

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Fernandes do Prado, Marina; de Castilho Sá, Marilene; Miranda, Lilian  
O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica  
Saúde em Debate, vol. 39, diciembre, 2015, pp. 320-337  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165027>

# O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica

*The patient with severe mental disorders in general hospital: a literature review*

Marina Fernandes do Prado<sup>1</sup>, Marilene de Castilho Sá<sup>2</sup>, Lilian Miranda<sup>3</sup>

**RESUMO** A atenção integral em saúde mental é um desafio para os serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito ao acompanhamento não psiquiátrico. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão bibliográfica acerca do atendimento ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado no hospital geral devido a complicações clínico-cirúrgicas. Como resultado, verifica-se que as publicações, ainda que escassas, indicam que o louco é considerado perigoso, violento e imprevisível. Assim, conclui-se que não basta criar no hospital geral leitos de atenção integral a pacientes com transtorno mental sem que se promova espaços de elaboração das representações negativas associadas à loucura.

**PALAVRAS-CHAVE** Hospital geral; Saúde mental; Assistência integral à saúde; Comorbidade.

**ABSTRACT** *Comprehensive health care practices in mental health represent a challenge for health services, mainly regarding non-psychiatric care. The aim of this paper is to present a bibliographic review of the care delivered to patients with severe mental disorders who were admitted to general hospitals due to clinical and surgical complications. We conclude that the scientific literature on this theme point out that the madman is considered dangerous, violent and unpredictable. The article highlights that it is not enough to create general hospital beds for comprehensive care practices to patients with mental disorder, without promoting spaces to elaborate negative representations associated with madness.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
marinaf.prado@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
marilene@ensp.fiocruz.br

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
lilian.miranda@ensp.fiocruz.br

**KEYWORDS** General hospital; Mental health; Comprehensive health care; Comorbidity.

## Introdução

Desde a década de 1970, vivencia-se um amplo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este fora protagonizado, inicialmente, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que disparou uma série de denúncias contra a violência permanente nos manicômios, a mercantilização da loucura, o monopólio de uma rede privada de assistência, além de questionar o saber psiquiátrico, sustentado no modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Atualmente, 40 anos mais tarde, são vistos os frutos da luta antimanicomial brasileira, que ainda operacionaliza a transformação das práticas de saúde voltadas aos sujeitos diagnosticados com transtorno mental. Com a aprovação da Lei 10.216, de 2001, e a construção do aparato normativo que a acompanhou, verificou-se um acelerado processo de desospitalização de pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos, bem como a expansão das unidades de saúde não hospitalares, entre as quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), serviços territorializados, cujas funções centrais são acompanhar integralmente pacientes psicóticos e neuróticos graves e ordenar a rede de saúde mental da região onde se inserem (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A partir de 2006, a maior parte do montante de gastos com saúde mental passou a destinar-se a serviços não hospitalares, a estratégias de reinserção social, como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa, oficinas de trabalho e centros de convivência (BRASIL, 2007).

Com isso, o Ministério da Saúde reconhece a utilização dos leitos de hospitalidade noturna, isto é, dispositivos de acolhimento noturno integrados à rede de atenção à saúde mental, tais como: leitos de Hospitais Gerais, de Caps III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (BRASIL, 2007). Esses leitos

devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente, sendo um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade.

Contudo, a despeito desses esforços, aspectos centrais para a gestão da atenção em saúde mental nos hospitais gerais ainda são negligenciados pelas pesquisas em saúde mental, de tal modo que Dias, Gonçalves e Delgado (2010) afirmam que os estudos acerca das Unidades de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral (UIPHG), ainda que muito cuidadosos, não discutem a questão da articulação e do papel desses serviços com a rede de atenção em saúde mental.

Ao lado disso, observa-se que poucas publicações científicas abordam o cuidado prestado ao paciente com transtorno mental grave internado em hospital geral em decorrência de uma complicação clínica e/ou cirúrgica. Essa temática ainda é pouco discutida no Brasil, seja no âmbito das políticas públicas, seja na própria academia.

Essa escassez de discussão contrasta com diversos estudos que afirmam que pacientes com transtorno mental apresentam maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas – como a diabetes e doenças do coração, doenças pulmonares, doenças da tiroide e doenças infecciosas, como tuberculose e hepatite B e C em decorrência do uso prolongado de certas medicações, como antipsicóticos –, e hábitos de vida não saudáveis, como uso de tabaco e outras drogas, falta de atividade física e alimentação adequada (ZOLNIEREK; CLINGERMAN, 2012; DE HERT *ET AL.*, 2010; OUD *ET AL.*, 2010; OUD *ET AL.*, 2009; ZOLNIEREK, 2009; CARNEY; JONES; WOOLSON, 2006; DOMBROVSKI; ROSENSTOCK, 2004; LYKETSOS *ET AL.*, 2002).

Ademais, o paciente com comorbidade psiquiátrica é menos propenso a receber cuidados primários de saúde por vários motivos: dificuldade de acesso, falta de credibilidade por parte dos profissionais

e redução da percepção de dor (CASHIN; ADAMS; HANSON, 2008; DOMBROVSKI; ROSENSTOCK, 2004; ZOLNIEREK; CLINGERMAN, 2012). Acredita-se que todos esses fatores podem contribuir para a demora desses sujeitos em procurar o serviço de saúde. Os hospitais gerais também tendem a recusar o paciente com transtorno mental em função de entraves semelhantes (SULLIVAN *ET AL.*, 2006).

Dessa forma, as pessoas diagnosticadas com transtorno mental chegam com mais frequência aos serviços de saúde de emergência (ZOLNIEREK, 2009; BARTELS, 2004) necessitando de intervenções mais invasivas, como cirurgias, em consequência do agravamento de suas doenças por dificuldade de acesso a cuidados básicos de saúde. Bouza, López-Cuadrado e Amate (2009) observaram que a hospitalização de pessoas com esquizofrenia, em decorrência de doenças clínicas, é mais frequente do que entre aquelas sem esquizofrenia.

Com base nesses estudos, entende-se que a chegada do paciente com transtorno mental grave ao hospital geral em decorrência de complicações clínicas não parece incomum, o que reforça a importância da discussão dessa temática e a obrigatoriedade das políticas de saúde em garantir a essa população uma assistência condizente com suas necessidades de saúde.

A literatura mostra que a dificuldade no manejo de pacientes diagnosticados com transtorno mental grave está presente mesmo naqueles serviços ou setores voltados ao atendimento dessa população, em caso de uma crise psíquica (PAULON, 2012; DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001), o que se leva a questionar o cuidado produzido pelas equipes de saúde em unidades não psiquiátricas do hospital geral, partindo do pressuposto de que, nesses setores, o contato com o dito louco poderia ser mais inesperado, já que não se destinam exclusivamente a essa população.

Considerando a complexidade dessa questão, este artigo tem como objetivo

apresentar os resultados de uma revisão bibliográfica sobre o atendimento ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado em unidades não psiquiátricas de hospital geral devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica.

## Metodologia

As bases de dados utilizadas para a revisão bibliográfica foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Pubmed*, *Scopus* e banco de teses da Capes. Foram termos de busca: saúde mental, comorbidade, comorbidade psiquiátrica, comorbidade clínica, hospital geral, hospitalização clínica, assistência hospitalar, paciente psiquiátrico, cuidado integral, doença mental, hospitalização não psiquiátrica. Foram realizadas várias combinações desses termos, utilizando o filtro ‘título, resumo e assunto’, ‘disponibilidade de textos completos’ e ‘intervalo temporal para publicações de 2004 a 2014’, considerando o período de 10 anos como suficiente para assegurar um conhecimento satisfatório e atualizado a respeito do material disponível.

Buscou-se em tais bases de dados trabalhos: de qualquer parte do mundo, oriundos de pesquisas baseadas em métodos quantitativos ou qualitativos, que abordaram a temática do cuidado ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado no hospital geral devido a complicações clínico-cirúrgicas. A decisão pela seleção das publicações científicas foi tomada pelo primeiro autor do presente artigo.

Os critérios de exclusão das publicações analisadas foram pesquisas que: a) abordaram serviços especializados em psiquiatria ou da atenção básica ou primária em saúde; b) tinham como temática o cuidado produzido a pacientes dependentes químicos ou diagnosticados com transtornos mentais leves e moderados, como depressão; c) analisaram

o percentual de pessoas com transtorno mental internadas no hospital geral.

A *tabela 1* apresenta as combinações dos termos citados acima, bem como os filtros e a quantidade de trabalhos encontrados nas diferentes bases de dados, exceto no banco de teses e dissertações da Capes. Neste último caso, não foi possível usar as mesmas combinações de termos e filtros,

pois estas não possibilitaram o acesso a qualquer trabalho. Assim, para essa base da Capes, foram utilizadas as seguintes combinações: saúde mental e hospital geral; paciente psiquiátrico e hospital geral; saúde mental e comorbidade; doença mental e hospital geral. Vale ressaltar que a base não permite a utilização de filtros. Desse modo, foram capturados um total de

Tabela 1. Trabalhos científicos selecionados por bases de dados segundo combinações de termos de busca

Combinações dos Termos	Base de Dados						Total (*)	
	BVS		SCOPUS		PUBMED		Capt. (n)	Selec. (n)
	Capt. (n)	Selec. (n)	Capt. (n)	Selec. (n)	Capt. (n)	Selec. (n)		
(saúde mental) <i>and</i> (comorbidade) <i>and</i> (assistência hospitalar)	179	7	24	-	20	-	273	7
(paciente psiquiátrico) <i>and</i> (comorbidade) <i>and</i> (hospital geral)	1	-	474	2	-	-	475	2
(saúde mental) <i>and</i> (hospital geral) <i>and</i> (comorbidade clínica)	5	1	387	1	-	-	392	2
(paciente psiquiátrico) <i>and</i> (hospital geral) <i>and</i> (comorbidade clínica)	-	-	385	6	-	-	385	6
(doença mental) <i>and</i> (hospitalização não psiquiátrica)	157	-	12	1	30	2	199	3
(saúde mental) <i>and</i> (hospital geral) <i>and</i> (cuidado integral)	3	-	141	1	-	-	144	1
(comorbidade psiquiátrica) <i>and</i> (hospital geral)	3	-	548	3	13	1	564	4
Total	348	8	1971	23	63	3	2382	25

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Foram utilizados os seguintes filtros: 'título, resumo, assunto', 'texto completo', (2004 - 2014).

(\*) O total de recuperados exclui as repetições e os quatro não encontrados na íntegra.

Capt. = Número de Capturados; Selec. = Número de Selecionados.

20 trabalhos, sendo que apenas 1 foi considerado pertinente e selecionado.

A seleção dos trabalhos se deu em três etapas, respectivamente: por meio do título, por meio do resumo e a partir da leitura do artigo completo. As combinações das palavras-chave foram iguais para a base BVS, *Pubmed* e *Scopus*, fazendo a tradução dos

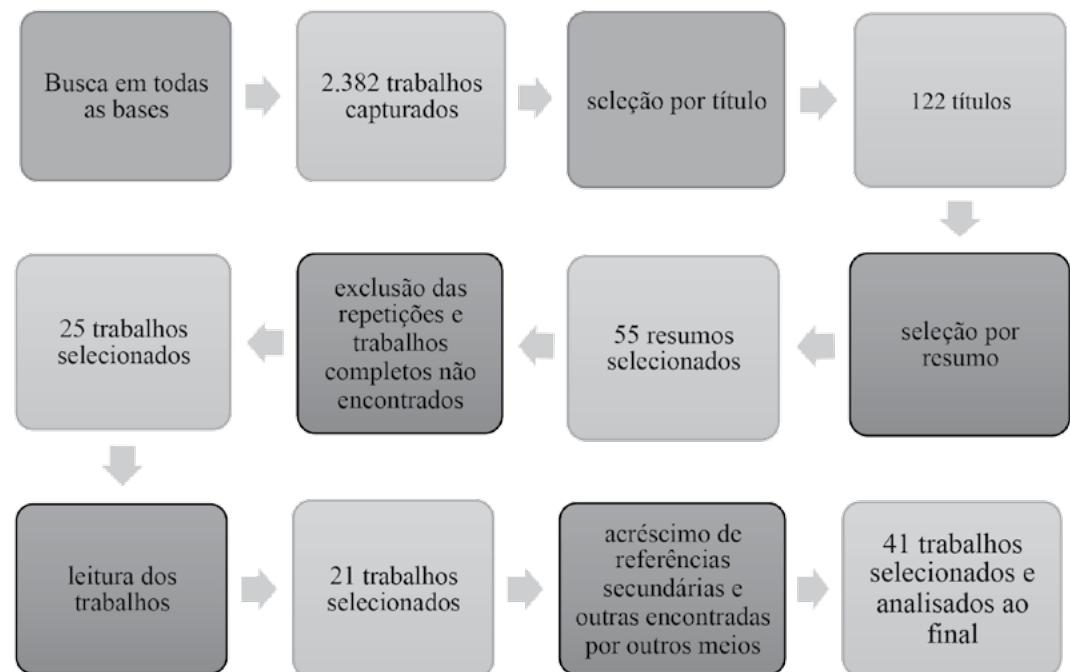
termos para o idioma inglês, no caso das duas últimas bases.

A *figura 1* apresenta o processo de revisão bibliográfica e seleção final dos trabalhos analisados. Os textos foram inicialmente selecionados pelo título, chegando-se a um total 122. Após essa etapa, iniciou-se a leitura dos resumos, sendo escolhidos 55 deles.

Excluindo-se as repetições, considerou-se 29 resumos. Desses, quatro publicações não foram encontradas na íntegra, portanto considerou-se o total de 25 trabalhos para leitura. Por fim, após a leitura crítica desses

artigos na íntegra, selecionou-se 20 artigos e 1 dissertação. Essa diferença numérica se deu em função da repetição dos textos nas diferentes bases (9 artigos se repetiram pelo menos uma vez), como à rejeição de outros

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das referências bibliográficas.



por não se enquadarem na delimitação deste objeto de estudo.

A partir dos artigos selecionados, buscaram-se também as referências utilizadas pelos autores, aqui denominadas ‘referências secundárias’. Foram incorporados mais 18 artigos através dessas referências, totalizando, ao final desse processo, 39 artigos científicos analisados nesta pesquisa.

Além disso, teve-se acesso a duas dissertações de mestrado por outros meios: uma delas foi por intermédio de um seminário sobre saúde mental que aconteceu na

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo trabalho foi apresentado pelo autor (ASSIS, 2014), e a outra foi de forma mais aleatória, encontrada quando outro assunto estava sendo pesquisado. Dessa forma, considerando-se a introdução das referências secundárias e as produções recuperadas por outros meios, alcançou-se um total de 41 trabalhos científicos analisados.

Os resultados foram agrupados nas seguintes categorias de análise: a) Sujeitos da pesquisa; b) Afetos despertados nos profissionais de saúde em contato com o louco; c)

Quando o estigma compromete a qualidade do cuidado; d) Não apenas no hospital geral: dificuldades de acesso e baixa qualidade da atenção no sistema de saúde; e) Eventos adversos, custos e tempo de internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental; f) A capacitação profissional como uma das possibilidades de intervenção.

## Resultados

Considerando o total de 41 trabalhos analisados, 17 abordam, em alguma dimensão, a problemática da produção do cuidado ao paciente com transtorno mental severo no âmbito assistencial do hospital geral. Os demais trabalhos, embora não abordem diretamente essa problemática, voltam-se para questões igualmente importantes para a

contextualização e discussão do tema, como, por exemplo, as consequências de uma comorbidade psiquiátrica para os resultados de saúde desses pacientes, quando internados em enfermarias – clínicas ou cirúrgicas – no hospital geral, focando no tempo e nos custos dessas internações.

A maioria dos trabalhos foram realizados nos Estados Unidos das Américas (*quadro 1*). Com exceção de quatro dissertações de mestrado e dois artigos (ambos produtos dessas dissertações), não foram encontrados estudos no Brasil sobre a temática discutida. Algumas pesquisas brasileiras estão voltadas para o atendimento ao sujeito com transtorno mental no pronto atendimento do hospital geral em situações de crise psíquica, mas não se referem àqueles que precisaram de outros tratamentos em enfermarias não psiquiátricas (PAULON, 2012;

Quadro 1. Trabalhos recuperados, países de realização dos estudos e referências das categorias de análise

TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS A PARTIR DAS BASES DE DADOS							
AUTOR (ANO)	PAÍS	CATEGORIAS DE ANÁLISE					
		A	B	C	D	E	F
ATKIN, K.; HOLMES, J.; MARTINS, C. (2005)	Reino Unido	enfermeiros	S	S	N	N	S
BARTELS, S. J. (2004)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	
BOLTON, J. (2012)	Reino Unido	N	N	N	N	N	S
BOUZA; C.; LÓPEZ-CUADRADO, T.; AMATE, J. (2009)	Espanha	N	N	N	N	N	N
BRADSHAW, L. E. (2013)	Reino Unido	N	N	S	N	N	N
BRESSI, S. K.; MARCUS, S. C.; SOLOMON, P. L. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	N
CAI, X.; LI, Y. (2013)	Estados Unidos da América	N	N	S	N	N	N
CAMARGO, R. M. P. (2011)	Brasil	enfermeiros	S	S	N	N	S
CARNEY, C. P.; JONES, L.; WOOLSON, R. F. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	N	N
CLARK, C.; PARKER, E.; GOULD, T. (2005)	Austrália	enfermeiros	S	N	N	N	S
CHIKAODIRI, A. N. (2009)	Nigéria	outros	S	N	N	N	S
DE HERT, M. et al. (2010)	Bélgica	N	N	N	N	N	N
DOMBROVSKI, A.; ROSENSTOCK, J. (2004)	Brasil	N	N	N	N	N	N
ELIAS, A. D.; TAVARES, C. M. M.; CORTEZ, E. A. (2012)	Brasil	enfermeiros	N	N	N	N	N
KHAYKIN, E. et al. (2010)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	
KANNOPKA, A. (2011)	Alemanha	N	N	N	S	N	
LYKOURAS, L.; DOUZENIS, A. (2008)	Grécia	N	N	S	N	N	
MITCHELL, A. J.; DELAFFON, V.; LORD, O. (2012)	Reino Unido	N	S	S	N	N	

Quadro 1. (cont.)

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. (2010)	Brasil	enfermeiros	S	N	N	N	N
RATHORE, S. S. et al. (2008)	Estados Unidos da América	N	N	S	N	N	N
ZOLNIEREK, C. D. (2009)	Estados Unidos da América	N	S	N	N	N	S
<b>TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS A PARTIR DOS ARTIGOS (REFERÊNCIAS SECUNDÁRIAS)</b>							
CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HONDON, B. (2008)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	S	
DAUMIT, G. L. et al. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	
DOLINAR, L. J. (1993)	Estados Unidos da América	N	N	S	N	N	
HOCHLEHNERT, A. et. al. (2011)	Alemanha	N	N	N	S	N	
HOOVER, D. R. et al. (2004)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	
DE JONGE, P. D. et al. (2001)	Europa (*)	enfermeiros	N	S	N	N	N
LETHOBA, K. G.; NETSWERA, F. G.; RANKHUMISE, E. (2006)	África do Sul	enfermeiros	N	S	N	N	S
MACDONALD, M. T. (2007)	Estados Unidos da América	N	S	N	N	N	N
MCDONALD, D. D. et al. (2003)	Estados Unidos da América	enfermeiros	N	S	N	N	S
MILENOVIC et al. (2011)	Sérvia	N	N	N	S	N	
MINAS, H. (2011)	Malásia	outros	N	S	N	N	N
MUNRO, A.; WATSON, H. E.; MCFADYEN, A. (2007)	Escócia/ Ama	enfermeiros	N	N	N	N	S
REED, F.; FITZGERALD, L. (2005)	Austrália	enfermeiros	S	N	N	N	S
RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. (2005)	Alemanha	N	N	N	N	N	S
SAYERS, S. L. et al. (2007)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	
SULLIVAN, G. et al. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	N	N
ZOLNIEREK, C. D. (2011)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	N	S
ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. (2012)	Estados Unidos da América	enfermeiros	S	S	S	N	S
<b>TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS POR OUTROS MEIOS</b>							
ASSIS (2014)	Brasil	N	N	S	N	N	N
ELIAS, A. D. (2012)	Brasil	enfermeiros	N	N	N	N	S

Fonte: Elaboração própria.

Notas: A: sujeitos da pesquisa

B: Afetos despertados nos profissionais de saúde em contato com o louco

C: Quando o estigma compromete a qualidade do cuidado

D: Não apenas no hospital geral: dificuldades de acesso e baixa qualidade da atenção no sistema de saúde

E: Eventos adversos, custos e tempo de internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental

F: A capacitação profissional com uma das possibilidades de intervenção

S: Sim

N: Não.

(\*) países europeus não descritos.

DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Hildebrandt e Alencastre (2001), em seu artigo de revisão bibliográfica sobre a inserção da psiquiatria em hospital geral, afirmam existir uma ampla literatura nacional e internacional sobre a internação de pessoas com

doença mental em hospital geral devido a problemas psiquiátricos, o que difere dos achados deste estudo quando o assunto é a internação de pacientes com transtorno mental internados por outros problemas de saúde. Paes, Maftum e Mantovani (2010) foram responsáveis por um dos poucos trabalhados

nacionais encontrados que abordaram a problemática do cuidado produzido aos pacientes com transtorno mental no hospital geral.

O *quadro 1* apresenta, para cada trabalho científico recuperado – identificado por seu autor e ano de publicação –, o país onde o estudo foi realizado e as categorias de análise nas quais seus resultados foram agrupados. Vale ressaltar que um mesmo trabalho pode remeter a mais de uma categoria.

Além disso, cinco trabalhos inseridos no quadro não remetem a nenhuma categoria de análise, já que seus resultados não as abordavam centralmente, no entanto, seus achados foram úteis para introduzir ou contextualizar o tema da pesquisa. Abaixo serão apresentados os resultados de acordo com as categorias de análise definidas.

## Sujeitos das pesquisas

Observou-se que as publicações científicas que trataram do tema – o atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não-psiquiátricas – concentraram-se na percepção do profissional de enfermagem a respeito deste tipo de assistência/paciente (ELIAS, 2012; ELIAS; TAVARES, 2012; ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012; PAES, MAFTUM; MANTOVANI, 2010; MUNRO; WATSON; MCFADYEN, 2007; LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006; CLARK, PARKER; GOULD, 2005; ATKIN; HOLMES; MARTIN, 2005; REED; FITZGERALD, 2005; MCDONALD *ET AL.*, 2003; DE JONGE *ET AL.*, 2001). Apenas dois artigos consideraram como sujeitos de pesquisa outros profissionais de saúde – médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas (MINAS *ET AL.*, 2011; CHIKAODIRI, 2009).

Nenhum dos estudos considerou a experiência do cuidado prestado no hospital geral a partir do olhar do paciente com transtorno mental. Entretanto, Shattell *et al.* (2006) desenvolveram uma pesquisa em um serviço psiquiátrico com o objetivo de investigar experiências de pacientes que já se sentiram compreendidos por profissionais de saúde de diversas categorias e especialidades, em algum momento da vida. Segundo os autores, mesmo os sujeitos

que relataram experiências de serem compreendidos, também descreveram vivências dolorosas anteriores, enfatizando sentimentos, como solidão, isolamento e vulnerabilidade.

Ainda que a literatura apresente lacunas quanto à escuta voltada para o paciente com transtorno mental no que diz respeito ao cuidado prestado por equipes não psiquiátricas, Zolnierek e Clingerman (2012) apontam para o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da importância da participação do paciente em seu tratamento.

Seguindo a tendência internacional, os pesquisadores Paes, Maftum e Mantovani (2010) também se dedicaram a estudar o cuidado de enfermagem prestado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em uma unidade de pronto atendimento no hospital geral.

## Afetos despertados nos profissionais de saúde em contato com o louco

Ao considerar o cotidiano dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros nos hospitais gerais, as publicações selecionadas descreveram os afetos despertados nesses sujeitos ao entrar em contato com a loucura.

Paes, Maftum e Mantovani (2010, p. 282) categorizaram seus achados em: “O cuidado é técnico e sem especificidade”; “Segurança e proteção ao paciente”; “Contenção física e química como medida de proteção”. Os autores afirmam que os profissionais de enfermagem, ao prestarem cuidado “[...] ao paciente com sintomas psiquiátricos, tendem a apresentar sentimentos como: medo de agressão e insegurança, que podem dificultar e até impedir o cuidado” (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010, p. 282). Os resultados dessa pesquisa evidenciaram a dificuldade no manejo desses pacientes e de percepção de suas necessidades pela equipe de enfermagem.

De modo geral, tais resultados se repetem em todos os artigos que abordaram a percepção e/ou o atendimento prestado ao paciente com transtorno mental no hospital geral,

seja devido a uma crise psíquica, seja devido a uma intercorrência clínica. As pesquisas evidenciam a dificuldade no manejo com esses pacientes e sugerem que as atitudes dos enfermeiros para com eles são consideradas negativas (ZOLNIEREK, 2009).

Zolnierek e Clingeman (2012) definiram quatro categorias para caracterizar as experiências de enfermeiros no atendimento a pacientes com transtorno mental no hospital geral: tensão, desconforto, falta de satisfação profissional e dificuldade.

A categoria ‘tensão’ foi descrita como a necessidade sentida pelos enfermeiros de estarem constantemente em estado de vigilância para garantir a segurança do paciente, a sua própria e a dos outros. Paes, Mafum e Mantovani (2010) também apresentam a preocupação com a segurança e associam-na ao uso de contenção física e química. Segundo os autores, o uso da contenção física e química é muitas vezes justificado por esse motivo.

O desconforto foi descrito como o sentimento de estar despreparado (falta de formação/conhecimento) para lidar com esses pacientes. Esse último tópico é um argumento bastante frequente entre os profissionais de saúde. A maioria deles afirma não ter habilidade e formação, conhecimento e manejo com as comorbidades psiquiátricas para proporcionarem um cuidado adequado e de qualidade (ATKIN; HOLMES; MARTIN, 2005; CLARK; PARKER; GOULD, 2005; REED; FITZGERALD, 2005).

A falta de satisfação profissional está relacionada ao pensamento de ineficácia de suas ações, ou seja, os enfermeiros não acreditam que suas intervenções tenham algum resultado positivo para o paciente (ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012). Esse sentimento pode colaborar para a resistência dos profissionais de enfermagem em atender as pessoas com transtorno mental, como observado por Camargo (2011).

Por último, tem-se a categoria dificuldade, que está relacionada à ideia de que esses pacientes interrompem a estrutura e o fluxo do trabalho da equipe e requerem mais tempo e esforço desta (ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012). As dificuldades

em produzir o cuidado também são apontadas no trabalho de Camargo (2011) como geradoras de angústia na equipe de enfermagem.

Em outro estudo, realizado por Chikaodiri (2009), a equipe de saúde se posicionou a favor da criação de uma enfermaria psiquiátrica no hospital geral. Apesar disso, a maioria dos entrevistados não gostaria de trabalhar próximo desse setor. Os profissionais expressam medo em cuidar do paciente com transtorno mental (CHIKAODIRI, 2009).

Vale ressaltar que outros elementos interferem na qualidade do cuidado prestado ao paciente com transtorno mental grave. De acordo com Macdonald (2007) e Zolnierek (2009), alguns obstáculos encontrados no ambiente do hospital geral também podem contribuir para a dificuldade e, consequentemente, para a recusa dos profissionais em atender pacientes com transtorno mental. A organização do serviço, a estrutura, a restrição de recursos disponíveis nas enfermarias e a falta de tempo são alguns desses fatores apontados pelos enfermeiros. As regras rígidas do hospital, sua rotina rigorosa e o foco da atenção voltada às necessidades físicas desafiam a capacidade do profissional em prestar adequadamente o cuidado a esses pacientes (ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012).

## **Quando o estigma compromete a qualidade do cuidado**

As considerações anteriores estão relacionadas ao estigma que envolve a loucura, de modo que o diagnóstico psiquiátrico já é suficiente para rotular o paciente como sendo difícil dentro das enfermarias cirúrgicas de um hospital geral (ZOLNIEREK, 2009). Portanto, não é difícil de presumir que essas representações influenciem negativamente a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

Camargo (2011) também elegeu como tema de discussão de sua pesquisa o preconceito que emergiu das falas dos enfermeiros de um hospital geral. Segundo o autor, o preconceito relacionado às pessoas com diagnóstico de

transtorno mental apareceu na fala dos sujeitos entrevistados, sugerindo distanciamento e podendo ser expressado de diferentes maneiras.

Na mesma direção, Minas *et al.* (2011) apresentaram uma pesquisa realizada com dois grupos de profissionais de saúde de um hospital geral. Um deles recebeu um caso de paciente diabético e outro um caso de paciente com transtorno mental, sendo que, depois, ambos foram orientados a responder a um questionário. Aqueles que responderam ao questionário a partir da vinheta de saúde mental deram medidas significativamente mais baixas para o cuidado e suporte prestado ao paciente e medidas mais altas em relação ao comportamento evitativo e à expressão de estereótipo negativo quando comparado com o grupo que respondeu ao questionário a partir do caso de diabetes.

Os resultados da pesquisa realizada por McDonald *et al.* (2003) estão de acordo com o estudo acima. Sessenta enfermeiros foram divididos em três grupos. Todos estes receberam a descrição do mesmo caso, configurando uma situação de infarto agudo que dera entrada em uma unidade de emergência. Entretanto, algumas diferenças em relação à medicação que esse paciente fazia uso foram apresentadas: um grupo recebeu a vinheta que acrescentava o uso de um ansiolítico, o outro grupo recebeu a vinheta que descrevia várias medicações psicotrópicas e o grupo controle não recebeu essas informações.

O grupo que recebeu o caso que configurava uma descrição de um paciente psicótico foi menos propenso a avaliar o quadro como sendo de um infarto. De acordo com os autores, o reconhecimento de que o estereótipo negativo direcionado a pacientes com comorbidades psiquiátricas pode influenciar suas atitudes é importante para auxiliar os profissionais na produção do cuidado (MCDONALD *ET AL.*, 2003).

Em geral, os enfermeiros do hospital geral consideram os pacientes com transtorno mental como difíceis e problemáticos

(ZOLNIERK; CLINGEMAN, 2012), perturbadores (ATKIN; HOLMES; MARTIN, 2005), mais complexos (DE JONGE *ET AL.*, 2001) e imprevisíveis (LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006).

### **Não apenas no hospital geral: dificuldades de acesso e baixa qualidade da atenção no sistema de saúde**

A literatura também aponta que os pacientes com comorbidades psiquiátricas recebem pior atendimento nos serviços de saúde de modo geral, trazendo implicações para a saúde dessa população (BRADSHAW *ET AL.*, 2013; CAI; LI, 2013; RATHORE *ET AL.*, 2008; MITCHELL; DELAFFON; LORD, 2012; LYKOURAS; DOUZENIS, 2008).

Assis (2014), sobre o atendimento de uma paciente esquizofrênica em uma unidade de atenção básica, diagnosticada com hanseníase, afirma que o acesso dela foi facilitado quando uma de suas parentes mencionou o diagnóstico clínico alto e bom som na recepção do serviço. No entanto, o atendimento foi dificultado, no mesmo dia, quando a paciente foi considerada da ‘psiquiatria’. Segundo o autor, “[...] ser considerado paciente psiquiátrico era um empecilho para ser recebido nos serviços que formavam a rede de saúde e não exclusivamente de saúde mental” (ASSIS, 2014, p. 191).

É importante considerar que os serviços de psiquiatria também demonstram dificuldade em lidar com pacientes que apresentam comorbidades clínicas além do diagnóstico para transtorno mental (DOLINAR, 1993). Mitchell, Delaffon e Lord (2012) afirmam que pacientes psiquiátricos, principalmente aqueles que fazem uso de medicação antipsicótica, são menos submetidos a exames clínicos e monitoramento de sua saúde física nos serviços de psiquiatria.

### **Eventos adversos, custos e tempo de internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental**

Entre os estudos capturados na revisão bibliográfica, alguns apontam maior número

de eventos adversos presentes nas internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental do que naquelas da população em geral. Daumit *et al.* (2006) afirmam que durante as hospitalizações médicas e cirúrgicas, pessoas com esquizofrenia tinham pelo menos duas vezes mais chances de sofrer eventos adversos graves quando comparados com pacientes sem esquizofrenia que sofriam do mesmo problema de saúde. Segundo os autores, tais eventos adversos foram associados com resultados clínicos ruins durante a hospitalização, aumentando o tempo de internação, os custos, o uso de Unidade de Terapia Intensiva e óbito hospitalar para pacientes com esquizofrenia.

Os achados de Daumit *et al.* (2006) estão de acordo com a pesquisa realizada por Khaykin *et al.* (2010). Estes últimos afirmam que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm maior probabilidade de sofrer os tipos mais comuns de erros médicos.

Em relação à interação medicamentosa, pode-se considerar que o tratamento farmacológico de pacientes com transtorno mental se apresenta como grande desafio aos profissionais médicos em geral. Milenovic *et al.* (2011) afirmam que a interrupção abrupta de medicamentos psicotrópicos pode levar ao agravamento (desestabilidade) da doença. Ao mesmo tempo, a combinação de psicotrópicos com anestésicos e medicamentos pós-operatórios, por exemplo, pode levar à intoxicação do paciente. Diante dessa realidade, ambos os trabalhos consideram a importância da interconsulta com psiquiatras e farmacêuticos no *setting* do hospital geral para auxiliar os outros profissionais.

Por fim, pode-se observar que o aumento dos custos e do tempo de internação de pacientes com comorbidade psiquiátrica foram enfatizados em vários artigos (BARTELS, 2004; HOOVER, 2004; BRESSI; MARCUS; SOLOMON, 2006; DAUMIT *ET AL.*, 2006; SAYERS *ET AL.*, 2007; CASHIN; ADAMS; HONDON, 2008; HOCHLEHNERT *ET AL.*, 2011; KONNOPKA *ET AL.*, 2011).

Além disso, algumas pesquisas mostram um aumento de internações não psiquiátricas

por pessoas com transtorno mental (SAYERS *ET AL.*, 2007; CASHIN; ADAMS; HONDON, 2008).

### **A capacitação profissional como uma das possibilidades de intervenção**

A falta de capacitação e/ou conhecimento na área de Saúde Mental foi citada, em diferentes estudos, como um aspecto que interfere de modo negativo na qualidade do cuidado (ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012; CAMARGO, 2011; ATKIN; HOMES; MARTIN, 2005; CLARK; PARKER; GOULD, 2005; REED; FITZGERALD, 2005).

Como medida de intervenção para a melhoria do cuidado produzido pelos profissionais de saúde aos pacientes com transtorno mental em hospitais gerais, a literatura aponta para a importância da implementação de unidades especializadas e interconsultas psiquiátricas (ZOLNIEREK, 2009); formação de equipes multidisciplinares (CASHIN, ADAMS; HONDON, 2008); desenvolvimento de processos educativos e aumento do contato dos profissionais com pacientes psiquiátricos, podendo mudar o estereótipo negativo e influenciar positivamente as respostas dos profissionais (MCDONALD *ET AL.*, 2003; REED; FITZGERALD, 2005; RÜSCH, ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006; CHIKAODIRI, 2009; ZOLNIEREK, 2009; ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012).

Os profissionais de psiquiatria que responderam ao questionário realizado por Bolton (2012) sugeriram o treinamento em saúde mental para estudantes de medicina e de enfermagem como a principal forma de combater o estigma da doença mental, corroborando os estudos supracitados. Já para Zolnierek (2011), embora a interconsulta com profissionais de saúde mental possa ser uma ferramenta importante, ela não é suficiente. Segundo a autora, ambientes favoráveis à prática dos enfermeiros devem ser capazes de estabelecer uma relação entre profissional e paciente, produzindo um cuidado centrado na pessoa.

Munro, Watson e McFadyen (2007) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de

testar o impacto do treinamento de equipes de saúde que prestam cuidado às pessoas com comorbidade psiquiátrica e uso de substâncias. Os resultados mostram melhoria das atitudes terapêuticas por parte dos participantes que lidam com esses pacientes tanto imediatamente após o treinamento quanto durante seis meses de acompanhamento. Segundo os autores, o treinamento também foi importante para melhorar o conhecimento geral sobre álcool, drogas e comorbidades.

Elias (2012) aposta no potencial de oficinas de sensibilização para enfermeiros não especialistas para cuidar do paciente psiquiátrico em situação de uma emergência clínica. Estando de acordo com os demais autores, também defende que uma formação adequada “[...] é capaz de intervir positivamente no imaginário da loucura” (ELIAS, 2012, p. 71).

## Discussão

A pouca bibliografia encontrada sobre o tema do presente artigo faz com que se fique diante da problemática da produção do cuidado a partir da perspectiva da integralidade. O trabalho de revisão desenvolvido neste estudo aponta para a necessidade de acompanhamento clínico contínuo de pacientes com transtorno mental grave, uma vez que essa população tem de duas a três vezes mais chances de desenvolver diversas doenças crônicas (ZOLNIEREK; CLIGERMAN, 2012). No entanto, o que se vê é a redução da abordagem a esses pacientes ao campo psiquiátrico.

Percebe-se que as questões do cuidado produzido aos pacientes com transtorno mental grave não se restringem à negligência de um ou outro serviço de saúde, mas reflete um problema de toda a rede de atenção em saúde. As dificuldades de acesso dessa população aos serviços básicos de saúde reforçam as lacunas da rede.

Observa-se ainda que o profissional de enfermagem é um personagem central das pesquisas, quando se discutem as crenças,

pensamentos e concepções a respeito da presença do louco no hospital geral. É provável que este protagonismo se dê porque os enfermeiros e técnicos de enfermagem são aqueles que passam mais tempo com o paciente em seu leito. São eles que regem a rotina do paciente no hospital e que fazem, muitas vezes, a mediação entre paciente/familiar e médicos (CARAPINHEIRO, 1998).

No entanto, é importante ressaltar que muitos trabalhos se dedicaram a analisar os resultados clínicos de internações de pacientes com transtornos mentais graves em unidades não psiquiátricas de hospitais gerais. Os custos e o tempo de internação não psiquiátrica desses pacientes foram considerados fortes indicadores para analisar a qualidade da assistência prestada. Zolnierek (2009) já apontava para ampla literatura focando esses dois indicadores, mas, ao fazer uma leitura crítica desses achados, enfatiza que o cuidado ao paciente com transtorno mental não pode se reduzir a esses aspectos, pois deve considerar o manejo dos sintomas psiquiátricos, bem como a experiência de cuidado do paciente.

Entende-se que o cuidado prestado nos serviços de saúde aos pacientes, com ou sem comorbidades psiquiátricas, vai além desses fatores abordados pela literatura. Essa discussão precisa ser ampliada, assim como a compreensão de cuidado que atravessa as práticas de saúde. Com base em autores como Merhy (2002) e Ayres (2000), compreende-se o cuidado como produto de uma ‘con-vivência’, como resultado de práticas exigentes do olhar para o sujeito que se apresenta com sua história, desejos, sentimentos e pensamento. Trata-se de um trabalho que exige conhecimento técnico para as intervenções, bem como consideração do saber prático acumulado por experiência da vida, e apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Observa-se que o cuidado assistencial a crises somáticas prestado ao sujeito com transtorno mental grave no hospital geral

parece ser uma questão de difícil manejo para os profissionais de saúde. Os afetos comumente descritos pelos profissionais de saúde em contato com a loucura estão relacionados ao imaginário produzido em torno desse fenômeno. O louco, visto como imprevisível, inconstante e problemático, desperta angústia, medo e ansiedade, pois, acredita-se estar diante de algo desconhecido, que foge do controle, colocando os profissionais no lugar de impotência e gerando frustração.

O comportamento negativo ou evitativo ante o paciente com transtorno mental grave pode ter consequências sobre a qualidade da assistência prestada. Os achados bibliográficos apontam para o afastamento do profissional de saúde desses pacientes, o que compromete a integralidade do cuidado.

Além disso, o maior número de eventos adversos e o aumento dos custos e do tempo de internação clínica de pacientes com transtorno mental nos hospitais gerais, embora não sejam indicadores suficientes para avaliar a qualidade da assistência prestada, como já afirmado, faz com que se questione a postura dos profissionais de saúde diante do louco e de que forma ela influencia esses achados.

Essa postura que distancia, que repele esses sujeitos, pode impossibilitar a construção de processos de identificação entre o profissional de saúde e o paciente. Como já observado em outro trabalho (SÁ, 2009), a identificação, como processo intersubjetivo e interpsíquico, constitui-se como uma das condições centrais tanto para percepção do sofrimento alheio como para a mobilização contra ele.

O cuidado, como produto do encontro entre pelo menos dois sujeitos, exige que se considerem os diferentes afetos que atravessam a cena terapêutica, afetos esses muitas vezes contraditórios. O ódio, a indiferença e a violência são sentimentos tão humanos como o amor, a empatia e a solidariedade.

A experiência da loucura, historicamente entendida como um fenômeno que transgride

as leis da sociedade, como algo estranho, que afasta o ‘sujeito de si e do mundo’, enfraquece extremamente o desenvolvimento de processos de identificação positivos por parte dos trabalhadores da saúde para com os pacientes, o que pode afetar fortemente a produção do cuidado.

A angústia que esse contato pode produzir nos profissionais de saúde que se veem impossibilitados de dar uma resposta imediata, de saber o que fazer diante desse outro tão desconhecido, coloca para o trabalhador o perigo de se haver com suas limitações, com a experiência da frustração que, de certo modo, ameaça o desejo de onipotência do sujeito, ou seja, de se sentir suficiente, capaz de controlar uma situação, dando-lhe um desfecho positivo.

Diante dos diferentes afetos negativos que podem emergir do contato com a loucura, os profissionais de saúde podem desenvolver mecanismos de defesas inconscientes como uma forma de blindagem àquilo que lhe provoca sofrimento (SÁ, 2005, 2009; AZEVEDO, 2002, 2005).

Na mesma direção, Campos (2005) faz uma reflexão sobre as produções inconscientes, próprias a qualquer trabalho que envolve relações intersubjetivas, apontando que a realidade de trabalho em saúde, caracterizada essencialmente pelo contato com a dor (física e psíquica) e a morte, produz sintomas. Estes se expressam nas narrativas dos trabalhadores através de alusão a estados passionais, ideologização, somatização e burocratização, sensações de onipotência e impotência, bem como vivências persecutórias. Consequentemente, podem ser observadas ações pautadas, muitas vezes, por uma espécie de passagem ao ato, o que implica a impossibilidade de elaboração de estratégias de cuidado e o risco de negação do sofrimento do outro (AZEVEDO, 2010).

Nesse sentido, esta revisão bibliográfica realizada reforça a negatividade a que está associada a experiência de contato com a loucura. É como se a loucura se desse por

contágio, um contágio imaginário. A loucura como algo enigmático, portanto, imprevisível, aciona as mais primitivas ansiedades nos trabalhadores de saúde.

## Conclusão

A maior parte da produção científica que trata do tema ‘o atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não psiquiátricas’ se baseia em estudos cujos sujeitos das pesquisas são enfermeiros. Estes, de modo geral, relatam sentir medo e despreparo para lidar com o louco, visto como aquele imprevisível, que costuma interromper a rotina dos serviços. Nesse sentido, vários autores apontam que o estigma que envolve a loucura não deixa de incidir sobre os profissionais e de prejudicar a assistência. Tal prejuízo não se restringe ao espaço hospitalar, podendo ser notado em toda a rede de serviços de saúde. Nos hospitais, a baixa qualidade do cuidado se expressa através do maior número de erros médicos e eventos adversos relacionados a pacientes com transtorno mental, o que torna as internações desses sujeitos mais longas e caras. Para lidar com essas questões, são sugeridos trabalho em equipe interdisciplinar, realização de interconsultas e processos de capacitação ou sensibilização, acreditando-se que estes podem impactar positivamente sobre o estigma da loucura.

Assim, a produção do cuidado integral parece ser um desafio tanto para os serviços de saúde em geral que recebem pacientes com comorbidades psiquiátricas como para os serviços de psiquiatria que recebem pacientes com comorbidades clínicas. Os hospitais, por

serem espaço de alta densidade/concentração tecnológica, elevada padronização de procedimentos e rotinas, apresentando, em geral, pouco espaço para interações mais livres entre pacientes e profissionais, apresentam muitos obstáculos à produção do cuidado na perspectiva da integralidade e mais ainda à escuta sensível das necessidades de pacientes com transtorno mental.

A experiência da loucura é vista pelos profissionais de saúde sob a ótica do perigo, da violência, do imprevisível, daquilo que perturba, que rompe com a rotina, que provoca angústia. Essas impressões podem comprometer fortemente a produção do cuidado. O distanciamento e a repulsa que, muitas vezes, os profissionais sentem ao lidar com pacientes com comorbidades psiquiátricas graves impossibilita a produção do cuidado a partir de uma perspectiva relacional, que não pode prescindir da consideração da subjetividade e do saber.

Acredita-se que, sem considerar os entraves, desafios e lacunas à produção do cuidado identificados nesta revisão de literatura, as iniciativas governamentais de prover a integralidade da atenção dificilmente terão o êxito esperado. Ou seja, não basta criar no hospital geral leitos de atenção integral a pacientes com transtorno mental nem, tampouco, exigir seu atendimento, se não trabalhar, do ponto de vista da gestão e da reorganização dos processos de trabalho em saúde, no sentido de superar a negatividade associada à experiência da loucura. Coloca-se também como um imperativo o provimento de condições materiais, tecnológicas e simbólicas para que os profissionais possam refletir sobre dimensão relacional/intersubjetiva inerente ao cuidado em saúde. ■

## Referências

ASSIS, A. D. “Viver livremente”: trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. 2014. 201 f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

- ATKIN, K.; HOLMES, J.; MARTIN, C. Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *Int J Geriatr Psychiatry*, Manchester, v. 20, p. 1081-1083, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, n. 6, fev. 2000.
- AZEVEDO, C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 977-986, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Sob o domínio da urgência o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*. 2005. 350 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- \_\_\_\_\_. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 349-361, 2002.
- BARTELS, S. J. Caring for the Whole Person: Integrated Health Care for Older Adults with Severe Mental Illness and Medical Comorbidity. *Jags*, New York, v. 52, supl. 12, p. S249-S257, 2004.
- BOLTON, J. 'We've got another one for you!' Liaison psychiatry's experience of stigma towards patients with mental illness and mental health professionals. *The Psychiatrist*, London, v. 36, p. 450-454, 2012.
- BORGES, C.; BAPTISTA, T. W. R. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 456-468, 2008.
- BOUZA, C.; LÓPEZ-CUADRADO, T.; AMATE, J. M. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *General Hospital Psychiatry*, New York, n. 32, p. 156-163, 2009.
- BRADSHAW, L. E. *et al.* Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs. *Age and Ageing*, London, n. 42, p. 582-588, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório da gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRESSI, S. K.; MARCUS, S. C.; SOLOMON, P. L. The Impact of Psychiatric Comorbidity on General Hospital Length of Stay. *Psychiatr Q*, New York, v. 77, n. 3, p. 203-209, 2006.
- CAI, X.; LI, Y. Are AMI Patients with Comorbid Mental Illness More Likely to be Admitted to Hospitals with Lower Quality of AMI Care? *PLoS One*, San Francisco, v. 8, n. 4, p. 107, 2013.
- CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.
- CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B., O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141-9, 2001.
- CAMARGO, R. M. P. *Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros*. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- CARAPINHEIRO, G. A caracterização sociológica dos serviços. In: \_\_\_\_\_. *Saberes e poderes no hospital: uma*

- sociologia dos serviços hospitalares. 3 ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.
- CARNEY, C. P.; JONES, L.; WOOLSON, R. F. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: a population-based Controlled Study. *J Gen Intern Med.*, Philadelphia, v. 21, n. 11, p. 1133-7, 2006.
- CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HONDON, B. Excess Non-Psychiatric Hospitalization Among Medi-Cal Beneficiaries with Serious Mental Illness in California. *California Mental Health Policy Forum*, Garden Grove, feb. 2008.
- CHIKAODIRI, A. N. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Annals of General Psychiatry*, London, v. 8, n. 19, p. 1-7, 2009.
- CLARK, C.; PARKER, E.; GOULD, T. Rural generalist nurses' perceptions of the effectiveness of their therapeutic interventions for patients with mental illness. *Aust. J. Rural Health*, Malden, v. 13, n. 4, p. 205-213, 2005.
- DAUMIT, G. L. *et al.* Adverse Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, Chicago, v. 63, p. 267-272, 2006.
- DE HERT, M. *et al.* Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry*, Paris, v. 25, supl. 2, jun. p. 22-8, 2010.
- DE JONGE, P. D. *et al.* Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 36, n. 3, p. 355-363, 2001.
- DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W; DELGADO, P. G. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DOLINAR, L. J. Obstacles to the care of patients with medical-psychiatric illness on general hospital psychiatry units. *Rev. Gen. Hosp. Psychiatry*, New York, v. 15, n.1, p. 14-20, 1993.
- DOMBROVSKI, A.; ROSENSTOCK, J. Bridging general medicine and psychiatry: providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. *Curr Opin Psychiatry*, Philadelphia, v. 17, 2004, p. 523-529.
- DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 64, n. 4, p. 698-703, 2011.
- ELIAS, A. D. *Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário*. 2012. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.
- ELIAS, A. D.; TAVARES, C. M. M.; CORTEZ, E. A. Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em emergência geral: inspiração Sociopoética. *Online Braz. J. Nurses*, [internet] v.11, n. 2, 2012. Disponível em: <[http://www.journalmailing.com/article/view/1255/pt\\_BR/cuidado-de-enfermagem-ao-paciente-psiquiatrico-em-emergencia-geral--inspiracao-sociopoetica](http://www.journalmailing.com/article/view/1255/pt_BR/cuidado-de-enfermagem-ao-paciente-psiquiatrico-em-emergencia-geral--inspiracao-sociopoetica)>. Acesso em: 25 jul. 2015.
- HILDEBRANDT, L. M.; ALENCASTRE, M. B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. *Rev. Gaúcha. Enferm.* Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 167-186, jan. 2001.
- HOCHLEHNERT, A. *et al.* Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: Costs, net gain, and length of hospitalization. *Journal of Psychosomatic Research*, London, v. 70, p. 135-139, 2011.
- HOOVER, D. R. *et al.* Mental illness and length of inpatient stay for medicaid recipients with AIDS. *Health Serv Res.*, Chicago, v. 39, n. 5, p. 1319-39, out. 2004.
- KHAYKIN, E. *et al.* National estimates of adverse events during nonpsychiatric hospitalizations for persons with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, v. 32, p. 419-425, 2010.

- KONNOPKA, A. Effects of psychiatric comorbidity on costs in patients undergoing disc surgery: a cross-sectional study. *The Spine Journal*, New York, v. 11, p. 601-609, 2011.
- LETHOBA, K. G.; NETSWERA, F. G.; RANKHUMISE, E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis*, Pretoria, v. 29, n. 4, p. 4-11, 2006.
- LYKETOS, C. G. et al. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*, Washington, DC, v. 43, n. 1, p. 24-30, 2002.
- LYKOURAS, L.; DOUZENIS, A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Current Opinion in Psychiatry*, Philadelphia, v. 21, n. 4, p. 398-402, 2008.
- MACDONALD, M. T. Nurse-Patient Encounters: Constructing Harmony and Difficulty. *Advanced Emergency Nursing Journal*, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 73-81, 2007.
- MCDONALD, D. D. et al. Effect of a Psychiatric Diagnosis on Nursing Care for Nonpsychiatric Problems. *Research in Nursing & Health*, New York, v. 26, n. 3 p. 225-232, 2003.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MILENOVIC, M. et al. Preoperative assessment and management of patient with psychiatric comorbidity. *Acta Chir Jugosl*, Beograd, v. 58, n. 2, p. 143-9, 2011.
- MINAS, H. et al. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC Public Health*, London, n. 11, p. 1-10, 2011.
- MITCHELL, A. J.; DELAFFON, V.; LORD, O. Let's get physical: improving the medical care of people with severe mental illness. *Advances in psychiatric treatment*, London, v. 18, p. 216-225, 2012.
- MUNRO, A.; WATSON, H. E.; MCFADYEN, A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 44, n. 8, p. 1430-1438, 2007.
- OUD, M. J. et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract*, London, n. 11, n. 92, p. 1-6, 2010.
- \_\_\_\_\_. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract*, London, v. 10, n. 29, 2009.
- PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Rev. Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 309-316, abr./jun. 2010.
- PAULON, S. M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *Rev. Polis e Psique*, v. 2, n. temático, p. 73-94, 2012.
- RATHORE, S. S. et al. Mental Disorders, Quality of Care, and Outcomes Among Older Patients Hospitalized With Heart Failure: An Analysis of the National Heart Failure Project. *Arch Gen Psychiatry*, Chicago, v. 65, n. 12, p.1402-1408, dec. 2008.
- REED, F.; FITZGERALD, L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, Chicago, v. 14, p. 249-257, 2005.
- RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, Paris, v. 20, n. 8, p. 529-539, 2005.
- SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

-32832009000500016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. *Em busca de uma porta de saída: os desatinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. 2005. 454 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SAYERS, S. L. *et al.* Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *J Am Geriatr Soc.*, New York, v. 55, n. 10, p. 1585-91, oct. 2007.

SHATTELL *et al.* “She Took the Time to Make Sure She Understood”: Mental Health Patients’ Experiences of Being Understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, Orlando, v. 20, n. 5, p. 234-241, oct. 2006.

SULLIVAN, G. *et al.* Disparities in hospitalization for diabetes among people with and without cooccurring mental disorders. *Psychiatric Services*, Washington, DC, v. 57, n. 8, p. 1126-1131, 2006.

ZOLNIEREK, C. D. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1570-83, 2009.

ZOLNIEREK, C. D. The importance of knowing the Patient. *Mental Health Nursing*, Manchester, n. 32, p. 392-393, 2011.

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. A Medical-Surgical Nurse’s Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, St. Louis, v. 18, n. 4, p. 226-235, 2012.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve