

Internação Psiquiátrica: O que as Famílias Pensam sobre Isso?

Psychiatric Hospitalization: What do Families Think about It?

Internación Psiquiátrica: ¿Qué las Familias Pensan sobre Eso?

Raissa de Brito Braga¹

Renata Fabiana Pegoraro

Universidade Federal de Uberlândia

Resumo

As famílias participam do cuidado informal de pessoas em sofrimento psíquico no Brasil, o que inclui a identificação da necessidade de busca por serviços de saúde tanto extra quanto hospitalares. Este artigo tem o objetivo de investigar, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em situação de sofrimento mental, como as famílias percebem a necessidade de internação e a função desse recurso. Participaram dez familiares de pessoas em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com, ao menos, uma internação psiquiátrica. Foi empregado um roteiro de entrevista semiestruturado sobre caracterização sociodemográfica e questões norteadoras sobre a procura por serviços de saúde mental e a avaliação a respeito destes, sendo a análise efetuada a partir da Teoria Fundamentada em Dados. A internação psiquiátrica aparece como primeiro recurso de saúde usado, mantendo a função histórica de hospedar, alimentar e medicar o usuário, sem oferta de intervenções que incluíssem as famílias.

Palavras-chave: internação psiquiátrica, famílias, reforma psiquiátrica

Abstract

Families participate in the informal care of people in psychic suffering in Brazil, which includes the identification of the need to search for both extra and hospital health services. This article aims to investigate, from the therapeutic itinerary of people with mental suffering, how families perceive the need for hospitalization and the purpose of this resource. Participants were ten relatives of people being treated in a Psychosocial Care Center (CAPS) with at least one psychiatric hospitalization. A semi-structured interview script was used on sociodemographic characterization and guiding questions about the demand for an evaluation of mental health services, and the analysis was based on the Grounded Theory. Psychiatric hospitalization appears as the first used health resource, maintaining the historical function of hosting, feeding and medicating the user, without offering interventions that include families.

Keywords: psychiatric hospitalization, families, psychiatric reform

Resumen

Las familias participan del cuidado informal de personas en sufrimiento psíquico en Brasil, lo que incluye la identificación de la necesidad de búsqueda de servicios de salud tanto extra como hospitalarios. Este artículo tiene el objetivo de investigar, a partir del itinerario terapéutico de personas en situación de sufrimiento mental, como las familias perciben la necesidad de internación y la función de ese recurso. Participaron diez familiares de personas en tratamiento en un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) con, al menos, una internación psiquiátrica. Se empleó un guión de entrevista semiestruturado sobre caracterización sociodemográfica y cuestiones orientadoras sobre la demanda por servicios de salud mental y la evaluación acerca de estos, siendo el análisis efectuado a partir de la Teoría Fundamentada en Datos. La internación psiquiátrica aparece como primer recurso de salud usado, manteniendo la función histórica de hospedar, alimentar y medicar al usuario, sin oferta de intervenciones que incluyan a las familias.

Palabras clave: internación psiquiátrica, familias, reforma psiquiátrica

¹ Endereço de contato: Av. Pará, n. 1720, Bairro Umarama, CEP: 38405-320, Uberlândia, MG, Brasil. E-mail: raissabraga@gmail.com

Introdução

Este artigo aborda de que modo as famílias percebem a necessidade da internação de pessoas em situação de sofrimento psíquico e avaliam sua função, a partir da investigação dos itinerários terapêuticos dos usuários. Para tratar deste tema, consideramos relevante destacar um breve histórico sobre as internações psiquiátricas no Brasil e de que modo as famílias têm sido inseridas na corresponsabilização pelo cuidado das pessoas em sofrimento psíquico nas últimas décadas.

Em um minucioso trabalho de caráter histórico, Oda e Dalgalarrodo (2005) descrevem as primeiras instituições brasileiras dedicadas ao tratamento da loucura por meio do enclausuramento. As Santas Casas de Misericórdia, que inicialmente dedicavam-se a hospedagem de pobres e outros páreas da sociedade brasileira, passaram a incorporar a figura do louco entre os assistidos, com direito a alimentação, pouso, higiene e orações. Em 1852, foi inaugurado na capital, Rio de Janeiro, o primeiro hospício brasileiro e, seguido a isso, outros estados, no final do século XIX, passaram a contar com instituições unicamente voltadas para a assistência à loucura, entre eles, São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará.

Como tentativa de modernizar os asilos criados no século XIX no Brasil, emergiram no início do século XX as colônias agrícolas. Alinhadas ao discurso da Psiquiatria no contexto de desenvolvimento do país (Amarante, 2017) e inspiradas em modelos europeus, as colônias agrícolas defendiam o espaço do trabalho como forma de tratamento médico mais humanitário. Amarante recupera a ideia em obras de Franco da Rocha e Teixeira Brandão, psiquiatras que defenderam esse modelo: um misto de “aparente sensação de liberdade controlada pela vigilância e pela disciplina adequadas” (Amarante, 2017, p. 50), características do tratamento moral. Inauguradas no Brasil, especialmente entre 1910 e 1940, logo as colônias agrícolas foram denunciadas por funcionamento irregular, aproximando-as muito mais da manutenção do enclausuramento do que de recursos indicadores de tratamento.

O caráter de reclusão dos loucos perdurou ao longo do século XX, sendo, portanto, a internação o recurso mais utilizado para tratamento psiquiátrico no Brasil. As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas por um aumento significativo do número de leitos psiquiátricos, especialmente em hospitais privados, caracterizando a “indústria da loucura” (Amarante, 2017). Os manicômios abrigavam de centenas a milhares de mulheres e homens, sem direito a tratamento digno, vestimentas, alimentação, medicação. A partir de insatisfações e denúncias dos próprios trabalhadores e familiares, essa forma de assistência começou a ser questionada e modificada com base nos ideais da Reforma Psiquiátrica e do sucesso do trabalho desenvolvido por Franco Basaglia na Itália, no desmonte do modelo asilar de tratamento. Entre as diversas críticas feitas por Basaglia sobre o aparato manicomial, destacaram-se o emprego de medicamentos e de meios de contenção física como únicas formas de tratamento dentro das instituições asilares. Além dessas questões, a ineficácia dos tratamentos psiquiátricos tornou-se evidente, uma vez que eles mantinham os usuários do serviço em isolamento social, desencadeando sintomas como apatia e embotamento (Paranhos-Passos & Aires, 2013), situação que Delgado (1991) classificou como determinantes sociais da cronificação.

Diante disso, no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) defendeu a ideia “Por uma Sociedade sem Manicômios” e contou com o apoio e envolvimento

de familiares e profissionais da saúde para que pudessem discutir questões relacionadas às mudanças na assistência psiquiátrica e à compreensão social sobre a loucura. O contexto político de redemocratização do país, a grande insatisfação diante do tratamento oferecido às pessoas em sofrimento mental e o conceito de desinstitucionalização embasaram a elaboração do chamado “Projeto de Lei Paulo Delgado”, que propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico e a abertura por outras formas de cuidado em todo o país (Amarante, 1995; 2017). A tramitação deste projeto ao longo de uma década e sua aprovação em 2001 apontaram não a extinção progressiva, mas a impossibilidade de novas internações de longa permanência, ainda que com a manutenção de internações em caráter breve, somada ao estímulo para criação de cuidados de base territorial, cujos recursos deveriam ser acionados antes de ocorrer a hospitalização.

Para Silva e Rosa (2014), a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial evidenciaram a necessidade de investir em componentes econômicos, políticos e sociais para se pensar no processo de saúde-doença e buscar formas melhores de cuidado e assistência. Assim, a Reforma Psiquiátrica sugeriu um novo olhar sobre as pessoas em sofrimento psíquico, oferecendo a estas um tratamento em parceria com o meio social, buscando reintegrá-las na comunidade, nos espaços públicos e no convívio de seus familiares e amigos (Paranhos-Passos, & Aires, 2013).

Dessa forma, a partir da década de 1990, uma série de legislações foram promulgadas e diferentes serviços extra-hospitalares vêm sendo criados. Observa-se, por exemplo, a redução do número de leitos destinados à internação de longo prazo nos Hospitais Psiquiátricos: enquanto em 2002 havia 51.393 leitos para internação, em 2014 esse número passou a ser de 25.988. A cada pessoa desospitalizada, por ter sido reinserida em sua família ou por habitar uma residência terapêutica, um leito de longa permanência foi fechado. Além disso, os gastos hospitalares, antes concentrados na manutenção de leitos, passaram a ser investidos em serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial e outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2013). Na contramão do apresentado até aqui, com o direcionamento do financiamento para serviços de base comunitária e a lógica do cuidado em contexto territorial, mais recentemente a Portaria MS nº 3588/2017 (Conselho Nacional de Saúde, 2018) inseriu o hospital especializado em psiquiatria na Rede de Atenção Psicossocial e assim permitiu que se amplie o número de leitos psiquiátricos, descartando o fechamento de leito quando há alta de pacientes-moradores.

Apesar desse redirecionamento financeiro ocorrido a partir dos anos 1990 e do crescente número de serviços comunitários em funcionamento, a internação, quando necessária, é realizada preferencialmente em Hospitais Gerais (Brasil, 2015). A indicação para a internação ocorre quando há riscos potenciais quanto à integridade física para a pessoa em sofrimento e para o seu ciclo social mais próximo, como os familiares (Mello & Schneider, 2011). Além disso, espera-se que a internação ocorra, como já destacado, após se esgotarem os recursos comunitários (Brasil, 2001), ou seja, quando outros serviços falharem na tarefa de melhora da pessoa (Pacheco Neto et al., 2003 apud Oliveira, 2013). Segundo Oliveira (2013), a internação deve ser o mais breve possível, ocorrendo a alta tão logo ocorra melhora da crise, portanto, é importante que exista diálogo entre equipe e família ao longo do período de internação para que a evolução do usuário seja acompanhada de modo realístico. Neste

contexto, por conseguinte, a família se torna essencial para a construção de um plano terapêutico que busque a autonomia e a singularidade do sujeito (Mello & Schneider, 2011) e deve organizar-se para o cuidado após a alta.

As Famílias no Contexto de Internação Psiquiátrica

Com a Reforma Psiquiátrica, a família passou a ser compreendida como participante efetiva no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico (Mello & Schneider, 2011). Se antes, a família era vista como aquela que informava a história do paciente e seu estado atual, com a abertura de serviços extra-hospitalares e a desospitalização da clientela antes asilada, o papel da família foi alterado. Por conviver com a pessoa em sofrimento psíquico e acompanhá-la nos serviços de atenção psicossocial, a família é compreendida como responsável, muitas vezes, por perceber mudanças de comportamento que sinalizem o início de uma crise, oferecendo cuidado ao usuário quando este tem ou se apresenta em momento de menor autonomia (Pegoraro, 2009). Para Barros, Jorge, e Vasconcelos (2013), as famílias precisam ser incluídas nos projetos terapêuticos singulares em virtude dos sofrimentos físicos e mentais que surgem no processo de supervisão dos usuários. Experiências de apoio às famílias pelas equipes de saúde na atenção psicossocial podem contribuir para diminuir a sobrecarga e ter impacto para diminuir o número de internações.

Entretanto, de acordo com Giacon e Galera (2013), muitas famílias recebem pouco ou nenhum suporte da rede de saúde. Muitas vezes, as famílias se encontram sem saber como agir diante dos comportamentos, sentimentos e dificuldades existentes nas relações com a pessoa em sofrimento mental (Machado & Santos, 2013; Silva & Rosa, 2014). Diante disso, muitas famílias relatam a necessidade de apoio técnico e emocional por parte da equipe de saúde, seja para esclarecê-las sobre o diagnóstico dado ao familiar usuário do serviço, seja para lhes fornecer orientação sobre como lidar com o usuário e quais tratamentos devem ser buscados (Mello & Schneider, 2011). Na maioria das vezes, os serviços de saúde são procurados para a internação da pessoa em sofrimento psíquico ou para atendimento médico, e não em situações em que a família precise de apoio. A dificuldade de estabelecimento de uma relação de vínculo e cuidado das equipes/serviços de saúde para com as famílias, segundo Giacon e Galera (2013), pode ter como consequência a sobrecarga dos familiares cuidadores, já que estes abdicam de (parte de) suas vidas para se dedicarem exclusivamente ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

A pesquisa de Mello e Schneider (2011) sobre internação psiquiátrica em um hospital geral de Porto Alegre aponta que, as famílias, quando indagadas sobre esse recurso, percebem nele a possibilidade da melhora do quadro de saúde do usuário. Os autores destacam que é possível perceber que boa parte dos familiares possui certa resistência em internar, mas veem essa como a única possibilidade de melhora diante da crise, mesmo não compreendendo a internação como única forma de cuidado na vida do familiar em sofrimento mental. Segundo Rosa (2005), as famílias de pessoas em sofrimento psíquico tentam, num primeiro momento, resolver a situação sem o uso de recursos médicos. Se essa tentativa não tem êxito, busca-se por um “serviço psiquiátrico com sentimento de impotência, exaustão, culpa, desespero. É uma das últimas formas de publicizar uma questão que preferiria, se tivesse opção, resolver no plano privado” (Rosa, 2005, p. 210).

Ao buscar por um serviço psiquiátrico para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, a família insere esse recurso no itinerário terapêutico do usuário. A internação, portanto, é um elemento ou recurso a ser considerado no itinerário terapêutico da pessoa em sofrimento psíquico. Segundo Alves (2015), o itinerário terapêutico pode ser definido como a mobilização do indivíduo ou do grupo social mais próximo em buscar a preservação ou a recuperação da saúde. Para Cabral, Martinez-Hemaez, Andrade, e Cherchiglia (2011), essa busca leva em consideração os contextos cultural, social e econômico, os quais interferem na forma como as pessoas escolhem as práticas de cuidado diante da doença. Essas práticas podem ser das mais variadas, desde cuidados caseiros e religiosos, como também os serviços de saúde, e, para Alves (2015), a busca por determinado recurso/tratamento leva em conta a satisfação das necessidades daqueles que a procuram. Assim, deparamo-nos com dois problemas de pesquisa: a internação pode ser um recurso utilizado pelas famílias para lidar com as crises, já que se sentem despreparadas e inseguras, sendo essa uma solução temporária para a sobrecarga familiar? De que modo as famílias compreendem a internação psiquiátrica hoje?

Muitos estudos têm sido publicados sobre a percepção das famílias sobre os Centros de Atenção Psicossocial e pouco se tem refletido sobre a internação psiquiátrica. Assim sendo, avalia-se que é necessário investir em pesquisas que abordem a percepção das famílias sobre a internação como forma de tratamento, uma vez que ainda faz parte do itinerário terapêutico das pessoas em sofrimento mental grave no Brasil. Diante do que foi anteriormente exposto, este artigo tem o objetivo de investigar, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em situação de sofrimento mental, como as famílias percebem a necessidade de internação e a função desse recurso.

Aspectos Metodológicos

Esta pesquisa qualitativa baseia-se no método Grounded Theory, traduzido para o português como “Teoria Fundamentada em Dados” (TFD), a partir do trabalho dos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss em 1967, cujo objetivo era entender como os seres humanos atribuem significados aos seus sentimentos, seus pensamentos e suas ações em diferentes contextos sociais vivenciados (Baggio & Erdmann, 2011; Santos et al., 2016). Para seu desenvolvimento, foram convidados dez familiares de pessoas em tratamento em um CAPS localizado no triângulo mineiro com histórico de, ao menos, uma internação psiquiátrica. Os convites foram feitos no CAPS e os familiares deveriam ter ao menos 18 anos completos, disponibilidade para ceder entrevista e não podiam ter histórico de tratamento na rede de saúde mental. Ao aceitar participar, o familiar escolhia o melhor dia e horário para responder a uma entrevista audiogravada e realizada com apoio de um roteiro semiestruturado, composto por duas partes: (1) dados de caracterização do familiar, tais como: sexo, idade, naturalidade, cidade em que residia, parentesco com o paciente, se residia com companheiro, filhos; ocupação/profissão; religião; renda familiar e com quem residia; e (2) questões norteadoras sobre: (a) explicações dadas pelo familiar sobre a doença ou transtorno mental; (b) procura por suporte após identificação do problema; (c) tratamentos já realizados pelo paciente; (d) a família se sentiu incluída nos serviços de saúde mental que já trataram o paciente? Para esta pesquisa foram analisadas as respostas do familiar que se relacionavam à internação psiquiátrica. Além deste roteiro, também foi utilizado um questionário adaptado

de Schein e Boeckel (2009) para coleta de dados dos prontuários dos usuários a respeito de idade, sexo, estado civil, ocupação, números de internações, início do transtorno mental e o diagnóstico psiquiátrico.

Antes do início da entrevista, foram apresentadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que certifica que o sujeito possui livre participação no estudo, além do direito à desistência, conforme aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer 1.007.528/2015). Além disso, este documento destaca o objetivo da pesquisa e informa o contato das pesquisadoras em caso de dúvidas.

Após a realização das entrevistas, o material foi literalmente transcrito e lido na íntegra. Em seguida, foram elaboradas árvores de Associação de Ideias para cada entrevista. Tal recurso permitiu aos pesquisadores ter uma noção, a partir das perguntas e dos objetivos da pesquisa, a respeito das singularidades e da história de cada sujeito envolvidas na produção de sentido sobre a temática da internação. Dessa forma, essa metodologia parte da pergunta do pesquisador e se desenvolve a partir do fluxo de ideias e discursos que vão ganhando forma de colunas e mapas, em que os pesquisadores puderam intervir com questionamentos e comentários (Spink & Lima, 2013), aproximando as temáticas tratadas no conjunto das entrevistas. Após essa etapa, foram seguidos os passos de codificação aberta, axial e seletiva, com base na Teoria Fundamentada em Dados (Baggio & Erdmann, 2011; Santos et al., 2016).

Resultados e Discussão

Quem são os Familiares Entrevistados?

A maior parte dos entrevistados foi do gênero feminino (F = 7), com Ensino Fundamental incompleto (F = 5) ou Ensino Médio (F = 3) e idades variando entre 32 e 67 anos (média de 49,6 anos), tendo realizado trabalho remunerado (como doméstica ou autônomo), além de duas serem donas de casa. Apenas quatro participantes tinham companheiro(a). Quanto ao vínculo familiar, em três casos tratava-se de irmãos dos usuários (três mulheres e um homem) e nos demais, mãe, filha e cônjuge. A presença de mulheres no cuidado familiar de pessoas com histórico de internação psiquiátrica também foi registrada por Cardoso, Galera, e Vieira (2012). No estudo efetuado por esses autores, 76,6% dos cuidadores eram mulheres e 71,4% tinham apenas Ensino Fundamental. A mesma pesquisa, no entanto, foi realizada com mais familiares comprometidos em atividade laborativa remunerada e sem vínculos conjugais do que o presente artigo.

A Internação Psiquiátrica como Primeiro Recurso do Sistema de Saúde Diante da Agressividade dos Usuários

Os usuários cujos familiares participaram desta pesquisa eram, na maioria, mulheres na idade entre 19 e 55 anos (média 43,5 anos), solteiras (F = 6), com o grau de escolaridade não informado pelos prontuários. Cinco usuários eram aposentados ou estavam afastados do serviço em função de seu quadro. O diagnóstico que mais prevaleceu foi o de esquizofrenia (F = 5). Percebe-se que o perfil dos cuidadores e usuários foi marcado pelo gênero feminino, similar ao encontrado por Cardoso e Galera (2009). O predomínio do diagnóstico de esquizofrenia também foi ressaltado pela literatura (Cardoso & Galera, 2009; Coelho, Volpe, Diniz,

Silva, & Cunha, 2014).

O número de internações variou entre uma e seis, com média de três internações por usuário. Ao todo, os dez entrevistados apontaram um número de 30 internações na história dos usuários. Deste total, 18 internações tiveram duração igual ou inferior a 30 dias (E1 a E4, E6, E8 e E10) e algumas duraram alguns meses (E3, E5 e E9). Entre as internações mais prolongadas, algumas refletem trajetórias mais antigas do usuário pelo circuito psiquiátrico, sendo anteriores à legislação de 2001, que assinala o encerramento de novas internações de longo prazo (Brasil, 2001; Oliveira, 2013).

Em três casos, apenas, houve uso de recursos médicos/de saúde anteriores à primeira internação psiquiátrica (E2, E8 e E9), sendo um deles motivado por desenvolvimento mais lento do usuário se comparado com outras crianças (E2) e outro por convulsões recorrentes (E8). No terceiro caso, o primeiro serviço de saúde utilizado foi o CAPS, já na vida adulta (E9). Para os demais sete casos, a internação psiquiátrica foi o primeiro recurso utilizado no campo da saúde.

O principal motivo que resultou nas internações, de acordo com as famílias, foi a agressividade (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9), seguida pela agitação (E2, E5, E6), ideação suicida (E6, E7, E10), andar sem rumo/sumir (E5, E6), além de debilidade, desmaios, sensação persecutória, “não falar coisa com coisa”, troca de medicação e “sinusite”. Alguns desses dados são similares aos encontrados por Cardoso e Galera (2009), como a agressividade e a ideação suicida terem motivado a internação. Ao contrário do presente estudo, na pesquisa de Cardoso e Galera (2009) a ideação suicida aparece como dado mais marcante (ocorreu em 17 internações em um total de 48), seguida de presença de sintomas psicóticos como delírios e alucinações (14 das 48 internações). A agressividade/irritabilidade (12 em um total de 48 internações) foi o terceiro motivo mais frequente que justificou as internações (Cardoso & Galera, 2009).

O predomínio da agressividade como motivo declarado pelos participantes para a internação psiquiátrica do familiar indica, conforme Oliveira (2013), que a internação psiquiátrica deve ser adotada em períodos críticos na vida da pessoa em sofrimento psíquico, nos quais apresente comportamentos de “risco à própria integridade (moral e/ou física) e à de terceiros – familiares, colegas, vizinhos e desconhecidos” (Oliveira, 2013, p. 196). Por outro lado, vale pensar na definição de crise no campo da saúde mental elaborada por Dell’Acqua e Mezzina (2009). Segundo eles, as situações de crise seriam aquelas em que haveria a prevalência de pelo menos três das seguintes especificações: grave sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa obstinada de contato; incapacidade de confrontar situações de alarme em seu contexto de vida. Pela definição proposta pelos autores, as situações vividas pelos usuários nem sempre estariam dentro dos três quesitos. Além disso, chama atenção ter sido a internação o primeiro recurso para sete das dez entrevistas, denotando um vínculo frágil entre famílias e os serviços de atenção primária. Estes serviços deveriam oferecer uma escuta qualificada que pudesse avaliar e depois identificar as necessidades de cada grupo/família acolhido(a) em saúde mental em contexto comunitário (Brasil, 2011), como delineia a política de saúde mental, mantendo o usuário em tratamento em seu meio social, a partir da lógica territorial. Outra hipótese a respeito desta entrada no sistema de saúde pela atenção hospitalar, e não atenção primária, é aquela apontada por Rosa (2005) sobre o movimento das famílias em postergar a procura por ajuda

psiquiátrica tanto quanto seja possível, muitas vezes ocorrendo em momentos já de crise.

Medicar, Alimentar, Hospedar: Avaliação dos Familiares sobre a Internação

A maior parte dos entrevistados (E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10) relatou a percepção das internações ligadas diretamente ao tratamento medicamentoso: “naquele momento a internação foi necessária e boa. Ele tomou os remédios com regularidade” [E9]. Cinco entrevistados (E4, E5, E6, E9, E10) destacaram o uso excessivo de remédios, como nos exemplos: “porque a situação que ele vivia lá, 24 horas praticamente com remédios... dopado, a gente chegava lá [na clínica] com coração cortado” [E4]; “entupida de remédio, “abobada” [E5]; “saiu de lá bobona [...] dopada de remédio, né?” [E6]; e por último: “ele estava muito dopado, sabe? Aí ‘mãe, olha como eu estou, eu estou muito dopado, eu não quero ficar assim” [E9]. Essas falas sinalizam não apenas os efeitos do excesso da medicação durante o período da internação, mas também destacam que esta era a principal ou única forma de tratamento recebido pelo usuário – a contenção química. Segundo Willrich, Kantorski, Antonacci, Cortes e Chiavagatti (2014), tanto física quanto química, a contenção é empregada como forma de evitar uma ação destrutiva durante a agitação ou um episódio de agressividade, quando a escuta e a palavra não surtem mais efeito. Os autores, portanto, apontam para um uso esporádico, que difere da impressão das famílias que, nas visitas, notavam o usuário sempre hipermedicalizado. Na pesquisa, realizada em contexto de serviço de atenção psicossocial, os autores ainda destacam que “não é o uso ou não da medicação que determinará se o modelo de trabalho é manicomial, esta determinação será a partir da finalidade e da relação que se estabelece com os sujeitos, o que se reflete no modo como a medicação é utilizada” (Willrich et al., 2014, p. 100).

Além da medicação fornecida ao usuário, o papel da hospitalização para os familiares entrevistados também implica em fornecimento de alimentação e pernoite aos usuários: “ficou durante uns 4 meses lá... e ela... comia lá mesmo, entendeu? Dormia lá, ficava e não saía... isso aí que eles ajudaram, nesse ponto, entendeu? No tratamento dela... isso foi ótimo” [E3]. Ao assumir os cuidados de ordem prática, impedir o autoextermínio e fornecer medicação (ainda que em demasia), a internação cumpre seu papel de auxiliar as famílias assumindo temporariamente a responsabilidade pelo tratamento/pelo usuário (Pegoraro & Caldana, 2006; Silva & Rosa, 2014; Ibiapina, Fernandes, & Marreiros, 2016). Essas questões não são novas e foram relatadas por Tsu (1993), que afirmou que apenas pequena parte dos familiares que solicitava a internação a relacionavam, de fato, com a ideia de tratamento. Para ela, muitos deles a solicitavam para ajudar na função custodial do paciente. Devido à sobrecarga que sofriam para exercer o cuidado, as famílias buscavam a internação para ter um tempo para si.

Os dados desta pesquisa destacaram o tratamento por meio de remédios e falta de informação sobre o paciente e os cuidados no pós-alta imediato. Dessa forma, ressaltamos a importância de que as equipes desenvolvam um olhar cauteloso a respeito das formas de cuidado oferecidas na rede e o quanto estas se adequam às necessidades dos sujeitos, evitando-se o fenômeno da “porta-giratória” (Tung, 2013), que acontece quando os serviços se mostram deficientes diante da demanda dos usuários e estes estão sempre saindo e entrando em diversas internações em curto espaço de tempo. Além disso, criar espaços de

cuidado para os familiares, como reuniões e grupos de apoio, podem ser experiências que contribuam para a diminuição das fragilidades das famílias no cuidado de si e do usuário. Acreditamos que mecanismos de avaliação dos serviços por parte das famílias podem ser um analisador do cuidado prestado, destacando pontos fortes e fragilidades dos serviços. Qual o papel da internação no itinerário terapêutico do usuário? Trata-se de uma possibilidade de ajuda, exercida por um serviço que integra a rede assistencial, ou de um circuito que aprisiona e repete?

Ausência de Orientações aos Familiares Durante a Internação

Durante os períodos de internação, parte dos entrevistados (E1, E3) relatou ter feito visitas ao familiar, inclusive, diariamente, em um dos casos: “eu ia todo dia [no hospital] ver ela [sic]...” [E3]. Outros entrevistados relataram que as visitas eram feitas por outros familiares, cuidadores principais na época ou familiares que moravam no município onde o usuário foi internado (E4, E5, E6, E7). De acordo com os artigos 2 e 3 da Lei nº 10.216, essas visitas fazem parte de um tratamento com humanidade e respeito ao paciente psiquiátrico, “visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Brasil, 2001), permitindo um tratamento digno e eficaz de acordo com suas necessidades.

A análise das entrevistas identificou que três familiares destacaram que não receberam nenhum tipo de orientação do serviço durante a internação (E1, E4 e E6). De acordo com a Lei nº 10.216, no Art. 2º, é direito da pessoa portadora de transtorno mental, entre os diversos citados, “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento” (Brasil, 2001). Considerando que muitos usuários que são internados podem estar com menor capacidade de compreensão, o contato e a orientação entre os profissionais da rede e os familiares garantiriam seus direitos, assegurando informação sobre o quadro clínico/psíquico do paciente, as possibilidades de tratamento e, além disso, o oferecimento de um espaço de escuta diante de dúvidas e medos dos familiares.

Outros três entrevistados (E2, E5, E7) informaram que receberam apenas orientação relacionada ao encaminhamento a outros serviços após a alta: “Disseram que era para estar em casa, encaminhar para CAPS ou outro serviço” (E2); “Disseram para utilizar outros serviços psiquiátricos” (E5). Aqui é importante questionarmos até que ponto isso se caracteriza como uma orientação do serviço aos familiares ou apenas um encaminhamento a outros serviços de saúde.

Os familiares que relataram uma orientação relacionada à medicação foram três (E3, E9, E10). Em alguns casos, a orientação foi bastante direta no momento da alta: “disseram para continuar com a medicação” [E3]. Uma das entrevistadas recebeu a orientação após tê-la solicitado, e não por ter sido procurada pela equipe: “aí a gente procurava médico, né? Para ver se realmente os medicamentos, como é que ela [usuária] estava indo, quando eles não procuravam, a gente procurava, entendeu? Para tirar as dúvidas também...” [E9]. Por último, curiosamente, a única entrevistada com nível superior completo recebeu mais informações a respeito dos efeitos colaterais da medicação após ter questionado se o filho não estaria dopado; “os médicos explicaram que é no começo, com o decorrer do tempo vai adaptando com o remédio, aí a pessoa passa a ter uma vida quase normal, a tolerância passa a ser melhor” [E10].

Como é possível perceber, nenhum entrevistado disse ter recebido uma orientação sobre o quadro da doença, espaço para expor suas dificuldades e dúvidas a respeito do cuidado do usuário após a alta ou os medos e sentimentos envolvidos nesse processo. Silva e Rosa (2014) questionam a fragilidade das famílias e a sensação de impotência para lidar com o dia a dia junto do usuário sem o suporte do Estado, que deve se fazer presente por meio de ações e serviços. No presente estudo, os entrevistados se encontraram desamparados nesse aspecto, já que receberam apenas informações sobre que serviço procurar e orientações medicamentosas. Portanto esse resultado vai ao encontro da pesquisa de Oliveira (2013), por não idealizar o que deveria acontecer na prática dos cuidados em saúde mental, isto é, durante o período de internação, é imprescindível o diálogo da equipe de saúde com o usuário e os seus familiares, informando-os sobre o quadro, suas possibilidades e evitando ideias irreais e frustrações com planejamentos não possíveis diante da doença. Os resultados de nosso estudo são ainda semelhantes aos expostos por Bessa e Waidman (2013), em pesquisa efetuada no Estado do Paraná com 32 famílias, que, em sua maioria, alegaram falta de orientação por parte da equipe da instituição em que a hospitalização ocorreu. Entre as necessidades de orientação, foram mencionados conhecer a respeito do diagnóstico, dos cuidados, os prognósticos e como agir em momentos de crise.

Considerações Finais

Diante do que foi exposto, este trabalho conseguiu responder ao seu objetivo geral de investigar de que modo as famílias percebiam a necessidade e a função da internação de pessoas em situação de sofrimento psíquico a partir da investigação dos itinerários terapêuticos dos usuários. A pesquisa apontou a falta de orientação dada à família pelas equipes dos serviços de internação sobre o quadro do usuário e como lidar com essa questão. As poucas orientações recebidas referiam-se a encaminhamentos a outros serviços ou orientações medicamentosas. Como limites do estudo, vale apontar que houve, em determinados casos, dificuldades do entrevistado em conhecer/relembrar toda a história do usuário em sua trajetória por serviços de saúde, já que muitos vivenciaram diversas internações psiquiátricas ao longo da vida. Além disso, alguns entrevistados não acompanharam desde o início o itinerário terapêutico do familiar, desconhecendo alguns acontecimentos, pois houve, ao longo do tempo, mais de um cuidador familiar. Ressalta-se, ainda, que o vínculo estabelecido entre os entrevistados e o pesquisador foi breve e limitado ao momento da entrevista, o que pode ter contribuído para algum receio em partilhar o itinerário terapêutico, ainda que nenhuma recusa à participação na pesquisa tenha ocorrido e nenhuma pergunta tenha tido a resposta recusada. Outra limitação importante a ser considerada é que esta pesquisa envolveu apenas 10 participantes, mediante entrevistas coletadas a partir de um mesmo local. Com base nessas considerações, sugerimos que mais pesquisas em torno dessa temática sejam feitas, uma vez que, apesar da Reforma Psiquiátrica ter ampliado e investido em novas formas de cuidado à saúde mental, a internação psiquiátrica ainda é um serviço oferecido e, portanto, merece ser observado e estudado para se avaliar sua qualidade, assim como o grau de satisfação das famílias e dos usuários que o utilizam.

Agradecimento

Ao CNPq, à FAPEMIG e à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Uberlândia.

Referências

- Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença [Versão eletrônica]. *Política & Trabalho*, 42, 29-43.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica [Versão eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amarante, P. (2017). *Teoria e crítica em saúde mental: Textos selecionados*. 1a ed. São Paulo: Zagodoni.
- Baggio, M. A., & Erdmann, A. L. (2011). Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil [Versão eletrônica]. *Revista de Enfermagem Referência*, III(3), 177-185.
- Barros, M. M. M., Jorge, M. S. B., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial [Versão eletrônica]. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 821-841.
- Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica [Versão eletrônica]. *Texto Contexto – Enfermagem*, 22(1), 61-70.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001, 9 de Abril). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013, 21 de Maio). Portaria n. 3088, 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Seção 1. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados – 12*, 10(12). Informativo eletrônico. Brasília. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemaez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil [Versão eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2009). Quem são os egressos de internação psiquiátrica? [Versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(6), 733-740.
- Cardoso, L., Galera, S. A. F., & Vieira, M. V. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica [Versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 517-523.
- Coelho, V. A. A., Volpe, F. M., Diniz, S. S. L., Silva, E. M., & Cunha, C. F. (2014). Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no

- contexto da reforma da assistência à saúde mental [Versão eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3605-3616.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Recomendação nº 001*, de 31 de janeiro de 2018. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>
- Delgado, P. G. G. (1991). Determinantes institucionais da cronificação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(3), 117-125.
- Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (2009). Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau.
- Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. (2013). Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 321-326.
- Ibiapina, A. R. S., Fernandes, M. A., & Marreiros, G. A. (2016). As multifaces da desinstitucionalização psiquiátrica: Percepção dos familiares. *Revista Interdisciplinar*, 9(4), 105-113.
- Machado, V., & Santos, M. A. (2013). Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica [Versão eletrônica]. *Aletheia*, 40, 111-119.
- Mello, R. M., & Schneider, J. F. (2011). A família e a internação psiquiátrica em hospital geral [Versão eletrônica]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 226-233.
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil [Versão eletrônica]. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12(3), 983-1010.
- Oliveira, A. V. G. (2013). A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral. In M. D. Mateus, *Políticas de saúde mental: Baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (pp. 193-201). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Paranhos-Passos, F., & Aires, S. (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: O olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial [Versão eletrônica]. *Physis*, 23(1), 13-31.
- Pegoraro, R. F. (2009). Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões [Versão eletrônica]. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 29(2), 253-273.
- PEGORARO, R. F., & CALDANA, R. H. L. (2006). Sobrecarga em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 569-577.
- Rosa, L. C. R. (2005). A inclusão das famílias nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.
- Santos, J. L. G., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M., Lanzoni, G. M. M., Melo, A. L. S. F., & Leite, J. L. (2016). Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada em dados na pesquisa em enfermagem e saúde [Versão eletrônica]. *Escola Anna Nery*, 20(3).
- Schein, S., & Boeckel, M. G. (2009). *Sobrecarga familiar: Cuidando de um membro com transtorno mental* (Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, Faculdades Integradas de Taquara, Rio Grande do Sul).
- Silva, E. K. B., & Rosa, L. C. S. (2014). Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: Riscos de desresponsabilização do Estado? [Versão eletrônica]. *Revista Katálysis*, 17(2), 252-260.
- Spink, M. J., & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. In M. J. Spink, *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 71-99). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Tsu, T. A. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Vetor.
- Tung, T. C. (2013). Atendimentos às urgências em saúde mental. In M. D. Mateus, *Políticas de saúde mental: Baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (pp. 176-192). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Antonacci, M. H., Cortes, J. M., & Chiavagatti, F. G. (2014). Da violência ao vínculo: Construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 97-103.

Recebido em: 20/09/2018

Última revisão em: 11/12/2018

Aceite final: 18/12/2018

Sobre as autoras:

Raissa de Brito Braga - Mestranda em Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
E-mail: raissabbraga@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-7106-0479>.

Renata Fabiana Pegoraro – Doutora e mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Psicóloga pela USP. Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). **E-mail:** rfpegoraro@yahoo.com.br, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0001-6052-5763>

