



ISSN: 2595-1661

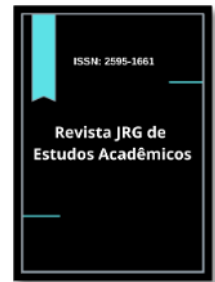
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](http://portal.periodicos.capes.gov.br)

## Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



### Manejo da equipe multiprofissional com pacientes em sofrimento psicológico internados em Clínica Médica

Multidisciplinary team management in the care of hospitalized patients with psychological distress in a medical ward

DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2829

ARK: 57118/JRG.v8i19.2829

Recebido: 19/12/2025 | Aceito: 04/01/2026 | Publicado on-line: 06/01/2026

**Lara Cavalaro Evangelista Cardoso<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0009-0003-8217-7845>

<http://lattes.cnpq.br/3820818264852160>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Distrito Federal, Brasil  
E-mail: lara-cardoso@fepecs.edu.br

**Júlia Borges de Lima<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0009-0003-5977-8650>

<http://lattes.cnpq.br/0602745209021440>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Distrito Federal, Brasil  
E-mail: julia-lima@fepecs.edu.br

**Simone Barbosa Duarte Brandão<sup>3</sup>**

<https://orcid.org/0009-0002-1482-7255>

<http://lattes.cnpq.br/9052880810199110>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Distrito Federal, Brasil  
E-mail: simone-brandão@fepecs.edu.br



### Resumo

O estudo buscou investigar a compreensão e formas de manejo utilizadas pela equipe multiprofissional da Clínica Médica de um hospital público do Distrito Federal frente a pacientes que desenvolvem, ao longo do período de internação, manifestações de sofrimento psicológico. Tal sofrimento poderia emergir em decorrência da própria experiência de hospitalização, de fatores associados à condição clínica ou fisiológica, ou ainda em pacientes com transtornos mentais previamente diagnosticados. Nesta pesquisa qualitativa, foi utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados, para compreender se a equipe assistente tem como repertório as leis que dispõem sobre a saúde mental no país, sobre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como, se os profissionais são familiarizados com estratégias de intervenção em crise, caso seja necessário. A análise de dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, onde foram elencadas cinco categorias de análise: Identificação do sofrimento psicológico do usuário, Intervenção em crises psiquiátricas, Conhecimento de legislação, Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário IESB; Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso pela Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília; Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso pela Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

<sup>3</sup> Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília UniCEUB; Tutora do Programa de Residência em Saúde do Adulto e Idoso pela Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.



Desafios enfrentados no manejo e impactos na saúde mental do trabalhador. Após o tratamento dos resultados, evidenciou-se uma compreensão limitada dos profissionais de saúde quanto ao manejo desses pacientes.

**Palavras-chave:** Transtorno mental. Sofrimento psicológico. Hospital geral. Reforma psiquiátrica. Equipe multiprofissional.

### **Abstract**

*The study aimed to investigate the understanding and management strategies used by the multidisciplinary team of a Medical Ward in a public hospital in the Federal District when dealing with patients who develop manifestations of psychological distress during their hospitalization. Such distress may arise from the hospitalization experience itself, factors associated with clinical or physiological conditions, or from patients with previously diagnosed mental disorders. In this qualitative research, semi-structured interviews were used as the data collection instrument to understand whether the care team is familiar with the laws governing mental health in the country, the Psychosocial Care Network (RAPS), as well as whether professionals are acquainted with crisis intervention strategies when necessary. Data analysis was conducted using Bardin's Content Analysis, through which five categories were identified: Identification of the user's psychological distress, Intervention in psychiatric crises, Knowledge of legislation, Psychosocial Care Networks (RAPS), and Challenges faced in management and impacts on workers' mental health. After analyzing the results, a limited understanding among healthcare professionals regarding the management of these patients was observed.*

**Keywords:** Mental disorder. Psychological suffering. General hospital. Psychiatric reform. Multidisciplinary team.

## **1. Introdução**

A reforma psiquiátrica brasileira foi fortemente inspirada pela psiquiatria democrática italiana realizada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano que impulsionou a extinção dos hospitais psiquiátricos em seu país para sua substituição por serviços de saúde mental no território, serviços esses que favorecem a integração social e comunitária dos pacientes e que privilegiam a socialização como parte fundamental da abordagem psicossocial do indivíduo em detrimento à ideia de mantê-los em instituições fechadas (KANTORSKI; CARDANO; ANTONACCI, 2021). Em seu livro intitulado “A instituição negada”, que teve a sua primeira publicação em 1968, Basaglia refere que o hospital psiquiátrico não é um lugar de cura, mas sim, uma instituição que nega a identidade do sujeito, como também, ele questiona a ideia de que o confinamento e a medicalização excessiva possam ser considerados formas de tratamento (BASAGLIA, 2001). Além disso, ele enfatiza que o cuidado psiquiátrico não deve ser centrado somente em técnicas médicas isoladas, mas em uma abordagem integrada e respeitosa ao indivíduo, com o reconhecimento de sua identidade e autonomia.

Portanto, mesmo que os processos da reforma psiquiátrica italiana e brasileira tenham ocorrido em momentos distintos na história, as transformações ocorridas na Itália são notadas, ainda nos dias atuais, no contexto da atenção em saúde mental do país (KANTORSKI; CARDANO; ANTONACCI, 2021). No Brasil, foi implementada a Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei Paulo Delgado, a qual não extinguiu a existência de manicômios, mas impulsionou uma importante mudança pela redução



do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, além da criação de serviços de saúde mental na comunidade. A reforma psiquiátrica brasileira trouxe importantes avanços políticos, sociais e clínicos, colocando o país entre os mais avançados no atendimento a pacientes com graves transtornos mentais. Dessa forma, ela estabeleceu a atenção psicossocial como diretriz legal, a qual visa ampliar o foco das intervenções, tratando os transtornos psíquicos no próprio ambiente social e promovendo as condições necessárias para preservar ou recuperar os vínculos de pertencimento do paciente (AMANCIO e ELIA, 2017).

A luta antimanicomial brasileira foi notada pelo acelerado processo de desospitalização dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, como também a expansão de unidades de saúde não hospitalares, tendo como maior exemplo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços territorializados (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015). Com a transformação da assistência psiquiátrica no país, vem à tona o papel do Hospital Geral na composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por esta razão, para que o ambiente hospitalar desempenhe seu papel na atenção à saúde mental, é fundamental que suas atividades sejam baseadas na abordagem psicossocial, ou seja, que o foco dos cuidados seja além das queixas clínicas, abarcando a complexidade multidimensional do ser humano e um olhar biopsicossocial (PAES et al., 2013).

Logo, há a necessidade de adaptação dos profissionais de saúde com essa nova realidade já que muitos deles possuem a percepção de que pacientes com alguma demanda relacionada às questões psiquiátricas e/ou psicológicas, devem ser atendidos nos CAPS, ou em outra instituição especializada (DE SOUSA IBIAPINA; FERNANDES; DA SILVA, 2015). Além disso, há dificuldades descritas pelos profissionais de saúde atuantes no Hospital Geral, como a falta de conhecimento e capacitação em saúde mental, insegurança, preconceitos e estigmatização em relação a esses pacientes, dificuldades estas que acabam afetando no tratamento recebido pelos pacientes (SCHMIDT, 2021).

Nessa perspectiva, é importante salientar que a própria vivência da internação hospitalar pode ter impactos negativos na saúde mental de um paciente, seja pela solidão, por estar longe de seu ambiente familiar, estar impedido de fazer as atividades da vida cotidiana ou pela preocupação com sua saúde física (LIMA et al., 2024). Assim sendo, existem exemplos de condições físicas que podem alterar o estado mental do paciente, como a presença de sintomas depressivos em pacientes com doenças vasculares cerebrais ou deficiências nutricionais, sintomas psicóticos nos que apresentam alterações no sistema neurológico e ansiedade naqueles com hipertireoidismo (DE OLIVEIRA; SIQUEIRA; FUREGATO, 2019).

A atenção multiprofissional à saúde mental do paciente no ambiente hospitalar não só auxilia seu bem-estar emocional, mas também ajuda na adesão à terapêutica clínica, e, na grande maioria das vezes, as dimensões psicossociais não são contempladas (MOURA et al., 2020; PAES et al., 2018). É fundamental que as equipes que atuam nos ambientes hospitalares estejam preparadas para lidar com pacientes que já chegam ao serviço com algum agravo mental ou em uma possível crise, que afeta o equilíbrio do sujeito, podendo desencadear uma perda de contato com a realidade, presença de delírios e alucinações, além de agitações e comportamento suicida (SILVA, 2014). Além disso, lidar e manejar pacientes que acabam desenvolvendo determinados sintomas psicológicos ao ficarem internados é fundamental, como na presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC), como ansiedade, depressão, fadiga, irritabilidade e insônia (GRANER; CERQUEIRA, 2019). Assim, é essencial que haja uma educação permanente nos serviços para estes



profissionais, assim como, a integração multiprofissional para abarcar todas as necessidades do indivíduo e para que haja uma articulação dos saberes e um maior conhecimento dos profissionais de saúde acerca das leis e portarias existentes sobre a saúde mental no país (DE OLIVEIRA; SIQUEIRA; FUREGATO; 2019; PAES et al., 2013; DE SOUSA IBIAPINA; FERNANDES; DA SILVA, 2015).

Dessa forma, esse estudo visa compreender e explorar quais recursos a equipe disponibiliza para o cuidado dos pacientes com acometimentos em Saúde Mental e quais são os impactos deste conhecimento no processo de trabalho em Hospital Geral.

## **2. Metodologia**

### **Tipo de estudo**

A pesquisa trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, que possui como propósito envolver o sujeito que participará dele, em um momento de reflexão, análise da realidade e produção de conhecimento (LOSH; RAMBO; FERREIRA, 2023). O presente estudo utilizou como instrumento a entrevista semiestruturada, que tem como característica questionamentos básicos para atingir o objetivo da pesquisa, porém tem como possibilidade o surgimento de informações de maneira mais espontânea ao longo da coleta de dados, pois as respostas não ficam restritas a um conjunto padrão de alternativas (MANZINI, 2004).

### **Participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram profissionais servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que atuam na Clínica Médica. Puderam participar da pesquisa profissionais que realizam plantões esporádicos no local ou que não fazem parte de sua equipe fixa. Os participantes não foram identificados e, para isso, foram utilizados números aleatórios ao longo da pesquisa para preservar suas identidades. O recrutamento foi intencional e voluntário, ou seja, respeitou os critérios de inclusão e exclusão, a pesquisadora selecionou os participantes para realizar o convite e incentivou a indicação de novos participantes para responderem à pesquisa, ou seja, foi um recrutamento realizado por amostragem de conveniência. O convite aos participantes foi realizado pessoalmente e individualmente no setor de Clínica Médica, nos intervalos de seus horários de trabalho, para não interromper suas atividades essenciais. Na abordagem, foram explicados os objetivos da pesquisa, os instrumentos a serem utilizados e quando o participante se mostrou inclinado a consentir participar da pesquisa, foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a garantia de que o profissional tivesse todas as informações necessárias para sua tomada de decisão de participar, ou não, da pesquisa, deixando claro seu caráter voluntário, não havendo nenhum dano caso decidisse não fazer parte da pesquisa. Além disso, a pesquisadora ficou disponível para tirar as demais dúvidas que o profissional poderia apresentar.

### **Local de realização da pesquisa**

A pesquisa foi realizada com cinco profissionais, servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, na enfermaria da Clínica Médica do Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Para garantir questões relacionadas ao sigilo dos participantes, a coleta de dados foi realizada na sala da Psicologia, localizada no andar na Clínica Médica do referido hospital.



### **Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo profissionais servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que atuam na assistência no setor de clínica médica há, pelo menos, seis meses, independentemente de integrarem a equipe fixa do hospital ou realizarem plantões esporádicos no local. Foram excluídos os profissionais que, no período da coleta de dados, estavam afastados de suas atividades por motivo de atestado médico, licença maternidade, licença-prêmio ou férias.

### **Etapas da pesquisa**

A presente pesquisa se desenvolveu obedecendo as seguintes etapas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: I) Convite de participação aos participantes, II) Leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (sendo que, uma cópia ficou com o participante e outra com a pesquisadora), III) Coleta dos dados respeitando a seguinte ordem: entrevista para coleta de dados sociodemográficos do participante, seguida por uma entrevista semiestruturada que contemplou cinco perguntas, sendo elas:

1) Quais estratégias você utiliza para identificar e abordar o sofrimento psicológico em pacientes internados na clínica médica, e como isso impacta o plano de tratamento geral?

2) Já teve que lidar com intervenção em crise psiquiátrica? Se sim, quais são as principais estratégias de manejo que você utiliza? Se não, quais condutas adotaria?

3) Você conhece ou já ouviu falar de alguma legislação que protege pacientes com transtornos mentais? Se sim, consegue me dizer quais direitos são garantidos?

4) O que você conhece sobre a estrutura das redes de atenção psicossocial no Brasil, incluindo a articulação entre serviços de saúde mental e outras unidades de apoio?

5) Na sua opinião, quais são os maiores desafios enfrentados ao lidar com pacientes com algum agravo mental?

A coleta de dados foi gravada em áudio, somente com a autorização do participante, para posterior transcrição e análise dos dados. Esta etapa teve uma duração aproximada de 40 minutos., IV) Tabulação dos dados por meio de sua transcrição, V) Análise dos dados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin, VI) Discussão e VII) Conclusão da pesquisa.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada a partir da transcrição das entrevistas, seguida da organização e classificação dos relatos, com o propósito de responder aos objetivos do estudo. Para isso, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin, que é uma técnica composta por três fases, sendo elas: a pré-análise com a leitura flutuante da transcrição das falas dos participantes, identificando possíveis pontos relevantes que possam surgir, sistematizando ideias, com respeito às regras de exaustividade, o que garante a não exclusão de elementos que possam ser relevantes; a representatividade, assegurando que o material analisado será representativo do fenômeno estudado, evitando o viés de seleção; a homogeneidade, favorecendo a uniformidade da análise para melhor formulação de categorias; a regra de pertinência, que evita dispersão, aumentando o foco para o que for significativo para as perguntas do estudo. A (re)formulação de objetivos e hipóteses, que foi realizada após um primeiro contato com o material coletado, com o objetivo de revisar e ajustar os objetivos para garantir sua pertinência e viabilidade e, simultaneamente, formulou-se e reformulou-se as hipóteses da pesquisa. Por fim, a última etapa da pré-análise foi



realizada pela formulação de indicadores, que envolve a identificação de categorias temáticas a partir da codificação e classificação sistemática dos dados, que são construídos a partir de unidades de registros relevantes que refletem padrões no conteúdo analisado. A segunda fase, que é composta pela exploração do material coletado com a criação de categorias, que são classes que agrupam um conjunto de elementos que, neste estudo serão as unidades de registro, sob um título genérico, sendo que este agrupamento é realizado com base nas características comuns entre os elementos, com o agrupamento por similaridade e a criação das categorias e sua codificação. A análise de conteúdo parte da ideia de que a categorização (transformação dos dados brutos em dados organizados) não distorce o material, mas sim revela aspectos ocultos nos dados originais (BARDIN, 1977). Por fim, a terceira fase, que é realizada por meio do tratamento dos resultados, com sua interpretação, análise reflexiva e crítica (SOUSA; DOS SANTOS, 2020). Depois de transcrito, como o material foi utilizado somente para o propósito desta pesquisa, os áudios serão destruídos após sua análise, como também, a pesquisadora manterá sob sua guarda o material físico decorrente da pesquisa, que será destruído após cinco anos.

### 3. Resultados e Discussão

Este estudo teve a participação de cinco profissionais de áreas de formação distintas. Em roteiro de entrevista, foram levantados dados acerca da idade e gênero dos participantes, destacados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por gênero e idade

Gênero	Total (n)	Idade média (anos)
Feminino	3	43,3
Masculino	2	39,5
Total	5	41,8

Dados como tempo de atuação e carga horária semanal trabalhada também fizeram parte do roteiro de entrevista (Tabela 2).

Tabela 2 - Tempo de atuação e carga horária semanal dos participantes

Variável	Mínimo	Máximo	Média
Tempo de atuação (anos)	13	30	17,2
Carga horária (horas/semana)	20	40	36

A partir dos dados coletados e respeitando a análise de conteúdo de Bardin, foram elencadas cinco categorias de análise, sendo elas: 1) Identificação do sofrimento psicológico do usuário, 2) Intervenção em crises psiquiátricas, 3) Conhecimento de legislação, 4) Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e 5) Desafios enfrentados no manejo e impactos na saúde mental do trabalhador.



A escolha das cinco categorias foi realizada após a pré-análise dos dados coletados e a exploração do material. Nessa etapa, foi adotada a categorização por tópicos, a partir da identificação de temas, ideias e conceitos recorrentes.

### Identificação do sofrimento psicológico

Esta categoria refere-se às estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para identificar possíveis sinais de sofrimento psicológico nos pacientes. Ainda que o paciente chegue à internação sem um transtorno prévio, por conta da própria internação, ele pode desenvolver e ser assistido antes que o caso se cronifique já que, estudos indicam, que em torno de 30% dos pacientes internados para tratamento clínico ou cirúrgico possuem histórico ou desenvolvem sintomas psiquiátricos, como ansiedade e depressão, durante o processo de hospitalização (DUARTE et al., 2021).

Observou-se que esses profissionais conseguem desenvolver diferentes formas de percepção e abordagem para reconhecer tal sofrimento. Essa capacidade pode ser por observação direta do comportamento, ilustrada por meio das seguintes narrativas: “[...] Pelo o que ele diz e pelo comportamento dele, a gente consegue fazer essa avaliação.” (Entrevistado 01, 2025), “Primeiro a expressão facial, a carência de tá sempre solicitando [...] ele chama no cantinho e se abre né, chora [...]” (Entrevistado 02, 2025), “[...] O paciente não quer estender a conversa [...] viram até o rosto [...] tem algum problema.” (Entrevistado 03, 2025) e “O comportamento da pessoa [...] esse abatimento que a gente percebe bastante” (Entrevistado 05, 2025).

Outro aspecto que foi evidenciado nessa categoria diz respeito à utilização de uma escuta ativa para identificar algum tipo de sofrimento psicológico no paciente em questão. A escuta ativa envolve demonstrar interesse genuíno ao que está sendo dito pelo paciente, abordagem essa que exige uma atenção focada e dedicação por parte do profissional e que é essencial para o acolhimento e humanização da assistência à saúde (OLIVEIRA et al., 2018). A Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, destaca a importância do acolhimento e da escuta como fundamentos essenciais para o cuidado em saúde. Tal Política orienta os serviços a proporcionarem aos usuários espaços para diálogo, estabelecer fluxos mais adaptáveis, promover a responsabilização conjunta e valorizar a dimensão subjetiva do processo de adoecimento (HIRAI; AUSTRIACO-TEIXEIRA; 2025).

Segue trechos ilustrativos: “Pelo que ele fala às vezes [...] tem outros que fala que não tá muito bem, já começa a chorar [...]” (Entrevistado 01, 2025) e “Escutar né porque às vezes é só isso que eles precisam no momento” (Entrevistado 02, 2025).

Além da escuta ativa, existe o uso criativo para identificar o sofrimento, como o uso de brincadeiras ou iniciar a abordagem de forma tangencial, como relatado pelo Entrevistado 05, 2025:

Conversar com outros paciente da enfermaria né, até eu chegar nele aí de repente que eu fiz a brincadeira com alguns dos pacientes e percebo que ele sorriu eu falei, já entrei nele sim, já entrei na cabeça dele ali [...] às vezes por exemplo chego numa senhorinha ali que tá meio depressiva né, eu já começo a puxar um pouquinho da história dela, se tem filhos, ah quantos filhos, 8 filhos, falo opa não teve televisão naquela época, já tiro da zona dela aí eu consigo da melhor forma possível desse jeito.

Também foi possível observar, nesta categoria, que alguns profissionais fazem uso de estratégias específicas, como a anamnese, para identificar possíveis sinais de sofrimento apresentados pelos pacientes. O Entrevistado 04, 2025 acredita



que a estratégia inicial é a anamnese e que, conversando com o paciente, você consegue identificar se ele está com algum distúrbio, ou se tem algum fator que pode desencadear algum.

A anamnese ser utilizada como ferramenta é fundamental para realizar uma coleta de informações aprofundadas sobre o avaliando, com foco nas áreas mais importantes de sua vida e os motivos pelos quais o levaram a buscar o atendimento (VELOSO et al., 2024). Além das estratégias adquiridas por meio da experiência cotidiana no ambiente de trabalho, os profissionais também fazem uso de ferramentas e metodologias formais. Logo, mesmo na ausência de treinamento específico para lidar com determinadas situações, eles adaptam e aplicam conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação e prática profissional.

A identificação de indícios de sofrimento psicológico nos pacientes por parte dos profissionais de saúde não ocorre de maneira uniforme, podendo depender da intuição de cada profissional, de capacitações prévias ou até mesmo de vivências pessoais que influenciam sua percepção e abordagem. Notou-se que, na prática, muitos dos profissionais utilizam uma combinação de elementos para orientar sua percepção clínica. Ademais, também é válido salientar sobre a importância do vínculo entre profissional e paciente, central na Política Nacional de Humanização, que aparece como um recurso fundamental, pois a escuta qualificada e a relação de confiança permitem reconhecer mudanças sutis no comportamento e na expressão emocional dos pacientes.

### **Intervenção em crises psiquiátricas**

Esta categoria diz respeito às intervenções realizadas pelos profissionais de saúde diante pacientes em situação de crise psiquiátrica, bem como às ações e comportamentos adotados ao tomarem conhecimento da ocorrência desses episódios na enfermaria. Dessa forma, existem os profissionais que usam a fala como forma de persuasão e que demonstram dificuldade em abordar essas questões, em especial quando o paciente não é colaborativo, como ilustrado pelo seguinte trecho do Entrevistado 03, 2025:

É um paciente que realmente se recusava a conversar, vivia acolhido sabe e não queria saber de comer e ele sempre dizendo que comia, aí cheguei nele e disse: O senhor quer viver? Porque para viver, o senhor precisa comer e aqui no hospital, o senhor tá aqui internado, a alimentação também faz parte da medicação, e a sonda, aí não quero não? Mas não é questão de querer agora, porque o senhor não quer comer né, então a gente vai ter que passar a sonda.

No uso da fala como abordagem, é essencial que a comunicação seja orientada para o bem-estar do paciente e que busque estabelecer um relacionamento de confiança entre ele e a equipe. Nesse sentido, isso contribui para que o paciente se sinta acolhido e compreenda que seu sofrimento é reconhecido. Além disso, é importante que a equipe se apresente de forma clara e se mostre disponível, explicando o tratamento clínico, prognóstico e próximos passos de seu tratamento, de modo a garantir a compreensão do paciente e favorecer a adesão ao plano de cuidados (BALDAÇARA et al., 2021).

Além disso, existe a utilização da fala de forma mais assertiva e a utilização do uso da força para demonstrar seriedade e tentar manejar a crise, como o relato do Entrevistado 05, 2025: “Usar um tom mais forte, chegando para tentar controlar a situação [...] já tive que segurar o paciente na marra para ser contido no leito [...]”.





Do ponto de vista ético, reconhecer os possíveis efeitos de intervenções de comunicação mais firmes é fundamental, sobretudo porque, dependendo do contexto, podem ser percebidas como orientadoras, mas também como potencialmente limitadoras da autonomia. Assim, é importante que o profissional considere o limite entre orientar o paciente e coagi-lo.

Outra forma de intervenção para o manejo de crises psiquiátricas que foi identificada pela fala dos profissionais é a contenção física e mecânica. A seguir, são apresentados alguns relatos que ilustram essas experiências: “Já tive pacientes em surto psicótico [...] inclusive precisou pedir ajuda e apoio dos seguranças [...] aí a gente conteve ele depois fez um haldol e fenergan” (Entrevistado 04, 2025), “A gente não sabe o manejo correto [...] o que eu aprendi foi isso: a contenção física e química [...] eu tenho medo de abordar” (Entrevistado 01, 2025) e “Tirando essa questão de conter no leito [...] não sei fazer mais nada” (Entrevistado 05, 2025).

É válido refletir sobre o uso da contenção como uma estratégia para o manejo de crises psiquiátricas. A contenção pode ser classificada de diferentes formas: a contenção física, que envolve o uso da força corporal para imobilizar o paciente, a contenção mecânica, realizada por meio da aplicação de dispositivos ou materiais, como faixas, ataduras ou equipamentos específicos, com o objetivo de restringir os movimentos do paciente, geralmente mantendo-o no leito e, por fim, a contenção química, caracterizada pela administração de medicamentos com a finalidade de atenuar os sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo (DA FONSECA et al., 2023). Essa conduta, a depender do caso e da maneira em que é realizada, pode ser considerada essencial para garantir a segurança tanto do paciente, quanto da equipe assistente durante episódios de crise, porém, quando não é executada da forma correta, é um procedimento que pode trazer riscos, como traumas físicos e psicológicos (DUARTE et al., 2021). As Resoluções CFM nº 2.057/2013 e COFEN nº 746/2024 estabelecem normas para a prática e o uso da contenção, que deve ser realizada somente quando o paciente representar risco para si mesmo ou para terceiros.

Nesta categoria, observou-se também que, em diversas situações, os profissionais podem não se sentir plenamente preparados para lidar com episódios em que o paciente se encontra em um estado mais vulnerável, agressivo ou agitado, sendo um dos desafios para a equipe a qualificação teórica e técnica para proporcionar uma maior qualidade da assistência ofertada (DUARTE et al., 2021). Em vista disso, também é válido destacar que quando o profissional identifica que não possui os recursos necessários para lidar com determinadas situações e comportamentos do paciente, ele conta com o auxílio da equipe, ou até mesmo utiliza-se de estratégias como a esquivar. Essa dificuldade pode ser exemplificada nos seguintes trechos: “A gente teve que chamar o vigilante [...] o segurança ficou conversando [...] teve medicação [...] a equipe toda ficou com medo.” (Entrevistado 01, 2025), “[...] teve que pedir ajuda da segurança [...]” (Entrevistado 04, 2025) e “Eu vim pedir ajuda porque eu não sabia como agir [...] fiquei mesmo só no suporte” (Entrevistado 01, 2025).

A necessidade de acionar auxílio reflete uma rede de apoio interprofissional, mas também expõe as hierarquias e a distribuição de responsabilidades técnicas, como por exemplo, o acionamento do segurança, que é um indicador de que a crise psíquica é, muitas vezes, percebida e tratada como uma emergência de segurança no hospital geral. Nesse contexto, é válido indagar se os profissionais percebem um suporte efetivo e integral da equipe, ou se as ações e o manejo dos casos complexos ficam setorizados por categoria, reforçando a delegação em vez da



corresponsabilidade. A própria esquivas dos profissionais ao suporte especializado reforça o lugar da saúde mental como um desafio que não está integrado ao cuidado geral do hospital.

Ademais, é importante ressaltar o papel fundamental da equipe multiprofissional no manejo das crises, visto que a comunicação efetiva e o trabalho conjunto entre os profissionais são essenciais para assegurar um atendimento integrado, assim como, garantir a segurança do paciente (OLIVEIRA SANTOS et al., 2021). Diversos estudos na área apontam dificuldades enfrentadas pelos profissionais no manejo de pacientes com comportamentos violentos durante crises, destacando como essas situações podem interferir negativamente na assistência prestada, em razão do medo, da insegurança e da ansiedade vivenciados pela equipe (PAES et al., 2021). Desse modo, é válido destacar os seguintes relatos de dois participantes da pesquisa, que evidenciam a vulnerabilidade dos profissionais diante situações críticas, bem como o medo associado aos agravos em saúde mental: “Eu fiquei bem chocado, eu não sabia como agir, eu não tinha nem maturidade nem experiência profissional” (Entrevistado 02, 2025) e “Eu morro de medo [...] nem chego perto” (Entrevistado 03, 2025). O medo relatado pelos participantes ainda reflete, em parte, a herança histórica de estigmatização da loucura, o que influencia diretamente as práticas de cuidado, podendo levar a condutas mais defensivas e menos dialogadas, além de impactar a saúde mental do trabalhador, o que pode favorecer desgaste emocional e aumento do estresse.

Os profissionais que atuam na assistência de unidades não psiquiátricas, como no caso dos participantes dessa pesquisa, sentem-se receosos e despreparados para lidar com pacientes que possam apresentar algum agravo em saúde mental, além desses profissionais apresentarem limitações quanto às condutas necessárias para o manejo de uma possível situação de crise (DUARTE et al., 2021).

### **Conhecimento de legislação**

Já nesta categoria, evidenciou-se um conhecimento restrito, em relação às legislações que protegem os pacientes com transtornos mentais. Percebe-se que os profissionais não possuem o conhecimento acerca dos direitos e leis que respaldam pessoas que têm algum transtorno mental diagnosticado. Alguns trechos que exemplificam a seguir: “Não, não conheço [...] dessa parte legislativa eu não conheço” (Entrevistado 02, 2025), “Já ouvi falar que tem essa legislação [...] nunca vi nada sobre” (Entrevistado 04, 2025) e “Não sei [...] deveria ser a Secretaria de Saúde a passar isso pra gente” (Entrevistado 05, 2025).

Além disso, notou-se que os próprios profissionais não buscam o conhecimento, como também, atualizações sobre o assunto não são ofertadas a eles como uma forma de aperfeiçoamento. Portanto, essa lacuna no conhecimento inclui o entendimento sobre como as leis podem proteger tanto os pacientes, quanto os próprios profissionais, como destacado nos seguintes relatos: “Não, não conheço, eu não sou da área da saúde né eu não tenho formação na área da saúde então é, dessa parte legislativa né [...] não conheço.” (Entrevistado 2, 2025). Embora faça parte da equipe de saúde, esse entrevistado não entende a saúde mental como parte do seu trabalho, por não ter formação específica nessa área, isso reflete uma visão ainda influenciada pela separação entre corpo e mente, muito presente no modelo biomédico, que acaba não reconhecendo o cuidado com a saúde mental como uma responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais da saúde.

Historicamente, o hospital geral foi estabelecido como um espaço destinado ao atendimento em especialidades médicas básicas, assim como em procedimentos



de média e alta complexidade, dando ênfase aos aspectos biológicos em detrimento às relações interpessoais e a comunicação como meio terapêutico, indispensáveis para um cuidado que contemple corpo e mente (PAES et al., 2021). A persistência de práticas centradas no modelo biomédico no contexto do hospital geral suscita a reflexão acerca do grau de incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira ao cuidado em saúde mental. Observa-se que, apesar dos avanços, permanece um distanciamento entre a saúde mental e a atenção integral, evidenciado pela centralidade da medicalização, pela fragmentação do cuidado e pela pouca valorização da dimensão psicossocial.

Já segundo o Entrevistado 05, 2025:

Não, não ouvi falar a gente sabe nós sabemos que tem tá mas saber a lei em específico eu não faço a menor ideia e também deveria a secretaria de saúde passar isso pra gente, não é a gente que tem que sair pra pesquisar tudo isso aí é muitas outras coisas que a gente tem que fazer aqui dentro né, acho que deveria ser própria secretária de saúde é dar um curso, palestras, informativos pra gente explicando que tem tal lei que resguarda tal paciente tá mas pra saber mesmo não sei. (2025)

Ainda mais, notou-se um conhecimento superficial sobre o que a legislação prevê em relação à proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental, como pode ser observado pelas seguintes falas dos Entrevistados 01 e 03, 2025, respectivamente: "Eles não podem mais ficar estritamente internados [...] tem que estar convivendo no meio" e "Na reforma psiquiátrica de não ter a instituição tipo de hospício [...] tem os CAPS também né". Tais narrativas indicam certa noção sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica e da política de desinstitucionalização, ainda que sem aprofundamento.

A Lei 10.216/2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental, assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais, com ênfase na promoção de tratamentos dignos e humanizados. Nesse sentido, ela visa combater o estigma social e a discriminação, garantindo que as pessoas com essas condições tenham acesso a cuidados de saúde mental em um ambiente respeitoso e sem segregação. A legislação promove, ainda, a desinstitucionalização, priorizando o tratamento comunitário e a inclusão social, em vez do modelo hospitalocêntrico.

A falta de apropriação, por parte dos profissionais de saúde, da legislação que protege pessoas com transtornos mentais gera implicações éticas, legais e assistenciais significativas, pois compromete o respeito à dignidade, à autonomia e aos direitos humanos dos pacientes. Além disso, esse desconhecimento pode repercutir na qualidade do cuidado, favorecendo condutas inadequadas que podem causar danos, fragilizar o vínculo terapêutico e violar os princípios que orientam a atenção psicossocial.

O conhecimento dos profissionais em relação a essa lei garante que os direitos dos pacientes estejam assegurados. Para isso, destaca-se a importância da capacitação e formação continuada dos profissionais, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), para que estejam preparados, desenvolvam e fortaleçam novas abordagens para atuarem na transformação do modelo de atenção à saúde, ainda preconizado pelas práticas institucionalizadas (ZANARDO et al., 2017).

## Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nesta categoria, evidenciou-se um conhecimento limitado por parte dos profissionais de saúde acerca das Redes de Atenção Psicossocial, sendo o CAPS a única instituição mencionada pela maioria dos participantes: “O que eu conheço é mesmo o CAPS [...]” (Entrevistado 04, 2025), “CAPS né [...]” (Entrevistado 01, 2025), “CAPS [...] equipe da assistência social que atua junto” (Entrevistado 02, 2025) e “Eu sei que tem o CAPS [...]” (Entrevistado 03, 2025).

Já um dos participantes mencionou um hospital psiquiátrico de pronto atendimento localizado em Brasília, que anteriormente era denominado como Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) e que atualmente recebe a denominação de Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Essa mudança ocorreu em 1987, como tentativa de mudar a representação do hospital perante a comunidade e diminuir os estigmas que envolviam o hospital, embora, até os dias atuais, mantém-se como principal dispositivo para internações em saúde mental no Distrito Federal (GOULART; PERILES; COSTA, 2023). Segue relato: “Nada, nada [...] só sei que encaminha pro HPAP” (Entrevistado 05, 2025).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), definido pela Portaria GM/MS 3.088/2011, é constituído por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos graves e persistentes, além das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. Dessa forma, é válido reforçar que muitos pacientes internados em hospitais gerais não apresentam, necessariamente, um transtorno mental grave ou em fase aguda. Nesses casos, o perfil de cuidado não se alinha ao modelo de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo mais adequado o acompanhamento por meio da Atenção Primária à Saúde, como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo.

Nesse sentido, tanto o pronto socorro psiquiátrico quanto o pronto socorro de hospital geral fazem parte dos serviços de Urgência e Emergência que, de acordo com a Portaria 536/2018, institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal, são destinados ao atendimento de indivíduos que apresentam risco de morte ou suicídio, agitação psicomotora, catatonia, anorexia, estando ou não sob efeito de substâncias, e/ou em situação de contenção física, também podendo não ser o caso de muitos usuários que chegam ao serviço pela falta de conhecimento do fluxo. Em vista disso, o desconhecimento significativo por parte de muitos profissionais acerca dos fluxos e componentes da rede de atenção impacta negativamente o ordenamento do cuidado prestado a esses indivíduos (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR; 2021).

Ademais, como consequência disso, o paciente tende a não estar amparado pela rede, sem receber a assistência adequada, uma vez que não é corretamente direcionado aos serviços pertinentes. Além disso, a ausência de acompanhamento especializado favorece o agravamento do quadro clínico, aumentando a probabilidade de internações evitáveis, o que contribui para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência.

Também foi colocado, nesta categoria, a percepção dos profissionais em relação a desinformação dos pacientes sobre os recursos e dificuldade de adesão dos pacientes à rede, como tratado no trecho a seguir: “muitos acabam nem sabendo da existência disso [...] fogem das instituições” (Entrevistado 03, 2025). É válido reforçar que é papel do profissional de saúde encaminhar e orientar o paciente e os familiares sobre os serviços apropriados às demandas do paciente, o que exige uma postura de escuta qualificada e um conhecimento tanto em relação ao serviço local, quanto os



serviços de referência, a fim de realizar os encaminhamentos necessários. Logo, isso envolve oferecer um atendimento resolutivo e responsável, orientando o paciente e sua família, quando necessário, sobre outros serviços de saúde para garantir a continuidade do cuidado, além de estabelecer conexões com esses serviços para assegurar a eficácia dos encaminhamentos realizados (ALMEIDA; 2024).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011, foi criada com o intuito de articular os pontos de atenção à saúde mental e está embasada no respeito ao direito das pessoas em sofrimento psíquico, com ênfase no combate ao preconceito e estigma. Porém, é válido salientar sobre as fragilidades na articulação entre os serviços de saúde que compõem a RAPS (Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura) decorrentes da fragmentação da rede e da falta de comunicação entre os serviços, além da falta do conhecimento dos próprios usuários dos serviços que são disponibilizados, devido a falta de orientação adequada por parte dos profissionais (SARZANA et al., 2021).

### **Desafios enfrentados no manejo e impactos na saúde mental do trabalhador**

A presente categoria trouxe os desafios enfrentados pelos profissionais em relação ao manejo dos pacientes em sofrimento psicológico, como a falta de preparo, capacitação e insegurança, além de como o desconhecimento gera sofrimento no próprio profissional de saúde. O despreparo dos profissionais de saúde em lidar com pacientes de saúde mental pode impactar negativamente na saúde mental desses próprios profissionais, levando ao desenvolvimento de ansiedade, estresse, depressão e Síndrome de Burnout. A falta de conhecimento adequado pode resultar em sentimentos de incompetência, frustração e medo de cometer erros, comprometendo a qualidade da assistência (DA SILVA et al., 2024). Segue alguns trechos: "A gente não sabe o manejo correto [...] o que eu aprendi foi isso: a contenção física e química [...] eu tenho medo de abordar" (Entrevistado 01, 2025), "Falta de treinamento pra equipe de como lidar" (Entrevistado 02, 2025) e "Não tenho nenhum preparo [...] só sei que tem que dar medicação" (Entrevistado 05, 2025).

Além disso, alguns participantes trouxeram falas relacionadas à limitação do papel profissional e da dificuldade de integração inter e multidisciplinar dentro do hospital, como destacados pelos seguintes relatos: "O psicólogo que tem que tirar o paciente do surto, eu não sei como faz" (Entrevistado 05, 2025) e "O grande desafio é identificar e fazer um plano de ação [...] com toda a equipe" (Entrevistado 04, 2025).

É de fundamental importância reconhecer a relevância do trabalho em equipe multiprofissional, mas também da interdisciplinaridade para atendimento a esses usuários, com vistas a garantir a eles uma integralidade no cuidado. Nesse sentido, é válido refletir sobre a diferença entre uma equipe multiprofissional e uma equipe que atua de forma interdisciplinar. Uma equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas que atuam cooperativamente em um mesmo problema, no qual cada um atua individualmente para tratar o paciente, enquanto a interdisciplinaridade é a relação e integração profunda entre diferentes disciplinas para construir um conhecimento em comum, visando superar a fragmentação do saber, proporcionando uma visão mais ampla do indivíduo, com a atuação em conjunto (SOARES et al., 2022).





Logo, embora seja essencial valorizar a individualidade de cada profissional de saúde, é igualmente relevante reconhecer não só os conhecimentos específicos de cada um, mas também a importância da atuação integrada da equipe. Desse modo, a colaboração conjunta permite uma identificação mais precisa dos sintomas, o oferecimento de um cuidado integral ao paciente e o planejamento compartilhado das intervenções, o que valoriza tanto o trabalho individual de cada profissional, quanto a atuação multidisciplinar.

#### 4. Considerações Finais

Os resultados do estudo indicam que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades importantes no cuidado em saúde mental dentro do ambiente hospitalar, há desconhecimento sobre legislações, direitos do usuário e sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, o que prejudica a continuidade no cuidado e gera encaminhamentos inadequados. Somado a isso, muitos profissionais relatam falta de preparo, falta de capacitação e insegurança, fatores estes que não apenas impactam a qualidade da assistência, mas também contribuem para o adoecimento emocional das equipes.

Outro fator relevante é a fragilidade na articulação entre os profissionais, já que, embora exista uma estrutura multiprofissional, ela nem sempre se traduz em um trabalho integrado, o que dificulta a construção conjunta de planos de cuidado e aumenta a sensação de sobrecarga individual.

De forma geral, os achados apontam para a necessidade de fortalecer a educação permanente, clarear fluxos assistenciais e aprimorar a comunicação entre os serviços da rede. Investir nesses aspectos é essencial tanto para garantir um cuidado mais adequado aos usuários quanto para proteger a saúde mental dos próprios trabalhadores.

DUARTE et al (2021) traz a reflexão da reduzida carga horária dedicada ao tema da saúde mental nas grades curriculares dos cursos de graduação e da necessidade do aprimoramento e implementação de programas de formação contínua, visando o melhor preparo dos profissionais para atender esses pacientes.

#### 5. Referências

- ALMEIDA, A. S. **Acolhimento em Saúde Mental: Relato de Experiência**. Cippus-Revista de Iniciação Científica, 12(1), 2024.
- AMÂNCIO, V. R.; ELIA, L. **Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 9, n. 24, p. 22-49, 2017.
- BALDAÇARA, L., ISMAEL, F., LEITE, V. S., FIGUEIREDO, R. N., PEREIRA, L. A., VASQUES, D. A. C., ... & DÍAZ, A. P. (2021). **Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: técnicas de comunicação e contenção física**. Debates em Psiquiatria, 11(1), 22-27.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa edições, 70, 225, 1977
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3 ed. Tradução de Heloísa Jahn. São Paulo: Editora Graal, 2001.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e



- com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 536, de junho de 2018.**
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 746, de 11 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem na contenção física e outros cuidados relacionados. Diário Oficial da União: seção 1.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.057, de 13 de dezembro de 2013.** Estabelece normas éticas para a contenção mecânica em pacientes. Diário Oficial da União: seção 1.
- DA SILVA, M. C. P.; DE QUEIROZ, V. C.; DA COSTA ANDRADE, S. S., Silva, C. C. S., & DA SILVA PEREIRA, V. C. L. (2024). **Adoecimento mental entre os profissionais de saúde durante a pandemia pela COVID-19.** *Enfermería Global*, 23(1), 206-255.
- DE SOUSA IBIAPINA, A. R.; FERNANDES, M. A.; DA SILVA, E. D. M. **Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral.** *Revista Interdisciplinar*, v. 8, n. 4, p. 163-173, 2015.
- DE OLIVEIRA, R. M.; SIQUEIRA, A. C.; FUREGATO, A. R. F. **Cuidados de enfermagem ao paciente psiquiátrico e ao paciente de outras especialidades: percepção da enfermagem.** *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2019.
- OLIVEIRA SANTOS, T. de; LIMA, M. A. C.; ALVES, V. S.; RIBEIRO, M. C. A.; ALVES, R. S.; SOUZA, M. R.; OLIVEIRA, H. F. **Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar.** *ID on line – Revista de Psicologia*, v. 15, n. 55, p. 159-168, 2021.
- DUARTE, M. D. L. C.; PEREIRA, S. D. S.; SILVA, D. G. D., & BAGATINI, M. M. C. (2021). **Cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos: percepções dos enfermeiros.** *Enferm Foco*, 12(6), 1084-1090.
- FONSECA, A. B. da; SANTOS, B. S.; AZEVEDO, M. V. C.; SANTANA TELES, W. de; SILVA, M. C. da; SOUZA NETO, C. M. de; BARROS, Â. M. M. S. **Medidas de contenção utilizadas pela equipe de enfermagem aos pacientes adultos com transtornos psiquiátricos nos serviços de urgência – revisão integrativa.** *Research, Society and Development*, v. 12, n. 7, p. e0612742457, 2023.
- GOULART, J., PERILES, F., COSTA, P. **Por que o Hospital São Vicente de Paulo ainda existe?** *Brasil de Fato DF*, 01 jul. 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/colunista/saude-mental-militancia-no-df/2023/07/01/por-que-o-hospital-sao-vicente-de-paulo-ainda-existe/>. Acesso em: 01 nov. 2025.
- GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. D. A. R. **Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1327-1346, 2019.
- HIRAI, K. M.; AUSTRÍACO-TEIXEIRA, P. **Acolhimento e escuta ativa em hospitais regionais: desafios da enfermagem frente à alta demanda no SUS.** *Aracê*, v. 7, n. 6, p. 32918-32927, 2025.
- KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M.; ANTONACCI, M. H.; DA CRUZ GUEDES, A. **Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia.** *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 2, 2021.
- LIMA, L. G. A.; RIBEIRO, M. S.; TELES, P. R. F.; MIRANDA, L. E. R. de; MATOS, A. F. da Silva; SOUZA, J. F. de. **OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA INTERNAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA:** uma revisão integrativa de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 12, p. 1352-1364, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17354>.

- LINDOLFO, L. C.; BRAVO, D. S.; GOMES, M. F. P.; VALVERDE, V. R. L.; SANTOS, M. S.; DE OLIVEIRA, J. A. A. **Assistência de enfermagem aos portadores de transtornos mentais: a importância do atendimento humanizado**. Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, [S. l.], v. 42, n. 3, 2023.
- LÖSCH, S.; RAMBO, C. A.; FERREIRA, J. de L. **A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 18, n. 00, e023141, 2023. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v18i00.17958>.
- MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. *A pesquisa qualitativa em debate: anais...* Bauru: USC, 2004. CD-ROM. ISBN: 85-98623-01-6. 10 p. Disponível em: (.pdf 222 Kb) ou (.odt 45 Kb).
- MOURA, F. F. D. et al. **Prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns em pacientes internados em um Hospital Geral do Sul do Brasil**. Revista da SBPH, v. 23, n. 2, p. 139-148, 2020.
- OLIVEIRA, M. J. S.; SOUZA, A.; CALVETTI, P. ã.; FILIPPIN, L. I. **A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde**. Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 6, n. 2, p. 33-38, 2018.
- PAES, M. R. ; SILVA, T. L. da; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM, M. A. **O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil**. Ciência, Cuidado e Saúde, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 407-412, 2013.
- PAES, M. R.; NIMTZ, M. A.; SILVA, A. C.; KOWALSKI, I. C. da L.; SILVA, O. B. M. da; PAES, R. G.. **Saúde mental em hospital geral: percepção da equipe de enfermagem**. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), [S. l.], v. 13, p. 1460-1466, 2021.
- PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; FELIX, J. V. C.; MANTOVANI, M. de F.; MATHIAS, T. A. de F.. **Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um hospital geral e de ensino**. Cogitare enfermagem, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 54874, 2018.
- PRADO, M. F. D.; SÁ, M. D. C.; MIRANDA, L. **O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica**. Saúde em debate, v. 39, p. 320-337, 2015.
- SAMPAIO, M. L., & BISPO JÚNIOR, J. P. (2021). **Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental**. Cadernos de Saúde Pública, 37(3), e00042620.
- SCHMIDT, A. **Material educativo sobre o estigma à saúde mental entre profissionais da saúde no atendimento a pacientes de difícil manejo de um hospital geral**, 2021.
- SILVA, C. H. D. **Crise na saúde mental: visão da equipe multiprofissional**. 2014.
- SOARES, M. L., AQUINO, D. F., DE SOUSA, G. M. L., QUEIROZ, J. L., de Matos, J. M. S., & SANTIAGO, L. B. (2022). **O papel da equipe interdisciplinar no tratamento de pacientes/The role of the interdisciplinary team in the treatment of patients**. Brazilian Journal of Health Review, 5(3), 11424-11433.
- SOUZA, J. R. de; SANTOS, S. C. M. dos. **Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer**. Pesquisa e Debate em Educação, v. 10, n. 2, p. 1396–1416, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
- SARZANA, M. B. G.; GELBCKE, F. L.; FERNANDES, G. C. M.; SOUZA, A. I. J. D.; RODRIGUES, J.; BRUGGMANN, M. **Fortalecendo a articulação da rede de atenção psicossocial municipal sob a perspectiva interdisciplinar**. \*Cogitare Enfermagem\*, v. 26, p. e71272, 2021.



VELOSO, G.; SANTOS, R.; AMOROSO, S. **A importância da avaliação psicológica para a elaboração do psicodiagnóstico: uma revisão de literatura (Psicologia).** *Repositório Institucional*, v. 2, n. 2, 2024.

YASUI, S. **Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana**, 2011.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; LEITE, Loiva dos Santos; CADONÁ, Eliane.

**Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088.** \*Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health\*, \[S.l.], v. 9, n. 24, p. 1–21, 2017.