto à faixa etária predominante, destacamos que são de pessoas em períodos de vida economicamente ativo e neste quesito vale lembrar os impactos que o transtorno mental e o uso de drogas, possuem na qualidade de vida e em anos de vida perdidos (MENDES, 2012). De modo geral a prevalência e incidência de transtornos mentais influencia na qualidade de vida e inserção social das pessoas (OLIVEIRA; GULJOR; VERZTMAN, 2015; WHO, 2022). Sabemos que as características individuais de uma população como sexo, idade e raça, exercem influência sobre suas condições de Saúde, mas elas estão envoltas com os comportamentos e estilos de vida das pessoas que por sua vez tem relação com as informações recebidas, as influências ambientais, as possibilidades de consumo, as políticas socioeconômicas e ambientais macro e micro instituídas (MENDES, 2012).

Já a informação sobre o atendimento de crianças e adolescentes numa proporção de 7,5 % em LSMHG, é um dado bastante relevante e não encontramos descrição semelhante na literatura recente. Geralmente os estudos só consideram os dados de usuários acima de 12 ou 18 anos. Nosso achado sugere que os LSMHG também têm atendido crianças e adolescentes, sendo de suma importância essa ocorrência posto que, conforme Coelho (2022), os dispositivos de atendimento a este público ainda são escassos na RAPS do Estado de Minas Gerais. Ademais, conforme dados da Organização Mundial de Saúde cerca de 8% das crianças com idade de 5 a 9 anos, e 14% dos adolescentes do mundo com idade entre 10 e 19

anos, vivem com um transtorno mental (WHO, 2022). Salienta-se ainda o fato do uso de álcool e outras drogas estar ocorrendo de forma cada vez mais precoce entre adolescentes (CARLINI *et al*., 2010).

Aqui cabe ressaltar que a oferta de cuidados hospitalares sugere que houve uma agudização do caso em algum momento do cuidado daquela criança ou adolescente e por este motivo recorreu-se à internação hospitalar. Portanto, este atendimento significativo deste público neste dispositivo de atenção de urgência, reforça a necessidade de investimentos públicos e expansão de serviços como os CAPS infanto juvenis para evitar internações, agravamento dos casos e propiciar o trabalho de prevenção evitando agudização de sofrimento e primando pela acolhida e cuidado de crianças e adolescentes no seio familiar, comunitário e escolar (BRASIL, 2014). No território desta pesquisa, contamos com apenas 1 CAPS infantojuvenil que atende somente 20 % da população dos municípios das microrregiões de Ubá e Muriaé. Isso significa que somente essa proporção do território conta com atendimento de CAPS infanto juvenil. Para os demais territórios, o cuidado de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, dá-se nos outros serviços da RAPS existentes.

Já com relação à raça, nossos achados destoam dos estudos de Zanardo *et al*. (2017) e Paes *et al*. (2018) que encontraram em LSMHG uma população branca acima de 70 %. Neste quesito, acreditamos que os dados não diferem da raça prevalente nas duas microrregiões de saúde do estudo, segundo dados do IBGE. Porém cabe destacar que para um quantitativo considerável de pessoas internadas (6,2 %), esta informação esteve ausente. Aqui ressaltamos a importância da informação sobre raça para planejamento de ações e identificação de disparidades de acesso e políticas públicas em geral vinculadas à esta variável, mas também para avaliar os impactos do racismo na saúde mental da população negra (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

Outro achado de nosso estudo que nos chamou atenção é o fato de dois municípios pertencentes às microrregiões de saúde abarcadas, não terem munícipes que acessaram o dispositivo LSMHG. Isso pode sinalizar dois movimentos que são excludentes entre si: por um lado, pode ocorrer que o cuidado via equipamentos de APS e apoio das equipes CAPS de referência possibilite um acompanhamento dos casos de forma mais sistemática e que, de fato, não tenha ocorrido a necessidade do apoio hospitalar no período em que os dados foram coletados. Um estudo de

Frateschi e Cardoso (2014), encontrou que usuários com necessidades de cuidados em saúde mental reconhecem o apoio das equipes de APS quando há vínculo e relação de confiança e que alguns usuários, reconhecem nas equipes de APS, local para buscar apoio em momentos de crise e desestabilização.

Por outro lado, este achado, pode refletir uma dificuldade de acesso ou mesmo que exista nestes dois municípios uma via de acesso paralela para Comunidades Terapêuticas ou instituições semelhantes. Aqui é preciso atentar, para além das situações de violações já identificadas comumente nas Comunidades Terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO, 2018), para os riscos relacionados à saúde quando estes dispositivos acolhem usuários com necessidades e debilidades clínicas que podem levar, inclusive, os sujeitos à morte, como pode ser constatado no Relatório da Secretaria de Estado da Saúde de MG realizado em 2016 (MINAS GERAIS, 2016b).

Contribuindo neste sentido, Coelho (2022) refere que as dificuldades diversas encontradas na RAPS de MG e no cenário nacional com relação aos cuidados de usuários de álcool e outras drogas, quais sejam, a deficiência na cobertura de CAPS AD 24 horas e na implantação de UAA e UAI, bem como as dificuldades dos equipamentos de APS em ofertar cuidados em saúde para este público, pode levar as famílias e usuários a procurarem por Comunidades Terapêuticas. Por outro lado, a presença destas últimas pelos municípios e o incentivo financeiro à sua permanência e ampliação pelos territórios, também pode contribuir para a não expansão dos dispositivos CAPS AD 24 horas, bem como UAA e UAI (COELHO, 2022).

9.2 ACHADOS E DISCUSSÕES SOBRE VARIÁVEIS CLÍNICAS DA AMOSTRA

Em nosso estudo identificamos um tempo de curta permanência nos LSMHG. Pelo menos 50% dos usuários ficaram 5 dias ou menos internados, sendo este achado semelhante ao encontrado por Schinemann e Zambenedetti (2020), mas que destoa de outros estudos que encontraram um tempo de permanência geralmente em torno de 16 a 30 dias (DALGALARONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; SILVA, MAFTUM *et al*., 2014; CARVALHO *et al*., 2019). Conforme sugerem Horta *et al*. (2015), o tempo de duração da internação, parece ser uma condição sensível à

expansão da rede de serviços substitutivos. Neste sentido a curta permanência da internação poderia ser explicada pela boa cobertura dos serviços CAPS e de APS das microrregiões de saúde, quando comparadas ao do Estado de Minas Gerais e do país (COELHO, 2022). Porém, conforme sugerem Horta *et al*. (2015), o curto tempo de internação não pode ser considerado um indicador de melhoria de cuidado, sem que se saiba se há aumento das taxas de reinternação. Considerando que estes dois indicadores se apresentaram baixo em nosso contexto, isso poderia sugerir, conforme Zanardo *et al*. (2017), uma boa expansão da rede territorial e sua capacidade de dar continuidade ao cuidado do sujeito fora da instituição hospitalar.

Percebe-se que os estudos que avaliaram o tempo de internação em LSMHG encontraram situações diversas e que acreditamos que estejam também associadas às regras instituídas quanto ao tempo de permanência daquela AIH. Assim, considerando os estudos de Schinemann e Zambenedetti (2020) que avaliaram leitos de saúde mental de hospitais gerais instituídos após a Portaria 148/2012 (BRASIL, 2012a), encontramos tempo de permanência similar ao de nosso estudo. Já Horta *et al*. (2015), avaliando as internações em HG ocorridas de 2000 a 2011, e Dalgalarondo, Botega e Banzato (2003), que avaliaram internações ocorridas entre 1986 a 1997, encontram um período de internação maior, mas percebem que tem ocorrido redução deste tempo de permanência ao longo dos anos. Acreditamos que tal comportamento, além das influencias relacionadas a fatores já descritos em literatura como a existência de renda dos sujeitos internados (BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018), atividades de reinserção social (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003), capacidade dos dispositivos comunitários de organizar a alta hospitalar, acompanhamento do sujeito fora da instituição, existência de serviços substitutivos e comunitários (SYSTEMAS *et al*., 2002), também é influenciado pelas normas instituídas pelo MS, para a definição de longa e curta permanência. Neste sentido é importante frisar que o período máximo permitido para uma AIH de LSMHG é de 30 dias e que após este prazo nova AIH deve ser aberta. Acreditamos que estas normas também possam influenciar no tempo de permanência.

Em relação aos diagnósticos relacionados aos motivos das internações encontrados em nosso estudo, prevaleceram as internações devidas ao uso de álcool e outras drogas como principal motivo (45,5%) e transtornos clássicos como a segunda principal causa (36,7%), sendo que tais achados não diferem dos estudos de Silva *et al*. (2014) e Schinemann e Zambenedetti (2020)

Quanto à utilização de LSMHG para atendimento de usuários de SPA, vale ressaltar os estudos de Bellenzani, Coutinho e Detomini (2018), que encontraram que pessoas usuárias de álcool e outras drogas, quando comparadas àquelas que foram internadas por transtornos mentais e comportamentais, tinham piores indicadores sociais e de cidadania como falta de acesso a benefícios sociais, renda, menor escolaridade e maior dificuldade de acesso a serviços de saúde. Ademais, vários estudos já apontaram que o estigma de profissionais de saúde para com usuários de drogas, representa uma barreira para o acesso e cuidado nos serviços de saúde em geral (MOTA *et al*., 2013; SILVEIRA *et al*., 2013; SOUZA; RONZANI, 2018). Estes fatores sugerem que as equipes de cuidado territoriais (tanto de CAPS, LSMHG, APS e outros dispositivos intersetoriais) devem se ater e estabelecer estratégias de ações com este público de forma a intensificar o cuidado com foco em ações de acesso aos serviços de saúde e intersetoriais visando intervir de forma ampliada nas questões associadas às situações sociais e de saúde deste público.

Quando analisamos a informação sobre os motivos das internações e sua distribuição entre os sexos, também temos dados semelhantes aos nossos em diversos estudos já realizados (SILVA *et al*., 2014; PAES *et al*., 2018; MILIAUSKAS *et al*., 2019). As mulheres internam mais no grupo de transtorno do humor e os homens são preponderantes no grupo de transtornos relacionados ao uso de SPA (PAES *et al*., 2018**;** MILIAUSKAS *et al*., 2019). A maior porcentagem de internações relacionados ao uso de drogas entre o sexo masculino e, os transtornos clássicos mais expressivos entre o sexo feminino, são achados já descritos na literatura (SILVA *et al*., 2014; PAES *et al*., 2018; MILIAUSKAS *et al*., 2019) e podem ser explicados por aspectos presentes na nossa formação histórica e cultural. Porém, alterações de comportamento entre os sexos, novas configurações familiares e a transformação no exercício dos papéis de gênero tem alterado significativamente as estatísticas em saúde quanto ao uso de drogas entre os sexos (HORTA *et al*., 2007). Assim, as estatísticas de uso de drogas entre as mulheres vêm aumentando ao longo dos anos, sendo necessário identificar e compreender essas transformações para estabelecer as estratégias e mudanças necessárias no campo da prevenção e do tratamento na área das políticas públicas de saúde (CARLINI *et al*., 2010).

Os dados referentes aos procedimentos lançados, sendo o mais recorrente o tratamento de comportamento desorganizado e disruptivo e avaliação diagnóstica, podem sinalizar que os LSMHG estão cumprindo a função assistencial de garantir

cobertura 24 horas pelos territórios. Por outro lado, seria importante outros estudos que identificassem os principais horários de acessos dos usuários a estes leitos, pois, sendo horário comercial, espera-se que os atendimentos das situações de crise, tivessem como porta de acesso prioritária os serviços CAPS de referência dos sujeitos (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010). Somente os dois municípios sede de micro contam com cobertura de CAPS por 24 horas. Ademais, geralmente estes serviços só acolhem demanda espontânea até às 19 horas, atendendo as normativas das Portarias 130/2012 (BRASIL, 2012) e 336/2002 (BRASIL, 2002) consolidadas na Portaria n. 2 de 2017 (BRASIL, 2017c). Após este horário são os demais pontos de urgência e emergência da RAPS que farão este atendimento de demanda espontânea.

As informações sobre os procedimentos lançados nas AIH's, são utilizados para o processo de cobrança administrativa, porém é de suma importância ressaltar que todo dado de saúde também gera informação que impacta nas políticas de planejamento e organização do setor. Encontramos situações em que o procedimento lançado para a cobrança na AIH não correspondia à situação do usuário em questão. Esta situação foi identificada em um serviço hospitalar, onde houve casos de constar na AIH procedimentos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, mas os usuários não faziam uso de nenhuma SPA, de acordo com a afirmação da equipe CAPS de referência que os acompanhava. Esta situação de fragilidade e ausência de registros fidedignos quanto à sua motivação também foi encontrado no estudo de Monteiro (2013). Neste sentido faz-se necessário ações e monitoramentos das três esferas de gestão quanto aos processos de registros de procedimentos em saúde e sua relevância, pois impactam nos planejamentos de saúde que devem ser organizados levando em conta as necessidades de saúde dos territórios.

Outro dado clínico deste estudo está relacionado à função dos LSMHG no acolhimento de pessoas em risco ou com tentativas de autoextermínio. Encontramos que 16,88% dos procedimentos lançados foram relacionados à tentativa de autoextermínio, estando este dado menor do que o encontrado por Baeza, Da Rocha e Fleck (2018). Porém, tal qual demonstraram os achados de Paes *et al*. (2018), os sujeitos em situações de necessidades de cuidados hospitalares de saúde mental relatam com mais frequência pensamentos suicidas em algum momento da vida, sendo os transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras

drogas, fatores de risco para o suicídio. Estes achados sinalizam para a necessidade de capacitação das equipes hospitalares e dos demais serviços territoriais para abordagem e manejo de pessoas em risco de suicídio. A OMS recomenda uma série de ações a serem realizadas pelos gestores a fim de reduzir a mortalidade relacionada ao suicídio, como: limitar o acesso aos meios de suicídio mais utilizados, atuar com as mídias para abordagens mais responsáveis com relação à esta temática, trabalhar com adolescentes e jovens desenvolvendo habilidades de vida social e emocional mais saudáveis e intervenção precoce com pessoas com comportamentos suicidas (WHO, 2022). Nossos dados reforçam a necessidade de se instituir ações de prevenção ao suicídio que envolvam os diversos dispositivos da RAPS, prioritariamente os dispositivos da atenção primária à saúde e os CAPS, estratégicos para identificação e intervenções precoces no que tange à temática. É preciso habilidades das equipes de saúde para atuarem com o sofrimento intenso que leva ao pensamento suicida como alternativa para cessar a dor. Esta atuação deve dar-se no apoio territorial para o reencontro com o desejo de vida, a identificação e atuação para com os fatores que geram sofrimento, exclusão e pensamento suicida. Para tal, os gestores devem empreender esforços no trabalho intersetorial, acionamento de redes de apoio comunitárias, familiares e suporte de políticas públicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Com relação às reinternações que ocorreram em 16,3% da amostra, representa uma porcentagem expressivamente menor do que estudos semelhantes ao nosso (ZANARDO *et al*., 2017; BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018; SCHINEMANN; ZAMBENEDETTI, 2020). Esta variável é um fenômeno de múltiplas determinações e está associada a fatores como diagnóstico, características sociodemográficas dos usuários, qualidade da atenção prestada pela rede de atenção (MACHADO; SANTOS, 2011). É primordial que as equipes de saúde mental dos territórios consigam monitorar e avaliar os casos de reinternação frequentes no sentido de identificar situações em que não é a intervenção hospitalar a necessária e sim a diversificação e elaboração de outras estratégias de cuidado como oferta de dispositivos residenciais, de reabilitação e de cultura. Na ausência destas estratégias e resignificações, as reinternações ficarão como recursos dispendiosos e sem eficiência, enfraquecendo inclusive o desejo de cuidado das equipes contribuindo para aumentar o estigma com relação às pessoas em sofrimento (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Com relação aos nossos achados sobre o acompanhamento anterior à internação pelas equipes CAPS e sua continuidade após a internação, não encontramos estudos envolvendo LSMHG que avaliassem estes dois quesitos de forma concomitante. Estudo de Zanardo *et al*. (2017) avaliou o acompanhamento antes da internação mediante respostas dos usuários quando estes estavam internados e encontrou que 34,4% não realizavam nenhum acompanhamento em serviços de saúde (públicos ou privados) antes da internação. Porém no estudo destes autores foi também considerado os acompanhamentos diversos nos dispositivos da RAPS e em nosso estudo, identificamos somente os usuários que faziam acompanhamento prévio junto às equipes dos CAPS de referência. Em nosso contexto identificamos que 43,6% dos usuários não faziam acompanhamento pelos CAPS de referência antes da internação no LSMHG. Já com relação ao acompanhamento por serviços territoriais após a internação em LSMHG, acreditamos que nossa pesquisa foi pioneira. Encontramos estudos que avaliaram, junto à instituição hospitalar, se esta fez encaminhamento a algum outro dispositivo assistencial do território, mas não se o usuário de fato continuou ou não este cuidado. Neste sentido Silva *et al*. (2014) encontraram que 45,5% dos pacientes foram encaminhados formalmente a um serviço de referência pela instituição hospitalar.

Dentre os cuidados pesquisados por nós junto às equipes de CAPS, a busca por continuar o cuidado do sujeito internado, foi a intervenção mais significativa e mais realizada pelos serviços CAPS. Para quase 50 % dos usuários que passaram por internação em LSMHG, o CAPS ofertou uma ação de cuidado após a internação. Neste ponto, Bandeira e Campos (2021) informam que a passagem por internação em LSMHG representa um momento estratégico para iniciar acompanhamento na RAPS. Estes autores encontraram que muitos usuários iniciam seu percurso de cuidado em saúde mental após passar por internação em hospital geral, geralmente ocorridas durante um momento de crise. Apesar de apresentar-se como o cuidado mais ofertado, acreditamos que esta tentativa de continuar o acompanhamento pelo CAPS no pós alta também pode ser melhorado, considerando a boa cobertura de serviços CAPS na região de estudo, a proximidade identificada entre os dois dispositivos em questão e o fato de 80% dos usuários internados contar com o CAPS em seu município de residência.

Quanto à condição de alta dos sujeitos em que 84,4% tiveram a condição melhorada, nossos achados se assemelham a outros encontrados na literatura (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; SILVA *et al*., 2014). Porém conforme Silva e Ferigato (2020), algumas vezes, as equipes de CAPS e HG não entram em acordo com relação às definições do momento mais adequado para a alta. De acordo com os autores, algumas vezes a alta não é discutida entre as equipes CAPS e hospitalares e a duração da internação não é um fator consensuado por elas. Ademais ressaltamos que esta condição se apresenta como uma avaliação subjetiva do profissional médico responsável pela alta.

9.3 CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO DA RAPS EM ESTUDO

Em nosso contexto encontramos que os LSMHG funcionaram como porta de entrada para o acompanhamento no serviço CAPS para 15,76% dos usuários. Isso ocorreu, pois estes usuários não faziam o acompanhamento em serviço CAPS antes da internação e passaram a fazê-lo após esta intervenção. Destacamos que as duas microrregiões consideradas em nosso estudo, são beneficiadas em termos de acesso a LSMHG por disporem do quantitativo de leitos de acordo com as regras da portaria 148/2012, qual seja, um leito a cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2012a). Esta cobertura de 100% no que se refere à estes dispositivos, de certa forma contribui para viabilizar o acesso dos usuários ao cuidado em saúde mental. Coelho (2022) encontrou que das 77 regiões de saúde de MG, em somente 14 há cobertura de 100% ou mais de LSMHG, sendo este o dispositivo com menor cobertura no Estado.

Com relação ao fato da maioria das internações (55,8%) não ser precedida por contato ou acionamento das equipes CAPS de referência, entendemos tal fato como um desafio para a RAPS local. Conforme nos sinalizam Zanardo *et al*. (2017), o funcionamento da porta hospitalar como via de acesso ao cuidado em saúde mental, pode sugerir a persistência do entendimento tradicional da internação como “resolutiva e necessária”, prevalecendo a lógica da atenção centrada no tratamento médico e medicamentoso. Porém, pode indicar ainda, dificuldades de acesso dos usuários aos serviços CAPS ou o desconhecimento de sua existência. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) acrescentam que os sistemas regulatórios municipais

devem ser capazes de identificar as reais necessidades de acionamento dos LSMHG, as fragilidades dos demais dispositivos no cumprimento de suas funções e atuar sobre estas questões. Assim, a prevalência do acesso pela via hospitalar no momento de agudização do sofrimento, desarticulada da coordenação pela equipe CAPS, também seria um indicador de avaliação sobre o funcionamento desta rede.

Para reverter essa lógica de priorização do atendimento de crise no nível hospitalar, conforme nos informam Oliveira, Guljor e Verztman (2015), é necessário que os serviços de atenção psicossocial estejam atentos e dispostos a acolher e escutar os sujeitos. Para dar conta desta demanda, os serviços estratégicos para esta atuação, devem ter estrutura e organização flexíveis, devem circular por diversos dispositivos e atuar para que o território do sujeito consiga acolher as suas necessidades singulares. Assim, para evitar internações, as equipes devem intervir de forma concreta no território e não somente na clínica interna do dispositivo ou sobre o sujeito. Exemplo dessa intervenção concreta, seriam as amarrações que devem ser feitas com outros setores para evitarem agravamento de quadros e crises diversas.

No quesito referente às intervenções e articulações que ocorreram durante o momento de internação dos sujeitos, o que pode ser identificado em apenas 24,3% das internações, acreditamos que elas não foram tão representativas considerando o universo de sujeitos internados e a boa cobertura de CAPS das regiões de estudo. Essas articulações e trocas entre as equipes CAPS e hospitalar, poderiam ocorrer de forma mais ativa considerando a cobertura de CAPS destes territórios e o fato de quase 90% dos casos contarem com a proximidade física entre o CAPS e o HG.

9.4 VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS CUIDADOS OFERTADOS PELAS EQUIPES CAPS

Com relação às variáveis que estiveram associadas ao nosso desfecho de interesse, qual seja, à maior chance de obter algum cuidado pelas equipes CAPS antes, durante e depois da internação, encontramos que foram os usuários reinternados, que ficaram mais tempo no leito, cujo diagnóstico não era relacionado às causas orgânicas e vinculados a alguns serviços CAPS específicos.

É esperado que para usuários reinternados as equipes hospitalares e de CAPS já tenham o conhecimento do histórico de passagens do usuário pelo

dispositivo e isso impulsione a abordagem dos CAPS ao sujeito antes, durante ou depois da internação. Neste mesmo sentido, estudos de Zanardo et al. (2017) encontrou diferença significativa com relação ao acompanhamento na RAPS entre os usuários de primeira internação e os que se caracterizavam por internações recorrentes. Entre os primeiros, somente 45,7% tinham vínculo com algum serviço de saúde. Já os que já haviam passado por internação recorrente, 72,1% possuíam vínculo.

De acordo com Silva e Ferigato (2020), o momento da internação precisa ser compreendido como potente para ampliar essas chances de cuidado pelas equipes da RAPS. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) orientam que as equipes de CAPS devem realizar matriciamento junto à equipe do leito nos momentos de internações, acompanhar e monitorar o usuário no momento da estadia hospitalar visando garantir a continuidade de seu cuidado no CAPS de referência. Estes autores acrescentam ainda que, quando as internações não se dão pela via de acesso do CAPS, a equipe hospitalar deve comunicar à esta equipe de referência a internação ocorrida o mais breve possível. Já quando os usuários são conhecidos pelas equipes dos CAPS, esta equipe precisa informar às equipes hospitalares sobre as trajetórias de vida, as expectativas e objetivos com relação à internação tanto da equipe quanto do sujeito e familiares, sua rede de suporte existente e relações com o território.

Quanto à duração da internação e sua possibilidade de influenciar em maiores chances de cuidado pelas equipes CAPS, poderiam ser explicadas pelo fato de os sujeitos, a cada dia da internação, estarem mais tempo expostos às intervenções destas equipes. Neste quesito, porém, conforme sugerem Baeza, Rocha e Fleck (2018), há que se empreender novos estudos que possam propor um equilíbrio entre o tempo de duração da internação e melhoria de cuidados na RAPS, posto que maior tempo de internação também esteve associado a desfechos negativos em alguns estudos (SYSTEMAS *et al*., 2002; DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003).

Cabe ressaltar que a premissa do cuidado territorial é a de que os sujeitos não sejam excluídos de seu convívio familiar e comunitário. Uma política que incentive ou permita a ampliação do tempo de internação dos sujeitos choca-se com a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e com os princípios do cuidado em liberdade. Ademais, quando a proposta é o cuidado no território, isso só pode ser

experimentado e experenciado na cena de vida cotidiana. Incentivar internações mais duradouras, além de agravar as situações de exclusão, serve à uma política higienista e de retirada dos sujeitos das cenas urbanas sem enfrentar os problemas que geram e alimentam a marginalização e exclusão.

No caso da associação negativa (menores chances de obter intervenção pela equipe do CAPS) com os CID's relacionados às causas orgânicas, compreendemos que isto condiz com o cuidado ofertado pelos CAPS que deve prestar atenção integral às pessoas com sofrimento mental grave e persistente e aqueles com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2017a). Aqui, porém, destacamos o fato de identificarmos que os LSMHG também atendem à pessoas com diagnósticos relacionados às demandas de causas orgânicas e outros CID's não relacionados à saúde mental. Acreditamos que a discussão a ser realizada com relação a este achado está relacionada com a questão sobre os critérios de acesso à LSMHG. Apesar destes CID's serem pouco significativos no universo de nosso estudo, sinalizam que os LSMHG podem estar sendo utilizados por usuários que deveriam ocupar leitos clínicos e não leitos de saúde mental.

O fato de termos encontrado que, em alguns serviços CAPS específicos, há maiores chances de receber intervenções pelas equipes CAPS do que em outros, nos remete às reflexões sobre a potência que tem a direção e inserção destes dispositivos em um determinado território ou rede de atenção. Coelho (2022) encontrou no estudo de avaliação da RAPS de Minas Gerais, que os municípios que possuem CAPS ou que possuem uma pactuação com referência para um CAPS, possuem um grau de implantação da RAPS mais consolidado, o que pode sugerir tanto o papel central ocupado por este ente regulador na rede de atenção, como também a dificuldade ou resistência de outros dispositivos em se envolverem no processo de cuidado de saúde mental.

Retomemos as contribuições de Leal e Delgado (2007) para reafirmarmos as ações que se esperam dos serviços CAPS tendo como perspectiva o cuidado territorial e o trabalho articulado em uma rede de atenção: Os serviços CAPS tem a função de realizar o cuidado considerando a capacidade singular de cada sujeito e as características e possibilidades de seu território. Esta tarefa não está restrita ao cuidado de sintomas, de diagnósticos e medicamentos. Pelo contrário: quando um serviço CAPS opera o cuidado de forma não manicomial ele buscará apoiar a

inserção dos sujeitos e suas formas de vida dentro do território onde se encontra. Os sujeitos que conseguem encontrar no espaço social um lugar mais tolerante para acolher o seu modo singular de estar no mundo, consegue circular sem tutela institucional. Essa clínica então só se faz no território, onde muitas vezes os sujeitos possuem baixo ou nenhum poder de troca.

Nesta clínica de cuidado dos CAPS, conforme nos alertam Leal e Delgado (2007), o cotidiano de trabalho não pode se resumir a consultas, visitas, oficinas e reuniões. É preciso que as equipes comportem idas aos territórios onde as pessoas vivem e circulam, que acompanhem e apoiem os seus trajetos, que compreendam como elas circulam, como veem o local onde habitam e como são vistas por ele. Mas isso não se dá pelo olhar do outro e sim pelo olhar de quem sofre. Nesta perspectiva de cuidado, o CAPS deve auxiliar sempre os demais equipamentos a construírem vínculos e cuidados fora dos muros institucionais. E assim, quando um sujeito necessitar de um cuidado mais intensivo para seu sofrimento, ele pode procurar ou ter o apoio novamente do serviço, mas o cuidado não pode acontecer somente naquele espaço. Articular esse trabalho em rede e estimular a circulação e vivências pelo território, seria então, a principal função de um serviço CAPS que opera cuidado em seu cotidiano e na lógica do cuidado psicossocial na RAPS.

Nosso estudo não encontrou associação entre as ações de intervenções das equipes CAPS com variáveis que, a princípio, acreditávamos que pudessem influenciar nesta possibilidade, como a distância entre o hospital geral e o CAPS, ou presença de CAPS no município de residência do usuário. Quanto à distância entre os dispositivos CAPS e leitos, Echebarrena (2018), em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, encontrou que ela se configurou como um entrave para o desenvolvimento do projeto de cuidado, pois dificultou o contato com os dispositivos do território. No contexto de estudo daquele autor, a proximidade dos leitos com os serviços CAPS foi fator apontado com potencial de possibilitar uma melhor integração e compartilhamento dos casos e auxiliar para que as equipes de CAPS visitassem os usuários internados e compartilhassem os PTS. Porém vale ressaltar que a maior distância entre CAPS e leito de saúde mental do território de nosso estudo foi de 65 km. Pode ser que distancias mais significativas impactem em dificuldades de contato e articulação das equipes CAPS para com as equipes de LSMHG.

Outra variável que acreditávamos que poderia influenciar nesta maior possibilidade de cuidado pela equipe CAPS e que não se mostrou significativa, foi o número de leitos implantados em cada prestador. A princípio, nossa hipótese era de que, em serviços com menor número de leitos implantados, as equipes CAPS conseguiriam abordar com mais regularidade os sujeitos. Porém, conforme sugerem estudos de Coelho (2022) as possibilidades de intervenção de uma rede de atenção psicossocial e seu trabalho de forma integrada com outros dispositivos, podem ser mais influenciados pela capacidade dos gestores municipais e regionais em incentivar essa integração, bem como planejarem e negociarem os fluxos e processos de trabalho de um determinado território.

Cremos que, independentemente da estratégia adotada para buscar garantir que o sujeito continue tendo o cuidado na rede psicossocial, este processo de compartilhamento de ações que se espera entre os serviços LSMHG e CAPS não pode se resumir ao envio ou preenchimento de guias de referência e contrarreferência, conforme nos alerta Monteiro (2013). A autora pondera que o processo de encaminhamento entre as equipes de cuidado territoriais que não permite o encontro e diálogo e ainda delega aos sujeitos a responsabilidade por procurar qual o local prescrito pelos profissionais, precisa ser superado. No mais este processo burocratizado e realizado por guias de encaminhamento não contribui para garantir que os sujeitos continuem os cuidados iniciados.

Ainda com relação aos cuidados que se espera das equipes CAPS no pós-alta de pessoas que passam por internação em LSMHG, retomamos as contribuições de Bandeira e Campos (2021), que pesquisaram os motivos que levaram os usuários a abandonar o cuidado no serviço CAPS de referência e encontraram que as causas apontadas pelos usuários estavam principalmente relacionadas à falha nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que eram devidas: à falta de escuta qualificada dos profissionais que permitisse propor ações factíveis e que atendessem aos desejos dos usuários, predominância de ações médico-centradas e falta de acolhimento nestes espaços. Assim, conforme Silva e Ferigato (2020), as equipes precisam refletir sobre como organizam o seu espaço físico, sobre como se posicionam dentro e fora do serviço, como organizam suas rotinas de trabalho e os acolhimentos e escutas dos usuários, pois estas rotinas naturalizadas e muitas vezes já invisíveis, refletem na capacidade da equipe em ser a porta de

acesso e o vínculo preferencial dos usuários e familiares para os momentos de agudização do sofrimento e para não interromperem o cuidado.

9.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos de nosso estudo, elaboramos e definimos algumas categorias e metodologias necessárias para o desenvolvimento do processo de investigação e delimitação do foco de pesquisa. Porém, algumas destas definições, também suscitaram inquietações por parte da pesquisadora responsável, pois trazem consigo algumas limitações. Reconhecemos, por exemplo, como uma das limitações de nosso estudo, o fato de não termos conseguido pesquisar as intervenções e cuidados ofertados pelas equipes de APS dos territórios em questão.

Reconhecemos e afirmamos que as equipes de APS são pujantes para o cuidado em saúde mental por estarem mais próximas dos territórios onde as pessoas vivem e por possuírem e atuarem com os vínculos e ferramentas potentes para o acompanhamento dos sujeitos (SOUZA; RONZANI, 2018). Apesar de nossas investigações focarem nas ações dos serviços CAPS, afirmamos que não compete somente a estes a oferta de cuidados compartilhados e superação das situações que geram sofrimentos intensos.

Costa, Ronzani e Colugnati (2018) alertam, inclusive, para o risco de uma rede altamente condicionada ao CAPS, pois pode indicar uma centralização e dependência de atenção em detrimento de dispositivos com maior capilaridade como as equipes de APS. Conforme nos lembra Amarante (2007), os CAPS configuram-se como um dos diversos dispositivos de uma rede, mas a atenção psicossocial não se faz somente em dispositivos de atenção em saúde. A passagem de um modelo psiquiátrico para um modelo de atenção psicossocial, relembremos, se constrói a partir de quatro pilares: (1) no campo teórico-conceitual encontra-se a transformação da ideia de doença pela concepção de sofrimento mental passível de escuta, acolhimento e atuação a partir do sofrimento de quem o vivencia. (2) No campo assistencial, retira-se o lugar das estruturas fechadas e asilares e as substitui por espaços de trocas, compostos por dispositivos diversos que compõem uma rede assistencial horizontalizada focada no território onde as pessoas vivem. (3) No marco jurídico-político tem-se as necessárias alterações nas legislações de forma a possibilitar aos sujeitos vivenciar o exercício de direitos sociais. E (4), no campo

sociocultural, encontram-se as transformações que possibilitem às comunidades a transformação do imaginário social sobre a loucura e as diversificadas formas de estar e permanecer no mundo (AMARANTE, 2007).

Outra limitação de nosso estudo está relacionada aos diversos desafios encontrados pela pesquisadora no momento da coleta de dados nos serviços CAPS, sendo que muitos destes, conforme alertou Souza e Jorge (2019), são intencionais e impulsionados pelo desfinanciamento das políticas de saúde mental antimanicomiais brasileiras. Assim, por exemplo, temos que algumas informações sobre os usuários não puderam ser identificadas, seja pelo fato de os serviços não disporem de prontuários eletrônicos ou serviços de registros informatizados ou ainda pelo fato de os profissionais serem novos nos serviços devido à alta rotatividade e não conhecerem e conseguirem identificar os usuários de seus territórios. A alta rotatividade de profissionais nas equipes dos CAPS dificulta o seguimento e identificação dos usuários. Já nos serviços com profissionais com mais tempo de atuação foi mais fácil identificá-los e buscar as informações desejadas. Gomes (2017) refere que implementar uma política de saúde mental no modelo de atenção psicossocial em um contexto em que os profissionais possuem relações de trabalho precárias e não contínuas é um desafio. Isto limita as capacidades de vínculos com os usuários, sendo este um pilar básico da atenção psicossocial.

Os desafios relativos às condições estruturais, materiais e de recursos humanos das equipes CAPS estiveram presentes também em algumas equipes e se caracterizam especialmente pela falta e fragilidade de profissionais nas equipes mínimas e deficiência na estrutura física dos serviços. Essas questões faziam com que a equipe tivesse dificuldade para disponibilizar alguém que pudesse guiar a pesquisadora durante a busca pelos registros de produção, posto que a equipe era mínima, na maioria das vezes, e já deficiente para o alcance dos objetivos institucionais. Acrescenta-se o fato de o espaço físico geralmente ser deficitário, o que exigia uma articulação entre a pesquisadora e o responsável pela equipe para identificar um dia com menos demandas e usuários nos serviços, de forma que a coleta impactasse o mínimo possível na rotina já instituída. Estes são pontos não só dificultadores do processo de pesquisa, mas também do cuidado desta rede de atenção, pois impactam no potencial de cuidado destes dispositivos.

Outra limitação que reconhecemos no processo desta pesquisa está atrelada às deficiências de registros em prontuários. Temos ciência de que as evoluções em

prontuários, por muitas vezes, são negligenciadas pelas equipes e neste sentido, muitas informações e ações podem não ter sido captadas pela ausência de seu registro. Silva, Abbad e Montezano (2018), em estudo que avaliou a dinâmica do trabalho de CAPS em três grandes centros urbanos, encontraram que as práticas consideradas intervenções psicossociais do modo de cuidado, como o acompanhamento territorial, a ação intersetorial, reuniões de equipe para discussão de casos clínicos e o acolhimento, não eram ações descritas nos prontuários dos serviços CAPS. Os dispositivos realizavam, mas não registravam essas ações. Porém, compreendemos que a ausência desses registros também pode sinalizar aquilo que a equipe considera como mais relevante em seu trabalho, e neste sentido também precisa ser discutida. Neste quesito, pensamos que seja relevante investir em pesquisas qualitativas que busquem identificar através da escuta de profissionais e dos usuários, ações das equipes da RAPS que são implementadas com pessoas internadas em LSMHG.

Referente aos entraves vivenciados relacionados ao momento pandêmico de COVID-19, em duas equipes foi preciso remarcar o dia de visita ao CAPS, pois havia surto no serviço e os profissionais estavam afastados. Aqui também ressalto o fato de a coleta ter ocorrido depois de mais de um ano de instalada a pandemia do COVID-19 e, consequentemente, as equipes apresentavam-se com muitas demandas e angústias, sendo preciso acolher essas angústias, antes de iniciar as coletas. A pandemia impossibilitou aos profissionais os momentos de encontro e capacitações presenciais e fragilizou os processos de trabalho (LOPES *et al*., 2021).

Outra discussão suscitada pela nossa equipe de pesquisa refere-se à nossa metodologia de buscar identificar os momentos de encontros e intervenções pelas equipes CAPS territoriais para com as pessoas internadas em LSMHG e intitulá-las pela categoria cuidado. Compreendemos o cuidado na rede de atenção psicossocial, a partir de Gomes e Merhy (2014), como o encontro que torna possível ou não as transformações. O cuidado exige inventividade, construção a partir do ser e das suas demandas. Fidelis (2018) nos sinaliza ainda que esse cuidado, neste modelo de atenção, implica em disponibilidade para a escuta e o encontro com o outro, visando amenizar o sofrimento. Porém, não nos propomos a investigar neste estudo, se as ações de cuidado captadas por nós, estavam alinhadas à concepção do cuidado na rede de atenção psicossocial que almejamos. Para esta investigação, outras pesquisas qualitativas devem ser empenhadas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados identificados em nosso estudo apontam para algumas variáveis que precisam ser consideradas e pensadas por profissionais, gestores e políticas de saúde mental, pois demonstram a possibilidade de influenciar de maneira positiva para que sujeitos internados em LSMHG possam receber mais cuidados das equipes CAPS.

Ao permitir e incentivar a troca e compartilhamento de cuidados hospitalares com os CAPS e outros serviços da rede territorial, o HG pode contribuir para a redistribuição da capacidade de intervenção entre os diversos dispositivos de uma RAPS, fazendo com que o poder secular atribuído ao hospital no momento de agudização do sofrimento, seja repensado. Tal qual nos sinalizam Trajano, Bernardes e Zurba (2018), quando os dispositivos conseguem manter o sujeito em sofrimento no território onde ele habita, não só os serviços de saúde e intersetoriais passam a participar destes cuidados, mas toda a comunidade passa a vivenciar e influenciar na tessitura das práticas, intervenções e compreensão do sofrimento psíquico.

Destacamos nos nossos achados os dados sobre a baixa reinternação e curta permanência aliada ao fato de quase metade das pessoas que passaram por internações em LSMHG terem sido abordadas pelos CAPS dos territórios, sendo tais achados movimentos que passam a compor a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira pelos diversos contextos onde estes dispositivos se fazem presentes. Mas é preciso estar atento para que as equipes de cuidado em saúde mental não perpetuem a cultura hospitalocêntrica de intervenção junto ao sofrimento mental, pois ela não atende às necessidades das pessoas em sofrimento e da atenção psicossocial e sim, reforça o cuidado médico-centrado.

Identificamos ainda, que no contexto de nosso estudo, as ações realizadas durante a internação têm ocorrido de forma frágil entre CAPS e equipes hospitalares. Os leitos têm sido acionados para os atendimentos de agudizações do sofrimento mental, mesmo em territórios com boa cobertura de CAPS, porém, na maioria das vezes, estes serviços não têm participado da decisão sobre o encaminhamento ao leito. Verificamos que, a despeito de um cenário de boa cobertura de serviços CAPS e de atenção primária, a despeito da proximidade entre

os serviços CAPS e LSMHG, o compartilhamento de cuidados e ações entre estes dois dispositivos, ainda se apresenta como desafio, o que pode sugerir que esse fenômeno seja influenciado por outros fatores. Que outras motivações seriam estas? Seriam os processos de trabalho instituídos em cada território? Seriam as condições estruturais mínimas necessárias ao bom funcionamento dos dispositivos da atenção psicossocial como recursos humanos, capacitação, estrutura física, insumos? Seriam as direções das políticas a serem instituídas para estes dois serviços? Seriam os processos de formação dos profissionais? Estas são questões que ficam suspensas e engendram em nós outros tantos questionamentos, deixando lacunas a serem investigadas por outros pesquisadores.

Porém, quanto aos desafios de funcionamento entre CAPS e LSMHG apontados em nosso estudo, é preciso considerar ainda, o cenário de extrema vulnerabilidade a nível nacional para os serviços territoriais de saúde mental e especialmente para os LSMHG, como vimos ao longo deste trabalho. Desde 2016, temos assistido a uma série de ataques e retrocessos no que tange ao funcionamento dos serviços de saúde mental de base territorial (GULJOR; AMARANTE, 2017). Há diversos desafios não só da saúde mental, mas das políticas públicas como um todo que impactam nas possibilidades das equipes para promover o cuidado psicossocial como nos alerta Vasconcelos (2017). Assim, as maiores chances de cuidado pelas equipes CAPS, também são impactadas pelas fragilidades institucionais como a alta rotatividade de profissionais, os vínculos trabalhistas precários, o aumento da demanda de saúde mental em contraponto com as equipes mínimas, o que faz reduzir a possibilidade de oferta de cuidados terapêuticos (SILVA; FERIGATO, 2020). É preciso reconhecer estes desafios e enfrentá-los para não cairmos no risco de supervalorizar a atuação dos profissionais técnicos e culpabilizá-los pelas mazelas advindas com a condução de políticas neoliberais.

É preciso refletir ainda sobre o quão recente é a história de nosso território com o olhar voltado para a saúde mental fora do manicômio. Assim, mesmo que identifiquemos desafios nas ações e articulações de apoio das equipes CAPS para com os LSMHG, lembremos, conforme nossas discussões sobre o contexto do estudo, que, há menos de 10 anos, o cuidado de crise era majoritariamente marcado pelo envio ao parque manicomial existente na macrorregião sudeste de Minas Gerais. Assim, julgamos que apesar dos desafios, o cenário ainda é promissor.

Falamos de dispositivos e profissionais recém-chegados para a atuação territorial, falamos de um território fragilizado quanto à atuação com reabilitação e inserção social conforme mostrou achados de Coelho (2022).

Não foi objetivo desta nossa pesquisa identificar as características dos serviços com maiores chances de ofertar cuidados antes, durante e depois da internação, mas sugerimos outros estudos que contribuam com esta identificação. De toda forma, quanto aos rumos necessários de atuação destas equipes CAPS, afirmamos as ideias de Pande e Amarante (2011) quando informam que um modelo de atenção psicossocial não cronificador deve se concentrar não somente no cuidado clínico dos sintomas do sofrimento mental, mas também no desenvolvimento das habilidades dos usuários para que possam ter uma inserção ativa comunitária e para que participem efetivamente das funções sociais existentes nos territórios. Para isso há que haver escuta, disposição e acolhimento como estratégias principais de intervenção em saúde e políticas públicas fortalecidas que permitam a participação democrática dos sujeitos no acesso aos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

BAEZA, Fernanda L.; DA ROCHA, Neusa S.; FLECK, Marcelo P. Predictorsoflengthofstay in anacutepsychiatricinpatientfacility in a general hospital: a prospectivestudy. **Rev. Bras. Psiquiatr**., São Paulo , v. 40, n. 1, p. 89-96, Jan. 2018 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000100089&lng=en&nrm=iso>. accesson 10 July 2019. Epub July 06, 2017.

BANDEIRA, Noemi; CAMPOS, Rosana Onocko. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, O, V. 45, N. 128, P. 91-104, JAN-MAR. 2021.

BELLENZANI, Renata; COUTINHO, Pedro Junior Rodrigues; DETOMINI, Vitor Corrêa. Por uma reabilitação psicossocial com cidadania: perfil e situação de vida de egressos de internações psiquiátricas em Paranaíba, Mato Grosso do Sul. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.01-33, 2018.

BOTEGA, Neury José. A Psiquiatria no Hospital Geral. In: **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral:** interconsulta e Emergência. Org Neury José Botega. Artmed Editora LTDA. Porto Alegre, Pag. 9 -23, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31. Acesso em: abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **eGestor Atenção Básica**. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS** : tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Orientador para a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial, direito à Cidadania. Coordenação de Saúde Mental, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2629 de 28 de outubro de 2009.** Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 953 de 12 de setembro de 2012.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012b.

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(a).

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, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 457 de 19 de maio de 2020**. Descredencia e desabilita leitos psiquiátricos Nível I, de estabelecimentos de saúde do Município de Juiz de Fora (MG). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4596 de 26 de dezembro de 2022**. Suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 189, de 19 de novembro de 1991**: altera o financiamento das ações e serviços da saúde mental. Diário Oficial da União; 11 dez.1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União; 30 jan. 1992.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n. 34.** Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2011.** Brasília, março. Disponível em https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2011.pdf. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2012**. Brasília, março. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/relatorios-da-sas/relatorio-de-gestao-sas-2011-pdf, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório de Gestão 2005 do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (Decit)** / Editora do Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

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. Presidência da República. **Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasilia, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIH Sistema de Informação Hospitalar:** Manual técnico para operacional do sistema. Brasília, Distrito Federal. 2017b.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; SARACENO, Benedetto; OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica** n. 42, 2018.

CAMPOS, Wagner Gastão. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARLINI, E.A., NOTO, A. R., SANCHEZ, Z. V. M., CARLINI, C. M.A., LOCATELLI, D. P., ABEID, L. R.,... MOURA, Y. G. DE . **VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, Senad. 2010.

CARVALHO, Karine Lucero; TERRA, Marilene Gomes; MORESCHI, Claudete; SIQUEIRA, Daiana Foggiato; MELLO, Amanda de Lemos; Características de internações em saúde mental de hospitais gerais do Rio Grande do Sul. **Rev. Mineira de Enfermagem,** 2019.

COE, Neilanza Micas; DUARTE, Marco José de Oliveira. A Construção do Campo da Atenção Psicossocial na Politica Pública de Saúde Mental no Brasil: Rupturas, Tessituras e Capturas. IN: **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Pág 79 a 99. 2017.

COELHO, Vivian Andrade Araujo. **Análise da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de Minas Gerais**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasilia, CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas** – 2017. Brasília - DF, 2018.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online].v. 23, n. 10. 2018.

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.

DALGALARRONDO, Paulo; BOTEGA, Neury J; BANZATO, Claudio E M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Saúde Pública**. N. 23. V5. Pag 629-634, 2003.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 38. Jul – Sep, 2018.

DIAS, Marcelo Kimati; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de Saúde Mental. In: Vasconcelos E. **Desafios política da reforma psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Hucitec; p. 115-40. 2010.

DIMENSTEIN, Magda; AMORIN, Ana Karenina Arraes; LEITE, Jader; SIQUEIRA, Kamila, GRUSKA, Vieira C, et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis Psique;** 2(3):95-127, 2012.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha. **Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais:** o caso do Rio de Janeiro. Dissertação Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, RJ, 2018.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa G.S. O Atendimento à Crise em Saúde Mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6 (1), 2007.

FIDELIS, Ariélly Cristina. Sentido do Cuidado em Saúde Mental: Sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema único de Saúde (SUS). **Trab. educ. saúde** 16 (2), May-Aug, 2018.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Carmem Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, [S. l.], v. 47, n. 2, p. 159–168, 2016. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/22024. Acesso em: 1 abr. 2023. 2016.

GOMES, Thathiana Meyre da Silva. Reflexões sobre o processo de implementação da política nacional de saúde mental, Alcool e Outras Drogas no Brasil Neoliberal. IN: **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **O fechamento do Hospital Psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi**: um estudo de caso. Tese de Doutorado. ENSP Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Pag 16

GULJOR, Ana Paula. AMARANTE, Paulo. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. **Cadernos do CEAS.** Salvador/Recife. N. 242, pag. 635-656. Set/dez, 2017.

HILDEBRANDT, Leila Mariza; ALENCASTRE, Marcia Bucchi. A inserção da psiquiatria no Hospital Geral. **R. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001.

HORTA, Rogério Lessa; COSTA, Juvenal Soares Dias da; BALBINOT, Alexandre Didó; WATTE, Guilherme; TEIXEIRA, Vanessa Andina; POLETTO, Simone. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. **RevBrasEpidemiol.** 18 (4). P. 918-929. 2015.

HORTA, Rogério Lessa; HORTA, Bernardo Lessa; PINHEIRO, Ricardo Tavares; MORALES, Blanca; STREY, Marlene Neves. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):775-783, abr, 2007.

HOSMER D. W; LEMESHOW S. **Applied Logistic Regression**. New York, USA: John Wiley and Sons. 2000.

IAMAMOTO, Marilda. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In: **Reflexões sobre atribuições privativas do (a) assistente social**. Brasilia: CFESS, 2002.

JARDIM, Katita; DIMEINSTEIM, Magda. Risco e Crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista,** Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007

KILSZTAJN, Samuel; LOPES, Erika de Souza; LIMA, Luciana Zilles; ROCHA, Patrícia Avanzini Ferreira da; CARMO, Manuela Santos Nunes. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad.Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 24 (10): pag 2354-2362. 2008.

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 93-102, Jan. 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Apr. 2021.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Publicado em: Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos.. (Org.). **Desinstitucionalização na saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos.. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, p. 137-154. 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato. **Saúde Mental:** marcos conceituais e campos de prática. Belo Horizonte, Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2013.

LOPES, Livia; JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Dina Mara Formiga; SOUZA, Débora Brenda Carneiro; OLIVEIRA, Rejane Sales; BARROSO, Paulo; LOURINHO, Lídia. O cuidado em saúde mental no centro de atenção psicossocial(caps) em tempos de Covid-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vol.. 10. N. 11, 2021.

MACHADO, Vanessa; SANTOS, Manoel Antonio dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **J Bras Psiquiatria**. N 60 (1). Pá 16-22, 2011.

MENDES, Daniela do Carmo Oliveira; LUCIETTO, Graziele Cristina; REIS, Juliana Benevenuto; FERREIRA, Luana Vieira Coelho; QUEIROZ, Pollyanna de Siqueira; FIORATTI, Regina Célia. Reforma psiquiátrica: Percursos, realidades e desafios. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à Saúde:** o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MILIAUSKAS, Claudia Reis; FAUS, Daniela Porto; JUNKES, Larissa et.al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.24 (5). Pag. 1935-1944, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Relatório de Vistorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança Pela Vida**. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, ABRIL –2016b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Plano Estadual de Saúde**. Belo Horizonte, 2016a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo e Diretrizes assistenciais e de regulação de leitos de saúde mental em hospital geral e psiquiátricos**, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SES 7412 de 18 de fevereiro de 2021.** Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, 2021.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa. **Entre Quatro Paredes:** desafios da atenção em saúde mental no Hospital Geral. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção Integral à Saúde para tratamento decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13 (1), pag. 121 – 133, 2008.

MOREIRA, Diva. **Psiquiatria: Controle e Repressão Social**. Belo Horizonte: Ed. Vozes & Fundação João Pinheiro, 1993.

MOTA, D. C. B.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, A. B.; RUSH, B. R. Avaliação dos sistemas de tratamento para usuários de drogas no Brasil. In: T. M. Ronzani (Org). **Ações Integradas sobre Drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Editora UFJF, p.35-54, 2013.

NAGELKERKE, N. J. D. **A note on a general definition of the coefficient of determination**. Biometrika, 78(3), 1991. 691–692.

OLIVEIRA, Leonardo Ribeiro Gonçalves de; GULJOR, Ana Paula Freitas; VERZTMAN, Julio Sergio. Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um “caso traçador”. **Rev. Latinoam. Psicopat**. Fund., São Paulo, 18(3), 504-518, set. 2015.

PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves; FELIZ, Jorge Vinicius Cestari; MANTOVANI, Maria de Fátima; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um hospital geral e de ensino. **CogitareEnferm**. N. 23 (2), 2018.

PAES, Marcio Roberto; SILVA, Thaise Liara da; CHAVES, Maria Marta Nolasco; MAFTUM, Mariluce Alves. O papel do hospital Geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Revista Ciência, Cuid Saúde**, Abri/Jun;12 (2) Pag. 407-412, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. **Epidemiologia & Saúde.** Medsi: Rio de Janeiro. 6 ª Ed., 2003, p. 567-586.

PAIVA, Fernando Santana; FERREIRA, Maira Leon; MARTINS, Maria Zilda Fernandes; BARROS, Selma Luísa César de Farias; RONZANI, Telmo Mota. A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Revista Psicologia & Sociedade**; 26(3), 2014. Pag. 696-706.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2067-2076, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Apr. 2021.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Cuidado:** as fronteiras da Integralidade. 1 ed. Rio de janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

SANCHES, Laís Ramos e VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação Psicossocial e Reinserção Social de Usuários de Drogas: revisão da literatura. **Revista Psicologia & Sociedade**, n. 30, 2018.

SAWAIA, Bader. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In**: As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014, pag. 7-13.

SCHINEMANN, Vanderléia; ZAMBENEDETTI, Gustavo. **Caracterização das internações nos leitos de saúde mental em hospital geral**. Argum., Vitória, v. 12, n. 2, p. 141-164, maio/ago. 2020.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira; ABBAD , Gardênia da Silva; MONTEZANO, Lana. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 13(2), São João del Rei, maio-agostode 2018.

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.

SILVA, Thaise Liara; MAFTUM, Mariluci Alves; KALINKE, Luciana Puchalsski; MANTOVANI, Maria de Fátima; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; CAPISTRANO, Fernanda Carolina. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Rev Min Enferm**. 18(3). Pág 644-651, 2014.

SILVEIRA, P. S; SOARES, R. G.; NOTO, A. R.; RONZANI, T. M. Estigma e suas consequências para usuários de drogas. In: T. M. Ronzani (Org). **Ações Integradas**

sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Editora UFJF. p. 251 a 274, 2013.

SOUZA, Fabiana Érica de; RONZANI, Telmo Mota. Desafios às práticas de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde. **Psicol. estud**., v. 23, 2018.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira de; SILVA, Cézar Augusto Ferreira da; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral: estudo retrospectivo. **RevEscEnferm** USP, 44(3). Pag 796-802, 2010.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira; JORGE, Maria Salete Bessa. O Retorno da Centralidade do Hospital Psiquiátrico: Retrocessos Recentes na Política de Saúde Mental. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, 19 (1), 2019.

SYTEMA S., BURGESS, P., & TANSELLA, M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? **Schizophrenia Bulletin**, 28(2), 273-281. 2002.

TRAJANO, Mariana Peres; BERNARDES, Suela Maiara; ZURBA, Magda do Canto. O Cuidado em Saúde Mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.20-37, 2018

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Contribuições Recíprocas entre o Serviço Social Brasileiro e o Campo da Saúde Mental, e a Análise Crítica da Reforma Psiquiátrica no Contexto Neoliberal. IN: **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

WORDL HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report**: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese (Doutorado em Ciências). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; SILVEIRA, Luísa Horn de Castro; ROCHA; FAMER, Cristianne Maria; ROCHA, Kátia Bones. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **RevBrasEpidemiol.** 20 (3). 2017. Pág 460-474

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações

Pesquisador: Fabiana Érica de Souza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 20787119.7.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.895.183

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Estudo quantitativo, de caráter descritivo e analítico com o objetivo de conhecer, avaliar e descrever as variáveis relacionadas ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em cinco hospitais gerais existentes nas Regiões de Saúde de Ubá e Muriaé de Minas Gerais. Para tal serão coletados dados nas fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) processadas pelos prestadores hospitalares nos anos de

2018 e 2019 e estes dados serão avaliados considerando o contexto de residência dos usuários referente ao IDH do município, existência de CAPS no território, distancia entre o leito de saúde mental e o município de residência do usuário e entre o CAPS de referência. Das AIH's serão coletadas variáveis demográficas e clínicas dos usuários para compor o banco de dados do estudo e os demais dados serão coletados nos sites de

informações oficiais sobre estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde e informações territoriais. Os critérios de inclusão no estudo são: ter acessado leitos de saúde mental nos anos de 2018 e 2019 em um dos prestadores hospitalares com leitos de saúde mental habilitados nas Regiões de Saúde de Ubá e Muriaé e ter esta internação gerado AIH."

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 3.095.183

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Conhecer, descrever e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo considerando que os indivíduos que passarem pela internação não terão seu nome divulgado nos resultados da pesquisa e que a informação a ser coletada sobre eles terá unicamente o objetivo de identificar os fatores associados aos desfechos das internações. Não serão realizadas intervenções com os usuários.".

"Benefícios: Conhecer o perfil das internações, bem como os fatores associados aos melhores desfechos hospitalares pode contribuir para o planejamento e elaboração de políticas de saúde mental. São escassos os estudos sobre leitos de saúde mental em hospitais gerais, principalmente em contextos de reduzido número de leitos implantados e que buscam avaliar os resultados encontrados com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível.".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida,com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 3.695.183

norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1401219.pdf	01/03/2020 11:54:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado3.docx	01/03/2020 11:49:53	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartacepdez19.pdf	20/12/2019 16:30:03	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3625571.pdf	07/11/2019 13:30:00	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Outros	autorizacoes_prestadores6.pdf	07/11/2019 13:28:08	Fabiana Érica de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_TCLE.pdf	07/11/2019 13:08:21	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	15/09/2019 16:34:08	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Outros	curriculosatualizados.pdf	27/08/2019 07:42:10	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstituicao.pdf	26/08/2019 14:13:40	Fabiana Érica de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 03 de Março de 2020

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 2 – Parecer do CEP sobre adendo da pesquisa

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das Internações

Pesquisador: Fabiana Érica de Souza

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 20787119.7.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.438.871

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a projeto de pesquisa aprovado a encerrar-se em março de 2023 com a seguinte justificativa: "A emenda justifica-se pela necessidade de estender a coleta de dados nos registros de produção dos CAPS. A Coleta em AIH, conforme já aprovada pelo CEP, já ocorreu. Mas os pesquisadores identificaram a necessidade de verificar se o sujeito internado também era acompanhado pelo CAPS. Isto é essencial para avaliar os impactos no desfecho de reinternação. Foram colhidas autorizações de gestores municipais de saúde e de coordenadores municipais de saúde mental para que a pesquisadora pudesse acessar estes

registros de produção". "Estudo quantitativo, de caráter descritivo e analítico com o objetivo de conhecer, avaliar e descrever as variáveis relacionadas ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em cinco hospitais gerais existentes nas Regiões de Saúde de Ubá e Muriaé de Minas Gerais. Para tal serão coletados dados nas fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) processadas pelos prestadores hospitalares nos anos de 2018 e 2019 e DADOS EM REGISTROS DE AÇÕES AMBULATORIAS DE CAPS (RAAS) PROCESSADAS NOS ANOS DE 2018 E 2019. Estes dados serão avaliados considerando o contexto de residência dos usuários referente ao IDH do município, existência de CAPS no território, distancia entre o leito de saúde mental e o município de residência do usuário e entre o CAPS de referência. Das AIH's serão coletadas variáveis demográficas e clínicas dos usuários para compor o banco de dados do estudo. DO RAAS SERÃO

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br

COLETADAS VARIÁVEIS CLÍNICAS e os demais dados serão coletados nos sites de informações oficiais sobre estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde e informações territoriais. Os critérios de inclusão no estudo são: ter acessado leitos de saúde mental nos anos de 2018 e 2019 em um dos prestadores hospitalares com leitos de saúde mental habilitados nas Regiões de Saúde de Ubá e Muriaé e ter esta internação gerado AIH.".

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos inalterados os objetivos do projeto aprovado. "Objetivo Primário:
Conhecer, descrever e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos inalterados os riscos e benefícios descritos no projeto aprovado. "O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo considerando que os indivíduos que passarem pela internação não terão seu nome divulgado nos resultados da pesquisa e que a informação a ser coletada sobre eles terá unicamente o objetivo de identificar os fatores
associados aos desfechos das internações. Não serão realizadas intervenções com os usuários. Benefícios: Conhecer o perfil das internações, bem como os fatores associados aos melhores desfechos hospitalares pode contribuir para o planejamento e elaboração de políticas de saúde mental. São escassos os estudos sobre leitos de saúde mental em hospitais gerais, principalmente em contextos de reduzido número de leitos implantados e que buscam avaliar os resultados encontrados com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível.".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora propõe emenda devidamente justificada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexa os documentos autorizativos para atender às modificações propostas na emenda.

Recomendações:

Sem recomendações a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda introduz mudanças que não comprometem a natureza original da pesquisa e que estão em consonância com o que exige a legislação pertinente. Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa

estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1939557_E1.pdf	09/05/2022 09:42:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadoemenda.docx	09/05/2022 09:36:07	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Outros	cartaaoCEP_emenda.pdf	09/05/2022 09:34:42	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Declaração de concordância	autorizacaoCAPS.pdf	09/05/2022 09:33:13	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartaoepdez19.pdf	20/12/2019 16:30:03	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3625571.pdf	07/11/2019 13:30:00	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Outros	autorizacoes_prestadores.pdf	07/11/2019 13:28:06	Fabiana Érica de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_TCLE.pdf	07/11/2019 13:08:21	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	15/09/2019 16:34:06	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Outros	curriculosatualizados.pdf	27/08/2019 07:42:10	Fabiana Érica de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoInstituicao.pdf	26/08/2019 14:13:40	Fabiana Érica de Souza	Aceito

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

Continuação do Parecer: 5.436.071

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 30 de Maio de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br

ANEXO 3 – ESPELHO DE AIH

MS/DATASUS SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DESCENTRALIZADO - SIHD2 Versão 19.40

22/05/2023 08:33:50 ESPELHO DE AIH Página: 1

E310000018 Competência: 04/2023 CNES : DEFINITIVO

Num AIH: Situação : [illegible] Tipo : 01 Apresentação: 05/2023 Data autorização: 14/03/2023 Ver. SISAIH01: 21.10

Especialidade: 03 - Clínico O.Emissor: Enfermaria: 0000 Leito: 0000 Lote: 00000002 CRC:

Doc autorizador : Doc med resp: Doc diretor clínico : Doc médico solic :

CNES : .O Gestor :

Paciente : ********** Doc : ********** Tipo doc. : IGNORADO **********

Data Nasc. Sexo: MASCULINO Nacionalidade: BRASIL Prontuário: **********

Raça/Cor: BRANCA Etnia : 0000 - NAO SE APLICA CNS: **********

Responsável pac. : ********** Nome da Mãe : **********

Endereço : ********** Tel.: **** **********

Bairro: ********** Município : MIRAI UF : MG CEP : **********

Procedimento solicitado : 0308010019 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO Muda Proc.? Não

Procedimento principal : 0308010019 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Caráter atendimento : 01 - ELETIVO Modalidade : 02 - Hospitalar

Data Internação : 14/03/2023 Data saída : 03/04/2023 Mot saída : 18 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Gerenciado por: 000000000000000 Solicitação de Liberação:

Justificativa sisaih01: Justificativa auditor:

AIH anterior : AIH posterior :

Diag. principal: T131 Ferimento de membro inferior, nível não especificado Diag. secundário:

Causas Complement : Causa Óbito:

Diag. secund.1: W010 Queda mesmo nível por escorr., trop. ou Adquirido Diag. secund.2: S721 Fratura pertrocantérica Adquirido

Diag. secund.3: Diag. secund.4:

Diag. secund.5: Diag. secund.6:

Diag. secund.7: Diag. secund.8:

Diag. secund.9:

Parto:

Número de Nascidos Vivos: 0 Mortos: 0 Número de Saídas Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0 Nº Pré-Natal: 000000000000

PROCEDIMENTOS REALIZADOS :

Linha	Proced.	CPF / CNS	CBO	CNES / CNPJ	Credor	Qtde	Ser/Cla	Cmpt	Descrição
1	0308010019		225125			1	000/000	03/2023	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0802010199	000000000000000	000000			10	000/000	03/2023	DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR
3	0301010170			000000000000000		11	000/000	03/2023	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0211020036	000000000000000	000000			2	000/000	03/2023	ELETROCARDIOGRAMA
5	0202020380	000000000000000	000000			1	000/000	03/2023	HEMOGRAMA COMPLETO
6	0202030202	000000000000000	000000			1	000/000	03/2023	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
7	0202010694	000000000000000	000000			1	000/000	03/2023	DOSAGEM DE UREIA

APÊNDICES

Apêndice 1 - Autorizações dos prestadores hospitalares para realização da pesquisa em espelhos de AIH

APENDICE B – Autorização de Serviço Hospitalar para Coleta de informações em Autorização de Internação Hospitalar.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao administrador/Provedor do Hospital São João Batista

Prezado(a) Sr(a)

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), documentos administrativos existentes na Unidade Regional de Saúde de Ubá, referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental no Hospital São João Batista de Visconde do Rio Branco nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 05/11/2019

Assinatura e Carimbo:

Administrador ou Provedor do Hospital São João Batista

Maria Sueli Barbosa de Sá
Administradora
CRA-MG 01.061397/D
HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao administrador/Provedor do Hospital Jorge Caetano de Mattos Ervália

Prezado(a) S.r. Provedor

Claudio Moura de Paula

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), documentos administrativos existentes na Unidade Regional de Saúde de Ubá referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental no Hospital Jorge Caetano de Mattos nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em :30/10/2019.

Assinatura e Carimbo: Claudio Moura de Paula

Claudio Moura de Paula
PROVEDOR
CPF 903243706-63

Nome
Provedor do Hospital Jorge Caetano de Mattos de Ervália

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao Provedor Hospital São Vicente de Paulo de Ubá

Prezado Sr.

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), documentos administrativos existentes na Unidade Regional de Saúde de Ubá, referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental no Hospital São Vicente de Paulo de Ubá nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 06/11/2019

Assinatura e Carimbo:

Provedor do Hospital São Vicente de Paulo de Ubá

CPF: 765.247.536-15

APENDICE B – Autorização de Serviço Hospitalar para Coleta de informações em Autorização de Internação Hospitalar.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao administrador/Provedor Hospital São Vicente de Paulo de Rio Pomba

Prezado(a) Sr(a)

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), documentos administrativos existentes na Unidade Regional de Saúde de Ubá, referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental no Hospital São Vicente de Paulo de Rio Pomba nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Erica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Jairo Cristhian de O. Goulart
PRESIDENTE
CPF: 900.302.066-34

Autorizado em 30/10/19

Jairo Cristhian de Oliveira Goulart
Presidente/Adm HSVP/JRP

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ao administrador/Provedor da Casa de Caridade de Muriaé Hospital São Paulo

Prezado(a) Sr(a)

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), documentos administrativos existentes na Unidade Regional de Saúde de Ubá, referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental no Hospital São Paulo de Muriaé nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Erica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 30/10/2019

Assinatura e Carimbo: _____

Nome Rita de Cassia Pereira de Castro
Administrador ou Provedor do Hospital São Paulo de Muriaé

Rita de Cássia Pereira de Castro
DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
CCM HOSPITAL SÃO PAULO

APÊNDICE 2 - autorização para realização da pesquisa junto à GRS de Ubá

APENDICE A – Autorização para realização de pesquisa junto à Gerência Regional de Saúde de Ubá.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

À Gerente Regional de Saúde de Ubá – MG.

Prezada Sra. Aline Santos de Almeida Prado

Venho solicitar de V.S. a autorização para realizar coleta de dados em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) existentes nesta Unidade Regional de Saúde referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em hospitais gerais das Regiões de Saúde de Ubá e Muriaé. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 12/08/2019

Assinatura e Carimbo:

Aline Santos de Almeida Prado
Gerente Regional de Saúde de Ubá

APÊNDICE 3 – Autorizações dos gestores de saúde e serviços CAPS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes nos serviços CAPS de Ubá referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 06/05/2022

Assinatura e Carimbo:
Dr. Antônio Carlos Jacob – Secretário Municipal de Saúde de Ubá

Dr. Antônio Carlos Jacob
VICE-PREFEITO E SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ
MATR. 13957

Assinatura e Carimbo:
Patrícia Colli Francisco – Coordenadora Municipal de Saúde mental de Ubá

PSICÓLOGA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes nos serviços CAPS de Ervália referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 27/04/22 Polyanne Aparecida Pereira Caetano Secretária Municipal de Saúde MASP 9031

Assinatura e Carimbo: _____
Polyanne Aparecida Pereira Caetano – Secretária Municipal de Saúde de Ervália

Assinatura e Carimbo: _____ Denise de Fátima Gouveia Pereira COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL
Denise de Fátima Gouveia – Coordenadora Municipal de Saúde mental de Ervália

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes nos serviços CAPS de Muriaé referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 20/04/22

Assinatura e Carimbo: Luiza Agostini de Andrade Secretária Adjunta de Saúde SMS/PMM
Luiza Agostini Andrade – Secretária Adjunta de Saúde de Muriaé

Assinatura e Carimbo: Vanessa Magalhães Azevedo Assistente Social CRESS MG 12480
Vanessa Magalhães Azevedo – Coordenadora Municipal de Saúde mental de Muriaé

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor(a) Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes nos serviços CAPS de Rio Pomba referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva UFJF

Autorizado em 05/05/22

Assinatura e Carimbo: _____
Jair de Paula Coelho – Secretário Municipal de Saúde de Rio Pomba

Assinatura e Carimbo: _____
Vitalina Maria Barroso de Paula– Coordenadora Municipal de Saúde mental de Rio Pomba

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor(a) Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes no serviço CAPS de Visconde do Rio Branco referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva UFJF

Autorizado em 19/04/22

Antonio de Pádua V Silva
SECRETÁRIO MUN. DE SAÚDE
GESTOR DO SUS MUNICIPAL
VISC. DO RIO BRANCO

Assinatura e Carimbo: _____
Antônio de Pádua Silva – Secretário Municipal de Saúde de Visconde do Rio Branco

Jean de Paula
ENFERMEIRO
COREN-MG 250078

Assinatura e Carimbo: _____
Jean de Paula– Coordenador Municipal de Saúde mental de Visconde do Rio Branco

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor(a) Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes nos serviços CAPS de Miraí referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva UFJF

Autorizado em 19/04/22

Assinatura e Carimbo: Lisandra Braga Sutana SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRAÍ
Lisandra Braga Sutana – Secretária Municipal de Saúde de Miraí

Assinatura e Carimbo: Vinícius Roque de Almeida PSICÓLOGO CRP-MG 04/42629
Vinícius Roque de Almeida – Coordenador Municipal de Saúde mental de Miraí

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes no serviço CAPS de São Francisco do Glória referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 03/05/22

Assinatura e Carimbo: Davison Carvalho Pereira Secretário Municipal de Saúde CPF: 031.957.756-18
Davison Carvalho Pereira – Secretário Municipal de Saúde de São Francisco do Glória

Assinatura e Carimbo: Rúbia Eliza de L. Pedroso PSICÓLOGA CRP - 04 / 33563
Rubia Eliza de L. Pedrosa – Coordenadora Municipal de Saúde mental de São Francisco do Glória

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor(a) Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes no serviço CAPS de Senador Firmino referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva UFJF

Autorizado em 02/05/22

Elisangela Silva de Freitas
CPF: 127.441.877-16
Secretária Municipal de Saúde
(Substituta)

Assinatura e Carimbo: _____
Elisangela Silva de Freitas – Secretária Municipal de Saúde de Senador Firmino

Assinatura e Carimbo: _____
Luciano Marcio Militão – Coordenador Municipal de Saúde mental de Senador Firmino

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado(a) Sr(a) Gestor Municipal de Saúde e Coordenador(a) Municipal de Saúde Mental,

Venho solicitar de V.S.a autorização para realizar coleta de dados em RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) existentes nos serviços CAPS de Eugenópolis referente a usuários que acionaram leitos de saúde mental em Hospital Geral nos anos de 2018 e 2019. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na modalidade de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O estudo conta com orientação do Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani e coorientação do Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins.

Esclareço que as coletas de dados nas AIH's e nos CAPS fazem parte de um projeto de pesquisa intitulado "Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: análise dos fatores associados ao desfecho das internações". Trata-se de pesquisa quantitativa que pretende conhecer e avaliar os fatores relacionados ao melhor desfecho da internação em leitos de saúde mental implantados em hospitais gerais.

Ressalto que o estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de ética e pesquisa da UFJF e que serão cumpridas todas as recomendações da Resolução 466/2012 referente à pesquisa envolvendo seres humanos. Uma cópia do estudo será entregue a V.S. ao final do trabalho.

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Fabiana Érica de Souza
Doutoranda em Saúde Coletiva

Autorizado em 03/05/22

Dr. Marcos Revinotte
Secretário Municipal de Saúde
COREN 176811 - CPF: 042037 596-73

Assinatura e Carimbo: _____
Marcos Revinotte – Secretário Municipal de Saúde de Eugenópolis

Assinatura e Carimbo: _____
Heloisa Helena de Souza– Coordenadora Municipal de Saúde mental de Eugenópolis

Heloisa Helena de Souza
Coordenadora CAPS I
Eugenópolis

APÊNDICE 4 – Instrumento de coleta de dados nos serviços CAPS

Data da coleta:

CNES do CAPS:

Quadro 1

Nome do usuário	Data Nascimento	Endereço	Data internação	Data alta	Nome do Hospital onde foi internado

1 – O usuário possui prontuário neste serviço CAPS?

( ) Sim ( ) Não

Se o usuário possuir prontuário no CAPS, responder às questões de 2 a 4 abaixo. Caso a resposta da pergunta 1 seja não, desconsiderar as demais questões.

2 – Existe registrado no prontuário do usuário no CAPS alguma ação/intervenção da equipe que seja **anterior à data de internação**, constando sobre atendimentos individuais ou visitas domiciliares, ou outra abordagem aos usuário ou seu familiar ou alguma discussão do caso entre a equipe CAPS sobre o caso ou entre a equipe CAPS com outros dispositivos territoriais (APS, NASF, hospital, CRAS, Escola etc)?

( ) Sim ( )Não

3 – No **período compreendido entre a data de internação e a data de alta** constante no quadro 1, existe algum registro no prontuário do usuário que contenha contatos, encontros, visitas, ligações ou outros registros que identifiquem existência de comunicação entre a equipe do CAPS e a equipe hospitalar ou entre a equipe do CAPS e o usuário?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual das alternativas abaixo está registrada no prontuário? Marque a(s) alternativa(s) que encontra-se registrada

( ) Sim, a equipe do CAPS fez visita ao usuário no leito de saúde mental

( ) sim, o usuário dormiu no leito e ficou assistido pelo CAPS durante o dia

( ) sim, existe registro de ligação telefônica realizada entre equipe do CAPS e do hospital durante o período de internação

( ) sim, a equipe do CAPS fez reunião/matriciamento com profissionais do hospital para discutir o caso durante a internação

( ) OUTRA, especifique _____
_____

4 – Existe algum **registro no prontuário do usuário até um mês antes da data da internação** onde conste a necessidade de encaminhamento ao hospital geral que fez a internação, ou formulário de encaminhamento ao leito do hospital Geral ou algum contato entre a equipe CAPS e equipe hospitalar para encaminhamento do usuário ao leito de saúde mental do hospital geral?

( ) Sim ( ) Não

5 – Há algum registro no prontuário **em até 3 meses depois da data da alta do** usuário?

( ) Não

( ) Sim, foi feito atendimento ou visita ao usuário ou familiar após a internação ou busca ativa.

APÊNDICE 5 – Resultados das análises bivariadas

A tabela 1 apresenta os resultados da associação da análise bivariada entre o cuidado categorizado e as variáveis sociodemográficas. O sexo masculino apresentou 89,8% a mais de chance de ter cuidado em comparação ao sexo feminino. Por outro lado, a idade e a raça não foram associadas ao cuidado.

Tabela 1 – Análise da associação entre variáveis sociodemográficas e o cuidado categorizado utilizando a regressão logística

Variáveis sociodemográficas	**OR**	**IC 95%**	***P***
Idade (anos)	0,990	0,978 – 1,002	0,114
Sexo masculino	1,898	1,300 – 2,783	<0,001
Raça (não branco)	1,151	0,780 – 1,696	0,479

Na análise bivariada entre as variáveis clínicas e o cuidado, foram significativas as seguintes variáveis: duração da internação, procedimento, reinternação e CID. Conforme tabela 2 abaixo, verifica-se que em comparação ao comportamento desorganização e avaliação diagnóstica, o tratamento de álcool e o tratamento para outras drogas apresentaram, respectivamente, 105,5% e 274% a mais de chance de terem cuidado. Apenas o tratamento para suicídio não foi diferente da categoria de referência (comportamento desorganização e avaliação diagnóstica) no que se refere as chances de terem cuidado. A duração da internação também foi associada ao cuidado, sendo que para cada dia a mais de internação, a chance dos pacientes terem cuidado aumentou em 12,8%. E ainda, as chances de cuidado foram elevadas em 111,1% no caso de reinternação. Em relação ao CID, aqueles relacionados ao uso de múltiplas e/ou demais drogas, uso de álcool e outros CIDs apresentaram, respectivamente, 243,4%, 167,9% e 92,9% a mais chance de terem cuidado em comparação aos transtornos clássicos. Apenas as causas

orgânicas não foram diferentes dos transtornos clássicos. Por fim, o motivo da alta hospitalar não foi associado ao cuidado.

Tabela 2 – Análise da associação entre variáveis clínicas e o cuidado categorizado utilizando a regressão logística

Variáveis clínicas	**OR**	**IC 95%**	***P***
Procedimentos			
Comportamento desorganizado e avaliação diagnóstica	Ref.	-	-
Tratamento álcool	2,055	1,085 – 4,098	0,032
Tratamento suicídio	0,940	0,584 – 1,521	0,800
Tratamento outras drogas	3,740	2,135 – 6,874	<0,001
Duração da internação	1,128	1,066 – 1,202	<0,001
CID recodificado			
Transtornos clássicos	Ref.	-	-
Causas orgânicas	1,145	0,610 – 2,190	0,677
Demais drogas e múltiplas drogas	3,434	1,992 – 6,166	<0,001
Outros CIDs	1,929	1,004 – 3,883	0,055

Uso de álcool	2,679	1,433 – 5,291	0,003
Reinternação recodificada (sim)	2,111	1,203 – 3,905	0,012
Alta recodificada (outros motivos)	0,979	0,586 – 1,670	0,935

Legenda: CID, classificação internacional de doenças.

Por fim, na análise bivariada, as variáveis de organização da RAPS que influenciaram no cuidado foram: o número de leitos do hospital, o CAPS de referência do usuário e o hospital no qual o sujeito foi internado. A tabela 3 descreve a associação entre cuidado e as variáveis de organização da RAPS.

A presença de CAPS ou de leito no município de residência e a distância entre CAPS e leito não foram associadas ao fato de ter ou não cuidado. Por outro lado, as instituições com 7 leitos apresentaram menor chance de cuidado (53,3% a menos) em comparação aquelas com 2 leitos. E ainda, os hospitais das cidades de Ervália (626,6%), Rio Pomba (70,7%), Ubá (875,0%) e Visconde de Rio Branco (566,7%) apresentaram maiores chances de terem cuidado após a alta hospitalar em comparação ao hospital de Muriaé.

Com relação à análise do CAPS de referência, o CAPS 2 de Ubá foi excluído porque o aceite do paciente no leito da referida cidade está condicionado ao acompanhamento do mesmo pelo CAPS. Logo, não existe a possibilidade do paciente não apresentar o desfecho de interesse do presente estudo. Em comparação ao CAPS 2 de Muriaé, as chances de cuidado foram maiores no CAPS 1 de Ervália (16,2 vezes a mais), CAPS 1 de Miraí (4,017 vezes a mais), CAPS AD de Muriaé (14,357 vezes a mais), CAPS 1 de Rio Pomba (2,776 vezes a mais), CAPS 1 de São Francisco da Glória (9,75 vezes a mais), CAPS 1 de Senador Firmino (15,125 vezes a mais) e CAPS 1 de Visconde do Rio Branco (13,405 vezes a mais). Apenas o CAPS 1 de Eugenópolis não foi diferente do CAPS 2 de Muriaé.

Tabela 3 – Análise da associação entre variáveis de organização da RAPS e o cuidado categorizado utilizando a regressão logística

Variáveis de organização da RAPS	**OR**	**IC 95%**	***P***
Presença de CAPS no município de residência	1,099	0,695 – 1,719	0,681
Distância entre CAPS e leito (km)	1,010	0,994 – 1,028	0,230
Número de leitos (7 leitos)	0,467	0,313 – 0,670	<0,001
Nome do hospital			
Muriaé	Ref.	-	-
Ervália	7,266	2,760 – 25,044	<0,001
Rio Pomba	1,707	1,068 – 2,754	0,027
Ubá	9,750	4,102 – 28,838	<0,001
Visconde de Rio Branco	6,667	3,308 – 14,972	<0,001
Presença de leito no município de residência (sim)	0,938	0,604 – 1,441	0,773
CAPS de referência			
CAPS 2 de Muriaé	Ref.	-	-
CAPS 1 de Ervália	17,200	6,309 – 60,699	<0,001
CAPS 1 de Eugenópolis	1,536	0,432 – 5,108	0,486
CAPS 1 de Miraí	5,017	1,321 – 24,218	0,024
CAPS AD de Muriaé	15,357	6,770 – 39,852	<0,001
CAPS 1 de Rio Pomba	3,776	2,223 – 6,511	<0,001
CAPS 1 de São Francisco da Glória	10,750	2,680 – 72,081	0,003
CAPS 1 de Senador Firmino	16,125	4,283 –	<0,001

		105,465	
CAPS 1 de Visconde do Rio Branco	14,405	6,977 – 32,480	<0,001

Legenda: CAPS, centro de atenção psicossocial.