**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOSÉ LUIS DA CUNHA PENA

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA:
ASPECTOS TÉCNICOS E ÉTICOS**

**SÃO PAULO
2017**

JOSÉ LUIS DA CUNHA PENA

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA:
ASPECTOS TÉCNICOS E ÉTICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
PPGE Dinter EEUSP-UNIFAP da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Cuidados em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elma Lourdes Campos
Pavone Zoboli.

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pena, José Luis da Cunha

A internação psiquiátrica compulsória e involuntária: aspectos técnicos e éticos. São Paulo, 2017.

156 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Área de concentração: Cuidados em saúde

1. Internação compulsória de doente mental. 2. Bioética.
3. Saúde mental. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: José Luis da Cunha Pena

Título: A internação psiquiátrica compulsória e involuntária: aspectos técnicos e éticos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA ESPECIAL

À Glorianita da Cunha Pena e João Bosco Pastana Pena, meus pais; João Carlos da

Cunha Pena e Antonio Cláudio da Cunha Pena, meus irmãos (in memoriam).

À minha esposa, Francineide Pereira da Silva Pena; aos meus filhos, João Bosco, Luis

Felipe, Cláudio Fernando e Fábio André, que juntos participaram de mais esta fase em

nossas vidas.

DEDICATÓRIA

“Por onde for quero ser seu Par...”

A você, Francineide,

Sem você, sua atenção, sua presença, seu carinho e seu amor, nada teria sentido.

Tê amo.

A vocês, Meus Filhos, Felipe, Fernando, Fabio e Bosco,

razão do nosso matrimônio e de viver.

Quando Deus nos ofertou vocês, ganhamos diamantes valiosos.

Como é Grande o meu amor por vocês...

Agradeço pela participação na construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este estudo, desejo expressar meus agradecimentos a DEUS e minha gratidão a várias pessoas que me acompanharam e me ajudaram desde a minha chegada a Macapá.

À minha orientadora, Professora Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, que oportunizou esta pesquisa pelo DINTER USP/ UNIFAP, obrigado pela confiança, pela amizade e principalmente pela visão acadêmica passada durante estes anos.

Aos professores examinadores por aceitarem o convite para participar de minha banca, a todos os professores, com os quais tive contato, além da satisfação de frequentar as disciplinas por eles ministradas.

À Universidade de São Paulo pela oportunidade a mim concedida.

Um agradecimento especial aos profissionais da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima que participaram da pesquisa e deram suas contribuições, sem a colaboração deles, a realização deste estudo não teria sido possível.

A todos os alunos do Grupo de Pesquisa Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, os quais contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa com disposição e humildade.

Aos amigos do Doutorado, Marina; Daniel; Samara; Nelma; Erika; Dilson; Patrícia; Deyse; Gilberto; Vinícius; Adilson; Rafael; Osmara; Claudia; Veronica.

Aos amigos do RAC, Fernando; Beto; Jairo; Mario; Nado; Pedrinho.

Aos irmãos para toda a vida, João Carlos, Antonio Cláudio, Pedro Paulo, Nazaré.

À família da minha esposa pelo carinho e pelo cuidado que oferecem a todos nós, sem a ajuda de vocês, teria sido mais difícil.

Meu carinho e admiração à Glorianita da Cunha Pena e Maria José Pereira da Silva Santos.

“Estou começando a achar que o indivíduo que realmente tem saúde mental é o que tem o maior número de alternativas, as mais viáveis. Uma pessoa que possa dizer: Se isso não acontecer, o que mais, e o que mais é possível? ”

(LEO BUSCAGLIA)

Pena JLC. Internação psiquiátrica compulsória e involuntária: aspectos éticos e técnicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: A internação psiquiátrica pode ser: voluntária; involuntária; compulsória. Esta última é determinada pela autoridade judicial não podendo ser questionada em seu aspecto legal, entretanto cabem questionamentos quanto aos aspectos técnicos e éticos. **Objetivo:** Discutir como a Equipe Multiprofissional de uma enfermaria psiquiátrica que vivencia o cuidado ao paciente em internação compulsória. **Método:** estudo de caso descritivo, compreensivo, por meio de pesquisa quantiqualitativa, no Serviço de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, no município de Macapá- AP. Participaram os servidores maiores de 18 anos, de ambos os sexos, de locais e níveis socioeconômicos variados e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Coleta de dados:** utilizou-se o questionário sociodemográfico e econômico e foram feitas entrevistas semiestruturadas. Foi realizado Grupo Focal (GF), em que se apresentaram os discursos elaborados, a fim de que, diante dos diferentes entendimentos, os discursos espontâneos analisados fossem apresentados aos entrevistados da equipe multiprofissional e, para isso, foi estabelecida uma conversa sobre a realidade vivenciada. Para o tratamento dos dados qualitativos, aplicou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC); os dados quantitativos foram expressos pelo pacote Excel e analisados por meio do software Bioestat 5.3. **Resultados:** Destacaram-se características da Enfermaria Psiquiátrica e a caracterização sociodemográfica e clínica das internações. A equipe é predominantemente do sexo feminino, a maior parte trabalha em outros serviços e possui nível de escolaridade superior completo. A partir das entrevistas, emergiram os DSCs, apresentados por categoria, as ancoragens, vistas como desafios éticos identificados sob a ótica da vivência do cuidado. O estudo mostrou que há empatia dos profissionais com o sofrimento das mães e familiares das pessoas com transtornos mentais e que precisam internação compulsória e consideram que a internação compulsória é uma forma de tratamento, desde que bem indicada. Os participantes destacaram que a ordem médica deveria valer mais que a ordem judicial na determinação da internação compulsória. O Grupo Focal fez emergir as categorias: A difícil experiência do cuidar em internação involuntária/ compulsória; Incipiência da RAPS; Obstáculos para o cuidar de qualidade na internação compulsória e involuntária. Os desafios éticos de cuidar dos pacientes psiquiátricos internados contra a vontade foram revelados pelas ancoragens isoladas nos DSCs: os apenados são pessoas com comportamento inadequado; autoritarismo e paternalismo no tratamento da pessoa com transtorno mental; empatia com o sofrimento familiar; internação psiquiátrica compulsória amparada em sólida avaliação e indicação técnicas; judicialização da saúde e as questões éticas e técnicas desta prática; internação psiquiátrica é necessária, mas somente por avaliação da equipe técnica; justiça não tem poder para avaliar a pessoa se tem ou não indicação para a internação psiquiátrica. **Considerações Finais:** os profissionais, diante de fatos impositivos pela justiça nas internações psiquiátricas involuntárias/ compulsórias, elegem como prioridade o diálogo entre o Judiciário e os profissionais de saúde como caminho para um possível consenso entre esses segmentos, sem minimizar a responsabilidade de cada um, com o intuito único de prestar atenção adequada e com qualidade à pessoa envolvida no processo de internação compulsória.

Descritores: Internação Compulsória de Doente Mental. Bioética. Saúde Mental.

Pena JLC. Psychiatric compulsory and involuntary hospital admission: ethical and technical issues [thesis]. São Paulo State: Nursing School, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric hospital admission can be: voluntary; involuntary; compulsory. The last one is legally enforced, it cannot be questioned in its legal aspect, however there can be questioning on technical and ethical issues. **Objective:** To discuss how the Multiprofessional Team of a Psychiatric Ward to experience a patient's health care in compulsory hospitalization. **Method:** descriptive, comprehensive case study by means of quanti-qualitative research at the Psychiatric Admission Service of Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima in the municipality of Macapá – Amapá State, Brazil. Male and female healthcare professionals over 18 years of age from varied places and socioeconomic status participated in the study, who signed the Free Informed Consent Form. **Data collection:** the questionnaire on economic and sociodemographic status was used, as well as semi-structured interviews were carried out. The Focus Group (FG) was held and the elaborated discourses were presented so that the analyzed spontaneous accounts, due to their different understandings, were presented to the participants of the multiprofessional team. Thus, a conversation on the experienced reality was established. The technique of the Discourse of the Collective Subject (DCS) was applied to analyze the qualitative data; quantitative data were expressed by the Excel package and analyzed by means of the Bioestat 5.3 software. **Results:** Psychiatric Nursing characteristics as well as the sociodemographic and clinical profile of the hospital admissions stood out. Females prevail in the team, most of them work in other services and have complete Higher Education level. From the interviews, the DCSs emerged, presented by category, the anchorages viewed as ethical challenges and identified in the light of lived caring. The study showed the empathy between the professionals and the suffering of mothers and family members of the mentally-ill who need compulsory hospital admission, and they consider it a way of treatment as long as it is well referred. The participants pointed out that a medical order should outstand a legal order in order to determine compulsory admission. The following categories emerged from the Focus Group: The hard experience of caring for the involuntary/compulsory admitted ones; The incipience of the Psychosocial Care Network; Obstacles for the quality care of those undergoing involuntary and compulsory hospital admission. The ethical challenges to care for psychiatric patients hospitalized against their will were unfolded by the isolated anchorages in the DCSs: the convicts are improperly behaved people; authoritarianism and patronizing in the treatment of people with mental disorders; empathy towards family suffering; compulsory psychiatric admission grounded in sound assessment and technical referral; healthcare judicialization and ethical and technical issues in this practice; psychiatric admission is necessary, but only if assessed by a technical team; justice has no power to assess whether a person can be referred to a psychiatric hospital admission or not. **Final considerations:** due to court orders for involuntary/compulsory hospital admissions, professionals find dialogue as the priority between judicial officers and healthcare professionals as a way for them to come to an agreement, without minimizing the responsibility of any parties, aiming at delivering proper and quality care to the person involved in the process of compulsory hospital admission.

Descriptors: Compulsory Hospital Admission of the Mentally-ill. Bioethics. Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CFM	Conselho Federal de Medicina
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GF	Grupo Focal
HCAL	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima
HDs	Hospitais-Dia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ONU=	Organização das Nações Unidas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
UPA 24h	Unidade de Pronto Atendimento 24h

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Porta de acesso à enfermaria	80
Figura 2 -	Porta de acesso ao dormitório	81
Figura 3 -	Dormitório.....	81
Figura 4 -	Guarita	82
Figura 5 -	Mapa de Macapá	154
Figura 6 -	Mapa do Amapá.....	155
Figura 7-	Mapa dos bairros de Macapá.....	156

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 -	Perfil Clínico de Acordo com as Doenças dos Internados. 2015.....	89
--------------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo do Tipo de Internação.....	85
Tabela 2 - Análise descritiva dos aspectos estudados. N=267.....	93

SUMÁRIO

1 PERCURSO PROFISSIONAL E TEMÁTICA DO ESTUDO	18
2 APORTE TEÓRICO	24
2.1 TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	24
2.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	35
2.4 FALANDO SOBRE ÉTICA E BIOÉTICA	41
2.5 A EVOLUÇÃO DA BIOÉTICA	43
2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	46
2.8 NEUROCIÊNCIAS E PSIQUIATRIA.....	50
3 OBJETIVOS.....	58
3.1 OBJETIVO GERAL	58
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	58
4 CAMINHO METODOLÓGICO	60
4.1 TIPO DE ESTUDO	60
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	62
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	63
4.4 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	64
4.4.1 Primeira Etapa.....	64
4.4.2 Segunda Etapa.....	67
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
4.6 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	72
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	74
5.1 A ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA DO HCAL	74
5.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	82
5.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das internações	82

5.4.2. Ênfase no tratamento farmacológico	93
5.2.2. Perfil dos Servidores	94
5.3 AS VIVÊNCIAS DA EQUIPE NA ASSISTÊNCIA NAS INTERNAÇÕES CONTRA A VONTADE DOS PACIENTES.....	97
5.3.1 A internação compulsória traz riscos para a equipe e é injusta pela escassez de recursos.....	99
5.3.2. A internação contra a vontade é um meio de cuidar dos pacientes que recusam o tratamento	100
5.3.3. Empatia dos profissionais com o sofrimento das mães e familiares das pessoas com transtornos mentais e que precisam internação compulsória	102
5.3.4. A internação compulsória é uma forma de tratamento, desde que bem indicada.	105
5.3.5 A ordem médica deveria valer mais que a ordem judicial na determinação da internação compulsória.	106
5.3.6 Posição favorável à Internação Compulsória por determinação médica. .	107
5.4. VALIDAÇÃO DOS DSCs PELO GRUPO FOCAL	109
5.4.1. A difícil experiência do cuidar em internação involuntária/ compulsória..	110
5.4.3. Inexistência de espaço formal para discussão da internação involuntária/compulsória.....	112
5.4.4. Incipiência da RAPS.....	113
5.4.5 Obstáculos para o cuidar de qualidade na internação compulsória e involuntária	114
5.5 DESAFIOS ÉTICOS DE CUIDAR DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS CONTRA A VONTADE	115
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS.....	126
APÊNDICES	141
ANEXOS	144

1 PERCURSO PROFISSIONAL E TEMÁTICA DO ESTUDO

1 PERCURSO PROFISSIONAL E TEMÁTICA DO ESTUDO

A minha primeira proximidade com a Enfermagem aconteceu em 1980, com 18 anos, ao ingressar no Curso de Bacharelado em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, em Belém do Pará, atualmente Universidade Estadual do Pará (Uepa). Motivei-me pela importância da profissão de enfermeiro, da qual era sabedor por meio de parentes que atuam na área de saúde, e de minha mãe, que sempre falava da Enfermagem, bem como de sua vontade de ser uma enfermeira e não ter tido a oportunidade de estudar e, ainda assim, atuava, de forma voluntária, como cuidadora de pessoas da vizinhança que a procuravam.

Ainda como aluno, consegui estágio voluntário em um hospital de psiquiatria em Belém do Pará chamado Juliano Moreira, posteriormente Aluizio da Fonseca. Assim participei do processo de transição de um hospital de grande porte para outro com menor capacidade de pacientes, quando se reduziu bastante o número de leitos. Segui atuando como enfermeiro nesse hospital até 1989. Neste ínterim, aconteceram momentos felizes, de vitórias, mas também de desafios na área escolhida: Saúde Mental e Psiquiatria.

Mais tarde, acompanhei minha noiva, hoje esposa, para Macapá-AP, seu local de nascimento, pois havia sido aprovada em um concurso para enfermeira, e eu poderia pedir transferência para acompanhá-la. Foi o que aconteceu. Sendo assim, iniciei meu trabalho, que segue até os dias atuais, na enfermaria psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), única referência no Estado do Amapá.

Na década de 90, surgiu a oportunidade de atuar como professor no Núcleo da Universidade Federal do Pará, ministrando a disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Trata-se de um caminhar em docência na Enfermagem que proporciona uma leitura maior e uma reflexão necessária sobre a teoria e a prática em Saúde Mental e Psiquiatria na realidade do Estado do Amapá, neste processo de ensino e aprendizagem, com a elaboração de conteúdos pertinentes e atualizados sobre a temática proposta pela instituição. Este foi um momento desafiador, pois, mesmo com experiências na assistência na clínica psiquiátrica, necessitava de um preparo qualificado para contribuir com a formação de futuros enfermeiros. Com

isso, ingressei em um curso de Licenciatura Plena, ofertado pelo estado, o que me acrescentou habilidades pedagógicas e didáticas, além de cursos de aperfeiçoamento na área de atuação, fato que me possibilitou segurança na atuação de docente em magistério superior. Em 1994, com a criação da Universidade Federal do Amapá (Unifap), tive a oportunidade de prestar concurso para o cargo de Professor Auxiliar nas disciplinas supracitadas e fui aprovado e convocado a compor o quadro de professores efetivos do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da UNIFAP, hoje como Professor Adjunto III com Mestrado.

Concilio as atividades de enfermeiro assistencial com as de docente do Curso de Enfermagem, sob a ótica da importância do repasse aos alunos da vivência real com a interface com o ideal teórico, enriquecendo o processo trilhado nas universidades nos pilares do ensino, pesquisa e extensão. Toda a aprendizagem que tenho adquirido na realidade local da internação psiquiátrica tem sido compartilhada na docência com os acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap), para os quais ministro aulas teóricas, além de acompanhá-los em atividades práticas. A experiência na assistência, aliada à docência, possibilita a reflexão e a análise sobre a expectativa dos alunos, de forma a facilitar-lhes a aquisição de conhecimentos e habilidades para o atendimento das pessoas com transtorno mental, em regime ambulatorial e de internação.

O Estado do Amapá não contava com hospital psiquiátrico até a Reforma Psiquiátrica, quando se reconstruiu uma enfermaria do HCAL, nos padrões exigidos pela Reforma, para as internações das pessoas com transtorno mental. Antes disso, quem precisasse de internação psiquiátrica era encaminhado para Belém do Pará, inclusive, quando atuei nessa cidade, tive a oportunidade de cuidar de algumas pessoas de Macapá.

Atualmente, observa-se em Macapá o aumento de internações e reinternações psiquiátricas por ordem judicial, as internações compulsórias e involuntárias, por fatores que desencadeiam surtos psicóticos, com destaque para os psicossociais: migração, desemprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, violência doméstica, sexual, tentativas de suicídio.

A partir desta realidade, observam-se reações positivas e negativas dos profissionais envolvidos na Enfermaria Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima no município de Macapá-AP, o que me levou à reflexão sobre estas

reações comportamentais quanto às mudanças que vêm ocorrendo. Estas estão relacionadas às internações involuntárias e compulsórias, tipos de internação psiquiátrica descritos na Lei 10.216/2001, de proteção às pessoas com transtornos mentais e usuárias de substâncias psicoativas, crack e outras drogas, tendo em vista o contexto ético de um fato que vem se propagando no serviço: o ambiente com conflitos e posicionamentos com relação à demanda de usuários de drogas internados com ordem judicial, o que ocasiona a diminuição do número de leitos para pessoas com transtornos mentais, com indicação de internação.

Esta dimensão da ética no exercício profissional me levou à contextualização da Saúde Mental com a Bioética, pois esta se volta para os aspectos humanos da promoção da saúde mental e do cuidar e tratar das pessoas em adoecimento mental. A Bioética se revela como área fundamental para a reflexão sobre os valores e deveres humanos, por conseguinte, mais um passo à frente em meu percurso profissional com enfoque humanístico no cuidar e exigências na qualidade da assistência e docência no contexto da Saúde Mental e da Psiquiatria.

Como docente, cumpro carga horária de 20h semanais, com duas disciplinas específicas: Enfermagem em Saúde Mental (60h) e Enfermagem Psiquiátrica (90h), ofertadas por semestre, sendo as horas distribuídas em teoria e prática. São 22 anos de professor, único até o ano de 2015 da Cadeira em Saúde Mental do Curso de Enfermagem da Unifap. Dou apoio à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), além de atividades na Supervisão e Preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na área de concentração Saúde Mental, também atuo como professor colaborador no Programa de Ensino Tutorial (PET) Enfermagem e Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (GEPSMP).

Estas atividades me oportunizam estar no tripé de atuação ensino, pesquisa e extensão, no convívio com alunos, profissionais enfermeiros e técnicos em Enfermagem, entre outros que labutam na Saúde Mental e Psiquiatria. Entretanto, nas conversas formais e informais, observo conflitos, reações de revolta, angústias, ansiedades, negativismo, cansaço, estresse, desconforto com o ambiente, dificuldade de relacionamento entre a equipe e cliente, usuário ou paciente, no cotidiano do exercício profissional em uma instituição pública, com muitas cargas,

sobrecargas e impactos, que podem ocasionar várias reações, como também uma explosão neuronal nos trabalhadores.

Esses trabalhadores, de uma maneira geral, destacam vários entraves para uma assistência adequada aos pacientes internados na Enfermaria Psiquiátrica do HCAL, entre eles: falta de medicação; escassez de pessoal e de material permanente; estrutura física inadequada; baixos salários; descompromissos; falta de vontade em resolver os problemas inerentes à enfermaria; dificuldade na inter-relação das equipes de enfermagem e multiprofissional; sobrecarga de trabalho; baixos salários; diversas expectativas dos profissionais na relação com a família dos usuários e com estes; dificuldade na coordenação do cuidado de usuários de drogas internados por ordem judicial, interferindo na assistência de qualidade e envolvendo deveres e valores dos profissionais e dos usuários do serviço.

Além disso, citam-se as exigências dos gestores com relação a procedimentos que vão contra as normas e rotinas do serviço, envolvendo problemas éticos, potenciais para uma desestruturação no convívio da coordenação com os profissionais assistentes do serviço, bem como desencadeantes de conflitos técnicos e éticos. Isso causa agudização das inquietações para a não aceitação de mistura de demandas na enfermaria, o que vai de encontro às ideias de gestores partidários e pode acarretar retaliações, fato este preocupante a todo servidor público, assim, considera-se primordial esta pesquisa.

Na busca de suporte teórico, por meio dos descritores Saúde Mental e Internação compulsória de doentes mentais, encontrei alguns estudos sobre a temática proposta, fato este que me instigou mais ainda a revelar os aspectos éticos e técnicos existentes na realidade da enfermaria psiquiátrica do HCAL, no município de Macapá-AP, relacionados a este tipo de internação supracitada. Isso me levou a apreender teorias éticas com foco na visão de clínica ampliada, na vertente da Saúde Mental.

Considerando a relevância da temática para a realidade do contexto da internação psiquiátrica compulsória, foram desencadeados alguns questionamentos: Quais os motivos para a internação das pessoas com transtorno mental asiladas na Enfermaria Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima? Quais os motivos das internações compulsórias das pessoas com transtorno mental asiladas na Enfermaria Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima? Como a Equipe

Multiprofissional dessa enfermaria lida com as internações compulsórias que acontecem na unidade? Qual a disposição (tendência) dessa enfermaria para o vínculo e cuidado ao paciente nessa condição?

Desta forma, a trilha que se percorreu no estudo é justificável como reflexão e contribuição social e científica às pessoas que lidam na área de saúde mental, à sociedade e à comunidade intelectual amapaense, com tomada de decisão no que tange aos aspectos éticos e técnicos que acontecem nos serviços com uma demanda alta e escassez de recursos, como é realidade na Enfermaria Psiquiátrica do HCAL. Esta deve se embasar em valores como respeito à autonomia da pessoa, veracidade, equidade, justiça, sigilo, confidencialidade, beneficência, honestidade, entre outros, evocados sob a ótica de humanização em sua profissão. Muito embora, esses valores estejam assentados na teoria e não se apliquem na práxis. Daí meu interesse de pesquisar a visão da equipe do HCAL quanto às internações psiquiátricas compulsórias, com vistas a explorar as implicações para o cuidar de Enfermagem e a ética. O estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: Como você considera o tratamento de uma pessoa em internação psiquiátrica involuntária e compulsória?

Como docente creio que este estudo propiciará aos futuros enfermeiros graduados pela Unifap subsídios para atitudes concernentes ao comportamento ético e deliberações morais, a fim de que possam proporcionar um bom conviver com a equipe de Enfermagem e a equipe multiprofissional, ofertando atendimento de qualidade à sua demanda, condutas sensatas e inerentes ao ser humano em suas necessidades reais, as quais devem ser ponderadas na inter-relação instituição, família e usuário.

Destarte, ressalto que, neste estudo, descrevo e contextualizo a temática definida, abordando os aspectos técnicos e éticos inerentes ao tipo de internação psiquiátrica, objeto desta pesquisa, internação psiquiátrica compulsória, com a expectativa de contribuir para o enfrentamento de um grave problema de saúde pública e para a enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

2 APORTE TEÓRICO

2 APORTE TEÓRICO

2.1 TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A atenção em saúde mental ainda se encontra em transformação e reformulação a partir de diretrizes que propõem extinguir o modelo hospitalocêntrico e estabelecem a construção de novas formas de assistência pautadas nas linhas de cuidados em Atenção Psicossocial, nas quais se insere a Enfermagem. Entretanto, persistem internações compulsórias, como previsto na Lei n. 10.216, de 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A trajetória da psiquiatria marca-se por quatro grandes etapas históricas. A primeira etapa foi com Philippe Pinel (1745-1826), médico francês que dirigia o manicômio de Bicêtre, nos arredores de Paris. Pinel separava o doente mental dos presos por delito comum, pois estava convencido de que era preciso tratar os doentes mentais não como criminosos, mas como pacientes, com humanidade. A segunda etapa começou no final do século XIX e princípio do século XX, com Sigmund Freud (1856-1939), chamando a atenção para as manifestações do inconsciente.

Já o início da terceira fase foi marcado pela introdução dos psicofármacos como o primeiro tranquilizante, a Clorpromazina em 1950. A quarta etapa se deu a partir de 1960, com a passagem da psiquiatria curativa para a psiquiatria com perspectivas preventivas em saúde mental. Na quinta fase da evolução da Psiquiatria, surge a Neurociência, que, por ser uma área complexa do conhecimento em saúde, demanda dedicação para um melhor conhecimento, principalmente para um raciocínio lógico sequencial, no intuito de adquirir o saber. Compreende as especialidades neurologia, psiquiatria e neurocirurgia. Sendo que Neurologia trata dos distúrbios do sistema nervoso, atuando no diagnóstico e no tratamento das doenças que envolvem o sistema nervoso central e periférico, dando a conduta e seguimento clínico para uma gama de afecções como cefaleias, doenças neurodegenerativas (Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson), distúrbios do

sono, epilepsia. A neurocirurgia atua nas doenças do sistema nervoso que possam necessitar de uma abordagem cirúrgica para o seu manejo, entre as quais tumores do sistema nervoso, doenças vasculares, traumas cranioencefálicos e lesões raquimedulares. A psiquiatria tem sua atuação na prevenção, diagnóstico e tratamento dos Transtornos mentais, de cunho orgânico ou funcional (Bacheschi, Guerreiro, 2004; Hopen, Vanz, 2014).

De acordo com Foucault (1972), no século XVII, ocorreu a “grande internação”, quando o mundo da loucura se tornou o mundo da exclusão social. Construíram-se pela Europa várias casas de internamento que eram, ao mesmo tempo, espaços de acolhimento, correção e reclusão. A internação do louco era um instrumento político-social e não obedecia a critérios médicos. Os indivíduos que faziam parte do “mundo dos internos” tinham em comum sua incapacidade de tomar parte na produção, circulação e acúmulo de riquezas. Naquela época, o trabalho era uma categoria moral, relacionava-se à disciplina e tudo que se opunha a isso constituía obstáculo à nova ordem social.

Neste contexto, o alienismo veio sugerir uma possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar dos direitos de cidadania, mas que não poderiam ser simplesmente excluídos. O asilo tornou-se então o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição de o alienado tornar-se sujeito de direito (Castel, 1978).

Para a assistência psiquiátrica, surgiram várias iniciativas visando à transformação do cuidar, fomentadas nas décadas de 1950 a 1960, partindo de contextos locais específicos, entretanto, alcançam e conseguem transformar realidades (Desviat, 1999 apud Schechtman, Alves, 2014).

A desinstitucionalização surge como processo prático de desconstrução e proposta de invenção de novas realidades. E se hoje se pode assumir que a realidade é construída, admite-se que se possa desmontá-la para a reconstrução em novas bases (Amarante, 2008).

A assistência psiquiátrica no Brasil institucionalizou-se em 1852 e, no primeiro século pouco, modificou-se. Manteve-se por quase cem anos essencialmente restrita à prática de asilamento e com função exclusivamente segregadora. Depois disso, como resultado das exigências do dinamismo social, dos movimentos de

transformação da assistência psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos e da mobilização dos profissionais da área de saúde mental, o Estado começou a definir novas diretrizes políticas para a área (Barros, Egry, 1994).

A primeira lei nacional para a assistência dos doentes mentais foi instituída em 1903, Decreto Lei n. 1.132, a qual estabelecia a assistência médica e definia o norteamento de atendimento a esse tipo de doente, reorganizava a assistência a alienados e recolhimento quando necessário (Brasil, 1903). O psiquiatra brasileiro que se destacou no período de 1837 a 1932 foi o baiano Juliano Moreira, diretor do Hospital de Alienados, acumulando a atividade de ensino de Psiquiatria (Jorge, Carvalho, Silva, 2014).

Além do tratamento moral e terapias físicas, já ocorriam terapias laborais e reinserção familiar, em uma combinação terapêutica e disciplinar punitiva, entretanto, o serviço preponderante para tratamento da loucura foi o tipo hospitalização integral de longa duração (Portocarrero, 2002).

Nas primeiras décadas do século XX, surgiram iniciativas de intervenção psiquiátrica com a visão ampliada, além das grades dos hospitais psiquiátricos, com a recordação do conceito de definhamento e desembocando no pensar da Higiene Preventiva (Costa, 2007). Isso foi fundamental para a ampliação da intervenção psiquiátrica, transformando o olhar médico fixado nos transtornos mentais e alcançando uma maior demanda populacional (Serpa Jr., 2010 apud Schechtman, Alves, 2014).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio foi uma destas fortes influências, pois se contrapôs ao asilamento, aos modelos de comunidade terapêutica, que mantinha a dinâmica de asilo hospitalar e de psiquiatria de setor, com o tratamento no hospital de sua região, preservando o princípio de democratização das relações entre atores institucionais e territorialidade, isto é, com serviços comunitários. Este modelo de Psiquiatria Democrática italiano sustentou como princípio norteador a desinstitucionalização (Barros, 1994).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil teve como estopins a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 2000). Em

março de 1986, auge desse contexto reformista, ocorreu em Brasília (DF) a 8ª Conferência Nacional da Saúde, contando com representantes de diversos setores da comunidade. Em junho de 1987, no Rio de Janeiro, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando surgiu o primeiro movimento da luta antimanicomial.

A luta antimanicomial, em certa medida, é um movimento de caráter ideológico, cuja utopia transparece no *slogan* “por uma sociedade sem manicômios”. Mas, por meio da participação ativa de profissionais da saúde mental, usuários e familiares, a luta tem contribuído para o avanço e a consolidação da Reforma Psiquiátrica e conquista da cidadania e inclusão social (Souza, 2003).

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica também se configurava como mudança para o processo político de transformação social. O campo da saúde mental como lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, mas também o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (Yasui, 2006).

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases. A primeira vai de 1978 a 1991 e compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico. A segunda fase inicia-se em 1992 e segue até os dias atuais, destacando-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares (Mesquita, Novelino, Cavalcanti, 2010).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o início efetivo do Movimento Social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país, pois é quando se instaura o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM, composto de trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, passa a protagonizar e a construir a denúncia da violência cometida nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas

com transtornos mentais (Brasil, 2005). Surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

São de especial importância para o Movimento da Reforma Sanitária o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico da Cidade, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes.

Em 1989, apresentou-se o Projeto de Lei n. 3.657/89, de autoria do deputado Federal Paulo Delgado, que regulamentava os direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, com sua substituição pelos serviços extra-hospitalares.

O Projeto de Lei deu origem à Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Essa Lei, ainda em vigor, dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento como Hospitais-Dia (HDs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Protegidos.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. Nesse período, também a política do Ministério da Saúde para a Saúde Mental começa a ser bem mais definida em consonância com as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica.

A década de 90 foi marcada pelo compromisso assumido pelo Brasil com a assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Foi quando entraram em vigor no país as primeiras normas federais para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos e para a regulamentação da implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia.

A nova forma de assistência psiquiátrica propõe atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, vinculando o conceito de Saúde Mental aos conceitos de cidadania e qualidade de vida. Incentiva a postura ativa e a autonomia dos

usuários, gerando transformações nas concepções e práticas de Saúde Mental, na organização dos serviços, na formação e na capacitação dos profissionais da área.

Instaura-se a visão de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como a responsável pelo oferecimento da linha de cuidados vinculada à atenção psicossocial da população (Brasil, 2011). Isso decorre da efetivação de direitos conquistados pela promulgação da Lei n. 10.216/01 (Brasil, 2001) e da Lei n. 8.080/90 (Brasil, 1990), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, com a garantia do acesso universal e oferta do cuidado integral de qualidade e com assistência multiprofissional. A RAPS conta com diferentes pontos de atenção para assistir as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

A RAPS objetiva: ampliar o acesso à atenção psicossocial; promover o cuidado das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e de suas famílias; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (Brasil, 2011).

A RAPS organiza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a oferta de cuidados em saúde mental, considerando: a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência; a reabilitação e reinserção social por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; atenção às situações de crise (Brasil, 2011).

De acordo com os Artigos 5º e 6º da Portaria n. 3.088/2011, a RAPS constitui-se por (Brasil, 2011):

a - atenção básica em saúde, com os pontos de atenção:

- Unidade Básica de Saúde; Equipe de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência;

b - atenção psicossocial especializada, estratégica na indução de um modelo de atenção psicossocial e com os pontos de atenção:

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

c - atenção de urgência e emergência, com os pontos de atenção:

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas;
- Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- Unidades Básicas de Saúde;

d - atenção residencial de caráter transitório, com os pontos de atenção:

- Unidade de Acolhimento;
- Serviços de Atenção em Regime Residencial;

e - atenção hospitalar, com os pontos de atenção:

- Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas;

f - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Programa de Volta para Casa.

g - reabilitação psicossocial.

A Portaria n. 3.088 foi republicada no Diário Oficial da União – DOU do dia 21 de maio de 2013, seção 1 págs. 37, 38, 39. Esta republicação, entre outras alterações, modifica os critérios populacionais para implantação de serviços, passando a serem considerados os critérios, conforme segue:

CAPS I: 15 mil habitantes (antes, 20 mil hab.);

CAPS II: 70 mil habitantes (não sofreu modificações);

CAPS III: 150 mil habitantes (antes 200 mil hab.);

CAPS AD: 70 mil habitantes (não sofreu modificações);

CAPS AD III: 150 mil habitantes (antes 200 mil hab.)

CAPS i: 70 mil habitantes (antes 150 mil hab.).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, pois implica o envolvimento de diversos atores, instituições e forças de diferentes origens e em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2005).

A realidade do Amapá quanto à RAPS é a de uma construção a passos lentos. Por falta de apoio das autoridades, na capital Macapá, existe o serviço de internação em enfermaria especializada em hospital geral, um ambulatório de atendimento no Hospital Geral, o Hospital de Emergência, que é a porta de entrada das emergências psiquiátricas, um CAPS ad, um CAPS i e um Atendimento Psicossocial, CAPS II, o qual deverá ser transformado em CAPS III. Em Santana, município a 24 quilômetros da capital, há um CAPS ad e um CAPS ij (Amapá, 2016).

Há um grande esforço da Coordenação Estadual de Saúde Mental para que o CAPS III funcione, entretanto, há escassez de recursos humanos necessários à sua operacionalização, sendo preciso aguardar que se proceda à chamada de aprovados em concurso público, conforme informações da Secretaria de Saúde (Amapá, 2012).

Pelas definições da RAPS, o componente ambulatorio deve ser anexo ao CAPS III, com isso, esse tipo de CAPS torna-se habilitado para atender à demanda de até 11 mil pessoas. Para efetiva implantação da RAPS, é necessário orientar a população e reeducar a clientela sobre as transformações na estrutura e linha de cuidados para que sejam humanizadas e adequadas para o acolhimento e a nova visão da assistência em saúde mental.

No Amapá, há uma Lei Estadual de Saúde Mental (Lei n. 1010) que determina a destinação de 4% do orçamento da saúde do estado para investimentos na Saúde Mental. A respeito dessa destinação do orçamento, a estrutura física da Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Geral está sem condições de promover um ambiente terapêutico, o que indicaria que a destinação pode não estar sendo executada (Amapá, 2006).

Nas últimas décadas, então, o modelo de atenção mental mudou e deu-se a inserção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, ou seja, passou-se de um modelo hospitalocêntrico para um modelo capscêntrico. A comunidade e a família tornaram-se parceiras da rede social constituída em torno dos serviços de saúde mental. A ênfase era a desinstitucionalização, sendo, segundo a Lei n. 10.216, a internação psiquiátrica realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos.

A internação psiquiátrica, com base nessa lei, pode ser: voluntária (com o consentimento do usuário); involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela Justiça).

A Internação Psiquiátrica Compulsória é determinada pela autoridade judicial, quando o portador de transtorno mental oferece risco para si, sua família ou a sociedade. Deve levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Por ser uma medida judicial, a internação compulsória não pode ser questionada em seu aspecto legal, entretanto, cabem questionamentos no que tange aos aspectos técnicos e éticos envolvidos (Fortes, 2010).

Desta forma, como a internação compulsória, em lei, é medida respaldada por ordem judicial, sendo indicada quando a pessoa coloca em risco sua própria vida ou a de outros e quando os mecanismos de intervenção já se esgotaram. Essa política

governamental não se configura como cuidado, mas sim, como uma violência do Estado à população, contribuindo para a exclusão e o isolacionismo social, além de não oferecer benefícios para o usuário de *crack*, álcool e outras drogas. Trata-se de uma medida única e sensacionalista, de clara violação dos direitos e dos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Neste sentido, destaca-se que toda pessoa tem direito à acessibilidade dos serviços ordenados e organizados, para garantir a promoção, a proteção, o tratamento e a recuperação da saúde física e mental, bem como a prevenção de doenças. Pois é direito de todos serem atendidos adequadamente, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento na rede de serviços de saúde mental, posto que as pessoas devem ser atendidas com humanização, acolhimento, sem estigma ou negação por idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde mental, de transtornos ou deficiência (Brasil, 2006).

Em situações de urgência/emergência psiquiátrica, a RAPS, com seus componentes, deve receber, orientar, cuidar e encaminhar para os serviços especializados quando necessário. Isso não descarta que todos têm direito às orientações norteadoras, claras e bem direcionadas sobre as diferentes possibilidades terapêuticas, com possibilidade de escolha do planejamento terapêutico e liberdade de aceitar ou recusar a proposta de tratamento oferecida (Brasil, 2011).

Para quase dois terços da população mundial, mais da metade dos leitos estavam em instituições psiquiátricas, que muitas vezes ofereciam serviços do tipo carcerário mais do que de atenção em saúde mental (Organização Mundial De Saúde- OMS, 2001).

A internação é o último recurso dentro da rede de atenção ao doente mental. Quando necessária, deve ser feita em local adequado, com qualidade comprovada e com resolubilidade (Silva, 2012). Isso porque a internação em um hospital psiquiátrico agrega desvalor ao paciente, ou seja, a pessoa passa a valer menos na convivência com seu grupo, em sua comunidade (Valentini, 2001).

Embora a proposta das Políticas de Saúde Mental seja de mudanças no cenário das internações com o exercício de cidadania pelo doente mental, o

profissional de saúde mental ainda vive cotidianamente a deficiência nas alternativas traçadas e que seriam capazes de efetivar a transformação na assistência prestada para a reabilitação das pessoas com adoecimento mental.

Não se constroem espaços adequados para a oferta de relações que possam modificar as experiências de vida das pessoas com adoecimento mental. E os que existem não funcionam de acordo com as diretrizes determinadas para a operacionalização dos Serviços Substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), levando à insatisfação das pessoas atendidas (Guimarães, Jorge, Assis, 2011).

Nos últimos anos, observa-se no Brasil uma transformação mais acelerada e consistente na assistência em Saúde Mental. Entretanto, grande parte da assistência aos doentes mentais continua sendo realizada em hospitais psiquiátricos. A transição da assistência centrada em hospitais para o atendimento em serviços de base comunitária vem ocorrendo de forma desigual no país e em velocidade inferior à necessária (Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

A área de Saúde Mental é um dos mais desprestigiados segmentos da assistência à saúde no Brasil, embora seja uma das que mais demandam recursos nos sistemas de saúde. Além dos altos custos para os sistemas de saúde e famílias, a assistência em Saúde Mental gera um ônus de pouca visibilidade: a sobrecarga imposta aos profissionais responsáveis.

Entre os fatores para esta sobrecarga, destacam-se: falta de suporte oferecido pela equipe; contato com os pacientes; precárias condições de trabalho (instalações físicas inadequadas e falta de recursos materiais e humanos) (Rebouças, Legay, Abelha, 2007).

Na realidade do Amapá, a falta de recursos materiais, humanos e as condições de trabalho precárias, somada à da família doente mental, pode gerar a longa permanência e reinternações do paciente, com isso, a satisfação do trabalhador fica comprometida.

A equipe de enfermagem aponta que o comportamento do paciente durante a internação influencia no cotidiano do cuidado, ainda que a resistência aos cuidados de enfermagem não se relacione à internação involuntária (Moreira, Loyola, 2011). Entretanto, nas internações involuntárias, a equipe de enfermagem aponta que o

paciente permanece na enfermaria sem ter suas questões respondidas, o que dificulta a manutenção de uma relação terapêutica com a enfermagem. Por isso, a equipe limita-se a cumprir as prescrições medicamentosas sem uma interação multiprofissional, possivelmente pela ansiedade que tem em relação a sua integridade física (Moreira, Loyola, 2011).

A questão da internação psiquiátrica compulsória envolve a restrição da liberdade, especialmente da locomoção para tratamento de sofrimento psíquico, e por isso tem aspectos éticos implicados. Outra questão ética é o risco de estigmatização porque a internação compulsória perpetua a vinculação da periculosidade social à doença mental (Cohen, 2013).

Diante deste contexto, emergiram as seguintes questões norteadoras desta pesquisa: Quais os motivos para internação psiquiátrica das pessoas com transtorno mental asiladas na Enfermaria do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima? Qual o impacto das internações compulsórias sobre a disponibilidade da Equipe Multiprofissional para o vínculo e cuidado ao doente mental nessa condição? E, para as internações compulsórias, quais seriam os motivos?

A enfermaria especializada em Hospital Geral do HCAL é um dos componentes da RAPS no Amapá. Atende, em regime de internação psiquiátrica, pessoas com diferentes transtornos mentais. A equipe dessa enfermaria é referência no matriciamento da saúde mental por contar com profissionais também comprometidos com ensino e pesquisa.

2.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil colonial e durante parte do Império, a ordem jurídica era determinada pelas Ordenações do Reino e nelas a loucura possuía várias denominações, como os "desmemoriados".

No Império, o modelo assistencial ao doente mental, trazido para o Brasil pelos portugueses, era o caixote, uma vez que D. Maria I (A Louca) teria chegado ao Rio de Janeiro dentro de uma caixa, um engradado. E, depois que a corte se instalou no Rio de Janeiro, seu filho, D. João VI a visitava diariamente, passava

algum tempo com ela e a tratava com carinho e o fato de ter uma pessoa com problemas mentais na família teria tornado os descendentes mais tolerantes com a loucura (Piccinini, Oda, 2006).

No Código Criminal do Império de 1830, os doentes mentais foram denominados “loucos de todo gênero”, salvo se tivessem intervalos de lucidez e neles cometessem um crime. A loucura ainda não podia ser uma loucura lúcida, um estado lúcido era um reencontro com a razão. À época, a legislação que tratava da loucura mostrava preocupação em proteger a sociedade por meio da segregação das pessoas com problemas mentais (Peres, Nery Filho, 2002).

José Clemente Pereira, Provedor da Santa Casa no Rio de Janeiro, líder maçom, um dos artífices da Independência do Brasil, numa jogada estratégica, lançou a ideia de que a maioria de D. Pedro II pudesse ser marcada pela construção de um grande asilo psiquiátrico. Foi essa mobilização do provedor que conseguiu verbas do Imperador e do chamado “imposto da vaidade” (venda de títulos de nobreza não hereditários) para a construção do Hospício Pedro II (Piccinini, 2007).

O médico psiquiatra francês Jean-Étienne Dominique Esquirol defendia a adoção do modelo assistencial francês de 1838. O modelo, adotado em boa parte do mundo ocidental, influenciou a legislação proposta por Brandão (1903), com a ideia central de seus textos focada na defesa da humanização no trato dos alienados. O atendimento aos loucos, no Brasil, foi tarefa da Irmandade da Misericórdia e esteve nas mãos das Santas Casas até a Proclamação da República em 1889.

Nessa época, surgiram as leis específicas para os Doentes Mentais, entre as quais se destaca o Decreto n. 1.132, de 1903, do Governo de Rodrigues Alves. Essa lei “Reorganiza a assistência a alienados”. Em 1934, no Governo de Getúlio Vargas, surge o Decreto n. 24.559, que “dispõe sobre a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas”. Em 2001, foi instituída a Lei n. 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Essa lei deriva do Projeto de Lei 3.657, de 1989, proposto pelo Deputado Federal Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Em 1999, o Substitutivo do

Senado ao projeto de lei da Câmara n. 8, de autoria do Senador Sebastião Rocha, dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A legislação foi modificando seu foco da proteção da sociedade para a proteção da pessoa com doença mental. Se, antes, a sociedade era tida como a vulnerável à ação perturbadora da ordem perpetrada pelos “alienados”, agora é a pessoa com transtorno mental que é considerada vulnerável, necessitada de proteção segundo os Direitos Humanos.

Por exemplo, no decreto de 1903, lia-se nos primeiros artigos: O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas será recolhido a um estabelecimento de alienados. O isolamento era a forma preconizada de tratamento. No decreto de 1934, falava-se da assistência a fim de: **a)** Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal; **b)** Dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; **c)** Concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

No artigo 1º da Lei n. 10.216, de 2001, consta: "Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra".

Essa lei determinou a destinação dos recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou o financiamento pelo poder público de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente seriam permitidas nas regiões em que não existisse estrutura assistencial adequada. Nesses casos, a construção ou a contratação tinham de ser aprovadas pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Pode-se dizer que o Decreto de 1903, do Governo Rodrigues Alves, continha uma semente dos direitos dos doentes mentais, ao prever que a internação seria provisória até a prova de alienação, com direito de o doente reclamar o exame de

sanidade e de solicitar alta, com a fiscalização da Comissão do Governo. O Decreto estabelecia que a reclusão, que era involuntária, só se tornaria efetivo depois de comprovada a alienação. Até isso ocorrer, a internação era provisória, devendo o Diretor do manicômio comunicar, dentro de 24h, ao juiz competente a admissão do doente mental, relatando o ocorrido e instruindo a comunicação com a observação médica. O Art. 10 desse decreto proibia a manutenção alienados em cadeias públicas.

O Decreto de 1934 resguarda, na internação voluntária, o direito de ter alta, exceto nos casos de perigo iminente: o doente tinha o direito de solicitar novo exame de sanidade mental. A internação em manicômio judiciário era apenas por ordem de juiz.

Os contextos das leis descritas de 1903 refletem a consolidação da psiquiatria como especialidade médica no Brasil. Na República nascente, representou mais um dos esforços civilizadores, pela modernização do país: um país moderno, civilizado deveria garantir o direito de tratamento dos loucos, protegendo-os das reclusões carcerárias.

O Decreto de 1934 expressou um momento em que a medicina defendia a profilaxia e a higiene mental estava incluída como forma de combater os muitos males que atingiam o povo. Consolida-se, então, o papel do médico psiquiatra como perito na determinação da doença mental. Em termos políticos, vivia-se o golpe de 1930 que levou ao poder Getúlio Vargas e iniciou um período de centralização de poder, autoritarismo e restrição de liberdades individuais, o que, de certa forma, se reflete no referido decreto.

O Projeto de lei de 1989, no momento de retomada da normalidade democrática no país, teve o mérito de provocar a discussão do tema da assistência psiquiátrica por toda a sociedade, entretanto, seu caráter fortemente antipsiquiátrico resultou em disputas corporativas, mais ideológicas do que técnicas.

A Lei n. 10.216, em certa medida, é uma carta de intenções, pois inclui os princípios para a proteção dos doentes mentais e para a melhoria da atenção em saúde mental, conforme determinado pela ONU em 1991. Esses princípios eram apoiados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A Lei expressa o resultado de intensos debates e embates entre

representantes de entidades corporativas de profissionais de saúde, de associações civis, de usuários e familiares, de grupos políticos e do governo.

A Lei reconhece a internação psiquiátrica integral como um dos recursos terapêuticos válidos, desde que seja de boa qualidade e não invalide o desenvolvimento de políticas específicas de desospitalização. Além disso, estabelece como direito da pessoa portadora de transtorno mental o tratamento humanizado para beneficiar sua saúde a fim de que se recupere integralmente e faça sua reinserção social (Brasil, 2005).

A citada lei, no parágrafo único do artigo 6º, define que: São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça”.

Portanto, o paciente que se encontre internado em uma enfermaria psiquiátrica se enquadra numa dessas categorias: afora a compulsória, determinada judicialmente, na qual a vontade do paciente não interfere; a internação só é voluntária se o paciente declara por escrito que a aceita; todos os outros casos são involuntários. Isso fica claro no artigo 7º: “A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.” No parágrafo único, lê-se que: “O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.” Ou seja, as categorias podem mudar ao longo do tempo se o paciente voluntariamente internado pede a alta, ou se esta é conferida ou a internação se torna involuntária.

Ressalta-se que, com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, por meio de seus movimentos, na busca pela desinstitucionalização da Atenção em Saúde Mental, deu-se a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por um atendimento psicossocial, de forma aberta à população e com capilarização dos leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes funcionam por 24h, com acessibilidade e disponibilidade no território que estiver o usuário, visando facilitar o atendimento de crise, onde estiver ocorrendo (Pitta, 2011).

2.3 TRANSTORNO MENTAL E PERDA DE LIBERDADE: A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Em termos globais, as pessoas com transtornos mentais são vítimas tanto de suas doenças como do estigma e da discriminação de que são alvos. Existe correlação entre os sentimentos de medo e o nível de distância social do público em relação à doença mental, devido à raridade dos contatos (Corrigan et al., 2001).

O psiquiatra italiano Franco Basaglia, nos hospícios das cidades de Gorizia e Trieste, no norte da Itália, conseguiu superar o modelo asilar/carcerário herdado dos séculos anteriores. Este foi substituído por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária.

Com o desenvolvimento dos psicofármacos, aliados aos programas interdisciplinares, houve o deslocamento do paciente do regime de internação para o regime ambulatorial e extra-hospitalar. No entanto, há situações clínicas em que a internação é indicada, como quando o agir do doente mental se manifestar, inconscientemente, prejudicial à vida ou à integridade física e moral própria ou de terceiros. A internação deve ser uma exceção, mas sua indicação não pode ser protelada ou negligenciada quando necessária, tanto do ponto de vista ético como legal (Ribeiro, Vilela, Cordeiro, 2013).

Como já explicitado, o artigo 6º da Lei n. 10.216 delimita os tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. Este último tipo, por envolver a restrição da liberdade, merece reflexões éticas e jurídicas. O caráter compulsório é manifestado pela ausência do consentimento da pessoa envolvida na internação psiquiátrica, exigindo-se intervenção judicial solicitada em ação ajuizada pelo Ministério Público.

A internação compulsória, por mandado judicial e amparada em laudo médico, tem seu início fixado na lei, entretanto, não o seu término, já que ela garante autonomia médica na determinação da alta, ou seja, as internações compulsórias são encerradas a partir do parecer técnico indicativo das condições para a alta da pessoa.

Toda internação de uma pessoa com transtorno mental em unidade de saúde sem o seu consentimento é internação involuntária ou compulsória, e ambas requerem parecer consubstanciado emitido por médico para sustentá-las.

No campo criminal, com as iniciativas pontuais decorrentes da aplicação da Lei n. 10.216/01, e da Portaria Interministerial n. 1.777/03, determina-se que os estados mantenham Hospitais de Custódia para as pessoas infratoras com problemas mentais. Em Macapá, utilizam-se recursos do SUS para esses tratamentos, pois não existe Hospital de Custódia. Na falta deste, o Código Penal (art. 96) determina que o tratamento seja cumprido em outro estabelecimento adequado. Esta medida de segurança aplica-se aos inimputáveis e semi-imputáveis que necessitem de tratamento curativo (Sistema Penitenciário Nacional).

A internação compulsória pode ser considerada uma perda de liberdade a partir da ideia de que define a pessoa autônoma como a que é livre para suas decisões e dona de sua vida e autonomia. Nas internações compulsórias, a pessoa passa a ser regida por uma ordem judicial e um parecer técnico, até mesmo para dar prosseguimento a sua vida após a alta.

A necessidade de a sociedade se proteger da pessoa com transtorno mental, considerada perigosa a si mesmo e ao outro, com risco de violência autodirigida ou dirigida a terceiros, tem levado à restrição da liberdade dos doentes mentais, cassando-se seu direito de ir e vir, o que culmina nas internações compulsórias.

Cohen (2013) salienta que, no Brasil, são consideradas perigosas as pessoas portadoras de algum tipo de doença mental que venham a cometer um ato tido como antissocial. As medidas de segurança baseiam-se na possibilidade de o indivíduo voltar a cometer o mesmo ato, a restrição da liberdade do doente é preventiva, mas desigual. O conflito moral existente na internação compulsória pode ser avaliado à luz dos direitos humanos, de cidadania.

2.4 FALANDO SOBRE ÉTICA E BIOÉTICA

Ética é uma palavra de origem grega, derivada de “ethos”, que significa caráter. Foi traduzida para o latim como “mos”, ou seja, costume. Daí a utilização

atual da ética como a “ciência da moral” ou “filosofia da moral”, entendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um, estabelecidos e aceitos em determinada comunidade humana, em certa época (Koerich, Machado, Costa, 2005). Ética, pode ser vista como o conjunto de valores na concepção do indivíduo, ou seja, a maneira como os seres humanos vivem, relacionam-se, justificam seus costumes, preceitos perante a sociedade.

A Bioética, ética da vida, tem crescido muito no cenário profissional, sendo utilizada como instrumento para reflexões, discussões e debates voltados para a consolidação da democracia, da cidadania, dos direitos humanos da justiça social (Pessalacia, Rates, Ribeiro, 2013).

A bioética afirma-se como uma área do conhecimento que relaciona os valores humanos com fatos biológicos, sobretudo os que envolvem a vida e a saúde dos seres humanos dentro de um meio ambiente adequado. Por incorporar uma dimensão social, a bioética torna-se, por natureza, pluralista, complexa e, necessariamente, multidisciplinar (Oliveira, 2005). Tornou-se importante referência para a avaliação da ética nos relacionamentos profissionais e institucionais que envolvam os cuidados de saúde (Costa, Anjos, Zaher, 2007).

A clínica ampliada para a assistência à saúde requer uma ampliação da Bioética Clínica, com a conjugação dialética e hermenêutica de direitos e responsabilidades, por meio da ética do cuidado (Zoboli, 2009). A Bioética, por ter dedicação maior às situações de assistência terciária e da biotecnologia, ainda abarca poucas discussões e reflexões no campo do conhecimento da Atenção Básica (Zoboli, 2009).

A Bioética é caracterizada como intercultural, autônoma e humanista, que busca ver o ser humano em sua globalidade, impulsionada pela pretensão de humanizar as ações e serviços de saúde, bem como garantir a dignidade humana e os direitos dos cidadãos enquanto usuários desses serviços (Fortes, Zoboli, 2003, p. 11).

2.5 A EVOLUÇÃO DA BIOÉTICA

A bioética é apresentada como um dos novos saberes da contemporaneidade e tem evoluído significativamente. A sua história mais recente remonta a 1970, quando o oncologista Van Rensselaer Potter introduziu o neologismo nos Estados Unidos da América – EUA (Costa, 2010). Ele apresentou a bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética, por acreditar que a sobrevivência de grande parte da espécie humana, em uma civilização decente e sustentável, dependia do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético (Pessini, 2013).

Em 1971, André Hellegers fundou *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* atualmente denominado *Kennedy Institute of Ethics*. Atribui-se a essa iniciativa a afirmação da bioética como disciplina acadêmica e campo de estudo, determinando nova orientação ao uso do termo, que se voltou para os impasses da área biomédica, em detrimento de sua origem ecológica (Oliveira, 2009).

No final da década de 1980, Potter enfatizou a característica interdisciplinar e abrangente da Bioética, ao adjetivá-la de global. O seu objetivo era restabelecer o foco original que havia pensado para o termo. Para Potter, seu neologismo incluía, mas não se restringia às discussões e reflexões das questões da medicina e da saúde, era mais amplo, abarcando os novos desafios ambientais (Goldim, 2006).

Em 1998, Potter redefiniu a Bioética como “Bioética profunda” (Deep Bioethics). A ecologia profunda de Arne Ness influenciou essa qualificação. A Bioética profunda é “a nova ciência ética”, que combina humildade, responsabilidade, competência interdisciplinar, intercultural e potencializa o senso de humanidade (Pessini, 2013).

A bioética teve seu reconhecimento na 33ª conferência geral da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) em 2006, em Paris, sendo referendada e homologada por aclamação dos 191 países integrantes das Nações Unidas. Porém, o final satisfatório foi resultado de penosa construção entre avanços e retrocessos, relativos à restrição da Bioética aos campos biomédico e biotecnológico (Facco, Schnaider, Silva, 2010).

A atuação da Bioética não se restringe às Ciências da Saúde, mas abrange todas as áreas do conhecimento, com enfoque interdisciplinar ou, mesmo, transdisciplinar (Koerich, Machado, Costa, 2005).

Era necessário estabelecer uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que emergiam da prática da assistência à saúde. Assim, em 1979, os norte-americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram o livro “Principles of Biomedical Ethics”, no qual expõem uma teoria moral, fundamentada em quatro princípios básicos – respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

A fundamentação do respeito à autonomia está baseada na teoria de John Stuart Mill, segundo a qual o princípio empresta a noção de respeito às pessoas, enquanto indivíduos que buscam a realização de seus objetivos, desde que estes não interfiram na vida de outras pessoas, e na ideia kantiana de que se deve respeitar o ser humano como fim em si mesmo.

A Autonomia exprime a dignidade da pessoa, franqueando sua liberdade autocontrolada e responsável, porém pode ser uma arma contrária ao bem do paciente, pois a tomada de decisão vale mediante o grau de esclarecimento e de informação da pessoa que decide, sendo que o consentimento esclarecido garante a autonomia (Lepargneur, 2003).

Como regra fundamental, nas relações entre pacientes e profissionais da saúde, existe o consentimento informado, derivado do Princípio do Respeito à Autonomia. Sendo válido, ao se definirem algumas condições que devem ser atendidas, como a competência da pessoa e a compreensão sobre os procedimentos a serem realizados.

A conquista do respeito à autonomia, fenômeno recente, vem deslocando os princípios da Beneficência e da Não Maleficência, como prevalentes nas ações de assistência à saúde. Conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Entretanto, de forma transitória ou permanente, os doentes mentais têm sua autonomia reduzida, mesmo assim, deve ser respeitada (Costa, Anjos, Zaher, 2007).

O princípio de não maleficência implica relevância na prática moral, já que serve como orientação efetiva aos profissionais da saúde. Esse princípio exige que não se causem danos ou mal para as pessoas, dano físico, como dor, morte ou

incapacidade, entretanto, não nega outros danos possíveis, como os mentais e aqueles que descartam os interesses dos pacientes.

O Princípio da Beneficência determina ações orientadas para a promoção do bem, e o da Utilidade requer um equilíbrio entre os benefícios e possíveis prejuízos de uma determinada ação. As regras derivadas são formuladas positivamente, de modo que a elas não cabem sanções quando não cumpridas. Relaciona-se a esse princípio a prática paternalista, a qual é realizada para beneficiar a pessoa em detrimento de sua autonomia.

No Princípio da Justiça, esta é entendida como distributiva, a qual se relaciona a uma distribuição igual, equitativa e apropriada na sociedade. Este princípio é especificado em duas outras elaborações, um princípio formal e outro material. O primeiro baseia-se no princípio aristotélico de que os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente. O material justifica a distribuição igual entre as pessoas mediante a satisfação. Beauchamp e Childress defendem a teoria que trata de justiça analisando se é possível compatibilizar e distribuir os recursos, segundo a necessidade, ao mesmo tempo que o faz segundo as trocas de mercado, o que não parece tão simples: manter a coerência e plausibilidade, reunindo formas numa mesma formulação de um princípio de justiça.

No caso dos doentes mentais, pode ser complexa a autonomia destes, e, conseqüentemente, pode ser difícil delinear o respeito ético que lhe é devido como seres autônomos. Entretanto a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco reconhece que, no que tange à autonomia de pessoas incapazes de exercê-la, deverão ser tomadas medidas especiais para a proteção dos seus direitos e interesses, bem como ser respeitada a integridade pessoal destas pessoas vulneráveis.

Estes quatro princípios não possuem um caráter absoluto, nem prioridade um sobre o outro, servem como regras gerais, orientando a tomada de decisão frente aos problemas éticos, e para ordenar os argumentos nas discussões de casos.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Com a promulgação da Lei n. 10.216/01, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou a posição de "proposta alternativa" para se consolidar como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial, com isso, seu ideário vem se expandindo no campo social, no universo jurídico e na formação dos profissionais de saúde (Bezerra-Jr, 2007).

A luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado na Saúde Mental passa pelo reconhecimento dos doentes como cidadãos que gozam do direito de buscar ajuda quando avaliarem necessário, bem como de dispor de uma rede de atenção com diferentes serviços que possam ser acessados em diversas circunstâncias de suas vidas. As pessoas não podem ter seus destinos selados por um diagnóstico que os atrele, indelevelmente, a um modo de "tratar" pautado no isolamento manicomial e no cuidado tutelar, pois isto é injusto (Paulon, Escóssia, 2012).

Neste contexto, cabe ressaltar que os CAPS vêm contribuindo para a redução da exclusão do doente mental, ao ultrapassar os limites dos serviços e chegar ao imaginário social, para reavaliar formas de compreensão da loucura (Bezerra-Jr, 2007). No entanto, percebe-se que, a despeito da reforma, persiste a necessidade de humanizar a prática e os cuidados em psiquiatria. Humanizar é compreender o outro em sua totalidade. Um doente não se resume a sua doença, antes é um ser humano digno de atenção e respeito (Costa, 2010).

A doença mental é a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior. Infelizmente, constata-se com frequência que a doença mental acompanha-se da perda da liberdade exterior, do direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido, de ser tratado com respeito e dignidade. É necessário que se encontre o justo equilíbrio entre o dever de tratar os pacientes com transtornos mentais e o direito desses pacientes à liberdade (Fé, 2009).

Entre os aspectos éticos da reforma, está a persistente desvalorização do servidor público, que compromete uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais (Bezerra-Jr, 2007).

Amarante (1996, p. 44) destaca que:

A sociedade sentiu-se ameaçada com “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento definido. Partindo desse conceito o doente mental, o excluído da convivência dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos senhores da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. Assim enquanto doença, a loucura passou a ser entendida como alienação mental, como erro, como o estado de contradição da razão, portanto, como o estado de privação de liberdade, de perda do livre-arbítrio.

Com a urbanização do país, notou-se a presença dos loucos pelas ruas, o destino deles era a prisão, onde recebiam um tratamento diferenciado dos outros internos. Os alienados ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Naquele momento, o recolhimento do louco não era para seu tratamento terapêutico, mas para salvaguardar a ordem pública.

A Reforma Psiquiátrica vai além de mudanças de caráter técnico-assistencial, pois requer mudanças atitudinais dos profissionais e da sociedade:

Seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (Amarante, 1997, p. 165).

Ao se tratar da ética profissional, ou seja, princípios morais do exercício profissional, precisa ficar claro que:

O tratamento obrigatório, isto é, imposto ao paciente, é uma situação-limite para os profissionais da saúde. Os médicos, de acordo com seu código de ética, só estão autorizados a impor uma conduta terapêutica contra a vontade do paciente em casos explícitos de iminente risco de vida. Portanto, é uma medida heroica, cuja justificativa ética sustenta-se na defesa concreta e objetiva da vida em situação de risco imediato (Delgado, 2012).

Assim, no que concerne às bases éticas da Política de Saúde Mental, parte-se do pressuposto de que o SUS tem como horizonte o Estado democrático e a cidadania plena (Brasil, 2001). E a humanização da atenção como eixo central destaca o aspecto subjetivo nas práticas em saúde, para contagiar por atitudes e ações a rede do SUS humanizadora, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (Política Nacional de Humanização).

A efetivação dos princípios éticos que alicerçam o acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde, com equidade, garantirá a circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade, cidade. E a oferta de cuidados humanizados e inclusivos.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA EM PSIQUIATRIA

A internação involuntária, apontada anteriormente, é aquela que ocorre sem anuência da pessoa e a pedido de terceiros, normalmente um membro da família. No caso de pacientes com algum tipo de transtorno mental, a solicitação tem que ser feita por escrito e ser aceita por um médico psiquiatra:

Nos casos de internação involuntária, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizada para o cárcere privado (Brasil, 2001).

No âmbito da internação involuntária, um dos aspectos éticos é a autonomia da pessoa para a tomada de decisão em aceitar ou recusar o tratamento. Geralmente quem está com um problema de saúde procura tratamento, mas, no caso dos doentes mentais, levanta-se o questionamento: quando a pessoa não tem condições de tomar essa decisão, é correto que alguém decida por ela? Até mesmo contrariando sua vontade?

A internação involuntária é válida nos casos em que o indivíduo está colocando em risco a sua vida ou a vida de alguém. Entretanto, mesmo quem defende a internação contra a vontade do usuário diz que a medida só deve ser tomada em casos específicos, ou seja, excepcionais (Barros, Serafim, 2009; Bressan, Scatena, 2002; Pinheiro, 2011).

O fundamento ético para justificar a internação involuntária pode estar condicionado à perda da autonomia para tomada de decisão. Essa perda pode decorrer do transtorno mental que impede a pessoa de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado, de sua saúde.

Quadros psicóticos graves, cursando com delírios e alucinações, e casos de depressão com risco de suicídio ilustram bem essa condição. Há ainda outros quadros psiquiátricos que, mesmo não apresentando desorganização das funções psíquicas como a consciência e o pensamento, muitas vezes demandam internação contra a vontade do paciente, como nos transtornos alimentares (Aron, 2002).

Algumas vezes, para a internação, há condições clínicas propiciadoras da recusa:

Paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência (como no estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, no transtorno dissociativo histérico e outros). Paciente com preservação da consciência, mas sem capacidade para uma decisão racional (como nos diversos transtornos delirantes e alucinatórios e outros) (Lima, 2007, p.115).

A esfera ética envolve também o espírito pluralista e promotor de cidadania da pessoa com transtorno mental, como um valor a ser reconhecido e contemplado para todos em assistência psiquiátrica e de saúde mental. E, para a internação contra a vontade da pessoa, observam-se critérios éticos para a garantia de sigilo, livre acesso aos meios de comunicação, inviolabilidade das correspondências, informações substanciais sobre o estado de saúde e tratamento (Lima, 2007).

O tratamento em regime de internação involuntária ou compulsória mantém a finalidade da reinserção social do paciente em seu meio, o que prevê as seguintes modalidades terapêuticas no hospital psiquiátrico:

1. Atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros).
2. Atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas).
3. Abordagem à família, incluindo orientação sobre o diagnóstico, programa de tratamento, e orientação para a alta hospitalar e continuidade do tratamento pós-alta.
4. Preparação do paciente para a alta, garantindo-lhe referência e contra referência para a continuidade do tratamento em programa interdisciplinar de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorio, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial) visando a propiciar a aderência do paciente e a prevenir a ocorrência de novas internações (Craw, Compton, 2006, p.41).

Nessa instância, no contexto dos haveres relativos nesses casos extremos da internação involuntária ou compulsória, também se mantém o direito de revisão da determinação da internação e acompanhamento.

2.8 NEUROCIÊNCIAS E PSIQUIATRIA

Na quinta fase da evolução da Psiquiatria, surgem as Neurociências, que, por abarcarem uma área complexa do conhecimento em saúde, demandam dedicação para um melhor conhecimento, principalmente para um raciocínio lógico sequencial, no intuito de adquirir o saber. Compreendem as especialidades neurologia, psiquiatria e neurocirurgia. A neurologia trata dos distúrbios do sistema nervoso, atua no diagnóstico e no tratamento das doenças que envolvem o sistema nervoso central e periférico e estabelece a conduta e o seguimento clínico para uma gama de afecções como cefaleias, doenças neurodegenerativas (Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson), distúrbios do sono, epilepsia. A neurocirurgia atua nas doenças do sistema nervoso que possam necessitar de uma abordagem cirúrgica para o seu manejo, entre as quais os tumores do sistema nervoso, as doenças vasculares, os traumas cranioencefálicos e lesões raquimedulares. A psiquiatria tem sua atuação na prevenção, no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, de cunho orgânico ou funcional (Bacheschi, Guerreiro, 2004; Hopen, Vanz, 2014).

Ao longo da história da Psiquiatria, aconteceram oscilações no conhecimento biológico e mental, uma priorizando as intervenções farmacológicas e a outra relacionada às intervenções psicoterápicas e à subjetividade de cada ser humano envolvido no processo saúde e doença mental.

No debate atual sobre psicologia e neurociência, mente e cérebro, significado e causalidade, Brendel (2000) publicou artigo que critica a posição materialista radical do filósofo da ciência Paul Churchland, para quem o avanço das neurociências tende a diminuir a importância da fenomenologia, podendo até eliminá-la no futuro (Graeff, 2006). Brendel (2000) se alinha com o eletrofisiologista John Eccles, que, com o famoso filósofo Karl Popper, publicou um livro clássico sobre a questão mente-cérebro; sobre o cérebro dividido (Split brain).

Nas intervenções psicoterápicas, seus efeitos sobre o funcionamento do cérebro vêm sendo bem documentados por resultados de estudos moleculares e de neuroimagem. Os achados da neurociência remetem à reação do cérebro às influências ambientais, o que vai alterar a expressão dos genes. A psicoterapia determina efeitos mensuráveis no cérebro e a memória implícita pode ser modificada pela intervenção psicoterapêutica, a qual molda o cérebro em certas fases críticas do desenvolvimento (Gabbard, 2000). A psicoterapia seria capaz de alterar a memória implícita, por meio de experiências emocionalmente significativas, entretanto, pode-se atingir efeito semelhante com a medicalização.

Nas últimas décadas, as teorias neurocientíficas vêm se destacando como explicação para a formação do transtorno mental, ocupando posição central na Psiquiatria, assim, motivando intensos investimentos intelectuais e financeiros.

Do ponto de vista histórico, pode-se afirmar que: o surgimento das neurociências, por volta dos anos 1960, e a reorientação da psiquiatria em direção à busca pelos determinantes físicos e objetivos das doenças, nos anos 70 e 80, inauguraram um período de predominância das hipóteses biológicas sobre a formação patológica (Shorter, 1997; Ehrenberg, 2004; Mayes, Horwitz, 2005).

Os Transtornos Mentais, até então, levam ao entendimento de resultados de indicadores biológicos, acessíveis através das estratégias de investigação científica, contrapondo-se às explicações ambientais e psicológicas e à valoração dos discursos, como ponto de partida, no campo psiquiátrico. A partir da valoração da determinação biológica das doenças e do surgimento de variadas tecnologias de pesquisa médica, as causas dos transtornos mentais finalmente podem ser compreendidas (Insel, Quirion, 2005).

Para a compreensão da etiologia dos transtornos mentais no contexto neurocientífico, novas tecnologias são construídas como estratégia no avanço psiquiátrico em um projeto para a fundamentação biológica dos transtornos mentais.

Nas produções da psiquiatria contemporânea, podem-se identificar formulações conceituais e a emergência de temas de pesquisa que devem contribuir para a formação de um novo modelo etiológico. No contexto atual, a introdução da epigenética na Psiquiatria torna-se primordial para explicar o funcionamento cerebral e, conseqüentemente, a etiologia dos transtornos mentais.

Entretanto, se a noção de epigenética fornece novo fôlego às pesquisas neurocientíficas, ela também gera consequências inesperadas, como o redirecionamento dos principais alvos da investigação, o redimensionamento da determinação genética e a reconfiguração das relações entre biologia e ambiente (Rose, Abi-Rached, 2013; Rose, 2013).

As principais apostas da pesquisa atual em psiquiatria por meio de mecanismos epigenéticos representam um modelo de explicação biológica e capaz de relatar a etiologia dos transtornos mentais a partir do nível molecular. Considera-se, por este modelo, a interação entre a herança genética e os fatores ambientais, verificando-se alterações intracelulares na expressão do material genético do organismo, que culminam na determinação das características subjetivas do ser humano. Os mecanismos epigenéticos dizem respeito, fundamentalmente, aos meios e processos pelos quais a determinação biológica do organismo é atualizada e expressada ao longo de seu desenvolvimento (Haig, 2004; Gottesman, Hanson, 2005; Holliday, 2006; Rutter, Moffitt, Caspi, 2006; Jirtle, Skinner, 2007; Borelli et al., 2008; Tsankova et al., 2007; Gwas, 2009; Nestler, 2009; Sweatt, 2009; Dick, Riley, Kendler, 2010; Dudley et al., 2011; Murgatroyd, Spengler, 2011; Roth, Sweatt, 2011).

A intuição continuou na discussão entre os pesquisadores, sempre utilizada para denominar fenômenos biológicos que não eram facilmente entendidos a partir do conhecimento genético disponível, mas que, ao serem observados, indicavam conter em seu funcionamento componente hereditário (Haig, 2004; Holliday, 2006).

O conceito de epigenética passa a ser estudo de mudanças na expressão genética que ocorrem não em função de mudanças na estrutura do DNA, mas de alterações específicas na expressão de alguns genes, ou seja, nas substâncias que são produzidas a partir das informações de determinado gene (Jirtle, Skinner, 2007; Borelli et al., 2008; Sweatt, 2009; Tsankova et al., 2007).

Os investimentos são feitos com otimismo, em virtude de as pesquisas em neurociências apontarem a determinação biológica dos transtornos mentais, entretanto o entendimento da formação dos transtornos mentais ainda se encontra limitado. A epigenética, introduzida no contexto psiquiátrico, vem exercendo um movimento para a ressignificação da limitação dos resultados obtidos até então, visualizando e valorizando a importância de cada fator desencadeante na

constituição patológica, sendo emergente um novo modelo etiológico dos transtornos mentais.

Os estudos genéticos e a investigação dos processos moleculares cerebrais começam o novo modelo a se constituir, prometendo um novo fôlego à difícil explicação da origem das doenças. Este modelo ganha força gradativamente, principalmente com os estudos científicos que defendem a interação entre a carga genética e as influências ambientais como indicadores determinantes para a etiologia dos transtornos mentais.

Alguns artigos sobre a temática interpretam a interação entre gene e ambiente como evidência científica a partir das pesquisas neurocientíficas, com a noção de epigenética a introdução ocorre pela reorganização das hipóteses etiológicas vigentes no contexto psiquiátrico contemporâneo. Em um estudo, a identificação de genes como marcadores biológicos para os transtornos mentais não trouxe resultados esperados, causando uma decepção aos pesquisadores que acreditaram nesse projeto (Silva, Ortega, 2014).

O artigo de revisão de Gwa (2009) pontua a incapacidade de verificação da causalidade genética simples, destacando o aumento da complexidade das hipóteses investigadas. Além disso, as poucas associações nas pesquisas iniciais não foram confirmadas em pesquisas subsequentes. Desta forma, a limitação dos resultados é reinterpretada a partir da epigenética, retomando o conceito dos anos 40 e, a partir da década de 90, utiliza um novo modelo etiológico das doenças, predominando a interação entre herança genética e influências ambientais responsáveis pela formação da vulnerabilidade à doença.

As pesquisas epidemiológicas em psiquiatria também adotam essa hipótese, de forma que o objetivo inicial de discriminar a influência hereditária e as influências ambientais, características da pesquisa epidemiológica, cede lugar à investigação da interação gene-ambiente. Portanto a hipótese epigenética se destaca como nova hipótese etiológica no contexto psiquiátrico contemporâneo e operador conceitual fundamental, capaz de dar novo sentido aos resultados inconclusivos tanto das pesquisas genéticas como das pesquisas epidemiológicas. Com esta hipótese, a genética e a variação ambiental passam a ser entendidas como contribuições discretas e probabilísticas à formação psicopatológica.

Em diferentes contextos, com a transformação do conhecimento biomédico na neurociência, a partir da ausência de evidências científicas mais deterministas, novas hipóteses e formas de investigação foram elaboradas, de acordo com a complexidade dos fenômenos patológicos e a combinação entre herança biológica e interação entre organismo e meio como um modelo genuíno e factível (Lock, 2007; Rose, 2007; Lemke, 2007).

As transformações recentes na biologia molecular são da ordem de uma mudança de paradigma, na medida em que as “trajetórias biológicas não são mais pensadas como necessariamente lineares ou unidirecionais” (Lock, 2007, p. 63). Lock (2007) afirma que boa parte das pesquisas biomédicas mantém o reducionismo como estratégia, resvalando em simplificações, com isso, existe uma complexidade biológica, a qual não pode se negar, bem como a caracterização da biologia molecular essencialmente reducionista e determinista que não faria jus às formas atuais de abordagem.

Esta transformação epistemológica no campo das pesquisas genéticas, em que ocorre uma reformulação do determinismo genético mais simples, exemplificado pelo paradigma do “gene para” determinada doença, exerceu domínio nas pesquisas moleculares dos anos 60 até o final do século XX. Na virada do século, começou a se destacar a hipótese da vulnerabilidade genética em conjunto com as pesquisas genômicas, promovendo novas formas de compreender a doença (Rose, 2007).

Se os genes não são mais “destino, mas oportunidade” (Rose, 2007, p. 147), novas práticas e intervenções médicas podem ser derivadas do emergente conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica, especialmente aquelas que pretendem antecipar e prever desfechos patológicos, como o *screening* genético, o diagnóstico precoce, a investigação da especificidade genética na resposta aos medicamentos, entre outras.

A hipótese etiológica emergente no contexto psiquiátrico é menos determinista e mais probabilística para os próprios pesquisadores ou para o que as primeiras pesquisas neurocientíficas prometiam. Com isso, os processos de formação dos transtornos ficaram mais distantes do modelo reducionista mais simples e mais próximos das variações entre vulnerabilidade e resiliência, que caracterizam a lógica do risco (Castel, 1987; Castiel, 1999; Aronowitz, 2009; Rose, 2007, 2010).

Na hipótese da interação gene-ambiente estabilizada no contexto psiquiátrico como suposição principal relacionada com a etiologia dos transtornos mentais, consideram-se as probabilidades estatísticas e as infinitas possibilidades que cercam o pensamento sobre o risco, com o desafio de avaliar e discutir as diversas implicações éticas resultantes da sua aplicação ao entendimento dos transtornos mentais. Além de contribuir para a redefinição das principais hipóteses etiológicas adotadas em Psiquiatria, a epigenética provoca a reconfiguração tanto do conhecimento genético quanto do projeto determinista e reducionista das neurociências. Introduz as análises sobre as variações na expressão do patrimônio genético, forçando os pesquisadores a reformular suas principais hipóteses e a considerar de modo crescente a influência do ambiente. Este é um importante elemento na cadeia causal que não conduz diretamente à doença, entretanto confere diferentes graus de vulnerabilidade e resiliência, propondo a argumentação a favor da dimensão social no conhecimento biológico contemporâneo (Silva, Ortega, 2014).

Essa transformação exige reformulações conceituais e metodológicas no campo científico, como também implica a abertura a novas relações entre as ciências sociais e humanas e as ciências da vida e a interpretações cambiantes sobre neurociências e psiquiatria contemporânea (Rose, 2013).

Desta forma, ainda que o novo marco conceitual nas pesquisas neurocientíficas gere otimismo e reedite uma esperança antiga de compreensão da etiologia das doenças, torna-se uma tarefa não simples investigar fenômenos epigenéticos e atrelá-los às modificações comportamentais, além de não serem óbvias as consequências clínicas que poderão derivar desse conhecimento científico.

A epigenética e as teorias emergentes de desenvolvimento humano podem começar a alterar fronteiras conhecidas como herdado e adquirido, na busca de formas de compreensão sobre os processos de formação patológica e de investigação das contribuições biológicas e ambientais como variáveis complementares e integradas na construção da vulnerabilidade às doenças e não apenas como variáveis independentes (Singh, 2012).

A epidemiologia genética, destinada à compreensão dos transtornos mentais, passa por uma revolução em seus objetivos e tipos de questão organizada e

motivada às pesquisas no campo. Assim como as pesquisas em genética psiquiátrica foram redefinidas com um norte para a maior complexidade genética e também o campo da epidemiologia psiquiátrica está se interessando pela interação entre os fatores etiológicos, adotando a hipótese epigenética como operador conceitual em suas novas pesquisas (Dick, Riley, Kendler, 2010).

Relembrando o resultado das pesquisas epidemiológicas das últimas cinco décadas, nas quais diversos fatores ambientais foram identificados como capazes de aumentar o risco para a esquizofrenia: estresse, abuso físico e mental, dieta materna durante a gravidez, uso de drogas, vida urbana, migração, entre outros. Além da identificação de fatores ambientais, a determinação da influência genética na esquizofrenia continuou sendo investigada, mas, a ambição de encontrar um único gene que respondesse pela hereditariedade da doença não se confirmou nas pesquisas genéticas. (Oh, Petronis, 2008). As associações não são suficientes para esclarecer os mecanismos etiopatológicos subjacentes aos transtornos se não forem atreladas a possíveis achados fisiológicos (Horwitz, Grob, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Discutir como a Equipe Multiprofissional de uma enfermaria psiquiátrica em um hospital geral da Região Norte do Brasil vivencia o cuidado ao paciente em internação involuntária/compulsória.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das internações de uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral da Região Norte do Brasil.
- Caracterizar o perfil clínico das internações de uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral da Região Norte do Brasil.
- Identificar os tipos de internação em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral da Região Norte do Brasil.
- Reconhecer as visões da Equipe Multiprofissional de uma enfermaria psiquiátrica frente às internações involuntárias/ compulsórias.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso compreensivo, por meio de pesquisa com abordagens qualitativa e quantitativa. O estudo de caso é a investigação em profundidade de uma ou poucas unidades sociais: indivíduo, família, grupo, instituição, comunidades, regiões, países (Tobar, Yalour, 2001). O caso também pode ser um evento, um episódio de doença, programa de saúde, um período temporal.

Neste estudo, a unidade social de análise foi a equipe multiprofissional do Serviço de Internação Psiquiátrica do HCAL no evento da internação psiquiátrica involuntária/compulsória.

O estudo de caso visa reunir, de maneira sistematizada e em profundidade, informações sobre a unidade social em foco, a fim de compreender situações particulares, as pessoas, problemas e fatos envolvidos. Assim, a abordagem qualitativa permitiu investigar o universo de crenças, valores, aspirações, significados, motivações e atitudes envolvidas no fenômeno em estudo. A abordagem quantitativa permitiu gerar medidas confiáveis para análise estatística descritiva, com vistas a reconhecer o perfil sociodemográfico dos participantes e características clínicas dos pacientes atendidos pela enfermagem, a fim de descrever o local de estudo, como requerido nos estudos de caso. Assim, foi possível caracterizar o perfil das internações psiquiátricas do HCAL.

A descrição de um caso deve dar ao leitor a sensação de estar na unidade social estudada (Stake, 2012). Assim, a situação física tem de ser descrita detalhadamente com: entrada, salas, paisagens, corredores, decoração por meio do equilíbrio entre o que é singular e comum. A descrição do espaço físico é fundamental para que o pesquisador e os leitores façam a apreensão dos significados. Além do contexto físico, há outros aspectos cuja descrição é importante para estabelecer a semelhança do caso estudado com outros. O peso da descrição de cada contexto depende do caso e do problema, por exemplo: se o caso é uma pessoa, a casa e a família da mesma são contextos importantes. Quando há o

interesse intrínseco do pesquisador no caso estudado, é preciso maior atenção à descrição dos contextos, para que o leitor possa identificar possíveis vieses na análise (Stake, 2012).

Como método de pesquisa, o Estudo de Caso assume o pressuposto de que é possível conhecer um determinado fenômeno a partir da exploração intensa de um único caso. Por isso, o pesquisador, além da detalhada e exaustiva descrição do caso em tela, busca perceber o que este sugere a respeito da totalidade, ultrapassando os limites da unidade social analisada (Tachizawa, Mendes, 1999). Assim, baseia-se na lógica indutiva, sendo apropriado para a investigação de problemas práticos; parte de uma situação focalizada de um fenômeno particular que é descrito e explorado de maneira profunda (Deus, Cunha, Maciel, 2010).

No presente estudo, o fenômeno de interesse é como a equipe multiprofissional psiquiátrica vivencia a assistência a pacientes internados contra sua vontade (internações involuntárias e compulsórias). Para isso, tomou-se como unidade social de análise no estudo de caso a equipe multiprofissional de uma unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral.

No estudo de caso, o pesquisador desempenha papéis variados: professor; observador participante; intérprete; entrevistador; leitor; contador de histórias; defensor; artista; conselheiro; avaliador; consultor. O pesquisador consciente ou inconscientemente toma decisões contínuas quanto à ênfase que dará a cada papel (Stake, 2012).

No presente estudo, é provável que o pesquisador tenha dado ênfase ao papel de intérprete, pois buscou reconhecer e fundamentar novos significados a uma experiência onde está inserido há vários anos como enfermeiro assistencial e docente. Quando o pesquisador atua como intérprete nos estudos de caso, há o reconhecimento de um problema e uma certa perplexidade que provocam a busca do estabelecimento de novas ligações, o que se almeja alcançar com o estudo da situação, encontrando novas maneiras de tornar o caso compreensível para os implicados. O pesquisador, então, torna-se agente de uma nova interpretação do caso (Stake, 2012).

O papel de intérprete e de coletador de interpretações é fundamental, pois, segundo a visão mais contemporânea da pesquisa qualitativa, o conhecimento é construído e não descoberto (Stake, 2012).

O estudo de caso abrange três realidades. A primeira, a externa, é o estímulo primário das pessoas e serve de base para as interpretações, que constituem a segunda realidade. A terceira realidade funde-se às demais, ao se compor pelo universo de interpretações, ou seja, é a realidade racional (Stake, 2012). De maneira geral, a pesquisa pautada pelo método de estudo de caso presta-se a clarificar as descrições e sofisticar as interpretações, dentro de uma perspectiva construtivista do conhecimento (Stake, 2012).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo ocorreu no Serviço de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima do Estado do Amapá, localizado na Av. FAB, nº 70, Bairro Central. É um hospital público fundado em 1945 pelo governador do então Território Federal do Amapá, Janary Gentil Nunes. Recebe pacientes ambulatoriais e internados de todo o estado e das ilhas do Pará, sendo o único hospital de especialidades do Sistema Único de Saúde no estado. Está subordinado à Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) e, desde janeiro de 2016, é dirigido pela enfermeira Luiza Renata Carvalho Dias.

A missão do HCAL é “oferecer qualidade no atendimento especializado aos referenciados pelo SUS, assegurando a continuidade do atendimento e proporcionando a formação técnica do profissional da área da saúde” (Sesa). O perfil do hospital é ser referência em média e alta complexidade para: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Doenças Transmissíveis; Doenças Mentais; Nefrologia; Terapia Intensiva; Oncoginecologia; Medicina interna; Cardiologia; Neurologia; Pneumologia; Proctologia; Infectologia; Reumatologia; Gastroenterologia; Otorrinolaringologia; Psiquiatria; Alergologia; Endocrinologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Cirurgia Vascular; Ortopedia; Mastologia; Neurocirurgia.

O HCAL oferece os serviços de Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Psicossocial; Nutrição e Dietética; Imaginologia (Tomografia e Mielotomografia); Terapia Renal Substitutiva; Anestesiologia; Quimioterapia; Laboratório de Análises Clínicas; Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO); Dispensação de Medicamentos, incluindo os controlados.

No ensino, oferece o Programa de Residência Médica e de Enfermagem, além de ser campo prático para as práticas dos estudantes do ensino de nível médio e graduações da área da saúde.

Uma das enfermarias do HCAL é a psiquiátrica, que conta hoje com 13 leitos para atendimento de adultos. Esta é a única referência do Amapá para as internações psiquiátricas voluntárias, involuntárias e compulsórias. A descrição mais detalhada da enfermaria encontra-se na seção dos resultados deste estudo de caso.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participou do estudo a equipe multiprofissional de internação psiquiátrica do HCAL. A amostra foi do tipo intencional, sendo convidados a participar os 42 profissionais que formam a equipe, sendo todos servidores estaduais: sete médicos psiquiatras, oito enfermeiros, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional e 24 técnicos em enfermagem. O único critério de inclusão foi o consentimento em participar que se expressava pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão foi a recusa do profissional a participar da pesquisa. Aceitaram o convite para participar da pesquisa 30 servidores: uma psicóloga; nove enfermeiros; 15 técnicos em Enfermagem; três médicos; uma terapeuta ocupacional; um professor de Educação Física, atendendo à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

4.4 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

4.4.1 Primeira Etapa

No primeiro momento, para iniciar a aproximação do campo com intuito de pesquisa, aplicou-se aos profissionais do serviço um questionário para obtenção de dados sociais, demográficos e econômicos e também foram coletados os dados do roteiro sistematizado que é utilizado pelo Serviço de Internação Psiquiátrica do HCAL e que fica anexado ao prontuário dos pacientes. Esse documento contém Dados de Identificação; Sociodemográficos e Clínicos (antecedentes mórbidos pessoais, uso de medicações, antecedentes mórbidos familiares, desenvolvimento da doença, exame físico e exame mental). É aplicado pelo enfermeiro na admissão do paciente no serviço e, na ausência desse profissional, pelo técnico em Enfermagem.

Ao preencher esse documento, o enfermeiro avalia o paciente e anota informações dadas pela família, quando o paciente está acompanhado. Em caso de não haver condições de diálogo com o paciente, o instrumento é aplicado assim que as condições do paciente melhorem.

Os dados obtidos por meio do roteiro sistematizado foram organizados pelo Pacote *Excel* do MS Office e analisados estatisticamente por meio do *software* Bioestat 5.3. Esse é um programa gratuito para estudantes de graduação, pós-graduação, pesquisadores e professores, com aplicativos estatísticos voltados, sobretudo, para as áreas das ciências biológicas e médicas. Os resultados foram apresentados em tabelas ou gráficos, de acordo com a variável.

A esta fase inicial, seguiram-se as entrevistas semiestruturadas feitas com os profissionais que aceitaram participar do estudo. As entrevistas guiaram-se por pergunta norteadora (Apêndice B) e relatos verbais. Ocorreram em uma sala reservada da Enfermaria Psiquiátrica, com a presença somente do entrevistador e do entrevistado, garantindo a privacidade e a ausência de interferências externas. Este local é peculiar a todos os participantes, pois é onde exercem suas atividades profissionais. As entrevistas foram agendadas de forma a não atrapalhar a rotina, ou seja, não foram feitas nos horários reservados para a medicação, a higienização e a

alimentação. Tentou-se ao máximo aproveitar o momento da praxiterapia, quando os pacientes se deslocam da enfermaria para a sala destinada a este fim, ficando os profissionais não envolvidos nesta atividade mais liberados para a entrevista. O terapeuta ocupacional e um técnico em Enfermagem de apoio, responsáveis pela realização da praxiterapia, foram entrevistados após a realização desta atividade, durante o horário de visita.

No início de cada entrevista, a enfermeira residente em Saúde Mental, entrevistadora que colaborou na coleta de dados em virtude de o pesquisador também ser servidor no local do estudo, apresentava a pesquisa, esclarecia a todos os servidores da enfermaria acerca dos objetivos, procedimentos e garantias éticas aos participantes, convidando-os a participar. Explicava-se, ainda, que o estudo estava aprovado na comissão de ética em pesquisa da Unifap e contava com autorização da instituição para sua realização, mas que a pessoa estava livre para aceitar ou recusar a participação e que isso não traria prejuízo algum para o servidor. Esclarecia-se, também, que a entrevista seria gravada, salientando o compromisso do sigilo e confidencialidade da identidade do entrevistado.

Orientava-se, ainda, que o tempo de resposta dependeria do entrevistado, que poderia interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízos. Após isso, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para formalizar o aceite dos que concordaram em participar. As entrevistas foram conduzidas a partir da questão norteadora: Como você considera o tratamento de uma pessoa em internação compulsória?

No término das entrevistas, a entrevistadora ficava à disposição para eventuais perguntas ou esclarecimentos sobre o estudo que os entrevistados quisessem fazer. As gravações das entrevistas foram transcritas; os discursos foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo- DSC (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2003), com o intuito de apreender aspectos éticos e técnicos concernentes ao cuidado nas internações psiquiátricas involuntárias/ compulsórias. A técnica de análise de discurso utilizada tem como figuras metodológicas da pesquisa a ideia central (IC), as expressões-chave (EC) e o DSC. Assim, as transcrições das entrevistas foram analisadas na busca de expressões-chaves e ideias centrais, isto é, frases que armazenem significados pertinentes, relacionados com o objeto em investigação e a pergunta de pesquisa.

Com a utilização dos dados, procurou-se entender e compreender as visões sobre o que significa para os servidores da enfermagem atender uma pessoa em uma internação compulsória, entendendo melhor suas atitudes quanto a este tipo de internação e a clientela a ser cuidada pela equipe. O propósito do estudo era de que os resultados pudessem alertar as autoridades judiciais que são procuradas para deliberarem a internação compulsória sobre as consequências desta tomada de decisão sem a avaliação especializada e também contribuir para o estreitamento de relacionamento harmônico entre o judiciário e a assistência à saúde mental.

A análise do conteúdo temático das gravações transcritas gerou as categorias: A difícil experiência do cuidar em internação involuntária/ compulsória; Ênfase no tratamento farmacológico; Inexistência de espaço formal para discussão da internação involuntária/ compulsória; Incipiência da RAPS; Obstáculos para o cuidar na internação compulsória e involuntária.

As respostas das entrevistas foram destacadas com a letra P de Psiquiatria, sendo diferenciadas pelo número atribuído à pessoa entrevistada, como P1 a P30 e assim foram colocadas no quadro apresentado nos resultados e que se destacavam com a ideia central conforme a pergunta da pesquisa.

Escolheu-se o DSC, pois essa técnica dá voz aos indivíduos somados em um coletivo, e é apropriada para tratar dados qualitativos que abarcam a percepção dos envolvidos em um determinado fenômeno sobre este (Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira, 2000). Isso porque se entende que o discurso é “um agenciamento coerente de conteúdos e argumentos” (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2003, p. 30), ou seja, o encadeamento de ideias ancoradas em visões de mundo. O DSC possibilita a captação da variedade de experiências subjetivas da população participante em pesquisa, agregando o discurso dos envolvidos na temática proposta. Como se pretendia, desde a elaboração do projeto, fazer a devolutiva dos achados em Grupos Focais, a escolha da estratégia do DSC também visou minimizar os riscos de exposição individual dos participantes.

Na tabulação dos registros para se chegar ao DSC, os propositores do método sugerem a adoção de uma grade, o Instrumento de Análise do Discurso, que contém colunas para o registro de: Expressões-chave; Ideias-centrais e Ancoragem identificada. Em outra grade, anotam-se as Expressões-Chave e o DSC propriamente dito, que leva ao Quadro-Síntese de apresentação dos resultados.

(Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2003, p. 37-57). Esse procedimento de análise e construção dos DSCs foi feito por meio do uso do *software* específico, Qualiquantisoft, que acelera a análise.

4.4.2 Segunda Etapa

Na segunda etapa, com o intuito de proporcionar a discussão do grupo acerca da temática da vivência dos profissionais no cuidado aos pacientes internados contra sua vontade, foi realizado Grupo Focal (GF), onde se apresentaram os discursos elaborados a partir dos depoimentos gravados nas entrevistas individuais. Os DSCs foram apresentados à equipe multiprofissional, que, a partir do contato com os diferentes entendimentos, estabeleceu uma conversa orientada e sistematizada sobre a realidade vivenciada por seus membros no que se refere às internações involuntárias/ compulsórias e, também, sobre esta temática em estudo.

O GF possibilita multiplicidades de pontos de vista e reações emocionais ancoradas na experiência do dia a dia dos participantes, com a obtenção de um material substancial em um curto período de tempo com a captação de significados, por meio da inter-relação dos participantes (Gatti, 2005). Permite ao pesquisador examinar as análises das pessoas em relação ao tema discutido e também explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal, expressa na comunicação de pares e normas grupais (Kitzinger, Barbour; 1999). Como em estudos de caso cujos dados incluem interpretações-chave é preciso esforço redobrado para a confirmação, optou-se pela devolutiva dos discursos aos participantes para validação ou contestação da interpretação do pesquisador (Stake, 2012).

As pessoas implicadas no caso estudado, além de serem alvo do estudo, desempenham um papel importante no fornecimento de observações e interpretações, ajudando a triangular as observações e interpretações do pesquisador, por meio do que se chama, em pesquisa, a “verificação dos intervenientes” (Stake, 2012, p. 128). Neste processo, pede-se aos participantes que examinem um rascunho incompleto dos achados, sejam estas ações ou palavras. Apesar da possibilidade de se alcançar resultados pouco satisfatórios com esta

devolutiva, com contribuições incipientes, este processo de verificação é “totalmente necessário” (Stake, 2012, p. 129).

O GF é uma entrevista em grupo, que requer atenção para não se tornar um jogo mecânico de perguntas e respostas entre o pesquisador e os participantes. O grupo precisa ser conduzido pelo pesquisador (coordenador) de maneira a permitir uma interação grupal favorável à emergência de dados e percepções que, muitas vezes, não aparecem em entrevistas individuais (Nogueira-Martins, Bógus, 2004).

O GF foi, ao mesmo tempo, meio de coleta de dados e de devolutiva dos dados das entrevistas aos participantes como estratégia de verificação, validação. Uma das obrigações do pesquisador para com os participantes é fornecer uma devolutiva da pesquisa e, quando isso é feito como mais um momento de coleta de dados, esse retorno pode ser fundamental para a verificação e complementação do processo de pesquisa, com a descrição das reações ao material (Nogueira-Martins, Bógus, 2004) e a voz ativa dos participantes na construção dos resultados da pesquisa. Esse tipo de devolutiva dos dados para a análise do GF é uma maneira de inserir o participante como um sujeito ativo no processo de pesquisa (Backes et al., 2011).

O GF pode ter papel complementar no aprofundamento das entrevistas, ao enfatizar aspectos relevantes para a pesquisa ou que requerem maior exploração para a compreensão do objeto (Minayo, 2010). Além do mais, esse uso do GF para discussões dos resultados pode contribuir para que os participantes repensem “atitudes, concepções, práticas e políticas sociais” (Backes et al., 2011, p. 441).

Os GFs foram feitos na sala de atividades, com participação de até dez membros da equipe da enfermagem psiquiátrica. Foram feitos dois grupos, um em cada turno de trabalho para propiciar a máxima participação.

Como introdução do GF, durante aproximadamente 10 minutos, o facilitador, que foi o pesquisador pós-graduando, realizou uma dinâmica de aquecimento, quando os participantes leram os DSCs elaborados. Esses foram afixados nas paredes para que o grupo pudesse circular pela sala durante a leitura; cada DSC tinha uma cor distinta para sua identificação, diferenciando-se dos demais a fim de facilitar as discussões no GF. Após a leitura, o facilitador explorou como os participantes se sentiram frente aos DSCs.

Após o aquecimento, o facilitador apresentou os objetivos da discussão no GF: dar devolutiva à equipe dos resultados parciais, com vistas à validação destes; dar voz à equipe para expressar sua visão acerca dos achados e sua vivência no cuidado às pessoas internadas involuntariamente. Em seguida, foram formuladas perguntas aos participantes a fim de possibilitar a construção do entendimento sobre a temática abordada nas entrevistas, dando-se, assim, início à discussão para validação dos discursos. As perguntas foram suficientemente provocadoras para permitir o debate participativo, mas sem expor os participantes, uma vez que estavam sendo confrontados com os próprios discursos. O aprofundamento e a reflexão nas devolutivas devem ser propiciados, mas sem incorrer em julgamentos (I-Tech, 2008; Minayo, 2010).

Para aprofundar a discussão, o facilitador fez perguntas que motivaram a revelação dos pensamentos e das opiniões dos participantes acerca dos DSCs e da vivência do cuidado. Sugeriu-se ao grupo que se colocassem pensando nas perguntas: Qual dessas visões favorece o cuidado e o trabalho da equipe nas situações de internação involuntária/ compulsória? Por quê? Como vocês diriam que se dá a vivência da equipe no cuidado ao paciente em internação involuntária/ compulsória? Ao final do GF, foi feita uma conclusão pelo facilitador, resumindo as informações e discussões para a validação dos participantes, como preconizado nesta técnica de entrevista grupal (I-TECH, 2008; Minayo, 2010).

Para maior precisão na análise de dados, deve-se: agrupar os dados obtidos em um só lugar; realizá-la o mais rápido possível, isto é, logo após a conclusão das sessões do GF; trabalhar em equipe, com mais de um pesquisador na análise dos dados para evitar vieses; discutir com o grupo as interpretações alternativas; basear os tópicos nos dados; resumir o discutido e ler as respostas de cada questão, concentrando-se no que é relevante para a pesquisa; revisar os dados, retirando comentários desnecessários do contexto ou citação de um participante; considerar as citações e opiniões dentro do contexto das discussões (I-TECH, s. d).

No presente estudo de caso, o pesquisador é participante direto da equipe multiprofissional. Assim, ainda que a observação participante não tenha sido um dos instrumentos formais para coleta de dados, a interação existente entre pesquisador e pesquisados poderia influenciar a análise dos dados. O grupo focal de devolutiva dos discursos foi uma estratégia adotada para modular possíveis vieses desse

convívio na interpretação dos dados. Quando o pesquisador se depara com estes dois papéis distintos, trabalhar no setor e coletar dados, esta constante transição entre ser membro da equipe e observador pode gerar conflitos para o pesquisador e os pesquisados (Rosen, 1991 apud Jureta, Alcadipani, 2011). As ambiguidades e tensões deste duplo papel do pesquisador e pós-graduando são limitações do estudo que se tentou compensar pela possibilidade de, a partir da consciência da alteridade com inclusão da voz dos participantes, dar mais profundidade à compreensão do fenômeno estudado.

Durante todo o processo de trabalho de campo, a equipe multiprofissional do Serviço de Psiquiatria do HCAL estava ciente de que o enfermeiro estava na função de pesquisador, pois ele já havia revelado suas intenções de pesquisa com o estudo, desde o início do doutorado.

Pode se dizer que, no presente estudo de caso, o pesquisador, em certa medida, teve um papel de “participante como observador” natural, porque pertence à mesma comunidade, ainda que a observação não seja sistemática. No duplo papel de membro da equipe e pesquisador, muitas vezes, o investigador está tão implicado nas atividades do grupo como trabalhador que, ocasionalmente, poderá sentir-se compelido a deixar de lado o papel de pesquisador e enfatizar o de profissional da equipe (Streubert, Carpenter, 2002).

Savage (2005) afirma que o uso da abordagem participativa para o estudo da prática da enfermagem a influenciou por sua experiência anterior como enfermeira. Faz o seguinte relato: “estava a trabalhar com um grupo que de algum modo era o mesmo que eu, e de outro modo era diferente” (Savage, 2005, p. 84). Essa experiência tornou mais explícitos para a autora alguns aspectos da prática da enfermeira, com base na sua consciência de alteridade, ou seja, do transitar em mão dupla nos dois papéis que tinha no momento da pesquisa.

Então, pode-se afirmar que o presente trabalho é um estudo de caso intrínseco, pois há um interesse intrínseco do pesquisador no caso. É comum que a escolha do caso não seja uma opção e sim algo que está dado e que o pesquisador se vê obrigado a estudar, por exemplo: um professor que decide estudar um aluno que revela dificuldades; quando o profissional que sente curiosidade acerca de uma determinada atividade ou assume a responsabilidade de avaliar um programa. O caso está dado e o interesse em estudá-lo decorre da possibilidade de se aprender

sobre outros casos ou um problema em geral e, também, porque é preciso aprender sobre o caso em particular, dado o interesse intrínseco do profissional (Stake, 2012).

Os relatos apresentados no GF foram gravados e transcritos posteriormente, buscando-se evidenciar as ideias centrais e temas emergentes da discussão entre os participantes. Obtiveram-se temas por intermédio da apreensão da unidade de análise proposta presente e reunida no DSC dos participantes, analisados conforme a pertinência em relação às experiências vivenciadas pelos servidores da enfermagem psiquiátrica de um hospital geral.

Na transcrição, para a conferência dos discursos, a gravação feita foi ouvida e, quando se fez necessário, algumas alterações de pontuação no texto foram realizadas, visando simplificar a leitura e a compreensão do possível leitor. A análise do conteúdo do GF baseou-se em Bardin (2011, p.44), que desenvolveu

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O material transcrito foi analisado e dividido em categorias temáticas a partir das ideias identificadas, posteriormente foram agrupadas por frases para que as ideias fossem organizadas e liberassem inferências sobre o significado do GF.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifap, sob o parecer de n. **739.309**, com data de relatoria: **05/08/2014**. Durante a realização da pesquisa, respeitaram-se os princípios éticos acerca de pesquisas envolvendo seres humanos, como definido na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O TCLE também foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifap, tendo sido elaborado em duas vias, permanecendo uma com os participantes e a outra com o pesquisador.

4.6 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

- A) Autorização da direção do Serviço de Psiquiatria do HCAL: obtida com o coordenador do Serviço em 05/03/2014 (APÊNDICE A).
- B) Apreciação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Unifap, com o número do Parecer: 739.309; Data da Relatoria: 05/08/2014 (ANEXO E).
- C) Esclarecimento dos objetivos do estudo aos profissionais do Serviço: feito individualmente, antes das entrevistas e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).
- D) Levantamento e Tabulação preliminar dos dados sociodemográficos e clínicos (ANEXO F).
- E) Entrevistas com parte da equipe multiprofissional: foram entrevistados cerca de 60% do total pretendido. Essas entrevistas foram transcritas e organizadas nos DSCs para o GF (ANEXO G).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 A ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA DO HCAL

A enfermaria psiquiátrica conta com 13 leitos em funcionamento, sendo o HCAL a única referência do estado para internação psiquiátrica. Em consonância com a Política Pública para a Saúde Mental, a equipe que atua na enfermaria defende a internação breve, entretanto, por abandono da família, existem pacientes, cuja internação prolonga-se por anos.

A enfermaria de Psiquiatria do HCAL atende adultos encaminhados pelo Hospital de Emergências, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), pelas Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPAs) e pelas demais Unidades do HCAL, após interconsulta psiquiátrica. Ao receber alta da enfermaria de Psiquiatria, os pacientes são encaminhados para o Ambulatório de Saúde Mental do HCAL. Usualmente, esse retorno ocorre em 30 dias após a alta.

Os recursos físicos da enfermaria são: Posto de Enfermagem, três quartos, sala de praxiterapia; sala da Psicologia, sala dos enfermeiros, Repouso médico; Repouso dos técnicos em Enfermagem; Repouso dos enfermeiros plantonistas; copa; refeitório; dois banheiros internos; um banheiro externo. Durante as internações, ofertam-se aos pacientes os serviços médicos, de enfermagem, psicossocial e terapia ocupacional.

Os serviços na enfermaria ocorrem com a visita diária médica e prescrição médica para sete dias, que é reavaliada diariamente pelo psiquiatra plantonista do serviço noturno, segundo a evolução do paciente. Essa é acompanhada pela equipe multiprofissional, que a registra na evolução diária, cabendo a cada categoria profissional um dia na semana para efetuar esse registro. Assim, o prontuário do paciente conta com o registro da avaliação de cada profissional da equipe de saúde, o que facilita o acompanhamento de sua evolução. Os cuidados de enfermagem nas 24 horas incluem: ajuda na higienização e alimentação; administração de medicações; ações de promoção à saúde física e mental; curativos; orientações para as intervenções de contenção física total ou parcial do paciente com risco de homicídio, suicídio, fuga, violência dirigida a si mesmo, violência dirigida a outros; encaminhamentos para interconsulta e serviços diagnósticos quando há uma

ocorrência clínica; consulta de Enfermagem; participação; praxiterapia; atividades extra-hospitalares, como passeios nas assembleias dos pacientes, as quais são coordenadas por um técnico do nível superior da enfermaria, com a pauta construída a partir dos pedidos dos pacientes. Esta é discutida por eles e os servidores presentes do nível superior e médio, devendo ocorrer semanalmente, no caso, às quintas-feiras, com duração no máximo de 45 minutos, com respostas aos pacientes presentes e encaminhamentos para a coordenação da enfermaria. Entre os assuntos destacam-se altas; roupas; visitas; passeios; maus-tratos; agressividade; horário da televisão ligada; contato telefônico com familiares faltosos; fugas; brigas e avaliação dos participantes do evento, sendo retirado, se necessário, com a votação dos pacientes e servidores presentes.

Há atendimento psicossocial diário aos internados, feito pelo psicólogo e o assistente social. Nesse atendimento, faz-se a escuta dos familiares, após agendamento prévio por telefone. Toda quarta-feira, acontece a reunião familiar, aproveitando-se o horário de visitas e, se necessário, a família é acolhida pelos profissionais do atendimento psicossocial. Também acontecem visitas domiciliares, de acordo com a disponibilidade da família e do transporte na Coordenação Estadual de Saúde Mental.

Na Terapia Ocupacional, ocorre avaliação diária das condições físicas e psíquicas dos pacientes, durante as atividades planejadas e organizadas pela terapeuta ocupacional (TO). Os pacientes, sob a orientação da TO, confeccionam ornamentos para a decoração do ambiente nos eventos mensais e festivos como: Carnaval; Páscoa; Dia das Mães; Festa Junina; Dia dos Pais; Semana da Pátria; Dia da Criança; Dia da Bandeira; Festas Natalinas.

As atividades são programadas a partir do Planejamento Terapêutico Singular (PTS), que é feito com a participação do paciente por meio de sugestões dadas na assembleia dos pacientes. Para a realização das atividades, respeitam-se normas e rotinas de funcionamento da enfermaria nos turnos manhã e tarde. Para os passeios, saem os pacientes que aceitem realizar a atividade extra-hospitalar, após avaliação da equipe.

Ressalta-se que esta enfermaria, por ser a referência e receber pessoas em surto psicótico nas 24h de funcionamento, vindas principalmente do Hospital de Emergências, em internações dos tipos voluntárias; involuntárias; compulsórias, supracitadas e amparadas pela Lei n. 10.261/2001, muitas vezes está com a lotação

completa e sem vagas para novas internações por um período longo. Apesar de ter a missão para internação breve, com duração máxima de sete dias, isso não ocorre na prática, devido ao abandono do paciente pela família, a ordem judicial que mantém a internação, com isso há o estrangulamento da demanda por internações em surtos no Hospital de Emergências e, na enfermaria, frequentes fugas.

Com uma estrutura física antiga, que ainda mantém resquícios manicomial, veem-se, na porta de entrada, vestígios de destruição pelo alto potencial de agressividade de alguns pacientes. O acesso à enfermaria, que se dá pelos fundos do HCAL, próximo ao Ambulatório das Clínicas, é difícil, tanto pela manhã como pela tarde, pois há grande movimento de pessoas em ambos os períodos. Na entrada, há uma guarita com vigilante, de empresa terceirizada, que é responsável pelo controle de quem entra e sai da enfermaria, o que acaba contribuindo para a discriminação da “psiquiatria”. Os vigilantes ficam em um local dentro da enfermaria (guarita) e por sua função, mantem contato com os internados e seus familiares, e em alguns momentos tornam o relacionamento social não adequado para o planejamento terapêutico, o que gera alguns conflitos com a equipe da assistência, pois, apesar de receberem orientações constantes para o convívio com os pacientes e seus familiares, entretanto, nem sempre são aplicadas.

Há uma rampa na entrada da enfermaria, o que gera riscos de quedas e ferimentos corto-contusos, sendo estas ocorrências comuns com os internados que apresentam crise convulsiva, andar trôpego, sonolência. Na área externa dos dormitórios, existem três chuveiros em banheiros externos, fora dos dormitórios, para que os internados possam se refrescar nos dias de calor intenso, característicos do clima da Região Norte do Brasil.

Ao fundo da enfermaria, existe uma sala-dormitório climatizada, mas, como os internados não gostam de usá-la, esta recebe os pacientes internados em crise psicótica grave, por ficar distante dos outros dormitórios que se encontram no início da enfermaria, principalmente os que chegam no horário noturno, para não acordar os que já apresentam melhora no quadro psicótico e evitar insônia nos demais após a entrada de uma pessoa em crise. São comuns as emergências psiquiátricas no horário noturno, madrugada e, muitas vezes, com a chegada de uma pessoa em crise, com agitação psicomotora, aos gritos, agressiva, logorreica, os internados acabam acordando, agitando-se e entrando em estado de crise. Muitas vezes, também, pela desorientação, agressividade com que chegam os pacientes em surto,

a abordagem requer que os profissionais façam a contenção deles, o que pode ser compreendido pelos demais como maus-tratos e não o cuidado necessário para controle do estado de crise, e ficam assustados.

Os leitos são baixos, com aros para passar as tiras de contenção; são divididos por sexo, sendo sete para homens e seis para mulheres. Entretanto, muitas vezes, a demanda extrapola a oferta de leitos por sexo, por exemplo, pode haver dez homens e três mulheres, sendo preciso fazer uma mudança dos leitos nos quartos, a fim de manter a separação dos pacientes segundo o sexo. Isso não é bem aceito pela equipe, pois, com a distribuição dos leitos pelos dormitórios de acordo com o número de homens e mulheres internados, não se consegue obedecer às normas de espaçamento entre as camas. Ademais, a sexualidade exacerbada entre os internados requer a atenção redobrada da equipe. A distribuição dos leitos pelos dormitórios fica mais comprometida ainda, pelo fato de os pacientes não gostarem de ficar no quarto climatizado que fica no fundo da enfermaria.

Quando os pacientes são encaminhados para a internação pelo ambulatório, como este fica no andar acima da enfermaria, o acesso a esta se dá através de uma porta interna que faz a comunicação dos dois serviços. Técnicos de Enfermagem da equipe da enfermaria, acompanhados pelo enfermeiro, deslocam-se até o ambulatório para conduzi-los o paciente para a internação. Isso requer, muitas vezes, o uso de medidas próprias do cuidar em emergências psiquiátricas, pois há pacientes com alto potencial de agressividade, resistentes à internação, sem autoaceitação do tratamento hospitalar, com *insight* negativo, o que torna necessário o uso comedido de força para contenção e condução até a enfermaria. Esses casos, quando presenciados pelos que aguardam atendimento no ambulatório, acabam perturbando a rotina e o ambiente da sala de espera.

Além de a estrutura física ser antiga e precária, há muitos problemas com a manutenção (em relação a obras e limpeza). Por exemplo, apesar das muitas solicitações para reparos hidráulicos e elétricos, há grave falta de água e energia elétrica por várias horas no dia. A enfermaria fica em um local fora do alcance do motor gerador de energia, assim, as salas de atendimento, o posto de enfermagem e a sala de praxiterapia permanecem horas sem energia elétrica. Há vasos sanitários entupidos nos dormitórios em outros ambientes da enfermaria. Roedores e insetos infestam as áreas de alimentação, higienização, área externa da enfermaria, e os servidores e internados têm que conviver com estas pragas dia e noite.

Uma questão grave diz respeito às emergências clínicas, pois, na enfermaria, não há aparato para atendimento emergencial, como oxigênio canalizado, sala específica para procedimentos, material de intubação, medicações de emergência. O acesso ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) é difícil, pois este fica bem distante da enfermaria, sendo que esta se localiza no fundo do HCAL e aquele, no terceiro andar do hospital. Dificilmente se consegue que o médico venha à enfermaria para interconsultas clínicas, sendo necessário que a pessoa, já em estado grave, seja transportada de maca até o local onde está este profissional para se fazer a avaliação e internação no CTI, se for o caso. Isso é bem comum no caso de impregnação neuroléptica maligna, que tem forte indicação para assistência em CTI, já que o agravo apresenta 10% de letalidade.

A enfermaria conta com uma Coordenação Técnica, feita por médico psiquiatra ligado à Coordenação Estadual de Saúde Mental, e uma Coordenação Administrativa, a cargo de um enfermeiro assistencial do serviço que também é ligado à Coordenação de Enfermagem do HCAL. No plantão noturno presencial, a equipe conta com um médico psiquiatra, um enfermeiro, dois ou três técnicos de enfermagem; pela manhã, há um enfermeiro, dois ou três técnicos de enfermagem e uma assistente social; à tarde, um enfermeiro, dois ou três técnicos em enfermagem, uma psicóloga e uma assistente social.

Durante as 24h do dia, há um vigilante para a entrada; na alimentação, há uma copeira no turno da manhã e à tarde; para limpeza, há um profissional, 12h em regime de escala, responsável por limpar a enfermaria e o ambulatório. O enfermeiro residente e o professor de Educação Física residente ficam na enfermaria pela manhã e tarde, exceto nos dias de aulas teóricas, quando permanecem só pela manhã.

Os serviços de vigilância e limpeza são terceirizados, sendo os funcionários designados para a enfermaria apresentados à equipe e aos internados. Antes de começarem a atuar na enfermaria, recebem orientações da equipe sobre o manejo dos internados; observações e responsabilidades quanto à fuga de internados; comunicação adequada; orientação para não se envolverem de forma externa com situações; proibição de fumar no local de trabalho, o que também vale para os internados na enfermaria; orientação para não abandonarem seu posto; obediência ao horário de visitas; boa comunicação com a equipe plantonista; obediência à

regulamentação do serviço, observação de entrada e saída de pessoas não servidoras durante o plantão.

As internações ocorrem mais frequentemente no período noturno em virtude da presença de psiquiatra no plantão, responsável pela avaliação especializada, prescrição do tratamento medicamentoso, cuja administração ficará a cargo da equipe de Enfermagem. Os medicamentos prescritos são dispensados na Farmácia do HCAL, mas, na enfermaria, há um pequeno estoque de medicações psicotrópicas emergenciais injetáveis, que fica guardado em armário trancado, sob a responsabilidade do enfermeiro plantonista, que responde pelo controle destas medicações. Esse estoque local permite a ação imediata da equipe no controle medicamentoso das crises dos pacientes.

Na admissão, é feita revista completa do paciente para evitar que fique com material perfurocortante, cigarro, cachimbo, dinheiro, joias, bijuterias. O serviço oferece uniforme aos pacientes, assim, no momento da internação ou na primeira visita, as roupas pessoais de cada um são devolvidas aos familiares. Os uniformes são fornecidos e higienizados pela empresa terceirizada que é responsável por toda a roupa hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá.

Cabe ao vigilante da entrada somente permitir o ingresso de pessoas que venham com indicação de internação depois de se comunicar com a equipe de enfermagem plantonista no Posto de Enfermagem. O enfermeiro é o responsável pela autorização da entrada da pessoa em crise e dos familiares que a acompanham, acionando, prontamente, o psiquiatra plantonista. Após a entrevista inicial, os familiares recebem as orientações para trazerem material de higienização pessoal do paciente, porque o serviço não o oferta. A seguir, são encaminhados ao Serviço de Internação do HCAL, no andar térreo, devendo retornar à enfermaria para entregar a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchida. Durante a internação, é permitida a entrada de dois parentes por internado; as visitas ocorrem diariamente, durante uma hora pela manhã e outra à tarde. Não podem trazer alimentos para a enfermaria, sem a devida autorização e orientação da equipe, que faz a liberação após discussão em reunião e notificação ao serviço de vigilância.

A realidade da falta de medicação psicotrópica na rede de saúde mental da capital e do estado provoca o agravamento dos quadros, com crises intensas, o que gera alta demanda de internação. A internação em estado grave dificulta a rotatividade dos leitos, por não ser possível manter a proposta de internação breve.

Além disso, há pacientes que podem ser considerados “moradores”, pois estão internados há vários anos e ocupam permanentemente três dos 13 leitos ocupados. Com estes problemas na lotação e rotatividade dos leitos, as pessoas em surto psicótico que necessitam de assistência hospitalar ficam aguardando a liberação de leito no Hospital de Emergências.

A situação atual é agravada pela iminente retirada da enfermaria do local onde está e transferência para outro ainda não determinado. O local hoje ocupado pela enfermaria foi destinado à construção da Radioterapia e da Clínica Oncológica. A única segurança que resta à equipe é pensar que, de acordo com a Política de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a enfermaria, única referência em internação psiquiátrica, não poderá ser extinta, pois é um componente da RAPS importante para o atendimento de média e alta complexidade das pessoas em surto psicótico, em crises severas de transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas.

Com isso, foi retratada a enfermaria que recebe todas as pessoas que precisam de atendimento hospitalar no Estado do Amapá, em crise psicótica, depressão grave, por tentativas de suicídio, retardo mental, apenados em crise psicótica e por internação compulsória, usuários de álcool e outras drogas, até por não haver ainda um CAPS III efetivamente em funcionamento.

As imagens, a seguir, retratam alguns ambientes da enfermaria descritos anteriormente.

Figura 1 - Porta de acesso à enfermaria

Figura 2 - Porta de acesso ao dormitório

Figura 3 - Dormitório

Figura 4 - Guarita

5.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

5.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das internações

Na caracterização do perfil sociodemográfico das internações da enfermaria psiquiátrica estudada, predomina o sexo masculino, no período de março a dezembro de 2015: em um total de 295 internações, 59,33% (175) eram do sexo masculino e 40,67% (120) do sexo feminino. Ao contrário destes dados, em estudo na Unidade de Internação de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP - USP), que

atende clientela semelhante ao cenário de estudo (psicóticos em crise aguda; sintomas psicóticos associados a doenças orgânicas; crise aguda necessitando de internação breve em hospital geral), o sexo feminino foi predominante (Oliveira, Laus, 2011).

O lapso de tempo entre este e aquele estudo, poderia implicar esta diferença, entretanto, em outro estudo, realizado na Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral em Cascavel (Paraná), destinada a adolescentes em dependência química, havia prevalência do sexo masculino entre os internados (Mombelli, Marcon, Costa, 2010). A especificidade desta enfermaria guarda certa semelhança com o cenário deste estudo, pois, sendo o HCAL a única referência de psiquiatria do Estado recebe muitas internações compulsórias e/ou involuntárias de dependentes químicos.

A idade dos internados variou de 14 a 64 anos, com média de 35 anos e desvio padrão de ± 14 . Entretanto, 27,11% (80) do total de internações não tinham esse quesito preenchido no formulário.

Quanto à cor/raça, houve predomínio da parda (57,62%; 170), seguida da branca e negra, que tiveram 13,55% (40). Entretanto, a variável “não souberam responder” também correspondeu a 13,55% e, ainda, 2,98% do total de formulários não tinham declaração de cor/raça. Embora com poucos achados representativos dessa associação no Brasil, principalmente nos inquéritos populacionais, Cesar et al. (2005) encontraram maior presença de transtorno mental comum (TMC) nas pessoas de pele cor negra ou parda (20,9%), em comparação com pessoas de pele cor branca (15,9%) e cor amarela (13,1%). No estudo de Anselmi et al. (2008) verificaram maior presença de transtorno entre as pessoas de cor negra ou cor parda, entretanto somente nas mulheres, já que nos homens perdeu relevância após análise ajustada para renda familiar. Araújo et al. (2005) difundiram maior presença de TMC em mulheres de cor de pele negra ou parda.

No que se refere ao estado civil, 64,40% (190) eram solteiros e 18,64% (55), casados. Entretanto, 10,16% (30) “não souberam responder”, como informava o formulário preenchido no momento da internação. Esse achado é consistente com a literatura, que sugere a dificuldade de as pessoas com transtorno mental (psiquiátricos) iniciarem vida conjugal, o que explicaria a maior probabilidade de internação dos solteiros (Silva, Coutinho, Amarante, 1999; Dalgalarrodo, 2003).

Entre os pacientes residentes em Macapá, predominou o bairro Congós, com 5,08% (15), seguido do bairro Alvorada, com 3,38% (10), ambos localizados na Zona Sul de Macapá. Na Zona Norte do município, os dois bairros mais citados apresentaram os mesmos índices dos da Zona Sul, a saber: Pacoval, com 5,08% (15); Novo Horizonte, com 3,38% (10). Entre os pacientes que residiam fora de Macapá, predominaram os moradores de Santana, segundo município mais habitado do estado, com 5,08% (15). Destaca-se que 42,37% (125) não souberam responder sobre este aspecto.

Os estudos sobre transtornos mentais não têm mostrado correlação entre os tipos de transtornos e a área de residência, considerando área rural e urbana, entretanto, estudo realizado em Santiago do Chile sobre a associação entre a saúde mental de moradores e aspectos da qualidade do ambiente de residência, como ruas asfaltadas e quantidade de áreas verdes evidenciou associação inversa entre qualidade do ambiente e presença de transtorno mental comum (Araya et al., 2007). Também há estudos que mostram que a ausência de vínculos familiares, o desemprego, a violência, a perda da autoestima, o uso de drogas lícitas ou ilícitas e as doenças mentais são fatores determinantes/ condicionantes da moradia nas ruas, viadutos, becos e praças das cidades (Francisco, 2011).

Quanto à procedência, predominam os pacientes oriundos do Hospital de Emergência (HE), com 49,15% (145), seguidos dos que vieram do domicílio, que representam 15,25% (45). No entanto, para 35,59% (105) das internações não havia informações quanto à procedência nos prontuários. Todos os serviços de saúde, independentemente de seu nível de complexidade, podem encaminhar pacientes para o HCAL, que recebe encaminhamentos da Atenção Básica, Ambulatórios e Serviços de Urgência/Emergência.

O tipo de internação predominante foi a involuntária, representando 69,49% (205) do total. A internação compulsória representou 5,09% (15). Somados estes dois tipos de internação, torna-se possível dizer que 74,58% (220) dos pacientes ingressam na enfermaria contra a sua vontade. A internação voluntária representou 8,47% (25) do total e 16,95% (50) dos prontuários não tinham esta informação (Tabela I).

Tabela 1 - Demonstrativo do Tipo de Internação

Tipo de Internação	N	%
Voluntária	25	8,47%
Involuntária	205	69,49%
Compulsória	15	5,09%
Não Informado	50	16,95%

Fonte: Primária.

Estudo realizado nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza (Ceará), conveniados com o Sistema Único de Saúde, observou que, em um total de 393 pacientes, 253 (64,37%) eram de internações psiquiátricas voluntárias e só 140 (35,62%) de involuntárias (Oliveira et al., 2011). A predominância dos atendimentos contra a vontade autônoma dos pacientes no presente estudo pode ser indicativa da ineficiência da Rede de Saúde Mental no município de Macapá, impossibilitando o acompanhamento adequado das pessoas com transtorno mental e a efetivação de um sistema engrenado de referência e contrarreferência.

A Portaria n. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, resolve, no art. 2º,

que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível (Brasil, 2002).

Ademais, esta predominância de internações contra a vontade autônoma dos pacientes pode indicar a não aceitação pela comunidade do atendimento no CAPS (Mangualde et al., 2013), pois os pacientes, ao não aderirem ao acompanhamento ambulatorial, pioram, podendo entrar em crise e demandar internação de emergência, involuntária ou compulsória.

As internações involuntárias são indicativas da falta de estrutura das famílias para conduzir o tratamento e a convivência com o paciente em casa, às vezes, em virtude do comportamento hostil, labilidade do humor, agitação psicomotora. Isso pode levar ao adoecimento físico e mental também do cuidador familiar, que não

consegue ter sono e repouso adequados. Muitas vezes, o usuário de álcool e de outras drogas não necessita de internação, mas a família se sente desgastada e com medo de adoecer e, até mesmo, de morrer. Não são raros os relatos de familiares que são forçados pelos usuários a dar dinheiro para compra de droga, ou que tiveram tudo de mais valor da casa vendido pelo usuário para conseguir dinheiro para as drogas, ou que tenham sido afrontados pelo usuário com a ameaça de incendiar tudo se não fosse atendido.

Com este histórico, a família procura ajuda do Fórum de Justiça, que encaminha o pedido com “Mandado de Segurança” que solicita a internação para vários anos. Isso, sem dúvida, contrapõe-se ao disposto na Lei n. 10.216/2001, que implantou a Reforma Psiquiátrica no intuito de proteger e ressocializar as pessoas com transtorno mental, promovendo a desinstitucionalização que rege a Política de Saúde Mental no país. A internação involuntária fomenta questões éticas, em virtude de violar a liberdade da pessoa pela falta de aceitação dos procedimentos ou tratamento indicado. O paciente é privado de sua liberdade por solicitação de seus familiares, havendo argumentos tanto em defesa como contra o tratamento involuntário.

Quem considera o transtorno mental como um mito, por exemplo, entende que o tratamento involuntário não faria sentido já que a entidade nosológica alegada como justificativa da internação é inexistente. Existe quem condena o tratamento coercitivo por defender que a terapêutica só pode ser eficaz com a colaboração e aceitação da pessoa. Há, ainda, os que sustentam a eficácia do tratamento coercitivo, entretanto, defendem que a sociedade deveria se esforçar para tornar o tratamento ambulatorial atrativo e acessível, antes de investir na internação involuntária (Peele, Chodoff, 1999).

No local de estudo, as internações compulsórias não respeitam totalmente o artigo 9º da Lei nº 10.216/2001, pois, ainda que ordenadas pelo juiz, não se observam as condições da enfermaria e indicação técnica. O referido artigo afirma: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e servidores”. Entretanto, para o local de estudo, não se segue um protocolo de internação, considerando a avaliação de um especialista da área para o

encaminhamento à internação psiquiátrica. A falta de avaliação prévia à internação por profissional capacitado e qualificado pode acabar gerando insegurança para a equipe da enfermaria, especialmente frente a situações de alto potencial de agressividade.

Entre os argumentos em defesa da internação contra a vontade da pessoa merecem destaque: em primeiro lugar, a necessidade de comunicar o Ministério Público da internação em 72h e da alta também, anexando-se um Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária aos documentos necessários para proceder à internação hospitalar (Lima, 2007).

Não raro, internações involuntárias tornam-se compulsórias, especialmente pelo abandono dos pacientes pelos familiares, exigindo que o HCAL requeira a intervenção do Ministério Público para forçar a família a, pelo menos, visitar o paciente internado na enfermaria psiquiátrica. Compreende-se que a falta de condições da rede de saúde mental e as dificuldades de convivência familiar com a pessoa com transtornos mentais acabam levando as famílias a procurarem apoio das autoridades para afastar do ambiente familiar seus entes com sinais e sintomas psicóticos, entregando-os ao Estado que, por sua ineficiência, mantém o que acontecia no passado: “depósitos de loucos”.

Quanto à escolaridade, 45,76% (135) tinham ensino fundamental incompleto; 11,86% (35), o ensino médio completo; 10,16% (30) não eram alfabetizados e apenas 5,08% (15) tinham ensino superior completo. Não constavam informações no que tange à escolaridade dos pacientes em 27,12% (80) dos registros. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Censo de 2010, a população do Estado do Amapá apresenta-se com 51,37% de indivíduos pardos alfabetizados, seguidos de 18,87% de indivíduos brancos alfabetizados, de 7,03% de indivíduos negros alfabetizados, de 0,77% de indivíduos amarelos alfabetizados, de 0,76% de indivíduos indígenas alfabetizados e 2,98% de indivíduos sem declaração de raça, mas alfabetizados.

Os pacientes internados na enfermaria do HCAL eram, na sua maioria, negros/pardos e alfabetizados, retratando o perfil censitário do estado. Estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, com 54 pessoas com transtornos mentais, constatou que quase a metade tinha o ensino fundamental, sendo que o completaram cerca de 14%; 39,6% tinham ensino médio completo ou incompleto e

6,3% haviam concluído ensino superior. Os analfabetos eram 4,2% (2) (Cardoso, Galera, 2011). O transtorno mental, de acordo com sua complexidade, afeta o desenvolvimento escolar, pois provoca dificuldades na concentração e na frequência às aulas, a ponto de a pessoa interromper os estudos ainda no ciclo fundamental (Junqueira, 2009).

No presente estudo, quanto ao uso de tabaco e álcool, encontrou-se maior prevalência de usuários de ambos, 30,50% (90), que fumavam e ingeriam bebidas alcoólicas. Os que não fumavam e não ingeriam bebidas alcoólicas somaram 27,11% (80); 16,94% (50) ingeriam bebidas alcoólicas, mas não fumavam; 11,86% (35) somente fumavam. O consumo de drogas foi mencionado por 5,08% (15) dos internados e 8,47% (25) não souberam responder.

O uso abusivo de álcool e de outras drogas pode estar associado ao aumento dos transtornos mentais, assim, é preciso identificar se as pessoas portadoras de transtornos não relacionados ao uso de álcool e outras drogas abusam dessas substâncias psicoativas ou são delas dependentes, a fim de identificar a comorbidade (Hess, Almeida, Moraes, 2012). A ocorrência de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas é preocupante no cenário epidemiológico nacional, pela disponibilidade destas drogas e a experimentação que vem acontecendo cada vez mais precocemente, com malefícios biológicos, sociais e riscos individuais e coletivos (Azevedo, Silva, 2012).

Quanto ao perfil clínico (Gráfico I), mais especificamente, no que se refere às condições de saúde, 47,45% (140) não apresentavam antecedentes mórbidos, comparando-se com os antecedentes mórbidos dos seus familiares registrados em 28,81% (85) dos casos. No que tange à hipertensão arterial, 8,47% (25) dos pacientes referiam sofrer deste mal, enquanto, entre os familiares, encontrou-se 40 casos (13,55%). Evidenciou-se, também, em relação à condição de saúde dos familiares dos pacientes, que 5,08% (05) dos casos tinham antecedentes psiquiátricos na família (Gráfico I).

Estudo realizado na região do Porto, em Portugal, encontrou que 69% dos pacientes tinham antecedentes psiquiátricos, com pelo menos uma internação psiquiátrica, e mantinham o acompanhamento ambulatorial, correspondendo a pessoas com transtornos mentais crônicos (Alves, 2013). Por ser o componente genético significativo no transtorno mental, as probabilidades de parentes de

primeiro grau (pai, mãe, irmãos e filhos) apresentarem transtorno mental são maiores do que as de parentes de segundo grau (Kaplan, Sadock, 2007).

Gráfico 1 - Perfil Clínico de Acordo com as Doenças dos Internados. 2015.

Fonte: Primária.

Quanto ao aspecto “Agravos Psíquicos”, que se refere aos diagnósticos do tipo de transtorno mental dos internados, o agravo que prevaleceu foi “Esquizofrenia”, encontrado em oito casos (38,09%). A esquizofrenia é a doença mental crônico-degenerativa, na qual as pessoas adoecidas têm dificuldade para reconhecer a realidade, comportar-se dentro dos parâmetros sociais aceitos como normais e realizar tarefas de autocuidado e higiene pessoal. É tida como a mais grave das doenças mentais e, em 2009, já acometia aproximadamente 2 milhões de brasileiros, sendo cercada por tabus e preconceitos, em decorrência do desconhecimento da maioria da população sobre essa doença (Palmeira, Geraldês, Bezerra, 2009).

O estudo de Silva et al. (2015) mostrou a prevalência do diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes (F20 – F29) entre mulheres. Entretanto, há dados na literatura que apontam a maior prevalência de Transtornos do Humor (F30 –F39), como Depressão e Transtorno Bipolar no sexo feminino (Botti et al., 2013).

No aspecto “Medicamentos utilizados pelos pacientes”, em um total de 205 medicamentos que foram administrados no período do estudo, prevaleceu a classe dos “ansiolíticos e hipnóticos”, com um total de 61 medicamentos consumidos por 29,75% dos pacientes. Destacou-se o Midazolam (Dormonid), com 131 pacientes que utilizavam este fármaco.

O uso de psicofármacos justifica-se pela indicação para diminuir os sintomas dos transtornos mentais, sobretudo os psicóticos e as manifestações do humor deprimido. Entretanto, somente o tratamento medicamentoso não é suficiente, devendo ser combinado com tratamentos não medicamentosos, como a psicoterapia (Cardoso, Galera, 2009). As medicações não preveem a cura dos transtornos mentais, ao contrário, a prescrição de medicações é indicada como adjuvante à psicoterapia individual ou em grupo, visto que as medicações aliviam só os sintomas físicos e comportamentais (Townsend, 2014).

No exame físico da pele no momento da internação, houve 66 características encontradas e 34,84% (23) dos pacientes apresentavam “pele íntegra”, ou seja, não tinham alterações no tecido tegumentar. No exame da “boca”, 76 características foram encontradas, destacando-se a “dentição incompleta/ausente” para 94 (31,86%) pacientes.

A Cárie e as alterações Periodontais são problemas encontrados nos pacientes com deficiência, e a dificuldade em manter bons níveis de saúde bucal deve-se tanto ao comprometimento físico e/ou mental quanto às barreiras sociais que estes pacientes enfrentam (Sacchetto et al., 2013, p. 103).

Em estudo sobre utilização de serviços odontológicos hospitalares por pessoas com necessidades especiais, encontrou-se que a maioria das pessoas (60,3%) tinha o diagnóstico de transtornos mentais ou comportamentais (Santos et al., 2015).

Pinho e Silva (2011) apontaram em estudo que ao exame do aparelho gastrointestinal, houve registro de “abdome plano” em 133 casos (45,31%), sendo 86 homens e 47 mulheres. No entanto, 40 prontuários não tinham registro sobre o resultado deste procedimento, o que limita a apresentação de resultados. A conexão cérebro-intestinal tem sido reconhecida e o seu envolvimento com o sistema gastrointestinal tem sido respaldado em uma das funções normais do intestino, bem como em alguns transtornos neuropsiquiátricos.

O estudo de Nakano (2009b) mostrou que ao exame mental, avaliando as funções psíquicas, no aspecto “Pensamento”, prevaleceu o registro de “confuso”, com 113 (38,37%) do total das internações. É comum o emprego da expressão “estou confuso”, significando que o indivíduo está indeciso, sem saber que atitude adotar diante de várias alternativas. A expressão popular “andar como barata tonta” identifica esse mesmo sentido vulgar de confusão: o indivíduo corre de um lado para outro, sem saber o que fazer primeiro.

No aspecto “Consciência”, houve o registro de cem pessoas com a característica “lúcida”, que pode ser definida como a capacidade neurológica de captar o ambiente e de se orientar adequadamente, ou seja, não há alteração no nível da consciência. A consciência pode ser considerada, do ponto de vista psiquiátrico, como um processo de coordenação e de síntese da atividade psíquica (Castro, 2014). Alterações de consciência e do humor são subjetivas, pois afetam o ser humano e são fontes de prazer, servindo para a melhora nos sentidos e estados (Berlinck, 2014).

No aspecto “Orientação”, prevaleceu o registro de “Desorientado Alopsiquicamente” em 30 pacientes com a função psíquica orientação afetada. As alterações da Orientação correlacionam-se com o tipo de perturbações das funções psíquicas, às quais está subordinada a orientação no tempo, no espaço e sobre si próprio. Em geral, a desorientação instala-se de modo gradual, iniciando-se pelo tempo, depois o espaço e a última a ser alterada é a autopsíquica, isto é, de si mesmo (Castro, 2014).

No aspecto “Inteligência”, houve predomínio de “aparentemente inserido”, que totalizou 125 pacientes. A avaliação da função psíquica inteligência na entrevista inicial envolve a avaliação do nível de desempenho intelectual esperado, enfatizando as funções, escolaridade; nível sociocultural; capacidade de compreensão;

integração de experiências. Estudos mostram a importância de se avaliar precocemente as habilidades cognitivas, com isso, haverá identificação de possíveis déficits na inteligência, o que poderá contribuir para tornar as intervenções mais eficazes, com melhores prognósticos (Franco, Melo, Apolônio, 2012; Grillo, Silva, 2004).

No aspecto “Senso percepção”, a característica que teve destaque foi a presença de “Alucinação Visual”, com 70 casos (17,70%). Essas alucinações são percepções visuais de objetos inexistentes, mas tão reais para a pessoa que dificilmente são removíveis pela argumentação lógica. A pessoa projeta na realidade imagens não reais que lhe aparecem com os atributos alucinatórios: corporeidade, isto é, uma impressão real da coisa, não só no seu modo de ser, mas também no de estar concretamente presente no momento, isto é, possui estrutura determinada, com todos os seus detalhes ao menos no seu plano consciente (Nakano, 2009a).

No aspecto “Linguagem”, 65 pacientes (17,56%) apresentavam “Logorreia”, que é a “aceleração e aumento do fluxo da linguagem, pressão para falar sem parar” (Marcolan, Castro, 2013, p. 16). No aspecto “Atenção”, predominou a “Disprosexia”, registrada em 95 (31,14%) prontuários. Essa característica significa “a diminuição da capacidade de fixar a atenção” (Louzã Neto, Elkis, 2007, p. 125).

No aspecto “Memória”, prevaleceu “Memória Recente Prejudicada”, registrada em 90 (13,95%) pacientes. Isso equivale às dificuldades para fixação, evocação e reconhecimento de objetos, pessoas, experiências vivenciadas, a memória propriamente dita, responsável pelas recordações ou reconhecimentos: pela “evocação deliberada ou invocação involuntária de lembranças autobiográficas. [...] A memória de alto nível, feita igualmente de esquecimento, pode beneficiar-se de extensões artificiais que derivam do fenômeno geral de expansão da memória” (Candau, 2011, p. 23).

A partir dos resultados obtidos, verifica-se compatibilidade do perfil sociodemográfico e clínico às alterações de algumas funções psíquicas encontradas na realidade do contexto estudado. A Tabela II retrata a média e mediana dos aspectos psíquicos e físicos registrados nos formulários pelos enfermeiros de pacientes que são internados na Enfermaria, de acordo com suas habilidades e capacidade de examinar as funções psíquicas e suas variações patológicas e a parte física.

Tabela 2 - Análise descritiva dos aspectos estudados. N=267.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio Padrão
Agravos Psíquicos	44,50	20,50	±65,45
Aspectos da Pele	19,90	19,00	±19,57
Aspectos da Boca	44,50	20,50	±65,45
Aspectos do Aparelho Gastrointestinal	29,66	18,00	±40,57
Aspectos sobre Pensamento	12,13	8,00	±14,40
Aspectos sobre Consciência	44,50	57,50	±36,70
Aspectos sobre Orientação	38,14	35,00	±20,24
Aspectos sobre Inteligência	53,40	40,00	±50,54
Aspectos sobre Senso percepção	24,27	16,00	±29,23
Aspectos sobre Linguagem	20,53	11,00	±26,18
Aspectos sobre Atenção	44,50	30,50	±38,59
Aspectos sobre Memória	19,07	15,50	±15,64

Fonte: Primária.

5.4.2. Ênfase no tratamento farmacológico

Durante o GF, os participantes revelaram como uma das decorrências da internação contra a vontade da pessoa a ênfase dada ao tratamento farmacológico, pois este se configura como uma, senão “a”, maneira de restabelecer a normalidade, a rotina da enfermagem frente ao comportamento agressivo do paciente internado contra sua vontade. Entretanto, reconhecem que a continuidade do tratamento, a adesão da família e da pessoa internada involuntária ou compulsoriamente é algo difícil de conseguirem.

Sobre o DSC Amarelo: “Atualmente só tratamento medicamentoso e a observação sistematizada da Enfermagem no cuidar da integridade física dos pacientes, sem psicoterapia contínua, por escassez de recursos humanos” (Enfermeiro sobre DSC 5.3.1).

A equipe responsável pelo cuidado demonstra preocupação e que é necessária constante vigília, verdadeira vigilância, quanto à administração correta dos psicofármacos. Toma para si a responsabilidade de atentar para os horários e a

dosagem dos medicamentos, pois teme que o uso inadequado que o paciente possa fazer das medicações acabe colocando sua vida e a dos demais em risco.

O papel da equipe multiprofissional em serviços de saúde mental, principalmente da Enfermagem, é propiciar ao usuário o autorreconhecimento, requintar as relações terapêuticas, requerendo do profissional iniciativa, habilidade, criatividade, coordenação do cuidar (Espiridião et al., 2013).

Durante o GF, mostrou-se relevante para a reflexão sobre a assistência prestada à demanda de internação involuntária/compulsória no serviço de psiquiatria do HCAL a preocupação evidente da equipe quanto à falta de tratamento psicoterápico, autoaceitação da terapia; impossibilidade de orientar adequadamente o usuário a respeito do tratamento farmacológico e a dificuldades para o acompanhamento interdisciplinar dos profissionais da saúde mental do serviço.

5.2.2. Perfil dos Servidores

A equipe multiprofissional da enfermagem psiquiátrica do HCAL é formada, predominantemente, por servidores do sexo feminino; a idade varia de 20 a 60 anos. Apresentam-se, na sequência, algumas características inerentes aos servidores da enfermagem psiquiátrica do HCAL quanto a: perfil do trabalho; perfil de formação; percepção de habilidades; percepção sobre competências.

No perfil de trabalho: entre os servidores predomina a carga horária semanal de 30 horas, sendo que o profissional médico tem carga horária de 20h. O tempo de serviço da equipe varia de dois a 30 anos. A maior parte dos servidores trabalha em outros serviços, principalmente da área saúde. Esta relação direta com o cidadão no serviço de internação e no desenvolvimento do trabalho, mesmo com a percepção de respeito ao servidor público, a equipe é sabedora da inadequação da infraestrutura de trabalho para garantir assistência de qualidade e com o bom desenvolvimento do processo de trabalho. Não há suporte de tecnologia de informação para facilitar o andamento e a rotina de trabalho, faltam medicamentos e recursos materiais. Além disso, o plano de carreira é percebido como inexistente.

No Perfil de Formação, prevalecem servidores com curso superior completo, até mesmo entre os de nível médio, que, por falta de possibilidades institucionais para ascensão funcional, seguem nos cargos de nível médio; esse é o caso dos técnicos em Enfermagem, por exemplo. Com relação à formação específica para Saúde Mental/ Psiquiatria, há apenas dois enfermeiros especialistas, sendo os outros (seis) plantonistas, sem formação especializada na área. No momento de realização do estudo, havia oito psiquiatras que cobriam os plantões e o atendimento no ambulatório. A psicóloga e a assistente social da equipe têm Especialização em Saúde Mental. Nos últimos três anos que antecederam a realização da pesquisa, não aconteceram cursos de capacitação para os servidores que trabalham na internação psiquiátrica; os cursos têm sido voltados para os que atuam nos CAPS da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O profissional que se mantém atualizado o faz por iniciativa própria, já que não há oferta de formação continuada pela Secretaria Estadual de Saúde ou outras instituições.

A percepção de habilidades foi descrita com base na vivência do pesquisador como servidor e docente na enfermaria, nas entrevistas e no GF; não se desconhece as limitações deste tipo de avaliação, como ponderado no método. Pode-se dizer que a equipe possui criatividade e iniciativa, pois sempre apresenta ideias para transformação dos procedimentos realizados, por exemplo, buscando mais continência e menos contenção, coesão e coerção. Seus membros são capazes de identificar de forma interdisciplinar os impactos passíveis de acontecer e comprometer os objetivos da instituição, para isso, contribuem para a inter-relação com os colegas, a troca de experiências, informações e a participação de todos nas atividades programadas que assim o exijam.

Nesse sentido, a própria rotina de compartilhar a evolução dos pacientes, ficando a cargo de todos os profissionais o registro em prontuário, ainda que cabendo a cada categoria um dia para esta anotação, pode contribuir para estas trocas na equipe. Quanto à inserção no HCAL, a equipe da enfermaria psiquiátrica mantém participação em todos os eventos predeterminados pela instituição. No que se refere à responsabilidade, empenha-se no trabalho com vistas a garantir a efetivação, na medida do possível pelas limitações de recursos e estrutura, do planejamento proposto no que se refere às atividades voltadas ao usuário e também ao servidor. No que tange à liderança, a equipe é capaz de realizar a comunicação e

o relacionamento terapêuticos, com coerência, bom-senso, disciplina. A equipe interage, na unidade e com os trabalhadores de outras áreas do HCAL, visando à colaboração, ao espírito de equipe e ao adequado relacionamento interpessoal.

Também busca manter este comportamento para com os familiares dos pacientes, nos horários de visita e na reunião familiar. Com os usuários, tanto nas assembleias como no cuidado diário, a equipe busca planejar o cuidado de maneira singular para cada paciente, com base no trabalho cooperativo, flexibilidade, respeito. De modo geral, os membros da equipe auxiliam-se mutuamente no trabalho diário, pois valorizam a amizade, a integração e o respeito.

Na Percepção de Competências, reconhecem a importância do planejamento, da organização, da ambiência e da integração com outras áreas da instituição para o fortalecimento do espírito de equipe, da imagem da enfermaria e do trabalho que realizam. A equipe busca manter atualizado o conhecimento do trabalho que realiza com técnicas de grupos, reuniões de microequipes, avaliando o impacto destas sobre as demais atividades.

Quanto à inserção político-administrativa, a equipe da enfermaria tem consciência da importância de o servidor saber como funciona o sistema público do governo executivo no qual está inserido. A equipe tem capacidade empreendedora, promovendo, ainda que com as restrições impostas pela carência de recursos e da rede de saúde mental, práticas de inovação, envolvendo-se nas propostas de mudanças institucionais; buscando soluções para questões técnicas, éticas e administrativas; identificando problemas e eventuais riscos à saúde física e mental do servidor, do usuário no intuito de minimizá-los, na medida do possível. No que se refere à produtividade, os resultados propostos no planejamento da instituição têm sido alcançados.

Como servidor público alocado nesta enfermaria, o acesso às informações foi facilitado ao pesquisador, sem se desconhecer os limites da análise quando se está diretamente envolvido há longo período no cenário de estudo.

5.3 AS VIVÊNCIAS DA EQUIPE NA ASSISTÊNCIA NAS INTERNAÇÕES CONTRA A VONTADE DOS PACIENTES

Para explorar e discutir a vivência da equipe da enfermaria psiquiátrica do HCAL na assistência aos pacientes internados contra sua vontade (internações involuntária e compulsória), perguntou-se nas entrevistas: Como você considera o tratamento de uma pessoa em internação psiquiátrica involuntária e compulsória? Esse momento do estudo, além de prestar-se à coleta de dados sobre as visões dos participantes quanto às internações involuntárias e compulsórias, oportunizou a sensibilização e reflexão dos profissionais que atuam na enfermaria sobre estes fatos que vivenciam em seu cotidiano e que lhes interpõem questões éticas importantes.

A maioria dos entrevistados relatou vivenciar conflitos éticos frente à internação compulsória, por ordem judicial. Houve uma preocupação especial quanto a este tipo de internação psiquiátrica, mesmo que amparada pela Lei n. 10.216/2001, pois o juiz decide sobre a internação psiquiátrica sem a avaliação de um profissional habilitado, com os conhecimentos específicos necessários. Os juízes do Comitê Executivo de Saúde do Estado do Paraná (COEXES), em debate sobre esta questão, concluíram que, de fato, há risco de errarem na tomada de decisão ao determinarem a internação compulsória de alguém, com possibilidades de acarretar prejuízos graves aos envolvidos (COEXES, 2014).

Problematizar o cotidiano, perceber dificuldades e contradições morais são passos iniciais para se falar em ética no trabalho, na assistência à saúde. Muitos profissionais não reconhecem problemas éticos nas situações cotidianas, não conseguem se conscientizar disso e, assim, comprometem-se as estratégias de enfrentamento e soluções destes, com prejuízos pessoais e da assistência (Lunardi et al., 2004).

A ética deve ser considerada parte essencial da política da organização e imprescindível para o seu desenvolvimento e crescimento, uma vez que a opção por valores que humanizam o processo de trabalho e a relação com os clientes traz benefícios para a própria empresa e para a sociedade (Massarollo, Fernandes, 2010).

Os DSCs encontrados estão elencados no Quadro I, com o nome da categoria a que deram origem, a ideia central, a expressão-chave, a ancoragem e as entrevistas que contribuíram para a construção de cada DSC. Os discursos estão apresentados adiante, por categoria.

As ancoragens, mais que representações sociais que justificam ou motivam os discursos, neste estudo, são vistas como desafios éticos que foram identificados, a partir da visão dos profissionais, na vivência do cuidado na internação que acontece contra a vontade do paciente.

Quadro 1 - Demonstrativo de Discursos do Sujeito Coletivo

Categoria	Ideia central	Expressão-chave	Ancoragem / Desafio Ético	Entrevistas
A internação compulsória traz riscos para a equipe e é injusta pela escassez de recursos.	Riscos e injustiças causadas por apenados internados em uma enfermaria psiquiátrica.	Riscos quanto à internação compulsória.	Os apenados são pessoas com comportamento inadequado, por isso, podem ser perigosos. Quem não obedece às regras da sociedade não pode usufruir dos bens públicos, especialmente os da saúde que são escassos.	P3; P4; P6; P9.
A internação contra a vontade é um meio para tratar os pacientes que recusam o tratamento.	Internação da pessoa com transtorno mental para tratá-la.	Aceitação e recusa para o tratamento.	Autoritarismo e Paternalismo no tratamento da pessoa com transtorno mental, com vistas à beneficência e não maleficência desta.	P4; P5; P8; P10; P11; P13; P15; P16; P18; P19; P20; P21; P22; P23; P24; P29; P30.
Agora me coloco no lugar de uma mãe de uma pessoa usuária de drogas.	Empatia com as mães e familiares dos doentes e usuários de drogas, como parte do cuidado.	Empatia dos profissionais com o sofrimento das mães.	Empatia com o sofrimento familiar, como parte do trabalho em saúde.	P 27; P1; P6; P28;

A internação compulsória é uma forma de tratamento, desde que bem indicada.	A internação psiquiátrica compulsória deve ser precedida de uma boa avaliação técnica.	A técnica de avaliação deve ser bem definida, pois, se não bem definida, na abordagem deste tipo de paciente, podem acontecer riscos.	Internação psiquiátrica compulsória como necessária pelo risco à sociedade, mas desde que amparada em sólida avaliação e indicação técnicas.	P5; P10; P12; P13; P16; P18; P20; P22; P26; P30.
A ordem médica deveria valer mais que a ordem judicial na determinação da internação compulsória.	Juiz deveria pedir e subordinar-se à avaliação especializada do médico.	A internação compulsória por ordem judicial, sem a visão clínica, não deve acontecer, tem que ser por ordem médica à revelia da ordem do juiz.	Judicialização da saúde e as questões éticas e técnicas desta prática.	P3; P5; P10; P 11; P23; P18; P19; P20; P26
Posição favorável à Internação Compulsória por determinação médica.	A internação compulsória é necessária.	Concorda com a necessidade da internação, mas se deveriam exigir critérios especializados para determinar este tipo de internação.	Internação psiquiátrica é necessária, mas somente por avaliação da equipe técnica.	P14; P15; P18; P26; P30.

Fonte: Primária.

5.3.1 A internação compulsória traz riscos para a equipe e é injusta pela escassez de recursos

“A internação compulsória dos apenados dá-se pelo mandado judicial, o juiz quer internar na marra, sem leito vago, sem escolta policial; alto potencial de agressividade; risco de homicídio e suicídio. Na maioria das vezes, os apenados são encaminhados das ruas e já cometeram homicídio, estupro. Chegam algemado, expondo sua imagem, não (são) acompanhados de um agente penitenciário para fazer o acompanhamento dentro da enfermaria. Por disponibilidade de leitos, é uma situação que o paciente pode não ter acesso ao serviço, pois o leito está ocupado por paciente com outro tipo de internação, e o apenado, quando sai de alta, deverá ir para a Penitenciária”.

Destarte, a Internação Psiquiátrica Compulsória prevista legalmente e efetuada por determinação da autoridade judicial quando o portador de transtorno

mental oferece risco para si, para os familiares ou para a sociedade deveria levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Por ser uma medida judicial, não cabe questionamento legal ou não cumprimento, entretanto, sob a ótica técnica e ético-moral, há discussões profundas que são bastante pertinentes.

A mesma Lei que determina a possibilidade de internação compulsória prevê a obrigatoriedade de se considerar as condições de segurança do hospital para isso, ademais, quaisquer que sejam as indicações das internações psiquiátricas, o Código Penal e a Lei Federal n. 10.216 exigem que se ofereçam em estabelecimentos hospitalares recursos para a preservação da dignidade humana, garantindo ao paciente segurança e humanização no seu atendimento, com o mínimo possível de permanência na unidade hospitalar e retorno ao convívio familiar e social (Fortes, 2010).

O DSC transparece a falta de condições da enfermaria para este tipo de internação, há preocupação da equipe com a insegurança, com os riscos para a integridade física dos profissionais e dos outros pacientes. Esta preocupação decorre do comportamento com potencial de agressividade das pessoas que são internadas por ordem judicial e pela ausência do aparato necessário para a coordenação segura do cuidado em psiquiatria, pois, muitas vezes, as intervenções terapêuticas não são efetivas para superar os momentos de crise e a agressividade destas pessoas que têm histórico de ter praticado homicídios.

5.3.2. A internação contra a vontade é um meio de cuidar dos pacientes que recusam o tratamento.

“Nossos pacientes portadores de transtornos mentais, pacientes psiquiátricos em crise, têm necessidade de internação psiquiátrica, porque o paciente na maioria das internações deve aceitar. Com esse não querer e pela doença, acaba não aceitando a internação. Porque faz o tratamento somente naquele tempo de internação na enfermaria, por conta do medo e, como se diz, o paciente não é sozinho.”

A adesão ao tratamento é difícil, pois a pessoa aceita tratar-se, entretanto, mesmo absorvendo as orientações dos profissionais de saúde quanto à importância

dos psicofármacos, a não adesão atinge cerca de 50% dos pacientes. Dos pacientes tratados com antipsicóticos convencionais, 40% param de tomar a medicação no primeiro ano de tratamento e 75%, dentro de dois anos. Após a alta de uma internação psiquiátrica, o tratamento de manutenção usualmente é psicofarmacológico, sendo a reinternação indicada somente se houver aumento dos riscos à saúde. A falta de adesão ao tratamento medicamentoso, abandonando-se o tratamento de manutenção, somada à carência da rede para intervenções de outro tipo concomitantes às medicações, pode aumentar a ocorrência da reinternação (Cardoso, Galera, 2011).

A legislação em Saúde Mental prevê a redução de leitos hospitalares e que a internação psiquiátrica ocorra somente após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas, ou seja, depois de esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial. Além disso, a internação deve ter a menor duração temporal possível e ser feita em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, não em manicômios (Brasil, 2001).

A Rede de Saúde Mental de Macapá está em processo de estruturação sob a responsabilidade da Coordenação Estadual de Saúde Mental, em parceria com o município e a Unifap. Têm sido realizados encontros para a discussão dos casos e dos serviços ofertados no estado. No momento da pesquisa, a Rede era formada por um CAPS ad; um CAPS i; um CAPS II para transtornos severos; CAPS Porto Grande; CAPS Mazagão; CAPS Oiapoque; CAPS ij em Santana-AP; Hospital de Emergências; Enfermaria Psiquiátrica do HCAL. O CAPS II, para transtornos severos, não funciona como o esperado, pois este serviço deveria ser estruturado como CAPS III.

A Rede não conta com CAPS III ou CAPS III ad. Este é fundamental para o atendimento da demanda de usuários de álcool e de outras drogas em crise psicótica que acabam sendo internados compulsoriamente. Por não se contar, também, na Rede com Residências Terapêuticas, não há para onde encaminhar os egressos da enfermaria psiquiátrica, em mais uma inadimplência com a política de saúde mental vigente. O Programa de Volta para a Casa, outra preconização da política pública para a área, inexistente e as UBSs não integram a Rede de Saúde Mental. Ao contrário, quando as famílias buscam ajuda, assistência para seu familiar

com transtorno mental, só encaminham os que estão em surto psicótico para o Hospital de Emergências.

O hospital psiquiátrico é visto como último recurso para tratamento nos estudos e nas políticas de saúde mental contemporâneos, entretanto, na prática, permanece próximo do cotidiano de profissionais e pacientes, em vários locais. Assim, apesar do discurso sugestivo da desconstrução manicomial, novos profissionais ainda são admitidos nos serviços públicos e particulares como funcionários no contexto asilar, bem como suas práticas permanecem coercitivas.

5.3.3. Empatia dos profissionais com o sofrimento das mães e familiares das pessoas com transtornos mentais e que precisam internação compulsória

“Na hora da chegada, eles estão drogados; comportamento estranho pelo uso de drogas e álcool; são alcoólatras e drogados. Deveria ter uma clínica especializada para internação psiquiátrica compulsória de usuários, de acordo com o comportamento. Para usuário de drogas, internação só em últimos casos, pois não aderem o tratamento na enfermaria. Agora, me coloco no lugar de uma mãe de uma pessoa usuária de drogas.”

O álcool, entre todas as outras drogas lícitas, é a mais consumida e procurada devido a seus efeitos sobre o relaxamento mental decorrente do poder depressor que tem. Segundo Boletim 73 do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, o uso abusivo do álcool é um grande causador de internações (CEBRID/UNIFESP, 2015).

O Relatório Mundial sobre Drogas registra a predominância do uso da *Cannabis* (maconha), consumida por 3,9% da população mundial entre 15 e 64 anos, o que faz desta substância, ilícita em muitos países, a droga psicoativa mais consumida mundialmente (UNODC, 2013). Ressalta-se que, mais recentemente, vem sendo difundido seu uso medicinal. No contexto da elaboração de uma norma regulamentadora, há uma agência reguladora, que compreende uma autarquia sob regime especial, que disciplina e controla certas atividades de responsabilidade do Estado facultadas aos particulares.

As agências reguladoras surgiram no Brasil por influência dos ordenamentos anglo-saxônicos e se acentuaram por “extinção total ou parcial do monopólio estatal de alguns serviços públicos e outras atividades e com a transferência total ou parcial, ao setor privado, da execução de tais serviços e atividades, mediante concessões, permissões ou autorizações” (Medauar, 2010, p. 79). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) emitiu, em maio de 2015, uma Resolução de Diretoria Colegiada, a RDC n. 17 (Anvisa, 2015) para definir os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinoides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. Em maio de 2010, um simpósio científico internacional organizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) já discutia a criação de uma agência para regular o uso medicinal da maconha no país.

A Unidade de Internação em Hospital Geral (UIPHG), como componente da RAPS, situação na qual se encaixa a unidade estudada em Macapá-AP, é um serviço fundamental para a rede de saúde municipal. A atuação focal das unidades de internação objetiva o tratamento e a reabilitação psicossocial da pessoa no tempo em que permanece hospitalizada, entretanto, como parte da RAPS e da rede municipal de saúde, pode desenvolver um trabalho de contrarreferência para a continuidade do tratamento na atenção primária; envolver-se na promoção da saúde mental, prevenção do transtorno mental, educação da população acerca do uso abusivo de álcool, outras drogas e da dependência química.

Se operacionalizada, esta visão estaria em consonância com a Normatização dos Serviços de Atenção às pessoas com Transtorno por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2003 a). A Política Integral de cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas considera os múltiplos determinantes desse tipo de uso de psicoativos e enfatiza a necessidade de inclusão social das pessoas nestas condições (Bredow, Dravanz, 2010; Moreira, Loyola, 2011).

A família é afetada quando uma mudança ocorre em um de seus membros, entretanto, o equilíbrio entre as mudanças e a estabilidade é uma habilidade familiar

e, quando esta é desenvolvida, há mais chance de os relacionamentos sociais da humanidade fluírem melhor (Oliveira, Bittencourt, Carmo, 2008).

Na realidade do cenário do estudo, as famílias, principalmente a mãe, que quase sempre é quem acompanha o filho, relatam na admissão à internação as várias vezes que compareceram com o usuário no Hospital de Emergências, UBS e CAPS sem obterem respostas efetivas para situação do familiar. A pressão sobre a mãe e a família é pesada: um filho com risco de morte por sua agressividade com consigo mesmo e com outras pessoas, visto como uma ameaça pela vizinhança em virtude do comportamento inadequado na comunidade, com pequenos furtos, como de lâmpadas, cadeiras dos pátios das casas.

Interessante citar que este DSC foi construído não só por entrevistas com as mulheres, as quais são, usualmente, mais sensíveis à abordagem com a família, mas também os participantes do sexo masculino expressaram sensibilidade à situação das mães destes pacientes que chegam à unidade aos prantos, chorando persistentemente.

Os participantes também mencionam que o lado da família deve ser visto, pois esta sofre, desespera-se, sente que não tem mais nada a fazer por seu parente com distúrbio de comportamento; entende que ele precisa de medicamentos para se acalmar e que a internação, ainda que contrária à vontade do paciente, vai colaborar no tratamento por ofertar as medicações de que precisa. Afirmam que a família que gosta, que ama que ver o paciente melhorar, tratar-se e retomar a vida, com segurança. Por isso, mesmo sem a autoaceitação do paciente para o tratamento, a família sai em busca de alternativas para a resolução da situação problemática em que se encontram esta e o paciente. E, devido à carência da rede de saúde que não dá respostas efetivas a suas demandas, procura a via judicial para a internação compulsória. A ausência ou falência de um poder, no caso o Executivo, na assistência à saúde, provoca o domínio de outro, o judicial, num desequilíbrio que não deveria haver entre os três poderes do estado.

As mudanças culturais e paradigmáticas são necessárias, tanto nos serviços quanto nos profissionais, usuários e famílias, para a ampliação da proposta de atendimento ao indivíduo com transtorno mental fundamentada na ressocialização, na reabilitação psicossocial e no aumento da eficácia e competência da RAPS. Nesse contexto de atendimento psicossocial, a família, historicamente excluída,

torna-se protagonista no cuidado da pessoa pós-internação, seja voluntária, involuntária ou compulsória (Mello, Schneider, 2011).

5.3.4. A internação compulsória é uma forma de tratamento, desde que bem indicada.

“(A internação contra a vontade) É uma forma de tratamento, por risco de morte para ele (o paciente) ou para a família, entretanto, precisa passar pelo Hospital de Emergências, para a avaliação de uma equipe especializada, com a assistência médica e de enfermagem, vendo se tem indicação para internação. Desta forma, tem que se concordar, estará tecnicamente avaliado, pois é melhor... e não pode ficar algemado em uma cela, com surto psicótico. A técnica de avaliação deve ser bem definida, pois, se não (for) bem definida, a abordagem deste tipo de paciente pode acontecer riscos”.

Desde 2001, o Código Civil e a Lei da Reforma Psiquiátrica amparam legalmente a internação contra a vontade da pessoa com transtorno mental, incapaz de responder por si, pois, nestas condições de vulnerabilidade, precisa dos cuidados de pessoas capacitadas e especializadas para o tratamento indicado. Quando há recusa do tratamento, com riscos para a pessoa com transtornos mentais ou para a sociedade, é preciso retirar o doente do convívio social por meio da internação involuntária ou compulsória a fim de prestar a assistência necessária até que a pessoa recupere sua capacidade de decidir ou diminuam os riscos aos quais ela ou a sociedade estariam expostas.

Na ausência de perigo imediato ou risco de morte para si ou terceiros, não se justifica a internação compulsória da pessoa com transtorno mental, pois não há a necessidade de proteção, que é o elemento essencial para determinar a exclusão e o constrangimento, ainda que legal representados pela força, arbitrariedade da intervenção compulsória. Os requisitos para o estado de necessidade de proteção incluem: ameaça ao direito próprio ou de terceiros; existência de perigo iminente e atual; existência de conduta inevitável de outro tipo (Gimenes et al., 2015).

A falta de condições da pessoa com transtorno mental para se proteger e proteger os outros com os quais convive, ou ao menos de não os colocar em risco iminente e real, é elemento crucial da avaliação técnica que deve preceder a

determinação da internação compulsória. Por ser medida extrema, a internação compulsória requer, muitas vezes, o acionamento do Ministério Público para definir a pessoa como incapaz de, naquele momento, exercer a autodeterminação. Ainda que pareça contraditório, esta medida é uma forma de preservar a democracia no exercício da vigilância que visa à proteção da pessoa e dos que com ela convivem.

5.3.5 A ordem médica deveria valer mais que a ordem judicial na determinação da internação compulsória.

“A internação compulsória por ordem judicial, sem a visão clínica, não deve acontecer, tem que ser por ordem médica à revelia da ordem do juiz, pois o tratamento assim não modifica em nada, isto ocorre pelo desespero da família e pelo não funcionamento da Rede de Saúde Mental, aí procura um meio de atender seu parente, crendo que por via judicial é o que vai possibilitar a melhora deste”.

Sem a decisão da pessoa com transtorno mental para se internar, é muito difícil que o tratamento surta o efeito desejado, por isso, os entrevistados dão elementos para a construção de um DSC que considera um erro o encaminhamento de pacientes pelo juiz para a internação, sem a avaliação prévia de especialistas. Este DSC soma-se ao que considera complicado forçar a internação devido à existência de déficits de ambiência e de recursos humanos capacitados no atendimento deste tipo de paciente, o que pode causar assistência inadequada e insegurança por parte da equipe. Os entrevistados falam que este tipo de internação representa uma situação crítica, muitas vezes, com surto prolongado, que requer avaliação médica diária, e que a estrutura da enfermaria é inadequada para receber este tipo de paciente, o que torna inexecutável acolher e cuidar dessas pessoas na enfermaria.

A equipe da enfermaria sabe que a internação compulsória é um recurso legalmente previsto, mas pondera que o juiz, antes de sua decisão final, deveria pedir uma avaliação especializada, pois desconhece diagnóstico clínico, suas especificidades e o que é preciso para cuidar deste tipo de paciente. Com isso, os profissionais vivem situações difíceis, por exemplo, se é preciso escolta policial, quando há, ela deve ficar fora do serviço da enfermaria e a equipe acaba acionando-

a muitas vezes e, ainda, quando o policial vem, quer ficar armado, o que não é permitido pelas normas da instituição devido a eventos perigosos acontecidos, no passado, em casos semelhantes. Este DSC considera a necessidade de avaliação técnica criteriosa prévia para fundamentar a decisão do juiz, a fim de que a internação por ordem judicial esteja em acordo com a avaliação e indicação clínicas, pois será a equipe técnica a internar e cuidar desta pessoa que precisa de tratamento psiquiátrico hospitalar.

A internação compulsória deveria limitar-se aos casos que necessitam de “medida de segurança”, pois estão previstos legalmente em situações de ocorrências de delitos cometidos por pessoas com transtorno mental. Entretanto, tem se observado no país uma crescente e avassaladora judicialização das internações psiquiátricas, sob a pressão da sociedade e da gravidade dos casos associados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e à dependência química.

Os serviços de saúde pública, amparados pelas políticas públicas da área, não podem se omitir ou agirem de modo ambíguo diante dessa visão coercitiva e judicializante para lidar com o complexo problema do uso abusivo de substâncias psicoativas, ou seja, deveriam propor e efetivar tecnologias terapêuticas mais adequadas em saúde mental para o tratamento deste agravo, difundindo-as entre os juízes. Entre essas tecnologias, estão: centros de atenção psicossocial, com funcionamento 24 horas; internações em serviços capacitados para esse atendimento em hospitais gerais; consultórios na rua; estratégias de redução de danos; casas de acolhimento transitório; iniciativas de inclusão social; diminuição da vulnerabilidade social. A implementação destas tecnologias deve se pautar pela reconstrução do diálogo na rede de saúde e com os outros poderes sociais, com base nos direitos humanos que devem ser respeitados e promovidos no atendimento e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas (Delgado, 2012).

5.3.6 Posição favorável à Internação Compulsória por determinação médica.

“O servidor tem receio do paciente em internação por ordem judicial, de não saber o que ele fez, isto é, sem história pregressa na avaliação psiquiátrica facilitando o trabalho da equipe da internação, pois, em primeiro lugar, é impossível o juiz avaliar e encaminhar o paciente sem os dados que o

especialista teria para enviar junto com o paciente, sendo assim, para o servidor, é melhor que a internação seja a partir da avaliação psiquiátrica. Entretanto, acata a ordem judicial, mesmo sabendo que o paciente não vai querer o tratamento e, quando liberado de alta, não irá aderir o tratamento domiciliar e ambulatorial, não adiantando o esforço da equipe de internação em seu tratamento”.

O DSC mostra que a concordância com a internação contra a vontade do paciente subordina-se à determinação médica, com critérios e justificativa psiquiátrica para a indicação deste procedimento. Considera que o juiz não tem condições técnicas para fazer o discernimento sobre internação psiquiátrica, infringindo o direito do paciente na escolha do seu tratamento e a questão ética profissional, com possíveis consequências futuras para o servidor e o paciente, pois, na visão da equipe, estarão investindo em um paciente cuja situação não será resolvida, já que este não concorda com a internação. Isso poderá interferir no cuidado prestado.

Para o tratamento adequado, é preciso que se estabeleça entre o profissional de saúde e o paciente um relacionamento terapêutico, o qual é um dos eixos das diretrizes atuais da assistência psiquiátrica. Esta tecnologia visa à promoção da saúde mental, embasada em acolhimento, interdisciplinaridade, responsabilidade e integralidade das ações em oposição à vigilância, opressão e coerção que marcavam o contexto manicomial. Com a Reforma Psiquiátrica, os profissionais devem assumir as novas atribuições do modelo de atenção psicossocial que propõe a coordenação do cuidar a partir da responsabilização, das relações centradas no acolhimento, vínculos, sem contenção e sim com continência, em contraposição com ações intervencionistas, limitantes e estigmatizantes que sempre nortearam a assistência psiquiátrica (Duarte, Olschowsky, 2011).

Em boa parte dos estados brasileiros, a política de saúde mental ainda tem efetivação incipiente; poucos estados já estabeleceram planos de saúde mental. Mas a criação do Colegiado dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, o qual se constituiu como mecanismo de articulação e negociação intergovernamental, vem contribuindo para a construção de consensos em torno da política de saúde mental com vistas à operacionalização desta segundo a realidade de cada estado (Simon, Baptista, 2011).

5.4. VALIDAÇÃO DOS DSCs PELO GRUPO FOCAL

O encontro do GF aconteceu em um auditório multiuso do serviço, uma sala pequena, onde cabe uma mesa que comporta dez cadeiras. O auditório localiza-se no andar superior à enfermaria, no Ambulatório de Saúde Mental. Os outros usos desta sala são: impressão de escalas de serviço médico, da enfermagem, documentos de benefícios aos clientes do ambulatório, cadastro para a retirada de medicações controladas; dispensação das medicações controladas como Zyprexa; Risperidona; Clozapina, devidamente cadastradas na Farmex; espaço para as reuniões de microequipes presididas pelo Coordenador Clínico do Serviço.

Apesar do intenso uso da sala, este local foi escolhido por ser de fácil acesso aos participantes, confortável e também porque o pesquisador tinha facilidade para reservá-lo, devido à abertura e ao apoio do coordenador do serviço para a realização do estudo. Como na enfermaria, há uma copa de bom tamanho, foi ofertado aos participantes um lanche após o término do Grupo Focal.

Houve várias tentativas de agendamento do encontro sem sucesso, o que gerou expectativa por parte do pesquisador. Os compromissos dos participantes impediam a participação no grupo, assim, o pesquisador optou por determinar uma data para o encontro e, por meio de contato telefônico com cada um dos possíveis participantes, foi se confirmando a presença dos que tinham disponibilidade para o dia agendado. Quatro membros da equipe de enfermagem não puderam participar porque o horário proposto coincidia com o turno de trabalho em outra clínica; outro servidor justificou a ausência por problemas pessoais que o impediam de comparecer. Os médicos também não puderam comparecer por terem outros compromissos no horário; a psicóloga estava em férias, a assistente social teve um imprevisto e não pode vir no horário combinado; a enfermeira da tarde tem outro emprego no turno da manhã. Ao final, obteve-se a confirmação de onze participantes para o GF.

No dia 15/07/2015, às 10h, aconteceu a sessão do GF, na qual os participantes fizeram uma apresentação breve, com nome e função no serviço. Participaram: três enfermeiros; uma profissional da educação física; cinco técnicos em Enfermagem e dois enfermeiros residentes. O pesquisador do estudo se

apresentou como mediador do GF. A relatoria foi feita pela enfermeira residente e, como operador de gravação, atuou um outro enfermeiro residente.

5.4.1. A difícil experiência do cuidar em internação involuntária/ compulsória

A presença de um paciente em internação involuntária/compulsória gera um ambiente carregado de sentimentos de incerteza, insegurança, ineficácia no cuidado, que acabam por alterar a rotina do serviço na enfermaria psiquiátrica. A equipe plantonista, pela falta de apoio de uma RAPS que efetivamente funcione e por ser obrigada a cumprir ordens judiciais, vê-se como que na ótica familiar: está diante de situações difíceis, tendo que atuar de forma solitária no papel de cuidador.

Esta situação agrava ocorrências comuns do trabalhador em saúde, por exemplo, o cansaço, o desgaste devido à sobrecarga de trabalho pela demanda excessiva de atividades requeridas para manter uma assistência adequada.

Os relatos dos participantes mostraram a insatisfação que sentem no dia a dia pela falta de conhecimento do poder judiciário que determina a internação compulsória, pois apontam que a rotina de cuidado a estes pacientes é esgotante; precisam convencer a pessoa internada a participar da rotina medicamentosa e das outras atividades e ela não aceita porque não concorda com a internação e, muitas vezes, já não tinha adesão ao tratamento antes de ser internada. Apresentam-se alguns excertos das discussões sobre os DSCs, lembrando que estes foram identificados por cores distintas.

“O (DSC) Azul começou falando sobre violência, agressividade, funcionamento falho da Rede, que leva à procura do Judiciário, segmento que não tem o conhecimento sobre internação psiquiátrica a partir de uma avaliação do especialista, posto que o paciente é quem paga pela falta de estrutura do Estado” (Enfermeiro sobre o DSC 5.3.1).

“A Amarela relata que a família procura por alguém que lhe ajude, sem o apoio e estrutura da Rede, chega ao juiz tentando resolver seu problema, recebendo informação judicial, isto é, para internação compulsória por ordem judicial e encaminhando ao único serviço de referência do estado, a enfermaria psiquiátrica do HCAL, pois, em momento algum, recebe orientação e apoio da Rede de Saúde Mental do Estado, além de ir contra as normas e rotinas do serviço, com este encaminhamento direto e, quando

vai para o Instituto Penitenciário (IAPEN), não é atendido como ser humano, isso atinge a nós servidores que gostamos do que fazemos pela saúde mental e pela presença de um sentimento quando já cuidamos deles em outras internações, mesmo com muitas dificuldades, oferecemos o melhor em nosso cuidado (Técnico em Enfermagem sobre o DSC 5.3.3)”.

“O Amarelo relata sobre a internação psiquiátrica compulsória e suas restrições, pois, neste ambiente da enfermaria, não dá certo porque atrapalha a pessoa internada com transtorno mental, como o esquizofrênico, no convívio com o usuário de álcool e outras drogas, que, por seu distúrbio de comportamento e não aceitação do tratamento, vem a tumultuar o ambiente e desorganizar a coordenação do cuidado pela equipe multiprofissional do serviço e da Enfermagem diretamente, por sua característica de estar mais perto dos pacientes, este diz que ‘particularmente não tenho habilidades para cuidar deste paciente’. Creio que o estado por não oferecer o local adequado para tratamento destes pacientes, aí só tem aqui como referência, levando à internação, até porque é direito dele receber tratamento” (Técnico em Enfermagem sobre o DSC 5.3.6).

[No Verde,] “Já a internação involuntária, muitas vezes, torna-se prolongada e mesmo compulsória pela falta de apoio e da boa inter-relação com o serviço ou estes pacientes acabam indo para o IAPEN. O que nos deixa angustiados em ver pessoas em surto psicótico sem ajuda e tratamento pelo desinteresse dos gestores, e aí acontece a mistura de demandas sem evolução de melhora psíquica e muitas vezes cronicando e não vejo positividade no tratamento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), pois a ótica é de só tirar da rua para comer e retornar à rua e usar novamente drogas, sem acompanhamento, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não funciona no estado” (Enfermeira sobre o DSC 5.3.2).

Pode-se dizer que a internação compulsória é vista como uma agressão ao paciente que já não consegue exercer o mínimo de seus direitos de cidadania. Os participantes veem que o paciente, no auge de seu estado psicótico, não podendo exercer plenamente sua autonomia, é alvo de uma intervenção da justiça que tenta resolver um problema antigo, oferecendo uma internação contra a vontade da pessoa, em uma ambiência inadequada para seu tratamento. Relatam que as situações piores são as dos pacientes que já foram internados compulsoriamente nas celas do IAPEN, estes são vistos pelos participantes como maliciosos, agressivos, pornofônicos e os que mais desrespeitam a equipe quando internados compulsoriamente na enfermaria psiquiátrica do HCAL.

De forma geral, no GF, os participantes manifestaram-se contrários à internação compulsória, pela falta de estrutura da enfermaria; pela mistura de pacientes, que acaba afetando a evolução do portador de transtorno mental que está internado voluntariamente; pelos distúrbios de comportamento que interferem na rotina da enfermaria; pela não aceitação de tratamento que torna ineficaz o cuidado;

pela agressividade verbal e física; pela falta de habilidades no cuidar dos usuários de drogas; pelos riscos de homicídio. Frente a estas dificuldades, os participantes sentem a necessidade de um matriciamento da Saúde Mental com o Judiciário para tratar mais adequadamente e de maneira mais efetiva esta questão grave que vivenciam na enfermaria.

Como afirmam Coelho e Oliveira (2014), até mesmo quem não é profissional atuante na área da saúde percebe que não há como cuidar e tratar o usuário abusivo de álcool, outras drogas e o dependente químico por meio de uma internação forçada.

5.4.3. Inexistência de espaço formal para discussão da internação involuntária/compulsória

Os participantes do GF demonstraram que é preciso estabelecer um fórum formal no qual pudessem mostrar ao Poder Judiciário que a enfermaria do HCAL não é um local apropriado para o atendimento de emergências psiquiátricas e que também pudessem explicar a ineficácia do tratamento farmacológico exclusivo. Além disso, deixar claro que a enfermaria destina-se à internação breve, pois o paciente não pode ser excluído da e pela família, devendo retornar ao convívio familiar e com a comunidade, assim que supere a crise psicótica. Ou seja, sentem a falta de uma discussão sobre a relação entre assistência à saúde e Justiça, frente à judicialização corrente.

Sobre o DSC Azul:

“discussões por aqui só ocorrem informalmente, sem espaço destinado para tal, o certo era termos uma assessoria jurídica para contra-argumentar a decisão judicial em internar pacientes sem avaliação do especialista e, principalmente pelos abandonados que se encontram no serviço por muito tempo, pois entraram como internação involuntária e tornou-se internação compulsória, por abandono da família, esta assessoria provocaria a responsabilidade do acompanhamento familiar durante a internação” (Técnica em Enfermagem sobre o DSC 5.3.4).

A proteção jurisdicional é garantia constitucional do cidadão na esfera da execução penal, cabendo ao juiz, durante todo o tempo de execução da medida de segurança, acompanhar o tratamento dispensado ao paciente, decidir sobre

eventuais excessos ou desvios. Além disso, a Lei n. 10.216/2001 exige laudo médico circunstanciado como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica (Silva, 2010).

5.4.4. Incipiência da RAPS

Os participantes lembraram-se durante o GF que, na Conferência Municipal de Saúde de Macapá, aventou-se a criação de um Centro Especializado para a continuidade do tratamento dos egressos da enfermaria. De modo geral, os participantes veem isso como positivo, uma vez que não há suporte social algum no município, nas UBSs não há assistência em saúde mental, e não são raros os relatos de famílias que buscaram atendimento para o paciente em vários serviços sem sucesso, restando-lhes insistir na internação compulsória/involuntária.

Sobre o DSC Azul, os participantes apontam a incipiência da rede para a atenção em saúde mental:

“As políticas públicas em Saúde Mental em nossa realidade são inexistentes, não funcionando. Na RAPS, atual política vigente, não há diálogo entre os serviços, um não sabe o que o outro está fazendo para os pacientes em internação, seja compulsória ou involuntária, para a promoção da saúde mental dessas pessoas, sem referência e contrarreferência para continuidade do tratamento extra-hospitalar, surgem muitos donos do paciente, dizendo este paciente é da psiquiatria e este é do CAPS, rotulando, falta matriciamento em Saúde Mental, o estado não conversa com o município, a Estratégia Saúde da Família (ESF) não atende esta demanda, pois seus profissionais relatam não terem conhecimento, habilidades, entretanto, não procuram e não aceitam capacitação, para sempre se posicionarem negativos ao cuidado, encaminhando para outro serviço” (Profissional de Educação Física sobre o DSC 5.3.2).

No que tange ao DSC verde, questionam o compromisso dos gestores e dos funcionários do sistema de saúde com a população:

“Falta compromisso dos gestores e alguns servidores da saúde mental, o paciente fica no meio sendo jogado sem resolução de seus problemas. Tem que ocorrer mudanças com participação técnica, entretanto, falta a vontade do gestor em operacionalizar, como exemplo temos o Consultório na Rua, sem apoio e dispositivo positivo a ser utilizado junto ao usuário de álcool e outras drogas, isto é, sem política pública operante” (Profissional de Educação Física sobre o DSC 5.3.2).

Ao comentarem o DSC Amarelo, a internação psiquiátrica aparece como o único recurso em saúde mental:

“As internações são todas para a enfermaria de Psiquiatria, e o CAPS III não funciona como tal, ainda como Ambulatório (CAPS II), por isso se verifica que as internações não fortalecem as políticas, pois não há esta formação de Rede propriamente dita e necessária para a Promoção da Saúde Mental no Estado do Amapá” (Profissional de Educação Física sobre o DSC 5.3.2).

A internação involuntária/ compulsória como um recurso único, sem respaldo de uma RAPS efetiva, eficiente, eficaz, é inócua, porque o usuário não se tornará um cidadão exemplar após três meses de internação; muitos têm recaídas, retornam ao uso de álcool e de outras drogas (Varella, 2013). Se, por um lado, foi ofertada pelo menos uma chance para se tratar com a internação involuntária, como afirma Varella (2013), por outro, sem a continuidade da assistência após a alta, essa chance foi desperdiçada.

5.4.5 Obstáculos para o cuidar de qualidade na internação compulsória e involuntária

As discussões do GF permitem inferir que fato de o usuário não ter um *insight* positivo, isto é, recusar o tratamento por acreditar que não precisa de ajuda quanto à sua condição de saúde, dificulta consideravelmente a coordenação do cuidado aos pacientes internados contra sua vontade, pois a equipe necessita da colaboração destes para a efetivação de uma assistência adequada e de boa qualidade.

Sobre o DSC Amarelo, apontam os riscos e a falta de estrutura que enfrentam no atendimento aos internados contra a vontade:

“Elencamos alguns (fatores), conforme os profissionais participantes, que tornam a assistência inadequada e sem qualidade, como: estrutura física inadequada; escassez de recursos; mistura de demanda; riscos de homicídio e suicídio; falta de habilidades; não aceitação de tratamento; distúrbio de comportamento; agressão verbal e física; RAPS não funciona; falta de compromisso dos gestores e servidores; sem diálogo entre os serviços; abandono familiar; falta de suporte social e familiar; desinteresse dos gestores em melhorar a Atenção em Saúde Mental; internação prolongada pelo abandono familiar e sem suportes; internação involuntária tornando-se compulsória” (Técnico em Enfermagem sobre o DSC 5.3.3).

Os participantes, além destes fatores internos, comentaram os externos, como a recaída com o retorno ao uso de álcool e de outras drogas, que são agravantes que dificultam ainda mais o convívio social e familiar dos egressos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é fruto de um expressivo movimento social iniciado no final dos anos 1970, fortalecido na década de 1980 e consolidado como política pública de saúde mental nos anos 1990. Inspirou-se na reforma da saúde mental italiana proposta por Basaglia, que advoga um cuidar em liberdade, nos serviços abertos, com o fechamento dos serviços manicomiais (Yasui, 2010). Apesar de ser movimento extremamente reconhecido e bem-conceituado como exemplo de busca da cidadania para as pessoas com transtorno mental, lamentavelmente, a reforma e a efetivação da política de saúde mental ainda não é realidade em muitos locais do Brasil, como apontam os participantes desta pesquisa.

5.5 DESAFIOS ÉTICOS DE CUIDAR DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS CONTRA A VONTADE

As ancoragens isoladas nos DSCs revelaram desafios éticos que os participantes enfrentam quando prestam assistência aos pacientes que ingressam na enfermaria psiquiátrica do HCAL contra a vontade autônoma destes, por meio das internações compulsórias ou involuntárias. Esses tipos de internação em si já representam importante desafio ético para a assistência psiquiátrica, mas, como o foco da presente pesquisa está voltado para as consequências destas para a atuação da equipe multiprofissional da enfermaria do HCAL, manter-se-á neste âmbito a discussão acerca das questões éticas encontradas.

As ancoragens foram: os apenados são pessoas com comportamento inadequado, por isso, podem ser perigosos; quem não obedece às regras da sociedade não pode usufruir dos bens públicos, especialmente os da saúde, que são escassos; autoritarismo e paternalismo no tratamento da pessoa com transtorno mental, com vistas à beneficência e não maleficência desta; empatia com o sofrimento familiar, como parte do trabalho em saúde; internação psiquiátrica compulsória como necessária pelo risco à sociedade, mas desde que amparada em sólida avaliação e indicação técnicas; judicialização da saúde e as questões éticas e

técnicas desta prática; internação psiquiátrica é necessária, mas somente por avaliação da equipe técnica; justiça não tem poder para avaliar a pessoa se tem ou não indicação para a internação psiquiátrica.

Como desafios éticos, destacam-se nas visões dos participantes: os apenados são pessoas com comportamento inadequado, por isso podem ser perigosos; quem não obedece às regras da sociedade não pode usufruir dos bens públicos, especialmente os da saúde que são escassos; autoritarismo e paternalismo no tratamento da pessoa com transtorno mental, com vistas à beneficência e não maleficência desta; internação psiquiátrica compulsória como necessária pelo risco à sociedade, mas desde que amparada em sólida avaliação e indicação técnicas; judicialização da saúde e as questões éticas e técnicas desta prática.

Em suma, os desafios éticos, com base na visão da equipe multiprofissional da enfermagem psiquiátrica frente às internações involuntárias/ compulsórias, incluem: atitude de considerar as pessoas com transtorno mental como ameaça perigosa; culpabilização do paciente quando este não é um cidadão que respeita as leis e obedece a elas; autoritarismo e paternalismo na assistência à saúde; judicialização da saúde como via de saída para a incipiência das repostas ofertadas pela rede de saúde mental às demandas existentes.

Há um conjunto de comportamentos que são vistos como indicadores de problemas de conduta. Este conjunto inclui: agressividade, oposição constante; negativismo, provocação, desafio à autoridade, impulsividade, vandalismo, violação dos direitos alheios. Esses comportamentos são comuns às pessoas com transtornos mentais, especialmente nas crises (APA, 2002).

Na análise longitudinal, as condutas tidas como antissociais, inicialmente, podem ser aceitas, mas, após as primeiras manifestações, com as reiteradas repetições, tornam-se intoleradas (Henriques, 2014). Alie-se a isso que, muitas vezes, as crises repetidas são causadas pela falta de adesão ao tratamento, o que em si é visto como rebeldia, inadimplência, desobediência às ordens e prescrições assistenciais, ou seja, comportamentos tidos como antissociais e que desafiam o paternalismo, o autoritarismo que marcam as relações em saúde.

A patologização dos “incivilizados” e “diferentes”, caracterizados como “anormais”, foi uma “construção sociopolítica” que levou à desvalorização “do homem como pessoa, oprimindo-o como cidadão”. Ao se rotularem atos ilegais como “sintomas de doenças mentais”, criou-se o “criminoso-doente” (Branco, 2016, p. 223) ou, pior, o doente-criminoso.

A associação da imagem da pessoa com transtornos mentais a comportamentos violentos, agressivos, aos estereótipos de periculosidade e de incompreensibilidade impede que a situação de sofrimento seja reconhecida pela população, pela equipe de saúde (Maciel et al., 2008). Talvez por isso os DSCs revelem empatia com o sofrimento das mães e familiares, mas não no que tange ao quanto os pacientes podem estar sofrendo, ainda que os profissionais empenhem-se para tratá-los humanizadamente.

A equipe de enfermagem deve zelar pelo ambiente terapêutico com atitude empática, aceitação da pessoa assistida, disponibilidade para escuta, comunicação terapêutica, a fim de que a pessoa cuidada sinta-se acolhida durante a internação (Athié, Fortes, Delgado, 2013).

Estudo feito em Portugal, com residentes de um dos distritos de Coimbra, mostrou que, se por um lado se conhece e reconhece que os transtornos mentais decorrem de inúmeros fatores, possibilitando o regresso progressivo dos doentes às comunidades de origem, por outro, persistem as crenças enraizadas no universo social e cultural de que estes são perigosos, corroborando os achados de estudos citados anteriormente e os da presente pesquisa.

A persistência destes estereótipos negativos, a despeito da melhoria no nível de informação da população, não impede que se ergam barreiras invisíveis no acesso aos cuidados de saúde. “Apesar do conhecimento racionalizado sobre as perturbações, as crenças estereotipadas e estigmatizantes (mitos) tendem a manterem-se inalteradas, e mais, correspondem a atitudes autoritárias e dogmáticas” (pag.41). O paternalismo, empático e compassivo pode acabar justificando maior tolerância quanto às pessoas com transtornos mentais, ainda que isso não implique diretamente a aceitação da ressocialização destes doentes (Loureiro, Dias, Aragão, 2008).

Em outras palavras, pode-se dizer que persiste o saber psiquiátrico que justificava o isolamento do doente mental da família e da sociedade, sob regime asilar, com base em argumentos de que isso era necessário para a proteção de todos, incluindo o próprio doente. Para superar este desafio ético, é preciso romper, verdadeiramente, com a associação do transtorno mental à incapacidade, periculosidade e práticas que defendem a tutela e de exclusão das pessoas nestas condições. Por ser desafio ético, esta ruptura não ocorrerá por determinação legal, empenho heroico solitário ou de uns poucos. É preciso desconstruir as visões que perpetuam os estereótipos negativos, que negam a singularidade do sujeito (Maciel et al., 2008).

Somente as atitudes quebram os estigmas, por meio da revisão de conceitos e valores arraigados na cultura. Há políticas públicas que, se fomentadas pela sociedade civil e incorporadas, efetivamente, pelo Estado, podem contribuir para esta revisão e giro ético-cultural. Há bons exemplos de que a cultura da tolerância é capaz de quebrar velhos estigmas, rotulações preconceituosas e excludentes: campanhas contra o preconceito racial, religioso, homofobia, HIV.

“Ser tolerante é conviver, respeitar as diferenças culturais, físicas e aprender com o outro” (p.16). Tolerância e respeito são atitudes que devem estar presentes no Estado Democrático de Direito, pluricultural para que seja possível a convivência harmônica entre as pessoas (Bussinguer, Arantes, 2016).

Os estereótipos negativos geram o estigma que se caracteriza pela desvalorização do outro, com o desrespeito aos direitos de cidadania e aniquilação das relações sociais e familiares (Oliveira, Andrade, Goya, 2012). O estigma manifesta-se por expressões, palavras depreciativas, atitudes de reforço da penalização, culpabilização impostas às pessoas com transtorno mental, o que acabará afetando ainda mais a autoestima e insegurança destas (Goffman, 2008).

Estudo realizado com enfermeiros de dois hospitais psiquiátricos no Brasil mostrou que o primeiro contato com o doente mental crônico causa medo, mas que, com o tempo, o enfermeiro se acomoda, acostuma-se, pois sabe o que esperar do paciente, porém isso é diferente com relação aos usuários de álcool e outras drogas (Bressan, Scatena, 2002). Os pacientes internados contra a vontade, como apontam

os DSCs, são vistos como imprevisíveis, o que poderia justificar a sensação de insegurança sentida pela equipe da enfermaria.

A visão negativa estereotipada das pessoas com transtorno mental reforça-se com a ausência de outras possibilidades de tratamento que não a forma custodial, na qual só se oferece abrigo, comida, medicação, agasalho, que não propicia a retomada da autonomia, segundo as potencialidades e possibilidades de cada um. A incipiência da RAPS contribui para a persistência da exclusão, reforça a submissão dos pacientes, que não têm perspectiva de um futuro melhor. Ou seja, o ato de bem cuidar não se resume à boa qualidade da relação clínica da equipe com os pacientes, pois as condições estruturais, internas ao serviço e da rede, são fundamentais na assistência e sua continuidade (Bressan, Scatena, 2002).

As leis atuais referentes à saúde mental visam à garantia de direitos e à vivência real da cidadania, entretanto, para que isso ocorra, é necessário: fortalecimento das redes de atenção à saúde, em todos os níveis e pontos; efetiva intersetorialidade das políticas públicas nas áreas de saúde, assistência social, jurídica, cultural; expansão da rede substitutiva de saúde mental. A lei cumprida de forma parcial não respeita direitos, ao contrário, infringe-os (Ramos, Brito, 2016).

A visão paternalista identificada nos DSCs é um desafio ético na medida em que pode reforçar a visão de que a pessoa com transtorno mental precisa ser mantida sob o cuidado de quem sabe fazer isso e tem responsabilidade, ou seja, os profissionais de saúde, principalmente os especialistas, e a família. Isso retira da pessoa com transtornos mentais a capacidade de se cuidar e de exercer sua autonomia, cidadania (Maciel et al., 2008). As pessoas com transtorno mental encontram-se duplamente vulneráveis: por suas condições de saúde e estigma social que sofrem.

É fato que o uso de drogas e doenças de cunho mental retiram do indivíduo – se não toda, em parte – a sua faculdade de se autodeterminar, porém a vulnerabilidade gerada por questões socioculturais não deveria alienar o direito de autodeterminação do paciente psiquiátrico (p. 48).

Ainda que a Lei n. 10.216/2001 exija o laudo médico circunstanciado como instrumento legitimador da internação compulsória, não legitima instrumentos que auxiliem e assegurem a escolha autônoma do paciente no que se refere ao cuidado em saúde. Assim “a proteção de uma vulnerabilidade como justificativa para a

internação compromete, por outro lado, a autonomia do paciente enquanto capaz de escolha” (Paz et al., 2016, p.48).

A judicialização da saúde, resultante da crescente intervenção do Poder Judiciário nesta área, pode acabar por induzir o gestor de saúde à inércia quanto às providências que lhe competem legal e constitucionalmente, limitando-se ao atendimento de liminares e mandados de segurança (Dantas, Silva, 2006). Ela corresponde à expansão da influência e dos procedimentos do Poder Judiciário nas áreas designadas, primeiramente, ao Executivo e ao Legislativo. Recorrer ao Poder Judiciário vem sendo adotado como estratégia dos sujeitos para garantir seus direitos, individuais e coletivos. Na garantia do direito à saúde, têm atuado o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública (Delduque, Castro, 2015).

A culpabilização da vítima com a punição de vetar acesso a recursos sugere que há uma espécie de responsabilidade moral das pessoas por se manterem saudáveis. De fato, o controle sobre o comportamento e o conhecimento dos riscos vinculados a estes tem pautado exageradamente as discussões em saúde, dando espaço para a responsabilização individual e a culpabilização. Isso é mais frequente quando a doença é resultado de comportamentos não aceitos socialmente ou que contrariam o desejável. É pouco provável que as pessoas irão se abster de comportamento insalubre em virtude das restrições de cuidado. Ao contrário, esses tipos de medidas podem servir só para aumentar a desigualdade e os resultados negativos na saúde (Friesen, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do estudo buscou a discussão em torno da internação compulsória. A polêmica sobre a internação compulsória vem sendo divulgada na mídia, entretanto, requer mais estudos especificamente. A expressão da fala de profissionais entra em conflito muitas vezes com a proposta da Reforma Psiquiátrica e o déficit de conhecimento e a falta de comunicação entre profissionais de saúde mental e da área jurídica.

O enfrentamento dos problemas de violência em geral, abandono, transtorno mental envolve a situação atual e real dos usuários de álcool e outras drogas, a qual é a mais comum causa da internação compulsória, em que se apresentam como resolução pelos órgãos de saúde atitudes radicais na tentativa de solucionar os problemas gerados. Esse tipo de internação limita os profissionais de saúde mental, muitas vezes, em suas ações, pois não possuem o poder de deliberar sobre a vida da pessoa envolvida e também devem trabalhar para o melhor da pessoa que chega ao serviço de saúde mental para o atendimento. Destarte, deve-se, em conjunto com o Judiciário, buscar segurança para o cliente, dentro de um marco legal, de forma que se cumpram os direitos dos pacientes e os direitos e deveres dos profissionais.

As instituições jurídicas passaram a entremeter-se na saúde mental e psiquiatria, constituindo-se hoje como uma via de acesso rápido para a internação psiquiátrica, o que vem a causar um desconforto aos profissionais envolvidos e uma falta de respeito à autonomia da pessoa envolvida no processo, fragilizando a relação entre os segmentos.

As dificuldades de diálogo no que diz respeito às situações de determinações judiciais para a internação psiquiátrica, caracterizada como compulsória, bem como à crescente intervenção sobre procedimentos dos profissionais de saúde mental, vêm acarretando a reflexão acerca de questões éticas, morais e sociais. Tais questões são merecedoras de debates aprofundados entre as partes envolvidas para busca de resoluções e parcerias almejando o bem do paciente.

O estímulo ao diálogo entre o Judiciário e os profissionais de saúde deve ser o caminho para um possível consenso entre esses segmentos, sem minimizar a

responsabilidade de cada um deles ora envolvido, com o intuito único de prestar atenção adequada e com qualidade à pessoa inserida no processo de internação compulsória.

Há necessidade de uma reflexão sobre o tratamento compulsório das pessoas, posto que, diante desta temática delicada, ainda existem opiniões discordantes sobre o fato, tornando-se imprescindível o debate acerca das políticas públicas sobre o tratamento e ações preventivas e educativas que sejam efetivas, com trabalho em rede, envolvendo os familiares dos pacientes.

Este estudo demonstrou que a produção do conhecimento qualitativo é possível e, a partir das informações armazenadas por uma equipe de trabalho em saúde mental e psiquiatria, permite tomada de decisões e deliberações adequadas para um funcionamento harmonioso, terapêutico e satisfatório para a instituição, usuário, estendendo-se à família deste.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi operativa no processamento do conhecimento quali quantitativo das falas dos participantes do estudo, as quais foram discursos espontâneos, com a possibilidade mínima de vieses no registro dos discursos, portanto, considera-se a máxima confiabilidade.

Os discursos encontrados são convincentes e parecem autoexplicativos, falam por si só as realidades vivenciadas por esta equipe de saúde mental e psiquiatria de uma enfermaria em um hospital geral, os quais necessitam de análise, entretanto, não de explicação. A diversidade dos DSCs reflete a complexidade sobre a temática aos participantes do estudo, na expressão de um conhecimento claro, consistente e objetivo dos pontos fortes e fracos da equipe na assistência psiquiátrica hospitalar no dia a dia.

A multiplicidade dos olhares singulares e coletivos é o desenho do pensamento e sua complexidade, expresso no discurso coletivo, no qual o senso comum ecoa as ideias defendidas pela equipe, pedindo ajuda aos construtores das políticas públicas do Estado, estabelecendo estratégias de enfrentamento quanto à internação compulsória sem a avaliação técnica específica e sem ouvir os atores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os profissionais que lidam com este problema no cotidiano das internações psiquiátricas.

O Discurso do Sujeito Coletivo possibilitou o diálogo entre os profissionais da ponta e o Sistema, isto é, a partir do singular para o coletivo. As sugestões elaboradas evidenciam o acerto no procedimento e reforçam a equipe no processo do cuidar e atender o usuário do serviço de saúde mental, mostrando sua factibilidade, enfrentamento da realidade vivenciada e o quanto é importante ouvir a fala do outro com atenção.

Neste estudo, foram abarcadas ideias semelhantes pelos participantes de diversas categorias profissionais, salientando que a discussão acerca da temática não se esgota neste estudo ou em outro, mas norteia para uma discussão ampla com a sociedade sobre o assunto, impondo um novo recorte a ser pesquisado.

Para tanto, um leque de informações, estudos, experiências, atrelados aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da RAPS, deve ser compartilhado entre profissionais, gestores e a sociedade, oferecendo subsídios para o debate, levando a uma constante reavaliação em toda sua amplitude de um processo histórico na Saúde Mental e Psiquiatria.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 17, de 06 de maio de 2015. Define os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde.

Alves AAM. Perfil de utilização da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto: um contributo para a análise dos cuidados de Saúde Mental na região [dissertação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2013.

Amapá. Assembleia Legislativa. Referente ao projeto de Lei nº 0020/05- AL. Lei Nº 1010. Projeto de Lei sobre Saúde Mental. Dispõe sobre a proteção aos portadores de transtornos mentais no estado Amapá. Diário Oficial do Estado nº 3791, de 23 jun 2006. Disponível em: http://www.al.ap.gov.br/ver_texto_lei.php?iddocumento=20572. Acesso em: 13 mar. 2015.

Amapá. Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. Formação de Redes do Amapá, 2012.

Amapá. Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. Fórum Intersetorial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2016.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 163-186.

Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Amarante, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

American Psychiatric Association [APA]. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002.

Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Vitctora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saúde Pública. 2008; 42(2):26-33.

- Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(3):337-48.
- Araya R, Montgomery A, Rojas G, Fritsch R, Solis J, Signorelli A, et al. Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry*. 2007; 190(5):394-401.
- Aron R. As etapas do pensamento sociológico. Tradução de Sérgio Bath. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Aronowitz RA. The converged experience of risk and disease. *Milbank Q*. 2009; 87(2):417-42.
- Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013; 8(26):64-74.
- Azevedo RCS, Silva VF. Dependência de substâncias psicoativas: conceitos básicos. In: Botega NJ. *Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artemed; 2012 p. 356-371.
- Bacheschi LA, Guerreiro CAM. Situação das neurociências no Brasil: neurociências clínicas. *Cienc Cult*. 2004; 56(1): 25-6.
- Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(4):438-42.
- Bardin LA. *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 171-94.
- Barros DM, Serafim AP. Parâmetros legais para uma internação involuntária no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009; 36(4):175-7.
- Barros S, Egly EY. A Enfermagem em Saúde Mental no Brasil: necessidade de produção de novos conhecimentos. *Saúde e Sociedade*. 1994; 3(1):79-92.
- Berlinck MT. A dinâmica da psicopatologia: o caso da maconha. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2014; 17(1):11-4.
- Bezerra-Jr B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. 2007; 17(2):243-50.
- Borelli E, Nestler EJ, Allis CD, Sassone-Corsi P. Decoding the epigenetic language of neuronal plasticity. *Neuron*. 2008; 60(6):961-74.

Botti NCL, Ferreira SC, Nascimento RG, Pinto JAF. Condições de saúde de mulheres com transtornos mentais. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1209-16.

Branco TSC. O controle policial-médico-securitário brasileiro el control *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*. 2016; 2(1):209-27.

Brandão JCT. Questões relativas à assistência médico-legal aos alienados e a alienados. 1903, p. 99.

Brasil. Câmara dos deputados. Rádio câmara. Autor de projeto sobre internação involuntária diz que dependente de drogas não tem discernimento. Artigo de 02 fev 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/ultimas-noticias/413560-autor-de-projeto-sobre-internacao-involuntaria-diz-que-dependente-de-drogas-naotem-discernimento.html>>. Acesso em: 25 jun 2014.

Brasil. Congresso Nacional. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde e da Justiça. Portaria nº1777 de 09 de setembro de 2003. Dispõe sobre Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. In: *Política de Atenção à Saúde Prisional*. Brasília, 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Lei Nº 1132 de 22 de dezembro de 1903- Ministério da Saúde. Dispõe sobre reorganização da assistência aos alienados. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 de dezembro de 1903. Seção 1, p. 5853.

Brasil. Ministério da Saúde. 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 União*, Brasília, 09 de abril, 2001. Seção 1, p. 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 jun 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº675/GM de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002, 213 p.

Bredow SG, Dravanz GM. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva. *Textos e Contextos*. 2010; 9(2):229-43.

Brendel DH. Philosophy of mind in the clinic: the relation between causal and meaningful explanation in psychiatry. *Harv Rev Psychiatry*. 2000; 8(4):184-91.

Bressan VR, Scatena, MCM. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(5):682-9.

Bussinguer EC, Arantes ML. O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: uma análise na perspectiva do direito à saúde. *Interfaces Científicas – Direito*. 2016; 4(2):9-20.

Candau J. Memória e identidade. Tradução de Maria Leticia Ferreira. São Paulo: Contexto; 2011.

Cardoso L, Galera SAF. Doentes Mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):161-7.

Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):87-94.

Castel R. A gestão dos riscos: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1987.

Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Castro CES. Funções psíquicas. Centro de Ciências da Saúde UFSC; 2014. Disponível em: <http://www.ccs.ufc.br/psiquiatria/981-01.html>. Acesso em: 19 abr. 2015.

Centro Brasileiro De Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID/UNIFESP. Boletim CEBRID 73, jan/fev/mar, 2015.

Cesar CLG, Carandina L, Alves MCP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP. São Paulo: USP/FSP, 2005.

Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde Debate*. 2014; 38(101):359-67.

Cohen C. Saúde Mental e Perda de Liberdade. In: Oliveira RA, Cordeiro Q, Lima MGA, organizadores. *Transtorno Mental e Perda de Liberdade*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013. p. 23-32.

Comitê Executivo de Saúde do Estado do Paraná - COEXES. Enunciado nº 06 - Para a internação compulsória ou involuntária, em relação à transtornos mentais, inclusive quanto ao uso de álcool e drogas, é mister que a petição inicial venha instruída com laudo de solicitação de internação hospitalar firmado por médico, preferencialmente psiquiatra. Ata 32, de 13 jul. 2014.

Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three Strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2001; 27(2):187-95.

Costa JF. *História da Psiquiatria no Brasil*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

Costa JRE, Anjos MF, Zaher VL. Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética. *Bioethikos*. 2007; 1(2):103-110.

Costa JRE. Psiquiatria: bioética-insanidade e (des)humanização. *O Mundo da Saúde*; 2010; 34(4):531-4.

Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(12):981-8.

Dagalarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Dantas NS, Silva RR. *Medicamentos excepcionais*. Brasília. Escola Superior do Ministério Público da União, 2006.

Delduque MC, Castro EV. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2015; 39(105):506-13.

Delgado PG. Internação Involuntária: implicações éticas, clínicas e legais. *Ciência Hoje*. Edição 295 [internet] 2012. Disponível em: http://www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/646/n/internacao_involuntaria:_implicacoes_eticas,_clinicas_e_legais. Acesso em: 31 jan. 2017.

Deus AM, Cunha DESL, Maciel EM. Estudo de Caso na Pesquisa Qualitativa em Educação: uma metodologia. In: VI Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI - 2010.

Dick DM, Riley B, Kendler KS. Nature and nurture in neuropsychiatric genetics: where do we stand? *Dialogues Clin Neurosci*. 2010; 12(1):7-23.

Duarte MLC, Olschowsky A. Fazeres do enfermeiro em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(4):698-703.

Dudley KJ, Li X, Kobor MS, Kippin TE, Bredy TW. Epigenetics mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders *Neurosci Biobehav Rev*. 2011; 35(7):1544-51.

Ehrenberg A. Le sujet cérébral. *Esprit*. 2004; (309) 130-55.

Esperidião E, Silva NS, Caixeta CC, Rodrigues J. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):171-6

Facco FA, Schnaider TB, Silva JV. A Bioética: histórico e princípios. *Enciclopédia Biosfera*. 2010; 6(11):1-11.

Fé IAM. Doença mental e autonomia. *Revista Bioética*; 2009; 6(1):1-7.

Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo; 2003.

Fortes, HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*; 2010; 10 (2):S321-S330.

Foucault M. A história da loucura. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1972.

Francisco WC. População em Situação de Rua. 2011. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/brasil/populacao-situacao-rua.htm>. Acesso em: 31 jan. 2017.

Franco V, Melo M, Apolonio A. Problemas de desenvolvimento infantil e intervenção precoce. *Educar em Revista*. 2012; 43:49-64.

Friesen P. Personal responsibility within health policy: unethical and ineffective. *J Journal of Medical Ethics*. 2016. Available from: <http://jme.bmj.com/on>. Acesso em: 31 jan. 2017.

Gabbard GO. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:117-122.

Gatti, B. Grupo Focal nas pesquisas em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livros; 2005.

Gimenes AC, Batista JS, Fujita JS, Rocha R. Dilemas acerca da Vida Humana: interfaces entre a Bioética e o Biodireito. São Paulo: Atheneu; 2015.

- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
- Goldim JR. Bioética: Origens e complexidade. Rev HCPA. 2006; 26(2):86-92.
- Gottesman II, Hanson DR. Human development: biological and genetic processes. Annu Rev Psychol. 2005; 56:263-86.
- Graeff FG. Neurociência e Psiquiatria. Psicologia Clínica. 2006; 18(1):27-33.
- Grillo E, Silva RJM. Early manifestations of behavioral disorders in children and adolescents. Jornal de Pediatria. 2004; 80(2):21-7.
- Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Cien Saude Colet. 2011; 16(4):2145-54.
- Gwas. Psychiatric Consortium Coordinating Committee. Genomewide Association Studies: history, rationale, and prospects for psychiatric disorders. Am J Psychiatry. 2009; 166(5):540-56.
- Haig D. The (dual) origin of epigenetics. Cold Spring Harb Symp Quant Biol. 2004; 49.
- Henriques BM. Qualidade da vinculação e comportamento antissocial na infância. INFAD Revista de Psicología. 2014; 1(1):35-44.
- Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. Estudos de Psicologia. 2012; 17(1):171-8.
- Holliday R. Epigenetics: a historical overview. Epigenetics. 2006; 1(2):76-80.
- Hoppen NHF, Vanz SAS. Tendências da pesquisa brasileira em Neurociências. In: Anais do 4º Encontro Brasileiro de Bibliometria e Cientometria (EBBC); 2014 mai. 14-16; Recife. Recife: 2014. v. 4, Poster-28.
- Horwitz AV, Grob GN. The checkered history of American psychiatric epidemiology. Milbank Q. 2011; 89(4):628-57.
- Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. JAMA. 2005; 294 (17):2221-4.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios. Rio de Janeiro; 2010.
- International Training and Education Center on HIV (I-TECH). Building global capacity to improve the care of people living with HIV/AIDS, s.d. Disponível em <<http://www.go2itech.org/ppt/p06-db/db-51029-60.ppt>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

International Training and Educacion Center on HIV (I-TECH). Organizar e Conduzir Grupos Focais [internet]. 2008 mar. Disponível em: http://www.go2itech.org/resources/technical-implementation-guides/1.TIG_Grupos_Focais_A4.pdf. Acesso em: 29 mar. 2015.

Jirtle RL, Skinner MK. Environmental epigenomics and disease susceptibility. *Nat Rev Genet.* 2007; 8(4):253-62.

Jorge MAS, Carvalho MCA, Silva PRF, organizadores. Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

Junqueira SAE. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes Psiquiátricos Tratados em Hospital Dia [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo; 2009.

Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Kitzinger J; Barbour RS. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: Kitzinger J, Barbour RS, organizadores. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage; 1999. p. 1-20.

Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(1):106-10.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

Lemke T. Susceptible individuals and risky rights: dimensions of genetic responsibility. In: Burri RV, Dumit J, editors. *Biomedicine as culture: instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*. London: Routledge; 2007. p. 151-66.

Lepargneur H. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. *Mundo Saúde.* 2003; 27(2):219-230.

Lima MGA. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Alves LCA, coordenador. *Ética e Psiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. p. 115-126.

Lock M. The future is now: locating biomarkers for dementia. In: Burri RV, Dumit J, editors. *Biomedicine as culture: instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*. London: Routledge, 2007. p.61-86.

Loureiro LMJ, Dias CAA, Aragão RO. Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*. 2008; (8):33-44.

Louzã Neto MR, Elkis H. *Psiquiatria Básica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004; 12(6):933-9.

Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*. 2008; 13(1):115-24.

Mangualde AAS, Botelho CC, Soares MR, Costa JF, Junqueira ACM, Vidal CEL. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*. 2013; (19):235-48.

Marcolan JF, Castro RCB, organizadores. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Massarollo MCKB, Fernandes MFP. Ética e gerenciamento em Enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 13-22.

Mayes, R; Horwitz, A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*. 2005; 41(3):249-67.

Medauar O. *Direito Administrativo Moderno*. 14ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.

Mello RM, Schneider JF. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Gaucha Enferm*. 2011; 32(2):226-33.

Mesquita JF, Novellino MSF, Cavalcanti MT. A Reforma Psiquiátrica No Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Trabalho apresentado ao XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2010 set. 20-24; Caxambu. Caxambu: ABEP; 2010.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(5):735-40.

Moreira LHO, Loyola CMD. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):692-9.

- Murgatroyd C, Spengler D. Epigenetics of early child development. *Front Psychiatry*; 2011; 2:1-15.
- Nakano A. Psiquiatria: Alterações da Percepção [internet]. 2009a jul 15. Saúde. Disponível em: <http://saudeakira.blogspot.com.br/2009/07/psiquiatria-alteracoes-da-percepcao.html>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- Nakano A. Psiquiatria: Confusão Mental. [internet]. 2009b jul 15. Saúde. Disponível em: <http://saudeakira.blogspot.com.br/2009/07/psiquiatria-confusao-mental.html>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- Nestler EJ. Epigenetic mechanisms in psychiatry. *Biol Psychiatry*. 2009; 65(3):189-90.
- Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(3):44-57.
- Oh G, Petronis A. Environmental studies of schizophrenia through the prism of epigenetics. *Schizophr Bull*. 2008; 34(6):1122-9.
- Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2008; 4(2).
- Oliveira L. *Revista Bioética: ascensão e dinâmica de um campo para a ética aplicada à ciência do Brasil (1993-2008) [dissertação]*. Goiânia: Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás; 2009.
- Oliveira MSN, Pinto FJM, Aguiar JB, Sampaio RMM, Medeiros CRB. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*. 2011; 24(4):361-6.
- Oliveira RA. Ética médica e bioética. *Saúde, ética e justiça*. 2005; 10(1/2):26-8.
- Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(11):3069-78.
- Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1164-70.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias. *Bioethics*. [internet]. França, 2006. Disponível em: www.unesco.org/shs/ethics. Acesso em: 15 mar. 2015.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

Palmeira LF, Geraldles MTM, Bezerra ABC. Entendendo a Esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento? Rio de Janeiro: Interciência. 2009.

Paulon SM, Escóssia L. Número Temático: Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização: cuidado humanizado é cuidado em liberdade [editorial]. Revista Polis e Psique. 2012; 2(3):1-4.

Paz FI, Ibiapina EFV, Parente AMV, Castro UR, Silva DOF. Bioética Principlista e Internação Compulsória: Tensionamentos entre Autonomia e Vulnerabilidade. Revista Psicologia e Saúde. 2016; 8(2):43-54.

Peele R, Chodoff P. Involuntary hospitalization and deinstitutionalization. In: Bloch S, Chodoff P, Stephen AG, editors. Psychiatric Ethics. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 211-28.

Peres MFT, Nery Filho A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2002; 9(2):335-55. Disponível em: <http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/instrumentos/mariafernanda.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

Pessalacia JDR, Rates CMP, Ribeiro CRO. Modelos de decisão substitutiva em saúde mental: uma análise sob a ótica do modelo principlista. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2013; 3(1):612-9.

Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Rev bioét. 2013; 21(1):9-19.

Piccinini WJ, Oda AMGR. História da Psiquiatria: a loucura e os legisladores. Psychiatri online Brasil. 2006; 11(3), 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>. Acesso em: 15 mar. 2015.

Piccinini WJ. História da Psiquiatria: um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Psychiatri online Brasil. 2007; 12(6). Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0607.php>. Acesso em: 15 mar. 2015.

Pinheiro GHA. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. Jus Navigandi [Internet]. out. 2011. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/20292>. Acesso em: 20 jun 2014.

Pinho MA, Silva, LR. Manifestações digestórias em portadores de transtornos do espectro autístico necessidade de ampliar as perguntas e respostas. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2011; 10(3):304-9.

Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Cien Saude Colet. 2011; 16(12):4579-89.

Portocarrero, V. Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Ramos PF, Brito CMD. A internação psiquiátrica compulsória de um familiar utilizada como medida protetiva a idosos. *Revista Direito Sanitário*. 2016; 16(3):36-56.

Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(2):244-50.

Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental; Brasília, 1987. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.

Ribeiro RB, Vilela LR, Cordeiro Q. Legislação das Internações Psiquiátricas Involuntárias e Compulsórias. In: Oliveira RA, Cordeiro Q, Lima MGA, organizadores. *Transtorno Mental e Perda de Liberdade*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013. p. 75-92.

Rose N, Abi-Rached JM. *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton: Princeton University Press; 2013.

Rose N. 'Screen and Intervene': governing risky brains. *Hist Human Sci*. 2010; 23(1):79-105.

Rose N. The Human Sciences in a Biological Age. *Theory Cult Soc*. 2013; 30(1):3-34.

Rose, N. Genomic susceptibility as an emergent form of life? Genetic testing, identity, and the remit of medicine. In: Burri RV, Dumit J, editors. *Biomedicine as culture: instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*. London: Routledge, 2007. p. 141-150.

Rosen M. Coming to terms with the field: understanding and doing organizational ethnography. *Journal of Management Studies* 1991; 28(1),1-24.

Roth TL, Sweatt JD. Epigenetic mechanisms and environmental shaping of the brain during sensitive periods of development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(4):398-408.

Rutter M, Moffit TE, Caspi A. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3/4): 226-61.

Sacchetto MSLS, Andrade NS, Brito MHSF, Lira DMMP, Barros SLLV. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5):344-9.

Santos JS, Valle DA, Palmier AC, Amaral JHL, Abreu MHNG. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(2):515-24.

Savage J. Observação Participativa: o uso do sujeito corpo para compreender a prática da Enfermagem. In: Latimer J. *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget; 2005. p. 65- 87.

Schechtman A; Alves DS. A Organização da Política de Saúde Mental, 2014. In: Jorge MAS, Carvalho MCA, Silva PRF, organizadores. Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

Shorter EA History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. New York: John Wiley & Sons; 1997.

Silva AG. Direito Integral à Saúde é prioridade. Instituto Ciência Hoje [internet]. 2012 set. 06. Disponível em: http://www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/647/n/direito_integral_a_saude_e_prioridade. Acesso em: 13 mar. 2015.

Silva HC. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1):112-5.

Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 1999; 15(3):505-11.

Silva LRF, Ortega, FJG. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. Physis. 2014; 24(3):765-86.

Silva TL, Maftum MA, Kalinke LP, Mathias TAF, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um Hospital Geral. Cogitare Enferm. 2015;20(1):112-20.

Simon AG, Baptista TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(11):2227-41.

Souza M. Os novos movimentos sociais: organização políticas dos usuários em saúde mental. In: Conselho Federal De Psicologia, Editor. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 144-52.

Stake RE. A Arte da Investigação com Estudos de Caso. Tradução de Ana Maria Chaves. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2012.

Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista. 2ª ed. Lusodidacta; 2002.

Sweatt JD. Experience-dependent epigenetic modifications in the central nervous system. Biol Psychiatry. 2009; 65(3):191-7.

Tachizawa T; Mendes G. Como fazer Monografia em prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.

Tobar F, Yalour MR, organizadores. Como fazer Teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica - conceitos de cuidados baseado em evidências. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2014.

Tsankova N, Renthal W, Kumar A, Nestler EJ. Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci*. 2007; 8(5):355-67.

United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. Relatório mundial sobre drogas [internet]. New York, 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html> Acesso em: 09 ago. 2016.

Valentini, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: Harari A, Valentini W, organizadores. *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-24.

Varella D. Internação compulsória. 2013. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>. Acesso em: 09 dez. 2016.

Yasui S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *O Mundo da Saúde*. 2009; 33(2):195-204.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Requerimento para Solicitação para Coleta de Dados

Universidade Federal do Amapá

Pró-Reitoria de Ensino, Pesquisa e Extensão

Curso de Licenciatura Plena e Bacharelado em Enfermagem

Requerimento para Solicitação para Coleta de Dados

Prezado Diretor:

Estou realizando uma pesquisa intitulada: INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ASPECTOS TÉCNICOS E ÉTICOS, sob a orientação da Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. O objetivo geral deste estudo é: discutir aspectos técnicos e éticos relativos às internações compulsórias em psiquiatria, de forma a contribuir com transformações na gestão da política de saúde mental, no cuidado e no ensino na área. Para determinado fim, solicito, por meio deste requerimento, sua autorização para coleta de dados, que se dará através da aplicação de um questionário e entrevista junto ao profissional da rede de saúde mental do serviço de internação psiquiátrica. Informo que não haverá custo para tal, e, na medida do possível, não irei interferir na operacionalização e/ou atividades cotidianas deste Hospital. Tendo em vista que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, será assegurado o anonimato dos informantes, assim como a preservação das informações coletadas, conforme respalda a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão, certo de sua colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa científica.

Diretor:

Eu, _____, Diretor responsável pelo hospital, declaro conhecer a pesquisa descrita acima, incluindo seu objetivo e metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que a pesquisa não ira interferir no fluxo normal deste serviço.

Assinatura do Diretor

APÊNDICE B - Entrevista

Horário de trabalho: () manhã () tarde () noite

Função:

- 1- Como você considera o tratamento de uma pessoa em internação psiquiátrica compulsória?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **intitulada**: “INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ASPECTOS TÉCNICOS E ÉTICOS”, que tem como **objetivo geral**: Discutir aspectos técnicos e éticos relativos às internações compulsórias em psiquiatria e Específicos: traçar o perfil sociodemográfico e econômico das internações na enfermaria psiquiátrica do HCAL; diferenciar os tipos de internação na enfermaria psiquiátrica do HCAL; identificar a visão do cuidar das pessoas em internação compulsória entre os trabalhadores na enfermaria psiquiátrica do HCAL, tendo como cenário da pesquisa o Serviço de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima.

A pesquisa será descritiva, analítica, com um corte quantiquantitativo em seu desenho de estudo e, como instrumentos de aplicação, serão utilizados questionários, destacando uma pergunta de pesquisa.

As informações serão tratadas de forma **sigilosa e confidencial**, isto é, em nenhum momento, será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade será assegurada, uma vez que o nome seu será substituído de forma aleatória.

Os **dados coletados** serão utilizados **apenas NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá **recusar-se** a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

A sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas a serem realizadas sob a forma de questionários e entrevistas.

O(a) Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Haverá riscos** mínimos relacionados à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de constructo de subsídios para discussão da temática proposta.

O (A) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já, agradecemos!

Nome da Orientadora
Profa. Dra. Elma Lourdes Campos PavoneZoboli

Nome do Orientando
José Luis da Cunha Pena

Universidade de São Paulo/USP
Amapá/UNIFAP
Cel: (11)991878044
(96)991892626
e-mail:elma@usp.br

Universidade Federal do

Cel:

e-mail: pena@unifap.br

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: _____ (celular), _____, _____. O(a) senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009- 2805. Desde já, agradecemos!

Eu, _____ (nome por extenso), declaro que, após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada “ _____ ”.

Macapá, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Pesquisador ou pesquisadores

Nome por extenso
Instituição.....
Cel: (XX)
e-mail:

Assinatura do participante

ANEXO B - CDM (CENTRO DE DOENÇAS MENTAIS)

Macapá, ____/____/____

Hora: ____ h ____ min

CDM (CENTRO DE DOENÇAS MENTAIS)**I- IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ Leito: _____

DN: ____/____/____ Idade: _____ Procedência: _____

RG: _____ CPF: _____

Filiação: Mãe: _____

Pai: _____

Responsável: _____

Fone: _____

Endereço: _____ N° _____ Bairro: _____

Tipos de Internação: () Voluntária () Involuntária () Compulsória

II- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**Sexo**

() Feminino () Masculino

Cor da Pele

() Branca () Parda () Negro () Amarelo

Estado Civil

() Solteiro () Casado () União Estável () Viúvo

Religião

() Católico () Evangélico () Não Possui () Outra, Qual? _____

Escolaridade

() 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo () 2º Incompleto

() 2º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo

() Não Alfabetizado

Condições Domiciliares

() Mora Sozinho () Mora Com Familiares

() Alvenaria () Madeira () Mista () Casa Própria () Alugada

Situação Trabalhista

() Trabalha no mercado formal () Trabalha no comércio informal () Aposentado
() Do lar () Desempregado Especificar profissão: _____

Renda Familiar

Benefício: () Sim () Não

() < 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos

() 4 a 6 salários mínimos () > 7 salários mínimos

Hábitos de Vida

() Fuma () Ingere bebidas alcoólicas () Fuma e ingere bebidas alcoólicas

() Não fuma e nem ingere bebidas alcoólicas () Outras, quais? _____

III- DADOS CLÍNICOS

Antecedentes mórbidos pessoais

() Sem antecedentes () AVC () Hipertensão arterial () Cardiopatias

() Diabetes () Doença renal () Obesidade () Outras: _____

Uso de Medicamentos

Alergia medicamentosa () Sim () Não _____

Faz uso de Medicamentos () Sim () Não _____

Antecedentes mórbidos familiares

() Sem antecedentes () AVC () Cardiopatias () Hipertensão Arterial

() Diabetes () Doença renal () Psiquiátricos () Obesidade

() Outras: _____

Desenvolvimento da Doença: (1º crise, nº de crises, sintomas, tratamento)

ANEXO C - IV- EXAME FÍSICO

Macapá, ____/____/____

Hora: ____ h ____ min

IV- EXAME FÍSICO**1. Pele e Anexos****Pele**

- () Íntegra () Hematosa () Hiperemiada () Cianótica () Ictérica
() Edemasiada () Hipocorada () Cicatriz/ local: _____
() Tatuagem/local: _____ () Lesões/tipo: _____

Mucosas

- () Normocorada () Hiperacorada () Hipocorada () Enantema

Couro Cabeludo

- () Íntegro () Pediculose () Sujidade, seborreia ou caspa () Alopecia
() Lesões/Tipo: _____

Olhos

- () Sem anormalidades () Ptose () Hematoma () Conjuntivite () Miose
() Exoftalmia () Enoftalmia () Anisocoria () Midríase () Icterícia

Nariz

- () Sem anormalidades () Sujidade () Obstrução nasal () Lesão

Boca

- () Sem anormalidade () Cianótica ou pálida () Queilose () Nódulos herpética
() Gengivite () Ressecada () Halitose () Língua saburrosa () Cáries
() Dentição incompleta/ausente

Pescoço

- () Sem anormalidade () Gânglios inflamados () Rigidez de nuca

Unhas

- ☐ Sem alterações/limpas ☐ Cianose ☐ Sujidade ☐ Paroníquia
☐ Onicólise ☐ Escleróniquia

2. Sistema Respiratório

- ☐ Tórax simétrico ☐ Tórax assimétrico ☐ Taquipneia ☐ Bradipneia
☐ Dispneia ☐ Apneia

3. Mamas

- ☐ Simétricas ☐ Assimétricas ☐ Flácidas ☐ Túrgidas ☐ Nódulos
☐ Drenagem de secreção ☐ Hipersensibilidade e dor ☐ Lesões e ulcerações

4. Sistema Cardiovascular

- ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Palpitações ☐ Arritmias

5. Aparelho Gastrointestinal

- ☐ Abdome plano ☐ Abdome globoso ☐ Ruídos peristálticos ☐ Indolor
☐ Melena ☐ Dor a palpação ☐ Constipação ☐ Gravídico

6. Aparelho Geniturinário

- ☐ Oligúria ☐ Disúria ☐ Anúria ☐ Polaciúria ☐ Hematúria ☐ Enurese

7. Membros Superiores

- ☐ Sem anormalidades ☐ Edema ☐ Hematomas ☐ Deformidades

Lesões/tipo: _____

8. Membros Inferiores

- ☐ Sem anormalidades ☐ Edema ☐ Hematomas ☐ Deformidades

Lesões/tipo: _____

9. Sinais Vitais

PA: _____ x _____ mmHg; R: _____ mrpm; P: _____ bpm; T: _____ °C.

10. Observações/Queixas: _____

ANEXO D - V- EXAME MENTAL

Macapá, ____/____/____

Hora: ____ h ____ min

V- EXAME MENTAL**1. Pensamento**

- () Lógico () Ilógico () Claro () Confuso () Mágico () Perseveração
() Desagregação () Fio associativo presente () Lentificado () Acelerado
() Ideação homicida () Delírios () Obsessões () Fuga de ideias
() Ideação suicida () Paranoia /desconfiança
() Delírios ____ Grandeza ____ Místico ____ Persecutório ____ Niilista ____ Referência

2. Consciência

- () Lúcido () Obnubilação () Estupor () Sonolência () Estado crepuscular

3. Orientação

- () Orientado ____ Autopsiquicamente ____ Alopsiquicamente
() Desorientado ____ Autopsiquicamente ____ Alopsiquicamente

4. Sensopercepção

- () Sem alterações () Ilusões () Despersonalização () Desrealização
() Alucinações ____ Auditivas ____ Visuais ____ Olfativas ____ Gustativas ____ Táteis

5. Linguagem

- () Coerente () Solilóquio () Glossolalia () Coprolalia () Ecolalia () Logorreico
() Bradilalia () Disartria () Mutismo () Gagueira () Monossilábico
() Jargonofasia

6. Atenção

- () Atento () Aprosexia () Disprosexia () Hiperprosexia () Hipoprosexia

7. Memória

- () Recente _____ Perdida; _____ Intacta; _____ Prejudicada
() Remota _____ Perdida; _____ Intacta; _____ Prejudicada
() Hipermnésia () Hipomnésia () Dismnésia () Amnésia
() Paramnésia

8. Inteligência

- () Aparentemente inferior () Aparentemente inserido
() Aparentemente superior () Oligofrenia

9. Conduta

- () Ativo () Hiperativo () Hipoativo () Flexibilidade cérea () Estereotípias
() Riscos imotivados () Atos compulsivos () Ecopraxia () Ambivalência
() Cooperativo () Não cooperativo () Cabisbaixo () Impulsos agressivos
() Inquietação/agitação psicomotora () Tremores () Hostil
() Arredio () Sexuado

10. Afetividade/Humor

- () Feliz () Eufórico () Deprimido () Tenso () Angustiado
() Ansioso () Pânico () Desconfiado () Apatia () Lábil () Alegre
() Embotamento afetivo () Triste () Irritação

11. Mecanismos de defesa

- () Projeção () Supressão () Anulação () Descolamento
() Negação () Repressão () Isolamento () Regressão
() Formação reativa () Introjeção () Compensação () Identificação

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A internação psiquiátrica compulsória: aspectos técnicos e éticos

Pesquisador: JOSE LUIS DA CUNHA PENA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33427714.2.0000.0003

Instituição Proponente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 739.309

Data da Relatoria: 05/08/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto relevante e bem fundamentado,

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Discutir aspectos técnicos e éticos relativos as internações compulsórias em psiquiatria.

ESPECÍFICOS:

Traçar o perfil sócio demográfico e econômico das internações na enfermaria psiquiátrica do HCAL.

Diferenciar os tipos de internação na enfermaria psiquiátrica do HCAL.

Identificar a visão do cuidar das pessoas em internação compulsória entre os trabalhadores na enfermaria psiquiátrica do HCAL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos relacionados à participação.

Benefícios:

Contributos à cientificidade da temática proposta

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante e exequível.

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

Continuação do Parecer: 739.309

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de acordo com a apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende a exigências da resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MACAPA, 05 de Agosto de 2014

Assinado por:

Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPA

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

ANEXO F - MAPA DE MACAPÁ

Figura 5 - Mapa de Macapá

ANEXO G - MAPA DO AMAPÁ

Figura 6 - Mapa do Amapá

ESTADO DO AMAPÁ

ANEXO H - MAPA DOS BAIRROS DE MACAPÁ

Figura 7- Mapa dos bairros de Macapá