



Curso de Psicologia

ÉVELIN TATIELLE FRÖHLICH

Interação do sujeito em sofrimento psíquico no hospital geral: construindo  
novas possibilidades a partir da Reforma Psiquiátrica

Santa Cruz do Sul, 2016.

ÉVELIN TATIELLE FRÖHLICH

Interação do sujeito em sofrimento psíquico no hospital geral: construindo  
novas possibilidades a partir da Reforma Psiquiátrica

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso  
II do curso de Psicologia e Universidade de  
Santa Cruz do Sul.

Orientadora Prof. Dra. Cristiane Freitas

Santa Cruz do Sul, 2016.

## 1. FOLHA DE APRESENTAÇÃO:

- A) Título: Internação do sujeito em sofrimento psíquico no hospital geral: construindo novas possibilidades a partir da Reforma Psiquiátrica.
- B) Identificação dos autores: Pesquisadora responsável Professora Dra Cristiane Davina Redin Freitas e acadêmica responsável Évelin Tatielle Fröhlich.
- C) Conflito de interesse: Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.
- D) Resumo em português: Trata-se de um estudo qualitativo, com o objetivo de elucidar sobre as internações em saúde mental e as mudanças ocasionadas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Para isso, foi construída, de forma breve, a história sobre as instituições hospitalares, incluindo neste processo o hospital psiquiátrico, que também é conhecido como manicômio e, ainda ilustrar sobre a Reforma Psiquiátrica, que foi um movimento marcante e que reflete até os dias atuais, em que vemos hospitais gerais como espaço para a saúde mental. Participaram desse estudo oito pessoas, sendo quatro usuários e quatro profissionais de diferentes áreas (Psicologia, Psiquiatria, Assistência Social e Gestão de Saúde). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas, em que a análise dos dados se deu a partir de três principais eixos: 1. Instituição hospitalar e sua história enquanto instituição para com a loucura; 2. O marco da Reforma Psiquiátrica; 3. O hospital geral como novo espaço para internação em saúde mental.

Resumo em inglês: This is a qualitative study, with the objective of elucidating the hospitalizations in mental health and the changes caused by the Psychiatric Reform movement. To this end, the history of hospital institutions was briefly constructed, including in this process the psychiatric hospital, which is also known as an asylum and also illustrates the Psychiatric Reform, which was a remarkable

movement that reflects until the days Where we see general hospitals as a space for mental health. Eight people, four users and four professionals from different areas (Psychology, Psychiatry, Social Assistance and Health Management) participated in this study. Semi-structured interviews were carried out, which were recorded and transcribed, in which the analysis of the data was based on three main axes: 1. Hospital institution and its history as an institution towards madness; 2. The Psychiatric Reform framework; 3. The general hospital as a new space for hospitalization in mental health.

E) Palavras-chave: Internação psiquiátrica; Saúde mental; Reforma Psiquiátrica; Hospital geral.

## 2. ARTIGO:

### Internação do sujeito em sofrimento psíquico no hospital geral: construindo novas possibilidades a partir da Reforma Psiquiátrica

#### Resumo:

Trata-se de um estudo qualitativo, com o objetivo de elucidar sobre as internações em saúde mental e as mudanças ocasionadas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Para isso, foi construída, de forma breve, a história sobre as instituições hospitalares, incluindo neste processo o hospital psiquiátrico, que também é conhecido como manicômio e, ainda ilustrar sobre a Reforma Psiquiátrica, que foi um movimento marcante e que reflete até os dias atuais, em que vemos hospitais gerais como espaço para a saúde mental. Participaram desse estudo oito pessoas, sendo quatro usuários e quatro profissionais de diferentes áreas (Psicologia, Psiquiatria, Assistência Social e Gestão de Saúde). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas, em que a análise dos dados se deu a partir de três principais eixos: 1. Instituição hospitalar e sua história enquanto instituição para com a loucura; 2. O marco da Reforma Psiquiátrica; 3. O hospital geral como novo espaço para internação em saúde mental.

Palavras-chave: Internação psiquiátrica, saúde mental, reforma psiquiátrica, hospital geral;

#### Introdução:

A instituição hospitalar, desde sua origem, passou por diversas fases. Inicialmente eram chamadas de Santas Casas, vistas como um espaço de recolhimento e abrigo para os doentes, cujo cuidado era muito mais religioso do que terapêutico e estava ligado às Igrejas, portanto era praticado por sacerdotes e curandeiros. Segundo Ornellas (1998) durante a transição da Antiguidade para a Idade Média, inicia-se uma nova etapa em que ocorre a inserção de práticas empíricas e o saber médico ganha valorização. Em seguida, a Igreja passa por uma crise em que seu poder enfraquece, logo, estas instituições de caridade baseadas em religiosidade entram em decadência.

Na Idade Média, os hospitais se voltam para questões assistenciais e conforme Amarante (2008, p. 22) “utilizou-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem, hospitalidade”. Estas instituições serviam de abrigo, oferecia alimentação e assessoria religiosa, destinados aos pobres e doentes.

Por meio de um longo processo, os médicos adentram nas instituições hospitalares e se colocam como personagens principais. Com isso, perdem-se funções de caridade e controle social para assumirem uma nova finalidade, a de tratar os enfermos. Um dos médicos da época, conhecido como Philippe Pinel, trouxe novas ideias para a categoria e ficou conhecido como o fundador da psiquiatria. Ele começou a aplicar seus conhecimentos em enfermos que apresentavam sintomas de alienismo mental, patologia esta, denominada por Pinel para classificar um distúrbio que ocasionava a perda da realidade. (AMARANTE, 2008).

A partir de então, os médicos seguidores de Pinel reivindicam por um espaço especial para o tratamento da loucura. Cria-se a nomenclatura – hospitais psiquiátricos – na tentativa de humanizar e adequar a abordagem com os doentes mentais. As ideias de Pinel orientavam que o tratamento para a doença mental precisava acontecer de forma isolada, em uma instituição onde fosse possível pensar na transformação do indivíduo através do saber médico, como o saber legítimo sobre a loucura. (WADI, 2000).

Os médicos dessa época, produziram um regulamento para tratar das admissões dos loucos, o que foi pouco levado em consideração. Era possível perceber um jogo de poder, em que os hospitais psiquiátricos ora eram mantidos por médicos, ora pelo Estado. Segundo os médicos havia poucos dados dos alienados para ter certeza de uma doença e, segundo o Estado, era preciso priorizar a defesa social, ou seja: “é a defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco; outra, que é a defesa do louco contra os abusos passíveis de serem cometidos pela coletividade, em virtude da ‘incapacidade’ de autogestão do louco.” (MACHADO, p. 484, 1978).

As críticas sobre as instituições estiveram presentes em todos os períodos e estavam longe do que era visto como ideal. Rapidamente começaram a superlotar e (ainda) eram vistas como recurso para a segregação de sujeitos marginalizados pela população. Havia também denúncias de violência contra os pacientes internados. Faz parte desta história a construção do lugar do saber médico que busca se afirmar, pois eles são responsáveis pela sentença quanto à normalidade ou anormalidade de um sujeito, mesmo que muitas vezes não estivessem baseados em normas científicas, o que dificultava o estabelecimento dos limites entre a loucura e a sanidade. (ORNELLAS, 1998).

Com o passar dos anos, a situação dos hospitais psiquiátricos se tornou ainda mais complicada, pois era influenciada por diversas disputas de poder, que ocasionaram na perda de credibilidade destas instituições. Foram realizadas diversas tentativas de resgate para que fosse mantido o cuidado para com os loucos, inclusive, os médicos mudaram o nome das

instituições, chamando então de ‘colônias de alienados’. Porém, em pouco tempo tudo voltava a ser como antes e estes “novos” espaços se transformaram em um pesadelo, pois as práticas retornavam ao modelo não humanizado. (AMARANTE, 2008)

Após a Segunda Guerra, em 1964, questões políticas ocasionaram extenso período de regime militar, autoritário e nacionalista. Uma das consequências foram as privatizações de serviços de saúde, incluindo as internações para os doentes mentais. Na época, houve um grande retrocesso em relação aos doentes mentais e o número de pacientes internados saltou de 3 mil para quase 56 mil, principalmente através da imposição trazida pela política higienista, cujo objetivo era excluir tudo aquilo que era visto como impróprio para o convívio em sociedade, o que remete à ideia citada anteriormente, da Idade Média.

Esses fatos vêm de encontro com o livro *Holocausto Brasileiro*, escrito por Arbex (2013), no qual escreve sobre a história de um manicômio em Barbacena/MG. A autora relata que aproximadamente 70% dos pacientes não possuíam diagnóstico psiquiátrico. Eram meninas grávidas, homossexuais, alcoolistas, moradores de rua, entre outros. Portanto, com grande aumento na demanda considerando que não tinha mão de obra para o cuidado de tantos internos, o tratamento passou a ser com medicamentos e eletrochoques, entre outras práticas “punitivas” e desumanas.

Diante disso, no final da década de 1970, o movimento de trabalhadores de saúde mental (MTSM) em conjunto com familiares e usuários, iniciaram um período de denúncias e decretaram a luta antimanicomial. Segundo Amarante e Torre (2001), na metade dos anos 80, no Brasil começam as primeiras transformações no campo da saúde mental. Entre os acontecimentos mais importantes estão: a realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992 e também a inscrição da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988. Desde então, começou a ser construída uma nova legislação para proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Porém somente em 06 de abril de 2001 que a lei foi aprovada oficialmente.

Nesta nova fase se fazia necessário pensar em serviços substitutivos e construir novas práticas e saberes acerca da saúde mental. Portanto, a internação dentro do hospital geral é lançada como nova alternativa, destinada para situações graves e momentos de crise. Logo, este artigo tem como principal objetivo apresentar os resultados de uma pesquisa em que foram investigadas como ocorrem as internações de usuários que se encontram em sofrimento psíquico no hospital geral e as suscitadas reflexões acerca das práticas. Desse modo, a

pergunta que caracterizou o problema da pesquisa foi: “Quais foram as mudanças percebidas a partir da Reforma Psiquiátrica em internações de saúde mental no hospital geral?”. Essa questão-problema teve o intuito de compreender as mudanças reais, proporcionadas pela Reforma, que vão além do que está previsto na legislação, mas que de fato tenham sido percebidas por usuários e profissionais.

Métodos: A metodologia escolhida para aprofundar esta problematização foi a qualitativa exploratória, a fim de verificar de que modo as pessoas consideram uma determinada experiência. Segundo Gaskell (2002) esta técnica permite ainda a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

A amostra foi composta por quatro pacientes e quatro profissionais de diferentes áreas da saúde mental (Psicologia, Psiquiatria, Assistência Social e Gestão em Saúde) que tenham vivenciado internações psiquiátricas, antes e após a Reforma Psiquiátrica. O contato com usuários/pacientes foi realizado através do serviço de saúde mental referência, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). No serviço, foi mantido contato com um profissional, que serviu de referência para concretizar os agendamentos e formalizar as entrevistas, que aconteceram no próprio serviço. Já com os profissionais que trabalham em saúde mental, o contato foi feito fora do ambiente de trabalho, em função de considerar como prioridade a vivência em si e não a relação com determinada instituição, portanto, as entrevistas foram realizadas em locais determinados por eles.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir de questões de estímulo aos participantes, todas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise de dados foi conduzida pela análise de conteúdo, que conforme Bardin (2011) permite compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de cada fala reproduzida nas entrevistas. Foi realizada em três fases: 1º Pré-análise: transcrição e organização do material para a pesquisa. 2º Exploração do material: escolha dos eixos como questões norteadoras. 3º Tratamento dos resultados: interpretação dos resultados em significativos e válidos.

Este foi um procedimento eticamente adequado, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa. Inicialmente contou também com carta de aceite do local onde foram realizadas as entrevistas com os usuários. Além disso, todos os participantes da pesquisa autorizaram sua realização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos resultados e discussão: Através dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas com usuários e profissionais, foram elencados três principais eixos norteadores para a discussão. São eles: 1. As práticas de “saúde” nos manicômios; 2. O movimento da reforma psiquiátrica; 3. O hospital geral como recurso para a saúde mental. A partir das temáticas, foram trazidos recortes das falas dos participantes da pesquisa, que foram entrelaçados com questões teóricas. Os profissionais e usuários foram identificados conforme sua atribuição na pesquisa.

1. As práticas de “saúde” nos manicômios: Este primeiro tópico faz referência às práticas nos manicômios e cabe ressaltar que foi utilizada a palavra saúde entre aspas, pois através das entrevistas percebemos que parte das rotinas trazidas, principalmente pelos usuários, não eram de fato em prol da saúde, em forma de tratamento.

Prevalciam as práticas que possuíam um efeito orgânico. Amarante (1994, p.78) ressalta que “é grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias”, técnicas consideradas modernas pra época e que nelas foram depositadas esperanças pela cura da doença mental. Para Martins et al (2011) eram oferecidos tratamentos de ordem moral, caracterizados por ameaças e privações, o que é possível perceber nas falas dos participantes da pesquisa, que infelizmente, vivenciaram tais ações.

*“Se não obedecia, eles davam banho gelado, não davam comida e davam choque.” (Usuário 4).*

*“Aquele tipo de asilamento, não tem como...As coisas que a gente viu, que faziam choques, horrores de coisas, sem nenhuma técnica né...Não tinha como...” (Profissional da psicologia).*

*“Uma vez fui lá, fiquei horrorizada, um paciente nu, em uma cela com uma esponja, uma bacia...um jogando coco pela janela...então assim, totalmente sem cuidado...pacientes que estavam há 20 anos lá...” (Profissional da Assistência Social).*

Embora inicialmente as propostas de Pinel tenham sido em busca da humanização e da cura, elas não foram sempre acatadas e, com o decorrer do tempo, as instituições passaram a ser um espaço reservado ao abandono e exclusão, o que trouxe o agravamento da situação de saúde dos indivíduos. (MARTINS ET AL, 2011). Como mostra a fala a seguir:

*“O manicômio teve uma época que era local de repressão política assim...mas a história dos manicômios é muito interessante, quando a gente lê a história, se começa com todo um ideário interessante de humanizar o tratamento, eram locais arejados, em*

*florestas, com jardins, com lagos...e depois vão descambando né, exatamente pra um modelo prisional assim...porque daí então as pessoas que eram desagradáveis socialmente ou então tinham antagonismos políticos, começavam a ser enviados pro manicômio e perdiam essa conotação de humanização...um local realmente de depósito...” (Profissional da Psiquiatria).*

O livro ‘Holocausto Brasileiro’ da autora Daniela Arbex (2013) também descreve como os pacientes “viviam” dentro de um manicômio. Infelizmente, de forma totalmente desumana, homens, mulheres e crianças, às vezes, passavam frio, fome, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados e violados. Em relação ao tratamento, via-se que este era realizado com eletrochoque e medicação excessiva. Tamanha desordem resultou em muito sofrimento, vidas não vividas, não vistas e por fim perdidas. (ARBEX, 2013).

Os escritos da autora foram vistos com frequência em falas dos participantes, tanto de usuários:

*“Davam choque, ligado na luz, na tomada... Ligavam tudo direto na ponte (na cabeça), e a gente ficava tremendo igual um porco...Uns morriam lá, tinham ataque epilético...daí eles deixavam tudo num quartinho lá.” (Usuário 3);*

*“Dão remédio só pra dopar mais a gente...Eu ficava sozinha, amarrada.” (Usuário 2).*

Quanto de profissionais...

*“Aqueles atrocidades que eram feitas nos manicômios, eletrochoque, banho gelado, excesso de insulina pra causar hiperglicemia, lugares terríveis, com grades, no escuro, esses eram os tratamentos e castigos pra doença mental.”(Profissional da gestão)*

Goffman (1961) denominou os hospitais psiquiátricos/manicômios como ‘instituições totais’, pois segundo ele, as vivências e tarefas cotidianas, bem como as necessidades básicas de dormir e se alimentar eram realizadas todas no mesmo local, com as pessoas enclausuradas e ainda sob vigilância de alguém, não levando em consideração diferenças pessoais. Como consequência, despersonificava os sujeitos, na medida em que gerava perda de identidade e de características individuais. As falas remetem esta realidade:

*“Usava uma roupa branca, tipo camisola assim...Não tinha calcinha.” (Usuário 4).*

*“As pessoas nos manicômios diziam “ele tá aqui mas ele não pensa, não fala” e não é bem assim ele tem condições de falar, de pensar, de se posicionar, de dizer eu quero isso, ou não quero isso e de descobrir o próprio mundo.” (Profissional da Gestão em Saúde).*

*“O modelo manicomial é o modelo onde tem muita gente em um local só, em um volume enorme...porque como eram poucos locais, todo mundo era direcionado pra aqueles locais, e ai tu tinha poucos profissionais, um atendimento em rebanho assim...tudo muito pouco personalizado...então as necessidades individualizadas ali passavam despercebidas” (Profissional da Psiquiatria).*

Segundo Grigolo (2000) o discurso médico é introjetado pelos pacientes, que logo se conformam com o rótulo de doentes mentais e se habitam a tomar remédios por toda a vida. Também, o fato de permanecerem internados e se sujeitarem a tudo que é proposto, tem como contraponto que qualquer atitude vista como resistência deve ser punida. Este aspecto pode ser visto na fala da profissional da gestão: *“A institucionalização faz com que o ser humano perca sua essência, se torna um robô, que ele não pode fazer parte da vida cotidiana, que ele não tem condições de fazer parte da sociedade, mas ele pode sim”.* (Profissional da Gestão).

E também da Assistência Social:

*“Muitas vezes eu fui lá no hospital psiquiátrico, procurava um prontuário pra me apropriar da história, nunca dava, nunca tinha...” vamos internar essa porque tem anorexia, precisa engordar” e não, não se coloca uma pessoa com anorexia em um hospital assim pra engordar...” (Profissional da Assistência Social).*

Ao encontro dos relatos, Grigolo (2000) refere ainda que a institucionalização gera o afastamento do convívio em sociedade, com família, amigos e trabalho, portanto, o paciente passa a pertencer a uma instituição e não mais a si próprio. O profissional da psiquiatria também cita o isolamento e o afastamento do contexto cultural como ponto negativo: *“Lá eles ficavam confinados então, no manicômio...Muitas vezes afastados da família e do contexto cultural. Certamente, isso tem uma repercussão negativa principalmente pelo isolamento do indivíduo né...” (Profissional da Psiquiatria).*

O isolamento citado pelo profissional da psiquiatria é reforçado com a estrutura das instituições, principalmente através das grades e muros altos, presentes nos discursos dos usuários:

*“Pra mim, ficar isolado, naqueles muros, era a pior coisa...Isso deixava a gente mais doído ainda.” (Usuário 1);*

*“Até tentei me matar lá dentro pelas coisas que aconteciam lá”.* (Usuário 4).

*“Não podia entrar ninguém lá dentro, nem os profissionais conversavam com nós.” (Usuário 2).*

Segundo Martins et al (2011), o modelo do hospital psiquiátrico, sempre se manteve com características asilares. Foi alvo de críticas, principalmente por manter seus paradigmas

com ênfase em problemas de determinações orgânicas, sem considerar a subjetividade do indivíduo e as redes que o cercam (família e sociedade). Portanto, as práticas permaneciam cristalizadas, baseadas no asilamento e com predomínio do saber médico em detrimento das demais áreas. Logo, com tantos pontos negativos, as práticas de “saúde” presentes nos manicômios começam a ser questionadas, principalmente a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica.

2. O movimento da Reforma Psiquiátrica: A Reforma Psiquiátrica se apresenta como um processo social complexo, que surge no contexto do movimento sanitário, no final de 1970, a fim de proporcionar mudanças nos modelos de atenção, gestão e nas práticas de saúde. Também nasce em defesa da saúde coletiva, igualdade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de produção de cuidado. (AMARANTE, CRUZ, 2008).

Conforme Vecchia e Martins (2006), no final da década de 1970, através da organização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) iniciou-se um período de denúncias. Essas denúncias versavam sobre corrupções, fraudes, ausência de recursos, negligências e submissão dos usuários de serviços de saúde mental (majoritariamente mantidos em asilos psiquiátricos) a torturas, tratamentos medicamentosos em dosagem excessiva, eletrochoques e contenção física prolongada, como vimos no eixo 1. Desse modo, estudantes, profissionais, usuários e familiares decretam uma luta antimanicomial, com intuito de proibir tais práticas tão desumanas.

Segundo Amarante (1995) as reformas no campo da saúde mental estão relacionadas com o termo ‘desinstitucionalização’. Andrade e Lavrador (2007) colocam que o prefixo ‘des’, é uma junção das preposições latinas *de* e *ex*, que designa separação, transformação. Diz respeito à desnaturalização da figura do louco como “doente”, perigoso, irresponsável, que não sabe o que é melhor para si, que é desorganizado psiquicamente, incapaz de exercer a cidadania e precisa ser tutelado. A desinstitucionalização tem como papel desmistificar a loucura, segundo o profissional da psicologia entrevistado, *“isso acaba com o não lugar do paciente, porque aquele paciente não era visto né...o doido varrido, largado lá...até pela própria família...era encarceramento mesmo, tratavam como animais” (Profissional da Psicologia)*.

Tais mudanças também percebidas nas falas dos profissionais entrevistados, trazem questões que tratam da desmontagem da lógica manicomial em suas práticas e saberes. Lógica

esta caracterizada por ações de dominação, de subjugação, de classificação, de hierarquização, de opressão e de controle, desde os mais explícitos até os mais sutis:

*“O ponto positivo é que os pacientes saíram dos manicômios e voltaram para as famílias e também tiveram a liberdade de ser gente.” (Profissional da Gestão em Saúde).*

*“O louco que internou fica rotulado, tatuado...e então como equipe precisamos desconstruir isso pra ele e pra família” (Profissional da Assistência Social).*

De acordo com o que refere Amarante (1995), “não significa apenas desospitalização” e sim olhar para o sujeito em sua existência a partir de suas relações e possibilidades de vida. O doente que antes era excluído, privado de seus direitos e de exercer a cidadania passa a ser reconhecido.

Em 1991 até 1995, são criadas portarias pelo Ministério da Saúde que possibilitaram recursos para o Sistema Único de Saúde investir em diferentes setores assistenciais e não somente em hospitais psiquiátricos. Esta medida resulta na diminuição de 14mil leitos psiquiátricos e também no fechamento de muitas instituições privadas. Com isso, surgem novas possibilidades e são criados 2.065 leitos em hospitais gerais, destinados para cuidados em saúde mental, e ainda, mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial especializados no tratamento de doenças mentais. (AMARANTE, 1995).

Depois de um período conturbado para que a lei oficial fosse aprovada, repleto de desesperanças, respostas negativas dos governos e da sociedade, em abril de 2001, a Lei Federal nº10.216, entra em vigor. Dispõe então, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O tratamento para o doente mental não está mais centrado no hospital e sim na comunidade. (BRASIL, 2001). Assim, a partir das falas dos participantes, foram percebidos diversos pontos positivos sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica. As mudanças passam a oferecer um tratamento mais humanizado e próximo do paciente e de sua família.

*“Estabelecer um tratamento mais próximo, onde não haja isolamento do individuo, onde ele possa ser visto com mais frequência...são patologias crônicas, flutuantes, com épocas de agoniação, onde se tu ta mais próximo tu consegue prever, pode intervir e evitar uma crise mais grave..”(Profissional da Psiquiatria).*

*“Outro aspecto que considero importante, é a presença do familiar, porque é a saudade, a tristeza, então é importante ter alguém próximo a eles, é importante manter vínculos. Nem sempre as pessoas tem...mas quando existe essa possibilidade precisa ser potencializada.” (Profissional da Gestão).*

A principal mudança da Reforma Psiquiátrica para Amarante (2006) está no fato de que os serviços, anteriormente, tratavam de doenças e sujeitos concretos de uma forma padronizada e desumana. Os profissionais passaram então a ter olhares para a cidadania, inclusão social, solidariedade e singularidade, preconizando um cuidado integral e por isso, tornando-o um processo do qual participam os próprios usuários e seus familiares. Para finalizar este eixo, a fala desta profissional que define como importante as novas formas de tratamento: *“Com o tempo tu começa a conhecer os pacientes e começa a ver suas potencialidades, e essas novas formas de tratamento são muito importantes nesse aspecto.”* (Profissional da Gestão em Saúde).

3. O hospital geral como recurso para a saúde mental: como já visto no eixo anterior, a Reforma Psiquiátrica traz um ciclo de mudanças que coloca a necessidade da construção de novos saberes e práticas acerca da loucura. Portanto, torna-se cada vez mais fundamental refletir sobre os chamados “novos serviços”, considerados instituições que fazem parte de um processo importante na construção de uma nova prática na área da saúde mental.

Segundo Dalmolin e Doring (2014) o hospital geral, que historicamente, pouco se envolveu no tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico, a partir da Reforma Psiquiátrica, é desafiado a se unir com a rede pública de atenção a saúde. Portanto, passa a ser visto como um espaço de cuidado pontual, integrado e humanizado. Deve dar suporte às demandas de urgência e emergência, considerando estas situações de crise do paciente, na qual não haja uma estruturação familiar ou ambulatorial que consiga oferecer o suporte necessário para o momento.

Apesar de ser considerada como nova possibilidade de tratamento, porém ainda na lógica das internações, conforme citado no eixo 2, em 2001 foi implementada a Lei Federal, nº 10.216 (BRASIL, 2001), que descreve sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Com isso, o Governo Federal passou a investir financeiramente em hospitais gerais para que disponibilizassem leitos ou unidades de saúde mental, desde que estas fizessem parte da estrutura geral da instituição.

No art. 4º, da lei citada acima (BRASIL, 2001), determina sobre a internação psiquiátrica nas diretrizes do SUS:

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Essa instância de tratamento passa a ser um último recurso, quando todas as outras formas de tratamento ambulatorial já se esgotaram e o paciente segue em crise. Segundo Cardoso e Galera (2011) são consideradas situações graves quando o sujeito portador de transtorno mental se encontra com no mínimo, uma das seguintes condições: risco de autoagressão ou para os outros, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidado, entre outros. Tornando-se um modelo, a internação em hospital geral passa a ser um componente da Rede de Atenção Integral para atendimento aos portadores de sofrimento psíquico em momento de crise. Portanto, são reinventadas novas formas de tratamento, criadas novas demandas, práticas e saberes de cuidado, buscando uma internação mais humanizada. Esta questão vem ao encontro do que os profissionais relataram nas entrevistas:

*“São situações onde o individuo se desorganiza né, de forma grave e onde existe um risco dele cometer um ato auto lesivo ou para terceiros...agressão seja psicológica ou física..não há necessidade de uma internação longa...e sim um tempo para o individuo voltar a se organizar minimamente né...” (Profissional da Psiquiatria).*

*“Muitas vezes a internação é pra proteção do próprio paciente, antigamente se pensava na internação pensando na proteção dos outros, da família. Mas é importante pensar na proteção do usuário. O paciente fez uma tentativa de suicídio, precisa ser protegido, cuidado, acompanhado, 24hs, e muitas vezes a família não tem condições de fazer isso então precisa internar pra estabilizar.” (Profissional da Gestão em Saúde).*

Enquanto usuários que já vivenciaram as internações em hospitais gerais, os participantes da pesquisa avaliam os serviços de forma positiva. Colocam que as mudanças foram bastante benéficas, pois o tratamento da equipe passa a ser baseado na construção de vínculo, através do diálogo e ainda, citam a presença da família como algo potencializador. O que pode ser observado através das seguintes falas dos usuários:

*Foi diferente, tem psiquiatra falando. Minha amiga podia ir me visitar todos os dias...tinha grupo. Eles cuidam da gente, dão remédio certinho.” (Usuário 2).*

*“Lá eles conversam com a gente...as enfermeiras, o doutor...eu podia até bordar.” (Usuário 3).*

*“A maioria trata bem, conversa, explica as coisas, pergunta se ta bem.” (Usuário 4).*

Outra caracterização é a partir do espaço físico, podendo ser unidades abertas ou fechadas. Botega (1995) refere que as políticas preconizam as portas abertas, a fim de propiciar mais liberdade aos pacientes. Já as unidades “trancadas”, podem gerar certa ambivalência, pois podem representar para os usuários medo, revolta ou até diminuição da autoestima e ao mesmo tempo, podem representar tranquilização para a equipe e familiares. O profissional da Psiquiatria traz em suas falas a ambivalência que perpassa este assunto: preconceito versus segurança.

*“As doenças psiquiátricas com grande frequência exigem que o indivíduo tenha uma proteção maior...E a unidade aberta, que não tem uma barreira física digamos assim, uma parede, uma porta...pra separar do restante do hospital, existe um risco maior de fuga, de agressão e até atuações dependendo do transtorno...” [Sobre as unidades fechadas] “Nesse ponto a unidade fechada facilita, mas a controvérsias, tem gente que considera a unidade fechada aumenta a questão do preconceito, mas eu acho que aumenta a questão de segurança...e pra mim a segurança está acima né...precisamos primeiro ter um ambiente seguro, depois a gente trabalha o preconceito...” (Profissional da Psiquiatria).*

Na maioria das vezes, se faz necessário avaliar o espaço físico para dar conta da demanda do usuário. Usa-se como exemplo, que uma unidade que receberá pacientes em internações nas modalidades involuntária ou compulsória, terão dificuldades ao manter este perfil de usuários em unidades com portas abertas pelo risco de fuga, conforme o profissional da Psiquiatria também referiu em sua entrevista.

De acordo com Botega e Dalgarrondo (1997) os principais objetivos de uma internação são: diminuição dos sintomas de uma crise, estabilização do quadro, esclarecimento de um diagnóstico, início de um novo tratamento, entre outras finalidades importantes e que podem ser identificados durante a internação pela equipe do hospital geral ou do serviço de referência na rede de atenção à saúde mental. Ainda é necessário incluir a família ou responsável neste processo, pois eles precisam estar bem orientados quanto ao diagnóstico e também sobre as implicações e necessidades de continuidade do tratamento. Para que isso ocorra, faz-se necessário que os hospitais gerais tenham estratégias para atender as famílias, de forma individual ou em grupo.

Todos os profissionais entrevistados se colocaram a favor das internações em hospitais gerais, como podemos perceber na fala da profissional da Gestão em Saúde: *“Sou a favor das internações psiquiátricas nos momentos de crise pra hospitais gerais. Se a crise não puder*

*ser estabilizada em um serviço ambulatorial, então ele vai pro hospital.” (Profissional da Gestão).*

Demais profissionais:

*“Internação no hospital é curto prazo...muita gente se beneficia e é necessário...pra desintoxicar, pra medicar, pra acertar medicação, paciente que esta desorganizado...então é necessário...sou a favor pra quem precisa, não é pra todo mundo...” (Profissional da Psicologia)*

*“Unidades psiquiátricas nos hospitais gerais da possibilidade do individuo internar mais perto da sua região, onde possa ter visitas mais seguidas, contato com os familiares né...enfim, ter contato com sua rede de proteção né...”(Profissional da Psiquiatria)*

A assistência aos pacientes deve ser adequada às suas necessidades, levando em consideração sempre a singularidade de cada sujeito, seja este portador de transtorno psíquico ou usuário de drogas. Também é importante oferecer internações de curta duração, com equipes multidisciplinares, que estejam em contato com os demais serviços da rede pública local, a fim de manter e fortalecer o vínculo do paciente e engaja-lo no tratamento pós-internação, visando sua reinserção social. São evitadas internações prolongadas, o ‘hospitalismo’, pois pode gerar a perda de identidade, de vínculos sociais entre outros aspectos que fazem parte da vida de um cidadão. (BOTEGA, 1995).

É possível perceber a internação no hospital geral como espaço potencializador, já que as unidades contam com diferentes especialistas e ainda com apoio da família e rede de atenção de saúde mental. Cabe aos profissionais, mobilizar a todos os envolvidos (usuários e familiares) proporcionando a chance de pensar na crise e em suas repercussões, a partir da realização de um plano terapêutico conjunto. É importante sempre manter um olhar bastante atento à singularidade e autonomia de quem está internado, incluindo também seus familiares, para que seja possível entrelaçá-los a continuidade de um tratamento ambulatorial, bem como a retomada de sua rotina. (MELLO, SCHNEIDER, 2011).

Considerações finais:

Após as mudanças proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica, surgiram novos cenários e atuações nos serviços de saúde mental. A partir disso, nos motivamos a escrever sobre tais transformações direcionadas para a área das internações psiquiátricas em hospitais gerais. Portanto, esta pesquisa se propôs a investigar a hospitalização em unidades de saúde mental para sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico. Buscou compreender as mudanças reais, que vão além do que está previsto na legislação, mas que de fato tenham sido

percebidas por usuários e profissionais. Isso foi possível através das entrevistas, nas quais os participantes trouxeram suas vivências acerca de tais percepções.

A metodologia escolhida para aprofundar esta problematização foi a qualitativa exploratória e a amostra foi composta por pacientes e profissionais da saúde mental. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com algumas questões de estímulo aos participantes. A análise de dados foi conduzida através da análise de conteúdo, que permitiu a compreensão de características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de cada fala reproduzida nas entrevistas.

A partir da Reforma Psiquiátrica vem sendo construídas novas possibilidades de tratamento para o portador de sofrimento psíquico. Conforme a ideia de Roletti citado por Amarante e Cruz (2008) as novas instituições criadas possibilitam aos os indivíduos construir as suas próprias histórias, reconstruir a mediação de objeto entre o louco e a realidade, desconstruir o estigma dos procedimentos de exclusão dentro dos contextos, ajudar as famílias e suas angústias e ver a liberdade como terapêutica. Porém, tal liberdade só é terapêutica se for pensada de forma coletiva.

Tanto em hospitais psiquiátricos quanto nos hospitais gerais, em algumas circunstâncias, os seres humanos são vistos como corpos inertes que não fazem parte de um corpo social. Estes sujeitos são reduzidos às práticas farmacológicas e à diagnósticos. Reconquistar os espaços para a construção do corpo social inclusivo é o que um serviço em saúde mental deve fazer. Portanto, é essencial pensarmos como se dá o cuidado aos doentes mentais e seus familiares, como sugerem Mello e Schneider (2011) ao afirmar que o sofrimento psíquico pode ser considerado um problema social à medida que o “estar doente” reflete nas relações pessoais e profissionais e não apenas do indivíduo acometido.

Contextualizar e problematizar o processo de desinstitucionalização e toda história da saúde mental, é conduzir-se para um olhar ampliado e humanizado sobre a loucura. Torna-se fundamental proporcionar reflexões acerca dessa temática, principalmente que envolva os profissionais da saúde mental e a sociedade, para que exerçam sua crítica não só ao hospital como espaço restrito às doenças, mas à saúde do indivíduo em sofrimento psíquico e de sua de família. Sobre o papel da instituição hospitalar, é importante que não se limite somente em diretrizes políticas de saúde, mas sim de ir além, com foco na necessidade de resgatar a cidadania.

Para finalizar, trazemos a fala de um profissional entrevistado com intuito de que as discussões sobre a saúde mental não se esgotem e que todos os envolvidos se mantenham

motivados para continuar em busca de avanços e melhorias no cuidado do portador de sofrimento psíquico e seus familiares.

*“Ainda temos uma longa caminhada a construir, ainda tem muitos a favor do manicômio. Também espero que nossos gestores apoiem o fechamento dos manicômios, porque infelizmente ainda temos muitos no Brasil. Também é importante através das universidades, desses profissionais novos que estão sendo formados...precisam ter esse olhar mais humanizado” (Profissional da Gestão em Saúde)*

#### Referências:

AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994

\_\_\_\_\_; Paulo. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300024&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300024&script=sci_abstract&tlng=es)> Acesso em 12/11/16

\_\_\_\_\_, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_.; CRUZ, L. B. da (Org.). *Saúde mental, formação e crítica*. 1. ed. Rio de Janeiro. 2008.

\_\_\_\_\_.; TORRE, E. H. G; *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em <[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A\\_CONSTITUI%C3%87%C3%83O\\_DE\\_NOV\\_AS\\_PR%C3%81TICAS\\_NO\\_CAMPO\\_DA\\_ATEN%C3%87%C3%83O\\_PSIKOSSOCIAL.p df](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOV_AS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSIKOSSOCIAL.p df)> Acesso em 12/11/16

ANDRADE, A. N.; LAVRADOR, M. C. C. *Configuração loucura: poderes, saberes e fazeres*. In ROSA, Edinete Maria (Org.). *Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil*. Vitória: EDUFES, 2007.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011

BOTEGA, Neury José. *Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral*. São Paulo: Papyrus, 1995.

BRASIL, Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em 12/04/16

DALMOLIN, M. B.; DORING, M (Orgs). *Crack e outras drogas: múltiplas facetas do cuidado em saúde mental*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2014.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: M. W. Bauer, & G. Gaskell (Orgs.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (p.64-89). Petrópolis: Vozes. 2002

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRIGOLO, Tânia M. 'Dizem que sou louco': um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, Edição Esp. Temática, p. 95-119, 2000.

MACHADO, Roberto. Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Ed Graal. Rio de Janeiro. 1978.

MARTINS, A. K. L. et al. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: A evolução nas práticas em saúde mental. S A N A R E, Sobral, v.10, n.1, p.28-34, jan./jun. 2011

MELLO; R. M., SCHNEIDER; J. F. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Gaúcha Enfermagem.*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):226-33. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a03v32n2.pdf>> Acesso em 14/04/2016

ORNELLAS, Cleuza P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 51, n.2 p. 253-262. Abr/jun, 1998

VECCHIA; M. D.; MARTINS, S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Revista Estudos de Psicologia*, 2006, 11(2), 159-168. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000200005&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em 05/04/2016

WADI, Y. M.: Aos loucos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. VI(3): 659-679, 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702000000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000400008) Acesso 10/10/16

### 3. ANEXO: NORMAS DA REVISTA ESCOLHIDA: SAÚDE EM DEBATE

Revista Saúde em Debate - Instruções aos autores, ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2016, ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares. A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

#### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação:

1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que apórtem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

#### PREPARAÇÃO DO TEXTO:

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx. Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem. Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica. O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

#### REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS:

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico validado pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

2. Texto. Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- b) Métodos descritos de forma objetiva;
- c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- d) Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições:

a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referências. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

#### Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas:

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas:

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

#### Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

#### Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

##### Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

##### Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

##### Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

##### Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Revista Saúde em Debate. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

#### PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista.

Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os

autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

#### DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br).

1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

4. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),

Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)