

---

## Revisão Bibliográfica

---

# A INSERÇÃO DA PSIQUIATRIA NO HOSPITAL GERAL

## The inclusion of psychiatry in general hospitals

Leila Mariza Hildebrandt<sup>1</sup>

Marcia Bucchi Alencastre<sup>2</sup>

### RESUMO

*Este trabalho constitui-se em uma revisão bibliográfica sobre a inserção da psiquiatria em hospital geral. Através dele, conseguimos abordar alguns aspectos históricos sobre a presença do doente mental no hospital geral, a criação e organização de unidades psiquiátricas em hospital geral, a internação de pacientes psiquiátricos em instituições hospitalares sem unidades específicas e os serviços de interconsultas psiquiátricas. O mesmo consiste em uma parte da dissertação de mestrado, onde observamos que há uma ampla literatura sobre esse assunto, porém todos sob a ótica da equipe. Nenhuma bibliografia foi encontrada que mostrasse a visão da pessoa com a doença mental sobre a internação em hospital geral.*

**UNITERMOS:** *hospital geral, doente mental, internação.*

### INTRODUÇÃO

Realizamos um levantamento bibliográfico com o objetivo de constatar a maneira como a psiquiatria vem inserindo-se no hospital geral no decorrer dos tempos. Isso se justifica pois o hospital geral tem se constituído, cada vez mais, em um local de intervenção sobre a loucura; além do mais, conhecer melhor esse

---

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ.

2 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

instrumento de assistência na área da psiquiatria contribuirá para discutir as práticas aí operadas. O interesse em estudar a inserção da psiquiatria em hospital geral provém da nossa trajetória profissional, enquanto docentes que acompanham alunos em seus estágios de disciplinas do campo da psiquiatria e saúde mental em instituições hospitalares gerais que recebem doentes mentais. A revisão da literatura baseou-se na análise de resumos veiculados na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Medlars on line (MEDLINE), bem como, na pesquisa manual de algumas revistas vinculadas à área de psiquiatria e saúde mental ou não (Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Revista ABP-APAL, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Baiana de Enfermagem). O recorte temporal, de 1950 em diante, deve-se ao fato de que, após a 2ª Guerra Mundial, as internações psiquiátricas em hospital geral começaram a acontecer, ainda que de uma forma tímida. Nas décadas de 80 e 90, intensificaram-se as internações de doentes mentais em hospital geral, em função da proposta preconizada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## 2 A PSIQUIATRIA NO HOSPITAL GERAL

Antes de o hospício tornar-se um local destinado ao tratamento do louco, ele era recolhido nos porões das Santas Casas, junto aos mendigos, ociosos, vagabundos, enfim, nesse local ficavam os indivíduos *estragados da sociedade*. Foulcault (1997, p.84) diz,

*“Portanto, o Hospital Geral deve receber os ‘estragados’, mas não os aceita sem formalidades: é preciso pagar sua dívida para com a moral pública, e deve-se estar preparado, nas sendas do castigo e da penitência, para voltar a uma comunhão da qual se foi expulso pelo pecado.”*

O hospital geral daquela época não tinha os mesmos propósitos dos dias atuais. Consistia em um local de abandono, depósito e privação das pessoas que ali permaneciam, muitas vezes, até a sua morte. Foulcault (1997) coloca que o hospital geral não era uma instituição de cura/tratamento, mas um espaço de exclusão, de cuidados espirituais, de *corrigir falhas morais*.

No século XVIII, a loucura passou a ser considerada doença mental e necessitava de um espaço próprio para tratamento. A partir de então, criou-se o hospício como um instrumento básico de intervenção na insanidade mental.

Machado et al. (1978, p.42), quando discutem dados históricos da psiquiatria brasileira, referem que,

*“desde 1830, quando aparecem os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, propõe-se a criação de um hospício de alienados. A argumentação é clara: tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura.”*

Os autores também colocam que o isolamento, a organização do ambiente terapêutico, a vigilância, a repressão, o controle e a distribuição do tempo dos internos eram os princípios que organizavam o espaço asilar.

Por muito tempo, o hospício constituiu-se em um local de recolhimento do louco e acreditava-se que era o lugar ideal para ele. Porém, mais tarde, percebeu-se que o hospício não cumpriu com o seu papel de melhora e cura do insano, emergindo, então, questionamentos sobre essa instituição.

Muitos movimentos surgiram, em âmbito mundial, propondo alternativas ao modelo hegemônico da psiquiatria, principalmente no período pós-guerra (2ª Guerra Mundial). A partir de então, o hospital geral passou a inserir-se, de uma forma muito tímida, nas práticas de atenção à loucura.

A primeira unidade em hospital geral que recebeu pacientes psiquiátricos foi organizada por Thomas Guy, em Londres, no Hospital St. Thomas, no ano de 1728 (Mayou, 1989).

Nos Estados Unidos, a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral foi fundada em 1902, pelo Dr. J. M. Mosher, no Albany Medical Center. A segunda foi em 1923, no Ford Hospital, em Detroit, porém a implementação de um grande número ocorreu no pós-guerra (Greenhill, 1979).

Na cidade de Toronto/Canadá, o médico David Campell Meyers liderou um movimento para introduzir a psiquiatria no hospital geral. Em 1906, abriu a primeira unidade psiquiátrica canadense, no Toronto General Hospital (Alves Brasil, 1982).

A Itália iniciou o seu processo de mudanças na atenção psiquiátrica mais tarde. O ano de 1978 foi extremamente significativo em função da aprovação da Lei 180. A partir daí, foram planejadas unidades psiquiátricas em hospitais gerais como sendo os locais do serviço público adequados para a internação de doentes mentais quando da agudização dos sintomas da patologia. Salvia e Barbato (1993).

Na América Latina, as primeiras unidades psiquiátricas em hospital geral surgiram na década de 50. No primeiro Congresso Latino-Americano de Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1954, já se focalizava a necessidade de criar um espaço para atendimento de doentes mentais em hospital geral (Sampaio, 1956); Botega e Dalgalarondo (1997), citando León, afirmam que a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral neste continente foi aberta no ano de 1941, em Lima/Peru.

Os anos 50 marcaram o surgimento das unidades psiquiátricas em hospital geral no Brasil. A pioneira foi aberta em 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenada pelo professor Nelson Pires. Esse serviço possuía seis leitos femininos, em local improvisado. Somente na década de 70, com a reestruturação da planta física do hospital, a unidade psiquiátrica ganhou um novo espaço (Sampaio, 1956). Alves Brasil (1982) coloca que, em 1954, também foram abertas uma unidade psiquiátrica no Hospital dos Comerciários, em São Paulo, organizada por Laertes Ferrão, e outra, em 1957, no Hospital Pedro II da Santa Casa da Misericórdia, da Universidade Federal de Pernambuco.

Alves Brasil (1982) relata que nas décadas de 60 e 70, no Brasil, muitas outras unidades psiquiátricas foram criadas nos hospitais gerais. No entanto, sabemos que, dos anos 50 até a década de 70, a assistência manicomial predominava.

No país, os anos 80 foram determinantes na busca de propostas de substituição do manicômio. Eles trouxeram consigo inquietações que culminaram em uma série de questionamentos a respeito da intervenção feita sobre a loucura. O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica ganhou espaço e alimentou discussões que buscavam questionar a atenção prestada ao doente mental. Nesse contexto, o hospital geral ganhou terreno e passou a ser considerado o local adequado para a internação quando do recrudescimento dos sintomas da doença mental.

Na década de 90, essas discussões intensificaram-se, invadindo outras esferas da sociedade. Como relata Melman (1999,

p.171), “na década de noventa, observa-se a presença cada vez mais marcante de usuários e familiares como protagonistas no cenário da reforma psiquiátrica no Brasil”.

Essa década também introduziu mudanças no âmbito político governamental e buscou travar debates sobre os direitos dos doentes mentais. Botega e Schechtman (1997). Tais debates foram necessários e essenciais e caminharam tentando resgatar a cidadania desses indivíduos, libertando-os da tutela da família e Estado.

Retomando a questão das unidades psiquiátricas em hospital geral, os autores acima mencionados realizaram um levantamento no segundo semestre de 1995 e primeiro de 1996, o qual apontou que 103 hospitais gerais receberam pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) pela internação psiquiátrica e desses, a maior parte estava localizada nos Estados do Sul e Sudeste. Dessas instituições, foram selecionadas 94, com pelo menos seis internações nesse período, para participar de um estudo a respeito de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Esse estudo buscava características das instituições e dos serviços de psiquiatria (pronto-socorro, hospital-dia, interconsulta), bem como da internação psiquiátrica (infra-estrutura, equipe, população atendida, funcionamento), obtendo informações de 86% das instituições. Tal pesquisa mostrou que grande parte das internações em hospital geral acontecia em unidades psiquiátricas (80%), 10% em leitos psiquiátricos de unidades de clínica médica e 10% em unidade de clínica médica, embora não existissem leitos psiquiátricos específicos.

Diante do descrito, é interessante observar que o maior índice de internações em hospital geral aconteceu em unidades distintas, caracterizadas como áreas de internamento separadas. Uma pequena parte dos pacientes psiquiátricos ficou em unidades onde eram recebidas pessoas acometidas por outras patologias.

Através de informações do Ministério da Saúde, Botega (1997a) demonstra que 2,5% das internações psiquiátricas aconteciam em hospital geral. O autor também refere que 1/3 das unidades psiquiátricas existentes nos hospitais gerais foram construídas a partir dos anos 90.

Pelos dados apresentados, observamos que houve um aumento da inserção da psiquiatria nos hospitais gerais. Porém, é importante lembrar que, em muitas situações, a promulgação de leis impôs a abertura de leitos para doentes mentais nesses locais. Isso, por sua vez, gera uma conjuntura conflitante, com repercussões

diretas sobre a pessoa em sofrimento mental, já que ela, na maioria das vezes, não é uma figura querida naquele meio.

Olhando sob a ótica médica, Fortes e Infante (1986) assinalam que o ingresso do psiquiatra no hospital geral não se limita ao acréscimo de mais um especialista no meio hospitalar, mas implica na construção de uma abordagem integrada de intervenção no processo do adoecer. Além do mais, os autores também apontam que a presença do psiquiatra no hospital geral “*traz em si o grande ponto positivo do rompimento do asilo, não só no sentido do espaço físico, mas também do isolamento da psiquiatria do restante da medicina*” (Fortes e Infante, 1986, p.274). Contudo, temos ciência de que a integração da psiquiatria com as demais áreas é um processo vagaroso e repleto de entraves e resistências, tanto por parte da própria psiquiatria como das demais especialidades.

A unidade psiquiátrica pode ser definida como sendo um espaço estruturado e independente, destinado a receber pessoas com transtornos mentais. Em um hospital geral, ela está localizada na própria instituição ou anexa a esta.

Existem inúmeras vantagens na internação em unidade psiquiátrica de hospital geral. Muitas podem ser citadas como, por exemplo, o contato mais próximo com outras clínicas, maior disponibilidade de recursos terapêuticos e diagnósticos, atenuação ou mesmo supressão do estigma provocado pela internação em manicômios, facilidade de contato com a família e comunidade de origem, menor tempo de permanência no hospital e reinserção mais fácil. Também existem ganhos para o ensino e pesquisa, pois permite ao estudante uma integração com as demais especialidades da instituição e fornece-lhe um campo para a investigação na área (Botega, 1995; Cassorla, 1996; Ciquini, 1965; Gutiérrez e Pérez, 1976; Sampaio, 1956).

Pensamos que essas vantagens não se limitam a unidades psiquiátricas de hospital geral, mas podem ser ampliadas a outras unidades hospitalares de clínica geral que recebem doentes mentais (unidades de clínica médica e cirúrgica, por exemplo). Independente da situação, como coloca Cassorla (1996), é necessário que haja disponibilidade da equipe para tal.

Cassorla (1996) também assinala algumas desvantagens das unidades psiquiátricas em hospital geral. Ele refere que, normalmente, a estrutura física não conta com área de lazer e atividades socioterápicas, necessárias ao tratamento do doente mental, embora algumas instituições possuam trabalhos direcionados à aten-

ção a esse indivíduo. Um lembrete importante é feito por Sonenreich, Estevão e Silva Filho (1999, p.35) quando afirmam que “*os pacientes psiquiátricos não ficam acamados o tempo todo e no hospital geral falta espaço para movimentação, exercícios, passeios (...)*”. Além disso, na maioria das vezes, pacientes com quadros mais graves não são recebidos em hospitais gerais.

As limitações provenientes da falta de espaço para lazer e socioterapia podem ser solucionadas pela organização da estrutura interna da unidade. É necessário um planejamento no intuito de prover um ambiente agradável e adequado para o desenvolvimento de tais atividades, tão importantes na recuperação do paciente psiquiátrico.

Com relação ao paciente com sintomatologia grave, ainda é uma realidade o seu encaminhamento para instituições manicômiais. Muitas razões levam as equipes a não atenderem pacientes agressivos, desorientados, agitados, no hospital geral. Parece-nos óbvio que existe uma certa resistência em tolerar a figura do louco, porém, o que freqüentemente é justificado é a falta de estrutura física para acolher esses indivíduos. O hospital psiquiátrico, com unidades fechadas e janelas com grades, no entendimento de muitos trabalhadores e também familiares, parece constituir-se o local apropriado para receber esses pacientes.

O doente mental, sob o nosso ponto de vista, pode sim ser tratado em hospital geral; basta as equipes despirem-se dos preconceitos e resistências e disporem-se a atendê-los. Além da disponibilidade da equipe, é necessário que a comunidade que freqüenta e é atendida no hospital geral aprenda a conviver com a diferença e suporte dividir com o doente mental o mesmo espaço de atenção nessa instituição. Sabemos que esse não é um processo fácil e que transformações não ocorrerão de uma hora para outra, porém apostamos na capacidade das pessoas em adaptarem-se ao diferente e entenderem tal situação como parte integrante do cotidiano, passível de ser vivenciada por qualquer ser humano.

Em um trabalho realizado por Dalgarrondo et al. (1993) no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, a respeito da internação em unidade psiquiátrica de hospital geral, no período de dezembro de 1986 a novembro de 1988, os autores observaram que a média de duração da internação é de 19,4 dias, período relativamente menor que o observado nos hospitais psiquiátricos da cidade. Os mesmos apontaram alguns fatores como determinantes da curta permanência dos pacientes na ala psiquiá-

trica, tais como: a política de dar alta assim que as condições clínicas permitirem, o prosseguimento do tratamento no ambulatório do mesmo hospital e a motivação da equipe por uma nova proposta de atendimento.

Todo o processo de mudança gera inseguranças, conflitos, medos. Possivelmente, essa é uma das razões que mantém grande parte das equipes ligadas ao paradigma tradicional da psiquiatria, em que o asilo se constitui no instrumento básico de intervenção.

Dalgalarro e Gattaz (1992) relatam uma experiência na unidade psiquiátrica do Hospital Universitário de Campinas, onde observaram fatores que influenciavam na maior ou menor permanência dos pacientes no hospital. Eles concluíram que a maior distância entre o hospital e a sua residência e a gravidade da doença mental aumentaram o tempo de hospitalização, enquanto que a influência religiosa (pessoas pertencentes à religião pentecostal, no caso) diminuía esse período. Os autores pontuam que não só é possível como também é necessário o hospital geral receber pessoas com transtornos psiquiátricos.

Um fator agravante que merece destaque é a presença de equipes pouco comprometidas com o cuidado do paciente psiquiátrico e, conseqüentemente, com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para exemplificar tal situação, podemos citar uma experiência na cidade de Santos/SP, relatada por Valle (1997). A autora menciona as dificuldades da equipe do pronto-socorro de um hospital geral em atender pessoas com transtornos mentais (despreparo, preconceito, desprezo e até mesmo desrespeito) e o predomínio do paradigma psiquiátrico tradicional. Ela também relata o trabalho realizado em conjunto pelas equipes do pronto-socorro e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), já que as instituições estão localizadas próximas geograficamente. Porém a equipe do pronto-socorro tem o entendimento de que o NAPS deverá assumir a função de tutela, (...) *atribuído aos manicômios desde o seu surgimento (ibidem, p. 40)*.

Os princípios da incurabilidade, imprevisibilidade, agressividade do doente mental permeiam o cotidiano das equipes, provocando resistências na atenção a esse indivíduo. Olhando por esse prisma, conseguimos entender algumas posturas de membros de equipes, mas isso não significa que tenhamos que concordar com elas.

Em uma pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem das instituições de saúde do município de Ijuí/RS, Miron, Hildebrandt e Vargas (1998, p.5-6) observaram que a questão da periculosidade, agressividade e imprevisibilidade do doente mental permeou o discurso das pessoas,

*“Uma questão que emerge dos discursos dos trabalhadores é que o paciente psiquiátrico é um paciente difícil de lidar porque é imprevisível, exige muito da enfermagem (...) Retornando à questão da periculosidade, o paciente psiquiátrico pode apresentar-se agressivo e, portanto, chegar às vias de fato com os trabalhadores, seja através de discussões ou agressões físicas, que são muito temidas, ainda que a maioria dos trabalhadores afirme categoricamente não sentir medo deles.”*

Outra colocação importante a salientar é a preocupação da equipe com os procedimentos técnicos, principalmente em hospital geral. Não queremos dizer com isso que este tipo de cuidado não mereça atenção, mas lembrar a relevância da escuta, do estar perto, de um toque afetivo, tão necessários durante um período de internação. Em se tratando de pacientes psiquiátricos, a tendência é uma exigência maior pois tais pessoas, cujo sofrimento mental expressa-se através de alterações do comportamento, da linguagem, do pensamento, da sensopercepção, requerem da equipe paciência, tolerância, disponibilidade de tempo, capacidade de ser continente e acolhedor.

Hildebrandt e Miron (1998) apontam as dificuldades da equipe de enfermagem de intervir em situações de sofrimento mental, cuja justificativa é a carência numérica de pessoal. Embora isso represente a realidade de muitos locais, não parece ser suficiente para o descaso com o sofrimento psíquico provocado pela própria doença e a permanência nas instituições de saúde. Pensamos que essa despreocupação com o sofrimento psíquico não seja mérito exclusivo da enfermagem, mas da equipe de saúde como um todo.

Um dado de importância que devemos assinalar é o cuidado que as equipes precisam ter para não repetir relações manicomialis ao atenderem doentes mentais no hospital geral. Alguns autores chamam a atenção para esse fato, com os quais estamos de acordo. Botega e Schechtman (1997, p.85) referem que *“há sempre o risco de adotar práticas semelhantes às asilares”* e Cassorla (1996)

relata que existe o risco de substituição do manicômio por minimanicômios em hospital geral. O último autor colocou que isso tem sido efetuado no Primeiro Mundo, no entanto, consideramos relevante pontuar que, certamente, essa possibilidade não se limita a esses países. Devemos lembrar, também, que parte das unidades psiquiátricas está localizada anexa aos hospitais gerais, o que contribui com a possibilidade de transformá-las em verdadeiros hospícios.

Ribeiro (1996, p.80-82) afirma que existem três maneiras de profissionais de saúde mental atuarem em um hospital geral,

*“a primeira é enquanto membro de uma equipe que atua junto a um serviço ou ambulatório (...). A segunda maneira é como membro de setor ou Serviço de Psicologia ou de Psiquiatria, prestando atendimento ou colaborando com os demais setores, serviços ou ambulatórios do hospital (...). A terceira maneira é a reunião dos aspectos das duas anteriores com a existência de um Serviço, Setor ou Ambulatório de Saúde Mental, interdisciplinar, com identidade própria e penetração em todas as áreas do hospital.”*

Não temos a intenção de psiquiatrizar ou psicologizar todo e qualquer cuidado dispensado no hospital geral, mas lembrar a associação de doenças de caráter orgânico a patologias psiquiátricas e até mesmo enfatizar o sofrimento psíquico que o processo de hospitalização desencadeia. A equipe comumente se atém às queixas somáticas e sintomas aparentes, desvalorizando os sintomas de angústia, ansiedade, tristeza que podem ocorrer.

Deitos, Nascimento e Noal (1992), fazendo uma reflexão sobre o ambiente hospitalar, lembram que nesse lugar a morte está presente e que as pessoas vivenciam, com maior frequência, sentimentos de desespero, angústia, medo, desesperança, solidão, do que em qualquer outro local.

A internação do doente mental em hospital geral requer serviços extra-hospitalares que dêem suporte ao paciente, após a sua alta, já que, normalmente, as internações são de duração menor. Concordando com Botega (1997a, p.95), *“(...) sendo as internações mais breves, liberam um paciente cuja recuperação estará mais dependente de ambulatórios, hospitais-dia, núcleos de atenção psicossociais”*. Muitos municípios não possuem esse suporte, ou o possuem de forma incipiente. Em nossa compreen-

são, os familiares ficam sobrecarregados e acabam assumindo a responsabilidade do cuidado do doente mental sozinhos. Essa é uma questão que necessita ser mais investigada.

A internação do paciente psiquiátrico no hospital geral, quando não existe unidade psiquiátrica, é uma realidade pouco comum. Alguns municípios estão realizando esforços para que o doente mental receba atendimento em uma unidade de clínica geral, junto aos demais clientes que internam por diversas outras razões. Porém, sabemos que a tônica do discurso que ainda perpassa o dia-a-dia das equipes de saúde é o isolamento do louco, seja em unidade psiquiátrica de hospital geral, ou até mesmo no hospício.

De acordo com o relato já feito anteriormente, Botega e Schechtman (1997), em um estudo realizado em 94 hospitais gerais brasileiros, conveniados com o Sistema Único de Saúde, dos quais 79 responderam o questionário, observaram que apenas 10% possuíam leitos reservados em unidade de clínica médica para a internação psiquiátrica e 10% recebiam pessoas com transtornos mentais em enfermarias de clínica médica, mesmo não havendo leitos psiquiátricos específicos.

Botega (1997b), considerando as mesmas instituições hospitalares acima mencionadas, preocupou-se em caracterizar as que recebiam doentes mentais em unidades de clínica médica (16 de um total de 79). Essas instituições, na sua maioria, são filantrópicas, localizadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Alguns hospitais (cinco de um total de 16) não possuíam psiquiatra no corpo clínico. O mesmo autor também descreve que a metade desses hospitais encontra dificuldades provenientes da internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias, junto a pessoas com outras patologias. Tais dificuldades estão relacionadas ao manejo de pacientes agitados, à atitude de familiares e à resistência do próprio hospital.

As unidades de clínica médica recebem, com frequência, pessoas com sintomas de transtornos de somatização e conversivos. Mas, na maior parte das vezes, o enfoque do tratamento é dado aos aspectos clínicos, já que normalmente a internação justifica-se por queixas orgânicas. Outra vivência comum nestas unidades é a internação de pacientes com sintomas depressivos, em diferentes graus, vinculados a doenças orgânicas ou não. Além do mais, indícios de sofrimento psíquico comumente aparecem em função da própria hospitalização, o que, freqüentemente, passa despercebido.

do pela equipe. Autores anteriormente mencionados exemplificam as condições acima citadas (Almeida e Fortes, 1986; Botega et al., 1994; Furlanetto, 1996; Machado et al., 1989).

Vale ressaltar que sintomas depressivos têm se mostrado, frequentemente, associados às doenças clínicas. Parece haver dificuldade do médico da área clínica, em perceber sintomas de caráter psicológico em pacientes cuja internação não é justificada por doenças psiquiátricas (Machado et al., 1989).

Furlanetto (1996) observou, em uma pesquisa realizada na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 1995, que 32,3% das pessoas internadas apresentavam sintomas depressivos, incluindo depressão leve, moderada e grave. Furlanetto (1996), citando Cavonaugh, salientou que 10 a 20% dos pacientes clínicos internados apresentam sintomas depressivos considerados normais, que se reduzem na medida em que a pessoa vai se adaptando à enfermidade, recebe alta, finda o seu tratamento ou tem uma melhora do quadro.

A autora coloca que o diagnóstico precoce e a intervenção adequada nessas situações serão possíveis na medida que forem divulgados critérios que possam auxiliar o médico clínico na realização do diagnóstico diferencial. Consideramos ser este um dado importante, mas apostamos no trabalho em equipe em que todos os membros sejam capazes de perceber situações que indiquem depressão ou qualquer outro sinal de sofrimento psíquico e realizar o atendimento adequado. Acreditamos em uma equipe que tenha um olhar holístico e seja capaz de visualizar o paciente como um todo.

Um momento difícil enfrentado pela equipe do hospital geral é a presença nesse meio de uma pessoa com idéias (ou tentativa) de suicídio. Abordar o assunto morte implica em dar-se conta de sua própria finitude ou até mesmo de reviver situações dolorosas de perdas de pessoas próximas. Normalmente o tratamento do paciente que tentou suicídio limita-se em atender os aspectos concernentes aos sintomas vinculados à área orgânica. Nunes (1988, p.41) coloca que

*“o tratamento dos pacientes vítimas de tentativa de suicídio só é eficaz quando são consideradas as causas e as circunstâncias que o levaram a atentar contra a própria vida. Portanto, tratar apenas ferimentos e intoxicações assegura*

*ao paciente a recuperação imediata mas não previne reincidências e não ameniza o sofrimento básico.”*

A autora também coloca que no momento de o pronto-socorro receber um paciente com tentativa de suicídio, o médico deve avaliar, realizar o diagnóstico, calcular o risco de uma nova tentativa e orientar o familiar para que ele possa auxiliar na prevenção de reincidências. Contudo, pensamos que esse procedimento não deva limitar-se à figura do médico, mas de uma equipe, imbuída e preocupada com o cuidado da pessoa.

Em unidades de clínica médica, seguidamente ocorre a internação de pacientes poliqueixosos, cuja avaliação e exames diagnósticos não detectam a existência de doença orgânica. Normalmente essas pessoas circulam por várias especialidades, com repetidas internações, para então serem encaminhadas a um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Para Almeida e Fortes (1986) existem dificuldades, tanto para o médico clínico como para o psiquiatra, de avaliar e diagnosticar uma pessoa com transtorno somatoforme<sup>3</sup>. Além do mais, são pessoas que despertam na equipe vários sentimentos, como intolerância, raiva, piedade, desqualificando, muitas vezes, o seu real sofrimento. Os autores enfatizam que o médico clínico deve receber uma formação ampla, permitindo-lhe avaliar e lidar com tais situações de uma forma mais coerente.

Situação semelhante acontece com o paciente conversivo<sup>4</sup>. Na maior parte das vezes, os profissionais desconsideram o seu sofrimento, entendendo-o como mera manipulação ou uma forma de chamar a atenção da equipe e familiares.

Um estudo interessante foi realizado por Chaves, Ballone e Citti (1991) com médicos generalistas que atendiam em um pronto-socorro de hospital geral, acerca da histeria (transtorno de somatização)<sup>5</sup> Os autores constataram, entre outras coisas, que um número significativo de médicos entrevistados “(...) *não considera esse quadro uma doença ou um problema médico (...)*” (*Ibidem*,

---

3 É um grupo de transtornos que incluem sintomas físicos para os quais não se encontra explicação médica apropriada. Kaplan, Sadock e Grebb (1997).

4 Segundo a American Psychiatric Association (1995), o transtorno conversivo caracteriza-se por um ou mais sintomas neurológicos (como por exemplo, paralisia, cegueira, parestesia), que não são explicados por doenças neurológicas ou médicas.

5 O transtorno de somatização caracteriza-se por múltiplos sintomas somáticos que não podem ser explicados mediante exames físicos e/ou laboratoriais. Kaplan, Sadock e Grebb (1997).

p.4). Aproximadamente um terço dos entrevistados não concebe a pessoa com transtorno conversivo como alguém que sofre. Além do mais, a *“atitude de contrariedade e ansiedade pelo fato de o paciente histérico não necessitar de cuidados médicos e atrapalhar o fluxo de atendimento no PS, totalizou 42% dos entrevistados (...)”* (Chaves, Ballone e Citti, 1991, p.4).

Realmente a idéia de ausência de sofrimento e o difícil entendimento que sintomas conversivos fazem parte de um transtorno psiquiátrico permeiam o dia-a-dia das equipes. Normalmente ele é um dos últimos pacientes a receber atendimento, estando internado ou sendo tratado em outras unidades ou serviços (ambulatório, serviço de radiologia por exemplo). Porém, pessoas com quadros conversivos têm internado com frequência em hospital geral. Talvez as equipes dessas instituições precisem rever as suas posturas e buscar um suporte teórico que possa auxiliá-las a assistir esses indivíduos.

As pessoas com sintomas psicóticos francos acabam internando menos nestas enfermarias. Tanto os pacientes com um diagnóstico não psiquiátrico como a equipe, vêem tais indivíduos como obstáculos nesse local. Segundo Botega (1997b, p.89), *“(...) quadros psicóticos graves e pacientes com agitação psicomotora não se adequam às possibilidades da instituição e são encaminhados para a capital ou para o hospital psiquiátrico mais próximo”*.

Concordamos com Botega (1997b) quando diz que a enfermagem não está preparada para cuidar do doente mental no momento que ele interna em uma unidade de clínica médica. Porém, vale lembrar que o cuidado deste paciente não cabe somente à enfermagem, apesar de ser ela que mantém um contato mais próximo com ele; mas a responsabilidade é de uma equipe que deve estar norteadada por um objetivo comum e que certamente também possui limitações.

Outra modalidade de atenção psiquiátrica no hospital geral é a interconsulta. Entendemos interconsulta psiquiátrica como uma atividade desempenhada por uma equipe da área da psiquiatria em hospital geral, com a intenção de contribuir na assistência a pessoas internadas na instituição, tanto na elucidação do diagnóstico como no tratamento propriamente dito. Constitui-se, também, em uma valiosa experiência de troca de informações, pois possibilita travar discussões entre as diversas especialidades, além de abrir um vasto campo para a pesquisa.

Nas leituras realizadas, percebemos que os textos a respeito deste assunto estão bastante voltados a um olhar médico. Poucos relatos existem sobre a participação da enfermagem neste trabalho. Alves Brasil (1982, p.82) pontua que “*a enfermagem, apesar do seu contato próximo e prolongado com os pacientes, nem sempre vê suas recomendações e opiniões valorizadas*”. Pensamos ser esta ainda uma realidade, porém, muitas vezes, a enfermagem acaba não ocupando um espaço que também é de sua competência.

Encontramos apenas um registro sobre a interconsulta psiquiátrica de enfermagem em hospital geral. As autoras relatam a experiência de dois hospitais gerais, Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e o Hospital Maternidade Dr Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Conforme esse relato, no primeiro caso, enfermeiras acompanhavam pacientes com transtornos psiquiátricos e psicológicos internados no referido hospital. Além disso, forneciam orientações à equipe de enfermagem. Segundo o texto, por vários motivos, esse trabalho não ocorre mais.

No segundo, a interconsulta de enfermagem ainda existe, de maneira não formal, atendendo um número maior de pacientes na unidade pediátrica. O texto ainda coloca que, nessa instituição, a enfermeira realiza pesquisa sobre a interconsulta de enfermagem psiquiátrica no hospital geral. Machado e Alves Cabral (1997).

Muitos autores pontuam a interconsulta psiquiátrica em hospital geral como sendo uma atividade de relevância, que permite uma atenção integral à pessoa. Para Almeida (1990), alguns motivos justificam a interconsulta no meio hospitalar: paciente com idéias ou tentativas de suicídio, dúvidas do médico assistente em relação ao diagnóstico do paciente, pessoas com queixas persistentes, apesar das condutas médicas e/ou cirúrgicas, pessoas com comportamentos inadequados na unidade de internação, pacientes que possuem ou parecem ter sido acometidos por doença mental ou mesmo quando o paciente solicita a presença do psiquiatra.

Souza (1995) relatou uma experiência de interconsulta psiquiátrica na Sociedade Beneficente de Campo Grande/MS (Santa Casa), onde, no período de 1º de maio de 1992 a 23 de março de 1993, 0,48% das pessoas atendidas nesta instituição receberam a intervenção psiquiátrica. O autor reforçou a importância da inte-

gração entre as especialidades médicas e recomendou a organização de equipes para a interconsulta psiquiátrica em hospital geral.

Porém, ainda parece evidente a dificuldade da inserção da psiquiatria no hospital geral. De um lado, existem equipes cuja formação está voltada para a área clínica, que se mostram resistentes em cuidar de situações que fogem àquela vinculada aos aspectos orgânicos. De outro lado, a equipe do campo da psiquiatria, em muitas ocasiões, considera-se a única detentora do conhecimento científico que a torna capaz de abordar situações que envolvem a área *psi*. Outro fator, mencionado por Alves Brasil (1982), citando Lipowski, é a pouca convicção, por parte da medicina clínica, de que a psiquiatria realmente possa contribuir para a prática médica.

Martins (1989) também fez uma reflexão sobre a interconsulta psiquiátrica em hospital geral, baseada na sua vivência no Hospital São Paulo (São Paulo). Uma das observações feitas pelo autor diz respeito aos benefícios deste procedimento tanto para pacientes e familiares quanto para a equipe e o próprio interconsultor.

Em uma investigação sobre interconsulta psiquiátrica, realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Spinelli, Toledo e Cantinelli (1996, p.178) concluíram que *“os dados em relação às clínicas de origem dos pedidos de consulta apontaram uma grande predominância de solicitações da enfermagem de Clínica Médica, que respondeu por cerca de 60% deles (...)”*. Os mesmos autores ponderaram que o período de permanência dos pacientes nas unidades de clínica médica é mais prolongado, o que torna os sintomas psíquicos mais evidentes nestas pessoas.

Estamos convictos de que a interconsulta psiquiátrica deva ser um instrumento utilizado no cuidado dos pacientes e familiares que se encontram no hospital geral e que dela necessitem. A equipe deve preocupar-se com a subjetividade das pessoas e não tornar essa atividade outra técnica que se efetua mecanicamente.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital geral tem um papel preponderante no tratamento de pacientes com doença mental. Com todas as mudanças que vêm ocorrendo no modelo assistencial em saúde mental, o hospital geral será, cada vez mais, o local eleito para a hospitalização

desse indivíduo quando do recrudescimento dos sintomas da enfermidade. Por isso, deve haver uma preocupação, por parte das equipes e dirigentes, em organizar e propor serviços capazes de atender de uma forma humanizada, levando em consideração a subjetividade de cada ser humano.

Diante do exposto, percebemos que existe uma ampla literatura nacional e também internacional sobre a internação de pessoas com doença mental em hospital geral. Todos os trabalhos consultados trouxeram pontos de vistas sob a ótica da equipe de saúde, principalmente médica. Na sua grande maioria, colocam como positiva a experiência da internação em hospital geral.

Não encontramos, através deste levantamento, trabalhos que mostrassem a experiência de internação em hospital geral, seja em unidade psiquiátrica ou unidade de clínica geral, sob o olhar da pessoa portadora de doença mental. Consideramos a sua visão essencial para que as práticas possam ser planejadas de forma adequada às necessidades de quem recebe a atenção.

#### **ABSTRACT**

*This work consists of a bibliographic review about the inclusion of the psychiatry in general hospitals. Through it we were able to approach some historical aspects concerning the presence of mentally ill people in general hospitals, the creation and organization of psychiatric units in general hospitals, the hospitalization of psychiatric patients in institutions lacking specific units and the services of psychiatric interconsultation. The work consists of a part of a Master's dissertation in which we observed that there is a great amount of literature about the subject; however, all of them under the view of the nursing team. No references were found about the viewpoint of the mentally ill person about the hospitalization in a general hospital.*

**KEY WORDS:** *general hospital, mentally-ill person, hospitalization*

#### **RESUMEN**

*Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca de la inserción de la psiquitría en el hospital general. A través del presente estudio, conseguimos abordar algunos aspectos históri-*

*cos sobre la presencia del enfermo mental en el hospital general, la creación y organización de unidades psiquiátricas en el hospital general, la internación de pacientes psiquiátricos en instituciones hospitalares sin unidades específicas y los servicios de interconsultas psiquiátricas en dichas instituciones. Este estudio forma parte de la tesis de maestría, en la cual encontramos un amplio número de referencias sobre esta temática, sin embargo, todas ellas bajo la perspectiva del equipo de trabajo. No fue encontrada ninguna bibliografía que presentara la visión del enfermo mental sobre su internación en hospital general.*

**DESCRIPTORES:** *hospital general, enfermo mental, internación*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, L.M. de.; FORTES, S.L.C.L. O paciente somatoforme no hospital geral - uma trajetória errante. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.35, n.4, p.251-255, 1986.
- 2 ALMEIDA, O.P. de. O papel do psiquiatra no hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.39, n.4, p.183-189, 1990.
- 3 ALVES BRASIL, M.A. *A unidade psiquiátrica no hospital geral*. Rio de Janeiro, 1982. 143p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1982.
- 4 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 5 BOTEGA, N.J. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: III. Perfil das internações. *Revista ABP-APAL*, v.19, n.3, p.91-96, 1997a.
- 6 ———. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: II. Internações psiquiátricas em enfermarias de clínica médica. *Revista ABP-APAL*, v.19, n.3, p.87-90, 1997b.
- 7 ———. *Serviços de saúde mental no hospital geral*. São Paulo: Papyrus, 1995.
- 8 BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 9 BOTEGA, N.J.; SCHECHTMAN, A. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: I. Situação atual e tendências. *Revista ABP-APAL*, v.19, n.3, p.79-86, 1997.
- 10 BOTEGA, N.J. et al. Morbidade psiquiátrica no hospital geral: utilização da edição revisada da "Clinical Interview Schedule – CIS-R". *Revista ABP-APAL*, v.16, n.2, p.57-62, 1994.
- 11 CASSORLA, R.M.S. Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos. *Revista ABP-APAL*, v.18, n.1, p.1-8, 1996.
- 12 CHAVES, P.H. de A.P.; BALLONE, G.J.; CITTI, M.L. O histórico no pronto-socorro geral: dificuldades para o médico e o paciente. *Revista ABP-APAL*, v.13, n.1, p.1-4, 1991.
- 13 CIQUINI, O. A hospitalização do doente mental no hospital geral. *Revista Paulista do Hospitais*, n.11, p.21-26, 1965.

- 14 DALGALARRONDO, P. et al. Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.42, n.1, p.15-17, 1993.
- 15 DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W.F. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v.27, n.3, p.147-150, 1992.
- 16 DEITOS, T.F.H.; NASCIMENTO, C.A.M. do; NOAL, M.H.O. Depressão no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.41, n.7, p.327-331, 1992.
- 17 FORTES, S.L.; INFANTE, R.G.G. A questão da saúde mental – a redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral para além da psicossomática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.35, n.5, p.273-278, 1986.
- 18 FOUCAULT, M. *História da loucura*. 5.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.
- 19 FURLANETTO, L.M. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.45, n.6, p.363-370, 1996.
- 20 GREENHILL, M.H. Psychiatric units in general hospitals: 1979. *Hospital & Community Psychiatry*, v.30, n.3, p.169-182, 1979.
- 21 GUTIÉRREZ, J.L.A.; PÉREZ, A.C. *La psiquiatría en el hospital general*. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1976.
- 22 HILDEBRANDT, L.M.; MIRON, V.L. Intervenção de enfermagem no sofrimento psíquico em hospital geral. In: LABATE, R.C. (org.) *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: Editora e Gráfica Escala, 1998.
- 23 KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 24 MACHADO, S.C.E.P. et al. Depressão no hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não-psiquiatra. *Revista ABP-APAL*, v.11, n.3, p.97-100, 1989.
- 25 MACHADO, A.L.; ALVES CABRAL, M.A. Enfermarias de psiquiatria em hospital geral: duas experiências na visão de uma enfermeira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.46, n.6, p.319-323, 1997.
- 26 MACHADO, R. et al. *Danação da norma – Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- 27 MARTINS, L.A.N. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. *Revista ABP-APAL*, v.11, n.4, p.160-164, 1989.
- 28 MAYOU, R. The history of general hospital psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, v.155, p.764-776, 1989.
- 29 MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: FERNANDES, M.I.Á.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999.
- 30 MIRON, V.L.; HILDEBRANDT, L.M.; VARGAS, D. de. *A atenção no campo da saúde mental no município de Ijuí (RS) sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem*. Unijui: Departamento de Ciências da Saúde, 1998. 35p. /digitado/. (Trabalho resultante do projeto de pesquisa “A reforma psiquiátrica na visão dos trabalhadores de enfermagem de Ijuí (RS)”, financiado pela UNIJUÍ e PIBIC/CNPq).
- 31 NUNES, S.V. Atendimento de tentativas de suicídios em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.37, n.1, p.39-41, 1988.
- 32 RIBEIRO, P.R.M. *Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação*, São Paulo: E.P.U., 1996.
- 33 SALVIA, D. de.; BARBATO, A. Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. *Canadian Journal Psychiatry*, v.38, n.3, p.195-202, 1993.

- 34 SAMPAIO, A.P. Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino. *Neurobiologia*, v.19, n.1, p.72-82, 1956.
- 35 SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G.; SILVA FILHO, L. de H. A. Unidade psiquiátrica no hospital geral do HSPE de São Paulo. *Revista USP: Psiquiatria e Saúde Mental*, n.43, p.32-43, 1999.
- 36 SOUZA, J.C.R.P. de. Consultoria psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.44, n.3, p.123-128, 1995.
- 37 SPINELLI, M. A.; TOLEDO, M.L. de.; CANTINELLI, F. Psiquiatria de interconsulta no hospital geral: comunicação inicial de uma experiência. *Rev. Ass. Med. Brasil*. v.42, n.3, p.175-184, 1996.
- 38 VALLE, C.B. do. As relações entre o Pronto-Socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. *Revista Terapia Ocupacional*. Universidade de São Paulo, v.8, n.1, p.38-41, 1997.

Entrada na revista: 10/11/2000

Início do período de reformulações: 8/12/2000

Aprovação final: 23/05/2001

---

Endereço da autora: Leila Mariza Hildebrandt  
Author's address: Rua Dom Antônio Reis, 85 - Bairro Elizabeth  
98700 000 - Ijuí - RS