

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Niége Lago da Cruz

**A PERCEPÇÃO DE JOVENS ADULTOS NA VIVÊNCIA DE SUA
PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Santa Maria, RS
2019

Niége Lago Da Cruz

**A PERCEPÇÃO DE JOVENS ADULTOS NA VIVÊNCIA DE SUA PRIMEIRA
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Adegas de Azambuja

Santa Maria, RS
2019

Niége Lago da Cruz

**A PERCEPÇÃO DE JOVENS ADULTOS NA VIVÊNCIA DE SUA PRIMEIRA
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde Mental.

Aprovado em 16 de Março de 2019:

Marcos Adegas de Azambuja, Dr. (UFSM)
(Presidente Orientador)

Ana Paula Vargas Ronsani, Especialista em Saúde Mental (UFSM)

Douglas Casarotto de Oliveira, Mestre em Educação (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

A PERCEPÇÃO DE JOVENS ADULTOS NA VIVÊNCIA DE SUA PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

AUTORA: Niége Lago da Cruz
ORIENTADOR: Marcos Adegas de Azambuja

Objetivo: Analisar a experiência de jovens adultos na primeira internação psiquiátrica. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva realizada em uma unidade de atenção psicossocial situada na região central do estado do RS. A produção dos dados ocorreu no período de Novembro a Dezembro de 2018, através de entrevistas semiestruturadas com 5 usuá(ri)a(s) que tiveram sua primeira internação psiquiátrica. **Resultados:** A partir das análises emergiram duas categorias e suas respectivas subcategorias: Sentimentos relacionados à internação, O cotidiano na internação: a chegada, atividades/oficinas, contenção mecânica e tabagismo na internação. **Conclusão:** A partir das vivências que emergem da internação psiquiátrica, faz-se necessário repensar e reforçar alguns cuidados prestados no cotidiano, para intensificar e/ou mudar processos de trabalho, um caminho para esse propósito pode ser a educação permanente nos serviços de saúde. Almeja-se que este estudo proporcione melhorias nas unidades de internações e que sirva de reflexão para profissionais e estudantes da área da saúde que apoiam o processo de desinstitucionalização.

Palavras-chave: Psiquiatria. Entrevista. Contenção.

ABSTRACT

THE PERCEPTION OF YOUNG ADULTS IN THE LIVING OF THEIR FIRST PSYCHIATRIC INTERVENTION

AUTHOR: Niége Lago da Cruz
ADVISOR: Marcos Adegas de Azambuja

Objective: To analyze the experience of young adults in the first psychiatric hospitalization. Method: A qualitative, exploratory and descriptive study conducted in a psychiatric inpatient unit located in the central region of RS. The data production occurred in the period from November to December 2018, through semi-structured interviews with 5 users who had their first psychiatric hospitalization. Results: From the analysis emerged two categories and their respective subcategories: Feelings related to hospitalization, the daily in the hospitalization: the arrival, activities / workshops, mechanical restraint and smoking in the hospitalization. Conclusion: From the experiences that emerge from psychiatric hospitalization, it is necessary to rethink and reinforce some of the care provided in daily life, in order to intensify and / or change work processes, a path for this purpose may be permanent education in health services. It is hoped that this study will provide improvements in the hospitalization units and that it will serve as a reflection for health professionals and students who support the process of deinstitutionalization.

Keywords: Psychiatry. Interview. Containment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2 METODOLOGIA	11
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	14
3.1 SENTIMENTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO	14
3.2 O COTIDIANO NA INTERNAÇÃO	16
3.2.1 A chegada	16
3.2.2 Atividades/oficinas	16
3.2.3 Contenção mecânica	18
3.2.4 Tabagismo na internação	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, está sendo cenário de significativas mudanças nas políticas e ações relacionadas à saúde mental, com destaque na desospitalização da assistência, enfatizando a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, esses serviços passaram a fazer parte da Rede de Atenção à Saúde Mental: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas e residências terapêuticas, levando em consideração as particularidades e necessidades de cada local (Hirdes, 2009). Buscando através do atendimento multiprofissional (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos, psicólogos, assistentes sociais), a melhoria na qualidade de vida das pessoas portadoras de transtorno mental e a reinserção social dos mesmos na sociedade e em âmbito familiar.

Nos dias de hoje é recomendado que o manejo de situações de crise ou em casos de usuários com sintomas psíquicos agudizados, ocorra, de preferência, nos CAPS III com atenção contínua, abrangendo atendimento em urgência/emergência ou CAPS AD III e nos hospitais gerais, com retaguarda dos serviços que fazem o acompanhamento longitudinal (BARROS & SALLES, 2015).

Diante desse entendimento, a Política Nacional De Saúde Mental reforça que a atenção à crise, assim como a atuação na emergência em saúde mental deve ser articulada com outros dispositivos estratégicos, como a própria atenção primária. Além do que, consolida a atuação e amplificação dos CAPS III e dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em substituição à internação no hospital psiquiátrico de longa permanência, levando em consideração a necessidade de ofertar dispositivos de tratamento e qualificar os serviços, a fim de proporcionar cuidado integral em saúde mental aos cidadãos no seu território através da perspectiva de atenção psicossocial (CANABRAVA, SOUZA, FOGAÇA et al., 2015).

A adolescência e a vida adulta jovem são caracterizadas por mudanças físicas, psíquicas e sociais. Havendo nessa fase uma predisposição ao desenvolvimento de alguns transtornos psicopatológicos como a depressão, ansiedade e alguns comportamentos de risco à saúde, como uso de álcool e outras drogas (NÓBREGA, 1998).

Um estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2000

constatou que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de transtorno mental na população adulta de 15-59 anos com índices elevados para os transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Conforme os dados do Ministério da Saúde 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtorno psiquiátrico grave decorrente do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele de forma contínua ou eventual. O índice de utilização dos serviços de saúde está em 13%. Muitas vezes, por questões como o estigma, desconhecimento da doença, preconceito, falta de treinamento das equipes para lidar com esses transtornos, medo e a falta de serviços adequados para atendimento psiquiátrico, contribuem para que as pessoas com algum tipo de transtorno mental não busquem atendimento (BRASIL, 2007; MARI, JORGE, KHON, 2007).

O interesse pela temática referente à vivência da internação emergiu durante a atuação da autora deste trabalho enquanto residente em uma unidade de atenção psicossocial, e, essa vivência, permitiu uma aproximação com a realidade de indivíduos no início da fase adulta, os quais tiveram sua primeira internação psiquiátrica nesse período. Além disso, percebe-se a ausência de pesquisas e estudos de profissionais que atuaram no serviço com esta temática proposta.

Este trabalho traz resultados parciais de um projeto de pesquisa desenvolvido por profissionais das áreas de enfermagem, psicologia e terapia ocupacional, residentes multiprofissionais de Saúde Mental de uma cidade no interior do RS, intitulado: A experiência de jovens adultos na primeira internação psiquiátrica e sua relação com a cidade/território no pós- alta, na qual tem como objetivo, analisar a experiência de jovens adultos na primeira internação psiquiátrica e sua relação com a cidade/ território no pós-alta.

Desta forma, este artigo contempla um dos objetivos específicos do trabalho multiprofissional, sendo este: analisar a experiência de jovens adultos na primeira internação psiquiátrica. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com usuários que tiveram sua primeira internação em uma unidade de internação psiquiátrica, desconsiderando o motivo da internação.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Durante muitos anos, a assistência psiquiátrica esteve ligada ao tratamento restrito no interior dos grandes hospícios, com internações de longa duração e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e social. O usuário não era o foco de atenção, mas sim a doença. Os portadores de transtorno mental eram marginalizados e destituídos de autonomia, não sendo considerados como indivíduos ativos no seu processo terapêutico (ANDRADE & PEDRÃO, 2005).

Vale destacar, que o cuidado em saúde mental vem se modificando desde os anos 1970, sendo na década de 1980 que a Reforma Psiquiátrica começou a tomar forma em um contexto de reforma democrática da sociedade e do setor da saúde. Em 1987, foi realizada a I Conferência em Saúde Mental, considerado o marco inaugural da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tais mudanças buscavam transformações radicais no campo assistencial público, com o objetivo de promover uma saúde mental que superasse o modelo asilar vigente para um que garantisse uma atenção universal. Este novo modelo incentiva os usuários a buscarem seus direitos e a terem suas demandas atendidas em liberdade (JUNIOR, DESVIAT, SILVA, 2016).

As consequências da Reforma Psiquiátrica, tanto no Brasil quanto em outros lugares do mundo, estão muito interligadas a valores, como o direito do usuário ser tratado em liberdade, apostando na reinserção social, humanização dos cuidados e resgate da condição de cidadania dos usuários. Desta forma, nos últimos 30 anos vem sendo implementado políticas públicas em forma de leis, portarias e outras regulamentações, propiciando mudanças na legislação, inovações nas práticas clínicas e importante apoio na interdisciplinaridade das ações (CAMPOS, 2003).

Seguindo nesta linha de cuidado, no ano de 2001, foi criada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos às pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, garantindo aos usuários o acesso à rede de atenção psicossocial, e de cuidado integral a sua saúde. Nesse sentido, investe-se na proposta de substituir o modelo asilar (hospitalocêntrico, centrado na doença) pelo modelo de atenção psicossocial (rede de serviços, centrado no cuidado do usuário), e busca-se superar a exclusão dos familiares dos usuários de saúde mental, acolhendo-os e dando o suporte às suas necessidades de saúde (CAMATTA, TOCANTINS, SCHNEIDER, 2016). Desta forma, os usuários acometidos

por transtornos mentais são cuidados numa perspectiva integral, com foco no suporte e não somente na doença, como direito fundamental destes usuários.

Botega (2002) nos traz que, na atual conjuntura do Brasil, em que a saúde mental passa pelo processo de reestruturação, os hospitais psiquiátricos gradualmente têm deixado de compor a base do sistema assistencial, abrindo caminho para uma rede de serviços extra hospitalares de alta complexidade. Todavia, a internação psiquiátrica, mesmo com as contradições que a cerca, continua ainda sendo um recurso terapêutico imprescindível (embora pontual) para muitos usuários, especialmente para os mais graves.

Para Fortes (2010), a internação hospitalar é uma situação cercada de significados na vida do sujeito internado, pois rompe com o cotidiano dessa pessoa e seus familiares. Em uma unidade hospitalar, a doença não é o fator que determina a internação e sim a gravidade do quadro apresentado pelo sujeito com base na alteração de seu juízo crítico, ao não controle de seus impulsos e ao risco que representa para si ou para os outros, o que justificaria a internação hospitalar.

De acordo com Brasil (2002) são considerados casos graves as situações em que há presença de transtorno mental com no mínimo uma das seguintes condições: risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social e incapacidade grave de autocuidado. Tendo como objetivo a estabilização do usuário: minimizar riscos, levantamento das necessidades psicossociais, ajuste do tratamento psicofarmacológico e reinserção social do usuário em seu território, é de competência do profissional médico avaliar de forma criteriosa caso a caso e verificar quando a internação psiquiátrica se faz necessária (CARDOSO & GALERA, 2011).

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, pois se entende que a realidade e o sujeito são elementos peculiares, considerando os traços subjetivos e as suas particularidades. Córdova e Silveira (2009, p. 31) trazem que a abordagem qualitativa “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.”

Optou-se em realizar esta pesquisa em cunho exploratório, pois traz mais interação entre os problemas, torna-se mais explícito e facilita a construção de hipóteses, sendo que a maioria das pesquisas são realizadas por pesquisas bibliográficas, entrevistas com sujeitos que tiveram a prática no campo pesquisado e observação de exemplos que facilitam a compreensão (GIL, 2007). Além disso, descritiva, pois segundo Córdova e Silveira (2009, p. 35), “[...] pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Tendo em vista que, tal trabalho visa relatar experiências vivenciadas por jovens adultos em sua primeira internação psiquiátrica.

Para a construção desta pesquisa, optou-se por realizar uma entrevista semiestruturada com perguntas fechadas e abertas, possibilitando assim, a cada usuário entrevistado, discutir o tema em questão sem que o mesmo se sentisse preso a pergunta formulada (SAMPLIERI, COLLADO, LUCIO, 2006). Tal entrevista foi realizada com cinco participantes.

Os participantes foram usuária(o)s que estiveram internados em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral de ensino em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo quatro do sexo feminino (três delas estudantes do ensino superior e uma com ensino médio completo e sem ocupação no momento em que se realizou a pesquisa). E um do sexo masculino, estudante do ensino superior. A idade dos entrevistados variou entre vinte e vinte e nove anos, em relação ao estado civil três eram solteiros e dois amasiados, nenhum dos entrevistados possuíam filhos.

O tempo em que os entrevistados permaneceram internados variou entre dois e quatro meses, para todos esta foi a sua primeira internação psiquiátrica. A mencionada unidade atende pessoas provenientes da região que abrange a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em situações de

transtornos mentais graves, tais como: esquizofrenia, depressão, transtorno afetivo bipolar, entre outros.

O quadro de profissionais de saúde da unidade no ano de 2018 é composto pela equipe de enfermagem (onze enfermeiros, treze técnicos em enfermagem e cinco auxiliares em enfermagem), um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional e dois psiquiatras. Além disso, conta com a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde, a qual é composta por dois enfermeiros, dois psicólogos, um assistente social e um terapeuta ocupacional e Residência Médica composta por quatro médicos.

A entrevista foi realizada após alta hospitalar, na residência da(o)s usuária(o)s que estiveram internados e mediante combinação prévia por contato telefônico, as entrevistas tiveram duração em média de 20 minutos cada. Cabe salientar que a produção de dados foi obtida após o Consentimento Livre e Esclarecido da(o)s usuária(o)s envolvidos na pesquisa, onde os mesmos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito (TCL).

A produção de dados ocorreu de novembro a dezembro de 2018. Elegeu-se como critérios de inclusão: usuária(o)s jovens adulta(o)s, faixa etária dos 18 aos 29 anos, que estiveram internada(o)s pela primeira vez na Unidade no período de março a novembro de 2018, e que aceitaram participar da pesquisa.

E como critérios de exclusão: Usuária(o)s que já haviam internações prévias, ou a(o)s que estivessem fora da idade média estabelecida e aqueles que, ou ela(e)s ou seus responsáveis, não concordassem com sua participação na pesquisa.

Não foi levado em consideração o diagnóstico da(o)s usuária(o)s, pois entende-se que o mesmo não tem relação direta com o objetivo da pesquisa.

As falas dos participantes foram gravadas com o auxílio de um gravador digital e posteriormente transcritas para leitura e análise dos dados. Para preservar o anonimato, cada usuária (o) foi representado pela letra 'U' por ser a letra inicial da palavra usuária(o), seguida pelo número correspondente a ordem da entrevista (U1, U2, ..., U5).

A partir das transcrições das entrevistas realizadas, partiu-se para a análise dos dados. Os dados foram analisados pelo procedimento de análise de conteúdo, pelo método de Bardin.

Bardin (2010, p. 121) destaca que podemos elaborar a análise de conteúdo em três momentos distintos:

1. A pré-análise;
2. A exploração do material;
3. E o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Em um primeiro momento, na “pré-análise”, objetivou-se realizar uma sistematização do tema a ser trabalhado nas entrevistas, a fim de conduzir as operações nas próximas etapas. Assim, além de selecionar os documentos a serem analisados, elaborou-se as hipóteses que nortearam o trabalho realizado.

No segundo momento, na exploração do material, foi efetuada a aplicação sistemática informatizada ou manual das decisões a serem tomadas. Segundo Bardin (2010), essa etapa consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente estabelecidas.

E no terceiro momento, foi realizado o tratamento dos resultados e a interpretação das entrevistas realizadas, além da construção das categorias que emergiram após análise dos dados selecionados.

O processo de produção dos dados foi realizado após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela(o)s usuária(o)s que participaram do estudo, sendo assinado em duas vias, uma disponibilizada para o participante e a outra, em posse das pesquisadoras. O TCLE foi lido pela(o)s usuária(o)s para que os mesmos compreendessem o conteúdo e decidissem pela participação ou não no estudo. O protocolo do estudo foi aprovado por meio do parecer nº 3.021.961 do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos.

Após a análise dos dados emergiram duas categorias e suas respectivas subcategorias: 1º categoria: Sentimentos relacionados à internação; 2º categoria: O cotidiano, 1º subcategoria: A chegada, 2º subcategoria: atividades/oficinas, 3º subcategoria: contenção mecânica e 4º subcategoria: tabagismo na internação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 SENTIMENTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO

A(o)s usuária(o)s destacaram um conjunto de sensações no que se refere à internação, apontando questões que envolvem sentimentos como: raiva, susto, medo, impotência, falta de autonomia, estar preso, ser um perigo para as pessoas. Como destacam as falas a seguir:

“Ai... a sensação de impotência um pouco né, de não ter a autonomia assim, e no outro lado...de ser cuidada ã....uma proteção assim de poder ser acompanhada. ” (U1)

“É uma sensação de que tu tinha que talvez ficar ali pro resto da tua vida e não sair mais porque tu se sente como se fosse um perigo pras pessoas.” (U2)

“A minha primeira impressão, sinceramente, foi uma prisão, era como se eu tivesse preso, eu reclamava assim com os colegas que aquilo era uma prisão, alguns colegas confirmavam comigo que parecia uma prisão. ” (U4)

Na internação percebe-se a perda da autonomia da(o) usuária(o) em vários aspectos de sua vida, podendo sentir-se impotente diante de seu cuidado, como não poder alimentar-se nos horários que deseja, pois há uma rotina na unidade, não poder se alimentar com garfo e faca, ter que usar roupa padrão da unidade, não poder acender seu próprio cigarro, não tendo possibilidade de manter sua aparência conforme desejar. Na fala da U1 nota-se que, mesmo com a ruptura de seus hábitos, há também a sensação de proteção ao ser acompanhada pelos profissionais.

Um estudo realizado por Ely, Terra, Silva, et al., (2014) mostra que a internação hospitalar é vista pelo usuário de forma ambígua no que se refere aos sentimentos vividos no hospital e a sua relação com o outro. Narra o hospital como local de melhora terapêutica; segregação social e desencadeador de; insegurança no que se refere ao cuidado prestado. Percebendo-se ora como sujeito de cuidado da equipe de saúde, ora como objeto das relações de poder profissional e institucional.

Na fala da U2 pode-se identificar a ideia de que os portadores de transtorno mental deveriam ficar trancados para sempre por serem vistos como pessoas que representam algum perigo para a sociedade. Conforme estudo realizado por Duarte

(1998), os nossos relacionamentos são baseados de acordo com o que pensamos sobre o indivíduo, ou em relação a que respostas este indivíduo vai nos dar. Portanto, as pessoas que têm a ideia de que aqueles que são portadores de um diagnóstico psiquiátrico são loucos e que loucos simbolizam perigo têm a tendência de esquivar-se do convívio com esta pessoa, buscando fugir do perigo.

Também Sousa (2014) em sua pesquisa, traz que o louco socialmente ainda é visto como alguém perigoso, agressivo, incompetente, que tem necessidade de outras pessoas para o cuidado com si mesmo e que tem dificuldades em desempenhar as normas sociais. Deste modo são percebidos como uma ameaça para a sociedade e devendo, portanto, serem excluídos.

Pode se compreender a percepção de ameaça no que se refere à pessoa com transtorno mental a partir de duas dimensões: a Percepção de Perigo e a Percepção de Imprevisibilidade. Na primeira, o doente mental é visto como alguém perigoso e que representa ameaça à integridade física daqueles que são ditos normais pela sociedade, sendo assim, ao serem vistos como um risco, a convivência torna-se perigosa com os doentes mentais. Já na segunda os doentes mentais são percebidos como sujeitos que têm comportamentos imprevisíveis, podendo agir de forma agressiva subitamente (MELO, 2016; MACIEL, 2007).

No entanto, Andrade, Medeiros e Patriota (2010) salientam que na medida em que a Reforma Psiquiátrica visa gerar um novo espaço social para os indivíduos portadores de transtorno mental, também tem o objetivo de transformar o lugar assumido pela loucura durante o passar dos anos no imaginário social, sendo esse um dos principais desafios, pois procura modificar significados enraizados ao longo dos anos.

A percepção da autora deste estudo, em relação a(o)s usuária(o)s entrevistados quanto a sua internação, foi de que no início a(o)s usuária(o)s apresentavam-se em choque ao adentrar na unidade, sensação de desespero por estarem em um lugar desconhecido, desconfiança em relação à equipe que a atendia no momento de acolhida, medo, preocupação, raiva, etc. Isso pode ser identificado na fala do U5: "eu sentia raiva e não queria ficar lá, eu queria vim embora". Campos (2003) destaca que a dificuldade de se adequar, ocasiona um sofrimento, sensação

de estar abandonado e medo do desconhecido, sendo aspectos importantes durante o processo de adoecimento.

3.2 O COTIDIANO NA INTERNAÇÃO

3.2.1 A chegada

Ao serem questionados de como foi o primeiro momento em que chegaram na unidade a(o)s usuária(o)s tiveram as seguintes falas:

“Eu me assustei porque eu vi pessoas diferentes, cada um tinha uma doença, uma coisa diferente ali dentro”. U3

“Ter convivido assim, ter visto que não só eu tenho problemas né, mas tem mais gente que sofre as mesmas ou dificuldades iguais ou parecidas, e que a gente tem que ir superando, isso foi uma grande lição que eu tive da unidade que não né, que não é só eu que tenho certas dificuldades né, então isso foi um ponto positivo”. U1

“A experiência que eu tive com outros internos é que me fez ter um baque de realidade que foi muito bom pra mim, isso me ajudou muito no meu tratamento depois, na ideia de que, seguido eu tenho a ideia de que eu tenho que parar com o tratamento e ai eu penso nas pessoas que já tão de reincidência lá, várias e várias vezes, e eu não quero que isso aconteça comigo”. U2

Na fala da(o)s usuária(o)s nota-se o estranhamento ao deparar-se com outras pessoas na qual cada uma tem sua singularidade, ao mesmo tempo em que relatam que o convívio com outros, também portadores de transtornos mentais, auxilia para que o sujeito não se sinta totalmente excluído. Estando na internação em um período de convivência com pessoas que enfrentam problemas parecidos, ocorrendo assim uma identificação com o outro, na qual gera também o medo de entrar em crise novamente.

3.2.2 Atividades/oficinas

Na fala da(o)s usuária(o)s durante a entrevista surgiu o tema atividades, em destaque a seguir:

“Eu acho que algo que me angustiava era a própria falta de atividades assim... de trabalho mesmo né, assim de...porque a gente tinha atividades alternativas, mas eu sentia falta de tá fazendo algo útil né, isso me angustiava...”. U1

“ Olha, era pouca coisa que tinha ali de material, tinha umas revistas...” U4

“Ou eu dormia ou eu não tinha nada para fazer, ou eu tentava pegar um desenho bem minucioso pra mim desenhar, pra mim colorir, ou eu pegava eu mesmo um papel pra desenhar” U4

Na fala percebe-se que, apesar das atividades alternativas as quais a unidade possui, como oficinas da terapia ocupacional, atividade física e atividades realizadas pela recreacionista da unidade, a falta de atividades em que o sujeito se sinta útil causa sensação de angústia, como também a falta de recursos, na qual a maior parte dos materiais das oficinas é obtido por doação. Nota-se também que a(o) usuária(o) para passar o tempo ocioso busca alternativas para ocupar o tempo, seja dormir ou desenhar.

Vale observar um estudo realizado por Lussi e Shiramizo (2013), no qual exploram a oficina como recurso de produção e troca de mercadorias e de afetos através das oficinas de geração de trabalho e renda. Sendo está prevista pela política de Saúde Mental, na implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAS (Portaria n. 3.088,2011), na qual indica a amplificação dessas oficinas e estratégias intersetoriais de geração de renda como cooperativas sociais. Sendo assim, as oficinas não são utilizadas somente como instrumento terapêutico, mas para além do campo institucional, com inserção no território.

Todavia, na literatura internacional, estudos mostram que atividades terapêuticas são exploradas fora de atividades em grupo, como atividades de reabilitação realizada junto à comunidade, tendo como proposta de treinamento de habilidades ligadas às atividades de vida diária e interação social (SARACENO, 2007; TEST & STEIN, 2000). Diante dessa perspectiva os estudos trazem a atividade terapêutica como possibilidade de pensar novas formas de vida, de novas possibilidades de atuar frente às situações em que o sujeito pode se deparar com seus sintomas e com suas relações, faz se necessário a reflexão crítica dos profissionais da saúde mental no uso das atividades terapêuticas como dispositivo.

3.2.3 Contenção Mecânica

Durante a entrevista esteve presente o assunto contenção, o qual observa-se nas falas que a(o)s usuária(o)s percebem a contenção como um castigo.

“ Eu não gostava de ser amarrada na cama, eu sei que era uma contenção que eu precisava, porque eu não parava quieta, mas eu não gostava” U3.

“ Eu observei bastante e eu entendi o que significava aquilo (contenção), que era digamos, um castigo, um castigo. ” U4.

“ Conteram ele por digamos infringir regras, acho que a contenção serviria mais ou menos, acontecia em relação a normas que tinha lá dentro, não estavam propriamente ditas, mas que existiam, existem. ” U4.

“Porque comigo depois ele não veio mais arrumar intriga comigo, porque ele sabe no momento que ele quase me bateu ele foi... foi amarrado” U4.

As condições psiquiátricas que comumente requerem indicação de contenção física são: agitação psicomotora, confusão mental e agressividade ou violência em relação a si próprio, a objetos e/ou outras pessoas, e que não apresentarem respostas a intervenções menos invasivas (KESKI, VALKAMA, SAILAS et al., 2010), e a prevenção de quedas (MION, MINNICK, PALMER, 1996).

Conforme o manual da American Psychiatric Association, fundamentado em conformidade de especialistas, recomenda-se as seguintes abordagens nesta ordem: (i) tentar acalmar o paciente verbalmente; (ii) fazer um diagnóstico obtendo o histórico. Quando a tentativa de acalmar verbalmente uma pessoa agressiva falha, existe um número limitado de maneiras para controlar a situação e garantir que todos estejam a salvo: (i) tratar o paciente com benzodiazepínico via oral, a não ser que o paciente esteja visivelmente psicótico; (ii) usar um antipsicótico via oral ou IM e (iii) amarrar ou isolar o paciente (ALLEN, CURRIER, HUGHES et al., 2001).

Pesquisas em hospitais do Rio de Janeiro, mostram que o uso de contenção física em usuários agitados ou violentos é uma técnica comum , sendo o isolamento uma prática menos comum. A fim de tornar o procedimento seguro antes do início da ação do medicamento as amarras fortes e macias de algodão são prescritas. E assim

que a medicação produzir efeito ou após avaliação não ser identificado riscos a contenção pode ser retirada (HUF, COUTINHO, ADAMS, 2007).

O desafio nos quadros de agitação psicomotora é utilizar uma abordagem que garanta segurança, em busca de manter a dignidade do usuário e evitar o uso inadequado da contenção, pois de fato o uso de técnicas como a contenção podem ocasionar efeitos psicológicos e físicos causando danos aos sujeitos, sendo a contenção percebida como uma prática punitiva.

3.2.4 Tabagismo na internação

A seguir, destacamos a fala de uma usuária sobre sua experiência com o tabagismo durante a internação:

“Na unidade eu virei fumante, isso era uma coisa que... porque era o jeito de eu sair pro pátio todos os dias, então assim foi bem complicado, porque eu me tornei fumante na internação porque eu queria sair para o pátio com o pessoal... então, se tivesse algum outro modo das pessoas terem essa liberdade no pátio, porque faz muita falta lá dentro de ter a liberdade de ficar no sol, ficar no pátio um pouco sem fazer nada”. U2

Atualmente, o tabagismo na unidade psiquiátrica é permitido aos pacientes que possuíam o hábito antes da internação, sendo oferecido o cigarro em três horários predeterminados, conforme solicitação do paciente junto à equipe de enfermagem, desde que o paciente ou os familiares tragam o produto de casa e o confiem à enfermagem para controle.

Com a cultura do tabagismo nas instituições psiquiátricas faz-se necessário rever as concepções do papel da equipe, como também as possibilidades de estabelecer um relacionamento terapêutico eficaz com os usuários. Através do relacionamento terapêutico e da confiança estabelecida, a equipe pode auxiliar o portador de transtorno mental a perceber os conflitos que são vivenciados na internação e a encontrar recursos internos para enfrentá-los. O efeito do cigarro é temporário, mas as possibilidades que o relacionamento terapêutico traz para o paciente psiquiátrico são duradouras e podem ser aplicadas em outros momentos de conflitos em sua vida (FREETH, 2007; MOREIRA & LOYOLA, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo pode-se compreender melhor a percepção de usuária(o)s internados em uma unidade psiquiátrica com relação a sua primeira internação. Os indivíduos entrevistados expressaram suas percepções e sentimentos.

A internação permitiu a(o)s usuária(o)s uma identificação com os outros sujeitos internados, ao identificar-se com o outro, surge uma nova forma de se sentir incluído no meio daqueles que constantemente são excluídos do convívio social.

Foi possível identificar na escuta da(o)s usuária(o)s que a falta de atividades na qual ele se sinta útil causa sensação de angústia, o que pode dificultar a adesão do mesmo ao seu tratamento e ao período em que está internado, podendo ainda o tempo ocioso causar ansiedade no indivíduo.

A(o)s usuária(o)s perceberam a contenção como medida de castigo, sejam elas por infringir regras da unidade ou quando o indivíduo não “para quieto”. Algo também significativo foi o uso do cigarro como forma de frequentar o pátio com os demais.

Através das entrevistas, ficou evidente que as informações trazidas pela (o) s usuária (o) s, demonstram seus anseios e necessidades, devendo ser valorizada e fazer parte do seu plano de assistência e tratamento.

A partir das vivências que emergem da internação psiquiátrica, faz-se necessário repensar e reforçar alguns cuidados prestados no cotidiano, para intensificar e/ou mudar processos de trabalho, um caminho para esse propósito pode ser a educação permanente nos serviços de saúde. Construindo em conjunto com os usuários uma rede de suporte à reabilitação e adaptação ao cotidiano, buscando um cuidado com base na integralidade e cidadania do indivíduo.

Almeja-se que este estudo proporcione melhorias nas unidades de internações e que sirva de reflexão para profissionais e estudantes da área da saúde que apoiam o processo de desinstitucionalização.

No âmbito pessoal, é possível destacar a importância que esse trabalho trouxe para a atuação profissional da autora, pois através dele pode-se conhecer mais profundamente a percepção de usuária(o)s, jovens adulta(o)s, na sua primeira

internação psiquiátrica. Nesse sentido, essa pesquisa viabilizou a autora maior elucidação de práticas, a fim de auxiliar no cuidado dessa(e)s usuária(o)s.

REFERÊNCIAS

ALLEN, M. H.; CURRIER, G.W.; HUGHES, D. H.; REYES-HARDE, M.; DOCHERTY, J. P. **The Expert Consensus Guideline Series**. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med. 2001(Spec No):1-88; quiz 89-90.

ANDRADE, M. T. M.; MEDEIROS, E. F.; PATRIOTA, L. M. **A reforma psiquiátrica na prática e a prática da reforma psiquiátrica**: Um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSI (centro campinense de intervenção precoce) de Campina Grande – PB. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 2, n.4-5, p.47-59, 2010.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. **Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica**. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Set-Out; 13(5):737-42.

BARROS, S.; SALLES, M. **Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2011 Dez.[citado 2015 fev 10];45(2):1780-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/25.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados**. Ano II, n. 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. 3ª ed. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Saúde Mental em dados - 12**. Informativo eletrônico 5(9). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.

CAMATTA, M. W. C.; TOCANTINS, F. R.; SCHNEIDER, J. F. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família**: expectativas de familiares. Escola Anna Nery 20(2) abr-jun 2016.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar**: A atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU.; 2003.

CANABRAVA, D. S.; SOUZA, T. S.; FOGAÇA, M. M.; et al. **Tratamento em saúde mental**: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. Rev Eletr Enf. [Online]. 2010;[citado 10 fev 2015];12(1):170-6. Disponível: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf . Acesso em: 02 Nov. 2018.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. **Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar**. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/12.pdf> . Acesso em: 02 Nov. 2018.

CÓRDOVA, F. P.; SILVEIRA, D. T. A pesquisa científica. In: Gerhardt, T. E.; Silveira, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

DUARTE, J. F. J. **A política da loucura**, -3.ed.- São Paulo: Papirus. 1998.

ELY, Z. G; TERRA, G.M; SILVA, A. A; FREITAS, F. F; PADOIN, M. M. S; LARA, P. M. **Internação psiquiátrica**: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e outras Drogas (SMAD). USP. 2014.

FORTES, H. M. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas**. Rev Bras Saude Mater Infant. 2010;10(2):321-30.

FREETH, R. **Humanising psychiatry and mental health care**. New York: Radcliffe; 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São paulo, ed. Atlas, 2007.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-395, 2009.

HUF, G.; COUTINHO, E. S.; ADAMS, C. E. **Rapid tranquillization** in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomized controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2007;335(7625):869.

HUF, G.; COUTINHO, E. S.; ADAMS, C. E. Rapid tranquillisation for agitated patients in **Emergency psychiatric rooms**: a randomized trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2003;327(7417):708-13.

JUNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F. **Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro**: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência. saúde coletiva*. 2016, vol.21, n.5, p.1449-1460.

KESKI-VALKAMA, A.; SAILAS, E.; ERONEN, M.; KOIVISTO, A. M.; LÖNNQVIST, J.; KALTIALA-HEINO, R. **Who are the restrained and secluded patients**: a 15-year nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(11):1087-93.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

LUSSI, I. A. O.; & SHIRAMIZO, C. S. **Oficina integrada de geração de trabalho e renda**: Estratégia para formação de empreendimento econômico solidário. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2013. 24(1),28-37. doi: 10.11606/2238-6149.v24i1p28-37

MACIEL, S. C. **Exclusão/inclusão social do doente mental/louco**: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. 2007.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello, AAF, Kohn R, organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007, p. 119-41.

MELO, J. R. F. **Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia**: explicações com base em crenças causais e estereótipos. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2016.

MION, L. C.; MINNICK, A.; PALMER, R. Physical restraint use in **The hospital setting**: unresolved issues and directions for research. *Milbank Q.* 1996;74(3):411-33

MOREIRA, L. H. O.; LOYOLA, C. M. D. **Involuntary commitment: implication for psychiatric nursing practice**. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 22];45(3):692-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a21.pdf

NÓBREGA, F. G. **Distúrbios da nutrição**. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1998.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de TM e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3 e. São Paulo: McGraw-Hil; 2006.

SARACENO, B. New knowledge and new hope to people with emerging mental disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 2007. 1(1),3-4.

SOUSA, P. F. **Adesão à Reforma Psiquiátrica e preconceito frente a doente mental**: Um estudo com universitários à luz da Teoria das Representações Sociais. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. 2014.

Test, M. A., & Stein, L. I. (2000). Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1),47-60. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/cb30162e0f57b6004246b61e5ea5ee9a/1?pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 26 Fev. 2019.

World Health Organization. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin WHO*. 2000; 78(4):413-26.