

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

RITA MELLO DE MELLO

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM UM HOSPITAL GERAL: O SIGNIFICADO
PARA OS FAMILIARES**

PORTO ALEGRE

2010

RITA MELLO DE MELLO

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM UM HOSPITAL GERAL: O SIGNIFICADO
PARA OS FAMILIARES**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção
do título de mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Jacó Fernando Schneider

PORTO ALEGRE

2010

RITA MELLO DE MELLO

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM UM HOSPITAL GERAL: O SIGNIFICADO
PARA OS FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de março de 2010.

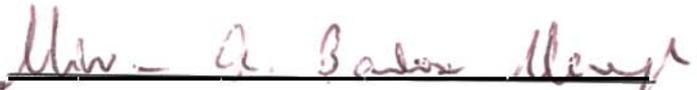
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente- Orientador

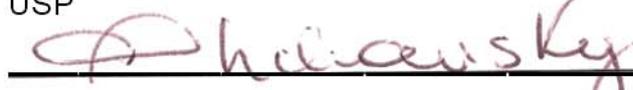
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Membro

USP



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro

EENF/UFRGS

Dedico este trabalho em memória da minha amada
e querida avó Geny.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional nas minhas escolhas e por compreender os vários momentos de minha ausência.

Agradeço ao Douglas, que me ajudou a superar os muitos momentos difíceis com amor, carinho e paciência; a tua presença faz toda a diferença na minha vida.

Aos colegas do hospital Nossa Senhora da Conceição, que me incentivaram e, muitas vezes, viram um potencial que eu não conseguia perceber. À minha chefe, Elisa, e a colega, Nina, que possibilitaram tantas alterações no meu horário, permitindo que eu pudesse participar das aulas.

Ao Professor Jacó, meu orientador, pelos ensinamentos, pela compreensão e pelo respeito à minha singularidade.

Aos colegas Márcio, Cíntia, Gicelle e Cristine pelos momentos de estudo, pela discussão e pela amizade.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) pelos momentos de discussão que enriqueceram minha formação.

Aos indivíduos, e familiares, que estiveram na internação psiquiátrica 4F, o meu sincero agradecimento e o meu mais profundo respeito.

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar (Eduardo Galeano).

RESUMO

Na transição do modo asilar para o modo psicossocial de atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico, muitas foram as mudanças na percepção da doença mental, na participação da família e na organização dos serviços. Nesse contexto, a Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) constitui-se como um serviço substitutivo ao manicômio. Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo que tem como base o referencial teórico metodológico de Alfred Schutz, e o objetivo é compreender o significado da UIPHG para os familiares na perspectiva da Sociológica Fenomenologia. O campo do estudo foi uma UIPHG localizada na cidade de Porto Alegre, e o grupo de atores da pesquisa era formado por 14 familiares. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2009, e a abordagem da coleta ocorreu por meio de entrevista fenomenológica com as seguintes questões orientadoras: “O que levou a internar seu familiar na Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral?”; “O que você espera da internação psiquiátrica em um hospital geral?”; Na interpretação compreensiva dos discursos emergiram seis categorias concretas; três com motivos “por que” (motivos da internação, resistência aos tratamentos e efetividade da internação) e outras três remetendo aos motivos para orientação e continuidade no tratamento; perspectivas de melhora e projeções sobre a normalidade. Como resultado dessa investigação é possível compreender o significado da internação para os familiares e contribuir para que profissionais de saúde mental reflitam sobre suas ações e o envolvimento da família em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral.

Palavras-chave: Saúde mental; Família, Internação hospitalar, Enfermagem

ABSTRACT

During the transition from the psychiatric asylum to the psychosocial services to care of individuals undergoing psychic pain changes have occurred in the mental health perception, family participation and service organization. In this context, the general hospital psychiatric unit (UIPHG) constitutes a substituting service to the mental asylums. This research is a qualitative study based upon Alfred Schutz' theoretical-methodological grounds, aiming at understanding the significance of the UIPHG among the patient's relatives, under the Sociological Phenomenology perspective. The field of study was a UIPHG based in Porto Alegre city, and 14 subjects – patient's relatives – were interviewed. Data were collected from August through October, 2009, by means of a phenomenological interview having the following guiding questions: "What do you expect from the psychiatric admittance in a general hospital?" and "Why did you intern your relative in a psychiatric unit of a general hospital?" From the discourse comprehensive interpretation, six concrete categories have emerged; three including reasons to adhere and continue the treatment; betterment perspectives; projections on normality; and other categories leading to the reasons of treatment resistance, reasons for hospitalization and its effectiveness. This research has allowed understanding the significance of hospitalization among family members, contributing with mental care professionals so as they could think about their actions and family involvement in a general hospital psychiatric unit.

Keywords: Mental health; Family, Hospital care, Nursing

RESUMEN

En la transición del modo asilar al modo psicosocial de atención al individuo en sufrimiento psíquico, hubo cambios en la percepción de la enfermedad mental, en la participación de la familia y en la organización de los servicios. En ese contexto, la unidad de internación psiquiátrica en hospital general (UIPHG) se constituye como un servicio substitutivo al manicomio. Esta investigación trata de un estudio cualitativo con referencial teórico metodológico de Alfred Schutz, y tiene como objetivo comprender el significado de la UIPHG para los familiares bajo la perspectiva de la Sociología Fenomenológica. El campo de estudio fue una UIPHG en la ciudad de Porto Alegre y los sujetos entrevistados fueron 14 familiares. La recogida de datos ocurrió en los meses de Agosto a Octubre de 2009, por medio de entrevista fenomenológica con las siguientes preguntas orientadoras “Qué es lo que usted espera de la internación psiquiátrica en un hospital general?” y “Qué es lo que lo llevó a internar su familiar en la unidad psiquiátrica de un hospital general”? En la interpretación comprensiva de los discursos emergieron seis categorías concretas; tres con motivos de la adhesión y continuidad del tratamiento; perspectivas de mejoría; proyecciones sobre la normalidad; y otras categorías que remitían a los motivos de resistencia a los tratamientos, motivos de la internación y efectividad de la internación. Con esta investigación se puede comprender el significado de la internación para los familiares, contribuyendo para que los profesionales de salud mental puedan reflexionar sobre sus acciones y sobre el involucramiento de la familia en una unidad de internación psiquiátrica en hospital general.

Palabras claves: Salud mental; Familia, Internación hospitalaria, Enfermería

SUMÁRIO

1 O ENCONTRO DA PESQUISADORA COM O TEMA DA PESQUISA.....	10
2 OBJETIVO DA PESQUISA.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4 OPTANDO PELO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	29
5 FENOMENOLOGIA DE ALFRED SCHUTZ.....	32
6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	36
6.1 Campo de Estudo.....	36
6.2 Sujeitos do Estudo.....	37
6.3 Coleta dos Depoimentos.....	38
6.4 Análise dos Depoimentos.....	40
6.5 Considerações Bioéticas.....	41
7 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS.....	42
8 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA.....	50
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	80
APÊNDICE B – QUESTÕES ORIENTADORAS DO ESTUDO.....	82
ANEXO- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA HNSC.....	83

1 O ENCONTRO DA PESQUISADORA COM O TEMA DA PESQUISA

A minha trajetória na saúde mental teve início durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, que no ano de 1998. Durante esse período realizei estágios voluntários nas unidades de internação psiquiátrica e no ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Posteriormente, como bolsista, participei da pesquisa “Desenvolvimento de Grupos no nível ambulatorial para toxicômanos e familiares” e da pesquisa “Depressão (sinais e sintomas), álcool e drogas”.

O Trabalho de Conclusão do Curso de graduação foi realizado na cidade de Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul, no Programa de Saúde da Mulher, no qual foram pesquisadas as profissionais do sexo da localidade. O objetivo da pesquisa foi resgatar a autoestima, propiciar questionamentos relacionados a seus direitos como cidadãs trabalhar questões sobre sexualidade e saúde da mulher.

Esses podem ser considerados meus primeiros passos para uma caminhada repleta de inquietações relacionadas à saúde mental.

No ano de 2002, ingressei no programa de Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública, em Porto Alegre, na ênfase de Saúde Mental Coletiva. Nesse mesmo ano, tive experiência em trabalhos interdisciplinares nas unidades de internação de crianças, adolescentes e adultos com agudização de sintomas, assim como em uma unidade de pacientes crônicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Ainda nesse período, dentre outras atividades, inseri-me no Projeto Morada São Pedro, realizado com os usuários remanescentes de longo período de internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro, com vistas à inserção desses no Residencial Terapêutico. Por meio desse trabalho foi possível visualizar sujeitos numa transição de passividade e falta de autonomia – consequências da institucionalização em um hospital psiquiátrico – para serem protagonistas das suas próprias vidas, fazendo escolhas e desenvolvendo ações em seu cotidiano. Além de trabalhar juntamente com a comunidade da Vila São Pedro nas assembléias de moradores, espaço que possibilitou discussões sobre a desmistificação da loucura.

Conforme a Lei Estadual nº 9.716, de agosto de 1992:

Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado, para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência¹.

Já no segundo ano de Residência tive como campo de formação a rede substitutiva, o Centro de Atenção Psicossocial Cais Mental Centro, o Ambulatório Especializado em Saúde Mental Melanie Klein, consultorias em Unidades Básicas de Saúde; e utilizando a pesquisa qualitativa realizei o trabalho de conclusão intitulado “Atendimento Domiciliário: uma Intervenção Interdisciplinar ao Portador de Alzheimer e seus cuidadores”, no qual pude perceber que a família é responsável pelo cuidado informal dos seus integrantes e potencial parceira dos serviços de saúde, mas que, na maioria das vezes, não conta com o apoio desses serviços para o esclarecimento do processo de adoecer, do processo de cuidar e das possíveis implicações que podem ocorrer na dinâmica familiar.

Após o término da Residência, no final do ano de 2003, trabalhei como enfermeira assistencial no Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA), na Clínica Psiquiátrica Pinel e no Pronto Atendimento na cidade de Eldorado do Sul. Neste último, iniciavam-se discussões em relação à criação de um serviço substitutivo em saúde mental. Além disso, tive experiência como supervisora de estágio do Curso Técnico de Enfermagem no HEPA e no Instituto Psiquiátrico Forense.

No Curso de Especialização em Emergência da Escola São Camilo, realizado em 2006, como monografia desenvolvi uma pesquisa qualitativa na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) com o objetivo de investigar a percepção dos familiares sobre a Assistência de Enfermagem prestada ao sujeito em sofrimento psíquico.

Deste trabalho surgiram duas categorias: Funções principais de Enfermagem para o atendimento do indivíduo em sofrimento psíquico e diferenças entre unidades de internação psiquiátrica em hospital geral e em hospital psiquiátrico. Em relação à primeira, os familiares consideraram a atenção dirigida ao indivíduo internado como essencial para o atendimento, sendo seguido da administração da medicação. Já na segunda categoria, as diferenças que apareceram foram o menor número de

indivíduos internados, o maior número de atendimentos tanto individuais como de grupo e uma maior preocupação em relação à pessoa internada.

Assim, pude verificar que a medicação deixa de ser considerada o principal recurso de tratamento; aparece o desejo de ter um cuidado mais humanizado com o estabelecimento de vínculos mais fortes entre os internados e a equipe.

No ano de 2008, desenvolvi atividade como professora da disciplina de Saúde Mental II para o Curso Técnico de Enfermagem na Escola Cristo Redentor. Atualmente, trabalho no HNSC na Unidade de Internação Psiquiátrica inaugurada em outubro de 2006 como enfermeira assistencial e preceptora da Residência Integrada do Grupo Hospitalar Nossa Senhora Conceição na ênfase de Saúde Mental e também como supervisora de estágio em saúde mental no HEPA para Universidade do Vale dos Sinos.

Além disso, participo do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A saúde mental e a pesquisa vêm acompanhando-me ao longo da minha trajetória, incitando inquietações e desejos de novas descobertas. Assim, a minha inserção no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), está me possibilitando investigar questões relacionadas à saúde mental, seja em relação aos serviços de saúde ou ao sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares.

Considerando a transição do modo asilar para o modo psicossocial de atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico, houve mudanças na percepção da doença mental, na organização dos serviços e no olhar dos profissionais em relação à família na participação do atendimento ao usuário.

Essa transição e as mudanças decorrentes se dão a partir da Reforma Psiquiátrica que se propôs à superação gradual do manicômio, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, para a prevenção e reabilitação, rompendo com o predomínio cultural segregativo do manicômio que separou a doença, loucura, da existência complexa e concreta dos pacientes e do corpo social².

Nesse movimento, surge a proposta de uma rede substitutiva ao modo asilar, tendo como um exemplo de serviço, a internação psiquiátrica em hospital geral, meu campo de atuação e de investigação. Esse local de atendimento bem como os dispositivos extras hospitalares foi normatizado pela Portaria n°224, do Ministério da Saúde que estabeleceu o atendimento em unidades básicas, em centros de atenção psicossocial e no hospital geral - emergência e internação³.

Diante desse panorama, há a necessidade da transformação dos conceitos, das ideologias dos envolvidos, usuários, profissionais, família e sociedade. Penso ser essa questão uma das mais frágeis do processo, pois a mudança de estruturas físicas é apenas uma estratégia para a viabilização sendo que a apropriação do processo pelos envolvidos é imprescindível para que a mesma se consolide na prática.

A negação da instituição nos remete para além da desconstrução do manicômio, é a desmontagem da causalidade linear, é a reconstrução da complexidade do fenômeno loucura².

Como enfermeira assistencial e preceptora de uma residência integrada, em uma unidade psiquiátrica, percebi que há muito a avançar nesse sentido, pois ainda é forte a legitimidade do diagnóstico médico, da medicação como principal recurso a ser oferecido. Geralmente os profissionais não médicos continuam assumindo uma posição de coadjuvantes desse processo diagnóstico, tendo como consequência uma prática frágil no que se refere à singularidade do indivíduo e no trabalho interdisciplinar.

A família, na maioria das vezes é vista apenas como responsável pela administração de psicotrópicos na pós-alta. Esses fatores representam certa resistência à proposta de trabalhar a autonomia e a complexidade dos envolvidos.

Nesse sentido, acredito que o meu problema de pesquisa- o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares contribui para a problematização da internação como dispositivo da Reforma Psiquiátrica, podendo possibilitar o pensar de ações que integram o indivíduo em sofrimento psíquico e suas famílias no processo terapêutico por meio do acolhimento da voz da família rompendo com a idéia do cuidado da doença e expandir para um cuidado ampliado que considere outras dimensões da vida.

O sofrimento psíquico é um problema social, à medida que o adoecer interfere na vida de relações, de trabalho não só do indivíduo acometido, mas de todas as pessoas que o cercam, a família, os amigos. Então em alguns casos quando houver riscos para si e para os outros, a internação hospitalar é indicada, fazendo com que temporariamente o indivíduo tenha de sair do seu ambiente domiciliar interrompendo suas atividades diárias. Mas esse período deverá ser o mais breve possível prevendo a participação do familiar no tratamento.

Historicamente a internação objetivava segregar o “louco” da sociedade a fim de protegê-la, contudo, no final do século XIX, a loucura passa a ser reconhecida como doença, logo passível de cura. O asilo segue como estrutura de proteção e assume a função de principal local para tratamento, onde a reclusão e o isolamento são as terapêuticas a serem desenvolvidas, o que explica, ao menos em parte, o distanciamento que se estabeleceu entre os indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias.

Diante disso, se torna necessário mudanças culturais e paradigmáticas, tanto nos serviços, como com os profissionais, com os usuários e com as famílias, podendo haver assim uma ampliação na proposta de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, fundamentado na ressocialização e reabilitação e, conseqüentemente, no aumento da necessidade de eficácia e de competência do sistema. Para tanto, fazem-se necessárias a ampliação da rede social e a co-divisão de responsabilidades inerentes à sociedade, a qual aumenta a responsabilidade da família⁴.

Nesse sentido, considero importante colocar que a Reforma Psiquiátrica aconteceu de diferentes maneiras em diversos países, onde as experiências que contaram com a participação dos trabalhadores e dos familiares tornaram o processo mais próximo da realidade dos envolvidos, propiciando aos mesmos uma maior receptividade às mudanças.

Acredito ser apropriado mencionar a participação dos trabalhadores bem como das famílias para enfatizar sua importância na realização de atividades dentro de uma proposta de ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico.

Percebendo a transição da família que de historicamente excluída passa assumir um importante papel no protagonismo do cuidado do indivíduo em

sofrimento psíquico torna-se relevante trazer algumas questões referentes ao fenômeno internação psiquiátrica em hospital geral.

Como trabalhadora desse local, percebo a internação como espaço potencializador que reúne diferentes profissionais, família e indivíduo internado em crise, estado que mobiliza a todos intensamente. Fato que mobiliza os envolvidos a pensarem a crise e as suas repercussões na realização de um plano terapêutico, na busca da singularidade, da autonomia e da cidadania do indivíduo que está internado e de seus familiares para a continuidade do tratamento extra-hospitalar, bem como a retomada de sua rotina anterior à internação.

Acredito que a relevância desse estudo se dá a partir da compreensão do significado da internação para os familiares, no qual vários elementos podem ser utilizados para pensar questões da Reforma Psiquiátrica como um processo complexo que se transforma a cada dia, transformador do mundo da vida das pessoas, além de contribuir para que os profissionais da saúde mental repensem sua prática assistencial nesses espaços e junto às famílias.

Tais considerações preliminares evidenciam a minha aproximação com o fenômeno estudado. Assim foram entrevistados familiares de indivíduos que estavam internados na unidade de internação psiquiátrica – 4F – do Hospital Nossa Senhora da Conceição na cidade de Porto Alegre, nos meses de agosto a outubro de 2009.

Busquei na literatura elementos que fundamentassem a escolha de pesquisa bem como a discussão da temática, tendo como referência o material da reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial, cuidado integralizado, interdisciplinaridade entre outros.

Enquanto material teórico-filosófico para fundamentar os aspectos metodológicos do estudo, utilizei o referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.

Diante do exposto e frente as minhas inquietações, busco, no desenvolvimento dessa pesquisa, apresentar uma trajetória metodológica. No primeiro capítulo, procuro elucidar a minha trajetória acadêmica e profissional, com as minhas inquietações e motivos acerca do objetivo do estudo – Compreender o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares; e a

minha escolha em utilizar o referencial teórico metodológico da sociologia fenomenológica.

No segundo capítulo, trago o referencial da saúde mental para discussões referentes à história da loucura, ao surgimento do hospital, à mudança do modelo de atenção asilar para o psicossocial e à inserção e à atuação da família neste contexto.

No terceiro capítulo, descrevo sobre a opção pelo referencial teórico metodológico e sigo sobre a sociologia fenomenológica fazendo uma revisão de alguns postulados de Husserl que serviram de base para a obra de Alfred Schutz. Abordo alguns conceitos de Schutz que contribuem para a discussão das questões relacionadas ao significado da internação psiquiátrica para os familiares.

Após apresento a trajetória metodológica percorrida, tendo como campo de estudo a unidade de internação psiquiátrica do Hospital Nossa Senhora Conceição situado na região norte da cidade de Porto Alegre. Foram entrevistados 14 sujeitos de pesquisa - familiares de pessoas que estavam internadas no período de agosto a outubro de 2009.

A entrevista fenomenológica foi constituída de duas questões orientadoras para desvelar os motivos para e motivos por que: “O que você espera da internação psiquiátrica em um hospital geral?” e “O que levou a internar seu familiar na unidade psiquiátrica no hospital geral”?

A análise compreensiva das informações seguiu os passos de Parga Nina⁵, na qual emergiram seis categorias concretas. Para a interpretação compreensiva utilizei o referencial da sociologia fenomenológica e o referencial relacionado à saúde mental para as discussões que remetem ao significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares.

No último capítulo, trago aspectos importantes que emergiram das categorias concretas e que podem contribuir para o cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico e para a assistência de enfermagem. Também realizo considerações sobre as contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz para pesquisas na área da saúde, mais especificamente da enfermagem.

2 OBJETIVO DA PESQUISA

Este estudo tem por objetivo: Compreender o significado da internação psiquiátrica em um Hospital Geral para os familiares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta uma discussão sobre a história da loucura, o surgimento dos hospitais, a mudança do modelo de atenção asilar para o de reabilitação psicossocial e como se dá a inserção e a atuação da família nesse contexto de transformações.

Até o século XVIII, os loucos eram vistos como seres possuídos por forças demoníacas, “merecedores” de toda a exclusão e segregação da sociedade, devendo ficar isolados e acorrentados. A loucura era associada com a desrazão e com a criminalidade social. Já os hospitais caracterizavam-se como instituições filantrópicas e de caridade, sendo destinados para a hospedagem de pessoas desamparadas, como os pobres, as prostitutas, os portadores de doenças venéreas, os delinquentes, os loucos, entre outros. Além de desenvolver funções de separação e exclusão desses desafortunados da sociedade⁶.

O hospital tinha como personagem principal o pobre que estava morrendo, e não o doente que necessitava da cura. Dessa forma, suas ações eram desenvolvidas no sentido de assistir material e espiritualmente o indivíduo que estava morrendo. O pessoal do hospital era caritativo, religioso ou leigo e tinham como objetivo salvar a alma do necessitado, bem como conseguir sua própria salvação⁶.

A partir do século XVIII, houve a transformação do hospital em um lugar medicalizado e de medicina individualista em hospitalar, resultantes da necessidade de anular os efeitos negativos da instituição, na tentativa de que os malefícios fossem controlados dentro desse espaço, protegendo a sociedade das doenças. Assim, tornou-se forte a atuação da medicina na distribuição de elementos como água e o ar, bem como na análise da organização das cidades, fazendo com que houvesse um aumento nas “hospedagens” nos hospitais. Foi iminente a necessidade de rever a própria organização desses locais e garantir a ordem econômico-social das cidades⁶.

A doença, que era vista como um fenômeno natural com características observáveis, consequência da ação particular do meio sobre o indivíduo, fazia com que a intervenção médica se direcionasse para o meio em que os indivíduos

estavam inseridos e não na busca da resolução da crise em particular, como era realizada anteriormente pela medicina individualista.

E por meio dessa perspectiva que se pensou a loucura, tendo a ação do meio como causador da doença. Dessa forma, a retirada do louco do meio familiar era necessária.. O hospital tornou-se estrutura de abrigo para a doença, transformando-se em um lugar de observação e diagnóstico, enfim, de desenvolvimento do saber médico, além de ser um local de preservação da ordem social.

Dessa maneira, houve o desenvolvimento da medicalização da loucura, o que não significou apenas a apreensão da loucura por um olhar médico, mas também a criação de um novo *status* jurídico, social e civil do alienado, estabelecendo uma relação de tutelar com o louco, privando-o de qualquer autonomia⁷.

Na internação, o mais importante não era a relação médico-doente, o mais importante era a relação medicina-hospitalização e o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar e de um novo poder, o poder do médico, anteriormente centrado nas figuras religiosas e caritativas que controlavam os hospitais.

É nesse contexto da psiquiatria que aparecem nomes como o do psiquiatra Phelipe Pinel, que teve como grande feito o ordenamento do espaço hospitalar por meio do isolamento e do enclausuramento. Tais práticas eram tidas como terapêuticas e estavam associadas com a aquisição de conhecimentos referentes à loucura.

A loucura como doença diversifica-se pelos sintomas apresentados, marcando no hospital várias subdivisões e tendo esse espaço como referência no tratamento dos alienados. Referente às relações entre a família e o doente mental, segundo Melman⁸ “[...] a psiquiatria moralizante insistia na necessidade de separar o paciente do ambiente familiar, impondo barreiras, propondo o mínimo contato possível com os integrantes de seu grupo parental”.

A ordem asilar é decorrente da imposição de técnicas disciplinares, tendo a figura do médico como líder. O asilo realiza a síntese entre o saber e o poder por meio da figura moderna do rei filósofo que é o médico-chefe quem deve ser informado de tudo o que acontece no asilo, sendo ele o juiz natural de todas as situações⁷.

No Brasil, o indivíduo em sofrimento psíquico também vivenciou a situação excludente e marginalizadora, sendo segregado do convívio da sociedade. Até a

década de 70, a maioria das políticas de saúde era direcionada para as doenças infectocontagiosas, na atenção materno-infantil e nas carências nutricionais, ficando a assistência mental centrada nos grandes hospitais psiquiátricos, normalmente localizados nas áreas mais afastadas dos centros urbanos⁹.

E foi dessa forma que os indivíduos em sofrimento mental receberam tratamento por um longo período na história da humanidade, tendo como objetivo sua transformação em figuras dóceis, úteis, produtivas e não representativas de ameaças para a sociedade.

O modelo tradicional de atenção, com raras exceções, mantinha a família distante do processo de assistência psiquiátrica, o que contribuiu para que a mesma tivesse uma representação patogênica e culposa; objeto de introjeções e projeções¹⁰.

Em 1978, a situação dos asilos tornou-se dramática, havendo muitos questionamentos a respeito da assistência oferecida, principalmente pelos próprios trabalhadores de saúde que organizaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, influenciados pelas experiências de outros países como Itália, Inglaterra e EUA, reivindicavam melhores condições de trabalho e de assistência nos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Esse movimento contou com o apoio dos familiares dos internados que se mostravam indignados com o tratamento oferecido, marcando, assim, seu envolvimento e sua contrariedade com o isolamento que até então caracterizava o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico.

Esse movimento tomou força e, na década de 80, constituiu a Reforma Psiquiátrica, um movimento social que, por meio de iniciativas políticas, culturais, administrativas e jurídicas, objetivava a transformação da relação da sociedade com o doente, dando origem ao processo de reabilitação psicossocial.

Na reabilitação psicossocial ocorre a introdução de novos recursos e diversos sujeitos no processo terapêutico, assim cabendo aos serviços de saúde mental a oferta de atendimento mais integralizado e formas de identificação de uma rede de relações sociais que possibilite a reintegração do indivíduo em sofrimento psíquico, viabilizando as trocas afetivas e materiais de todos os envolvidos⁴.

Assim, a Reforma Psiquiátrica propõe a compreensão do indivíduo doente como sujeito da sua própria história e que, juntamente, com a família pode

estabelecer outras formas de relações, oferecendo sentido para a sua existência e não mais centrado no retorno da normalidade, da cura da doença¹¹.

A psiquiatria que separou a doença do contexto global, complexo e concreto dos pacientes e do corpo social, criou um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos direcionados à doença que precisam ser desmontados (desinstitucionalizados), ou seja, uma retomada do contato desses com a existência dos pacientes, enquanto existência doente².

Assim, foram realizados questionamentos críticos ao manicômio e ao seu papel no sistema institucional bem como em relação ao binômio doença-cura. Essas críticas, em absoluto, significaram omitir o tratamento ou o cuidado, mas, sim, uma transformação, uma reorientação na terapêutica que, por meio de um conjunto complexo, cotidiano, de estratégias indiretas e mediatas consideram o sofrimento mental de maneira mais contextualizada e crítica.

O processo de desinstitucionalização considera a complexidade da doença baseado num projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. O problema não é a cura (a vida produtiva) e sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas de convivência².

Os técnicos que trabalham no interior das instituições de saúde são tidos como principais atores capazes de transformar a organização, as relações, exercitando ativamente seu papel terapêutico bem como os pacientes quando esses rompem com a objetivação e a cristalização do papel do doente e buscam ativamente a restituição de sua subjetividade¹².

No ano de 1990, aconteceu a Declaração de Caracas em que foram discutidas as políticas referentes à construção dos serviços substitutivos ao modelo asilar, tendo como princípios que esses serviços fossem centrados na comunidade, voltados para a dignidade e ressocialização das pessoas, sem deixar de criticar a centralidade do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.

Em 2001, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, depois de doze anos de tramitação do Projeto de Lei 3.657/89¹³, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Com essa lei, modificaram-se as regras para o tratamento psiquiátrico no país, havendo incentivos financeiros para que os hospitais

gerais implementassem leitos ou unidades psiquiátricas em sua estrutura. Ainda assim, a radical abolição da estratégia asilar encontrou percalços significativos.

Apesar dessas leis, a saúde mental encontra-se ainda com muitas deficiências referentes a sua efetivação, é uma situação que merece diversos olhares e a tomada de novas atitudes que remetem muitas vezes em um desconstruir de conceitos que a sociedade desenvolveu ao longo da sua história.

Com o fechamento dos manicômios e a gradativa, mas vagarosa substituição dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, bem como, a criação lenta de serviços substitutivos na rede de saúde, a família torna-se agente indispensável para o tratamento, já que terá de dar subsídios, oferecer continência ou mesmo antecipar e procurar auxílio para as crises do seu familiar em sofrimento psíquico.

É importante contextualizar que algumas vezes, as propostas da Reforma Psiquiátrica curiosamente têm produzido a desassistência, uma vez que devolvem o indivíduo em sofrimento psíquico para as suas famílias, para a comunidade sem discutir com os envolvidos, os recursos, as potencialidades, as reais necessidades e condições em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida¹⁴.

As formas como os serviços de saúde efetivam suas mudanças podem muitas vezes remeter para uma assistência que preconiza a permanência do indivíduo na família, mas que não oferece condições para uma efetiva mudança que é para além da mudança territorial do manicômio para a comunidade.

Neste sentido, as famílias têm um papel fundamental na constituição da subjetividade e em questões ligadas aos serviços de saúde já que se viram estimuladas e pressionadas a assumir a responsabilidade pelo cuidado dos membros em sofrimento psíquico¹⁵.

A família e a assistência precisam ser pensadas em suas múltiplas dimensões, saúde, educação, cultura, trabalho, lazer, habitação a fim de se descobrirem possibilidades de intervenção e de ajuda.

Ouvir a família e compreender como concebe e como significa o processo da doença mental é importante tanto pela função que ela tem tido na sociabilidade como no desenvolvimento dos indivíduos¹⁵.

A construção de serviços que facilitem a promoção da saúde mental, a adaptação do sujeito à realidade, considerando o indivíduo para além do tratamento da doença mental terá que possibilitar mudanças culturais nas instituições, nos usuários, nos profissionais de saúde, na família e na comunidade, descronificando os atores envolvidos. O trabalho estará relacionado com a gradativa ampliação da rede, com a co-divisão de responsabilidades da sociedade, a qual aumenta o encargo da família⁴.

O sistema de saúde mental prevê uma complementaridade entre os serviços comunitários e a internação de acordo com as necessidades dos usuários. Entretanto, o que se visualiza é uma organização que funciona como uma espiral a qual alimenta os problemas e os torna crônicos numa lógica “revolving door”. Esses serviços desenvolveram-se na lógica de “um serviço para cada problema”, ou seja, funciona de acordo com a disponibilidade dos serviços de saúde e não das necessidades. Não por acaso que o dilema central e dramático dos sistemas de saúde mental nascidos das reformas não é mais, os velhos pacientes crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos, mas os novos crônicos¹².

Assim, os familiares deparam-se com uma cruel realidade em que os números estão longe de oferecer uma assistência adequada que garanta a integralidade e qualidade no atendimento para os usuários.

Na América do Sul, a proporção de hospitais gerais com enfermarias de psiquiatria é pequena. No Brasil, o processo de instalação dessas enfermarias, vigoroso na década de 80, praticamente interrompeu-se em meados da década de 90. Apenas 1,3% dos hospitais gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) contam com uma enfermaria de psiquiatria¹⁶.

A internação psiquiátrica em hospital geral conforme a portaria 224 é tida com um recurso terapêutico quando esgotado todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalar. A sua indicação deve ser realizada após uma avaliação psiquiátrica e sua permanência será a mais curta possível devendo ter a continuidade de seu tratamento na rede primária³.

Para tanto, é imprescindível a atuação de uma equipe formada por vários profissionais a fim de trabalhar questões junto ao indivíduo em sofrimento psíquico,

sua família e profissionais de outros serviços de saúde ou de outras áreas para garantir a possibilidade de escolhas e o exercício da cidadania.

Estar internado poderá gerar sentimentos de privação do cuidado de si mesmo, de fontes de prazer como o lar, a família, o trabalho e a responsabilidade pelo seu próprio caminhar. Por outro lado, demonstra a aceitação da necessidade de ser cuidado pelo outro, de utilizar os recursos disponíveis no mundo do cuidar e de se deparar com alguns limites de poder ser nesta realidade¹⁷.

A necessidade da internação não é um indicativo da omissão da família, mas sim um esforço, uma forma de pressionar as autoridades para a responsabilidade pública com a desassistência - um risco presente nas políticas de desospitalização¹⁵.

A instituição a ser negada não se limita ao hospital psiquiátrico com toda a sua rigidez nas regras, isolamento e medidas excessivas de segurança que parecem confirmar a periculosidade dos doentes mentais. A negação vai para além da estrutura manicomial, envolvendo um processo de repensar, transformar as relações de poder e outros aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais que se articulam no manicômio e dão sua sustentação⁸.

O trabalho no campo de Saúde Mental dirige-se para desinterditar a produção do desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para viver. É também um gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano inserido num processo de fabricação de cidadanias¹⁸.

Então, é também no hospital geral, na internação psiquiátrica ou em leitos psiquiátricos que a Reforma Psiquiátrica busca a extinção do tratamento manicomial, que os profissionais trabalhem na perspectiva psicossocial, que integrem o indivíduo em sofrimento psíquico no processo terapêutico, fazendo com que participem do seu tratamento. Tendo a família como uma importante parceira nesse processo terapêutico, na construção da cidadania e da vida com qualidade satisfatória.

Acredito que o fato de o paciente estar internado em uma unidade psiquiátrica em um hospital geral não significa que os dispositivos extras hospitalares são ineficazes, que a convivência na sociedade nunca será possível. Demonstra sim, a particularidade do indivíduo que mesmo em tratamento poderá vivenciar uma crise

aguda, precisando de uma retaguarda hospitalar, mas que essa seja no menor tempo possível.

Diante dessa perspectiva, o papel da instituição hospitalar não se limitará apenas nas diretrizes políticas de saúde, e sim ampliar-se-á por uma compreensão que exigirá outra concepção teórica, técnica e social que tenha como foco a necessidade de resgatar a cidadania. Essa que não é um atributo dos iguais, dos normais, dos que podem decidir de forma convencional; os diferentes, os bizarros, os estranhos devem também ter seus direitos garantidos¹⁹.

A indicação da internação poderá evidenciar uma fragilidade na rede nos espaços de atendimento ou na distribuição de medicações que poderão implicar na crise do indivíduo em sofrimento psíquico. Mas a crise é um momento muito especial repleto de significados na qual há oportunidades do sujeito expressar seus conflitos externos e internos.

A crise fala por si e não deve ser considerada apenas como busca da remissão de um sintoma, mas sim como uma oportunidade de pensar as múltiplas possibilidades terapêuticas que poderão ser utilizadas para atender as necessidades do indivíduo em sofrimento psíquico²⁰.

Assim, torna-se fundamental que os profissionais e a sociedade exerçam sua crítica para que o hospital não seja um espaço restrito à doença, mas que também sirva para trabalhar a saúde envolvendo o indivíduo em sofrimento psíquico e sua família, tornando esse momento mais humano, aproximando a equipe das necessidades desses envolvidos e possibilitando que sejam agentes do cuidado.

O familiar é ainda percebido, pelos serviços de saúde, como um informante das alterações do indivíduo em sofrimento psíquico ou como alguém que deverá seguir passivamente a prescrição. Nesse sentido, acolher as demandas considerando as vivências inerentes ao convívio com o indivíduo em sofrimento psíquico continua sendo um grande projeto de superação dos serviços de saúde mental²¹.

As mudanças no tratamento envolvendo familiares serão maiores quando houver a superação das formas anteriores de tratamento como as internações manicomiais e se forem colocadas em prática novas formas de acolhimento

centradas na escuta, no convívio, enfim novas formas de ação terapêutica envolvendo todos os membros da família²².

À medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente, aumenta a necessidade de eficiência do serviço de saúde, tendo a escuta dos familiares como um importante recurso para a significação individual e coletiva da loucura e de suas possibilidades de tratamento.

O cuidado cotidiano exercido pela família é permeado de sobrecarga emocional, social e financeira. Os custos, o tempo utilizado para a assistência, a redução das relações sociais, os sentimentos de culpa e de vergonha relacionados a um familiar em sofrimento psíquico são algumas situações que se podem vivenciar^{14,21,23-25}.

Colvero, Ide e Rolim²¹ colocam que “[...] a convivência com o familiar doente mental é marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações [...]”.

O mesmo é evidenciado no estudo que aborda a contextualização da família na Reforma Psiquiátrica. Na ocasião da alta hospitalar, a família experimenta atitudes de incompreensão familiar até mesmo de rejeição motivadoras de reinternações sucessivas ou de internações permanentes²⁶.

Cada família tem um modo peculiar de conviver com a doença mental, de desenvolver formas de cuidado ou alternativas para aliviar o sofrimento, ainda que existam limitações semelhantes a outras famílias no seu contexto sociocultural.

Com o passar dos anos, a família constitui-se como um grupo de relações entre as pessoas que compartilham significados de suas experiências passando por inúmeras transformações e críticas, mas sem se afastar das responsabilidades e das exigências assumidas como a de procriar e ter filhos saudáveis e preparados para assumir o mercado profissional e a vida em coletividade²¹.

Existem várias denominações para a família que incluem desde laços de sangue até aqueles sujeitos que dividem o mesmo espaço, mas é indiscutível sua importância para o estabelecimento de vínculos.

Assim, definir família não é uma tarefa fácil, já que seu conceito é polissêmico. Talvez o mais adequado e sensato seja seguir o que Osório²⁷ sugeriu

realizar uma descrição já que, a família tem sua dinâmica constantemente alterada, sua configuração diferentemente constituída, transcendendo laços de consangüinidade e de parentesco.

Entender a família a partir de descrições permite considerá-la como um sistema de grande complexidade que ultrapassa a ideia de família nuclear ocidental²⁸.

Ao considerar o enfoque linear, as funções da família podem ser divididas de uma maneira didática em biológicas, psicológicas e sociais, mas, na prática, elas se entrecruzam constantemente. A função biológica refere-se a aspectos que os pais ou seus substitutos asseguram a sobrevivência; as psicológicas seriam o prover do alimento afetivo indispensável para a estrutura psíquica do sujeito e à sua manutenção proporcionando continência para as ansiedades dos sujeitos durante seu processo evolutivo. E a função social está relacionada com a transmissão de questões culturais e preparação para a cidadania²⁷.

O enfoque linear por muito tempo influenciou o pensamento científico, considerando que as funções da família estariam esboçadas no pressuposto de que os pais ou seus substitutos deveriam garantir um bom desempenho físico e emocional aos seus filhos.

Mas, atualmente, utiliza-se o enfoque circular que considera que tanto pais ou filhos são agentes de mudança atuando num movimento de retroalimentação, em que os efeitos não são meramente consequências das causas. Assim, tanto pais influenciam o comportamento dos filhos como a recíproca é verdadeira²⁷.

A família é um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança. É também uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e uma história compartilhada²⁹.

Assim independente do arranjo familiar que vem se estruturando, a família é um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos, pois ela propicia aportes afetivos além de materiais indispensáveis para o desenvolvimento do indivíduo.

No caso das famílias de indivíduos em sofrimento psíquico, existe a questão histórica e cultural bastante marcada pelo isolamento e pelo sentimento de culpa.

Vários são os estudos que demonstram essa situação, como o de Moreno e Alencastre¹¹, destacando que: “Uma dificuldade sentida pelos familiares está em estabelecer um padrão de comunicação normal com o paciente”.

Assim, os serviços de saúde e, mais especificamente os trabalhadores da unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral, devem considerar essas limitações da família e trabalhar junto a ela. À medida que a equipe se coloca como mediadora, a família sente-se mais tranquila para atuar ativamente no processo terapêutico.

Compreender a família, suas formas de organização, pressupõe, em certa medida, o despojamento de preconceitos e uma reavaliação dos modelos e idealizações que atuam como referências possibilitando escolhas e soluções. O trabalho assistencial com famílias não pode ser uma ação unidirecional em que apenas recebam instruções prontas sobre como devem agir para solucionar ou amenizar seus problemas³⁰.

As internações psiquiátricas em hospital geral garantem: a diminuição do estigma, o doente mental no hospital geral passaria a ser visto como um doente semelhante aos outros; a garantia de proximidade e acesso; maior transparência da prática psiquiátrica; melhor atenção à saúde física; maior intercâmbio interdisciplinar⁹.

Considero que, nesse contexto de transformação da assistência em saúde mental, a família passa ocupar um papel importante na efetividade da reforma psiquiátrica participando na construção do projeto terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico.

A família faz parte do universo de experiências, remete a lembranças, a emoções, a sentimentos, enfim a um significado único para cada indivíduo como um ser biopsicossocial, fazendo com que estudar família seja realizado de maneira contextualizada³¹.

Nesse estudo compreender o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares é considerar sua singularidade no processo de sofrimento psíquico, oferecendo suporte adequado às suas necessidades a fim de torná-la parceira na produção da saúde mental.

4 OPTANDO PELO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O enfermeiro atua intensamente no mundo da vida das pessoas. É o profissional que mais tempo fica junto ao sujeito atendido. Devido a essa permanência, também se coloca como um importante mediador entre os diferentes profissionais envolvidos na assistência, bem como desempenha importante função em relação à família.

Assim, se configura o meu mundo da vida, no qual me relaciono com diferentes sujeitos e questiono muitos fenômenos que perpassam a minha prática e que me inquietam como enfermeira e pesquisadora.

O homem, no desenvolvimento de sua própria história, de si mesmo e do mundo, busca conhecimentos e inúmeros caminhos que se mostram como possibilidades de apreensão da realidade, com base em posturas filosóficas diversas³².

Dessa forma, esta pesquisa tem com método de coleta de dados a abordagem qualitativa, associada com a abordagem fenomenológica, um dos movimentos filosóficos mais importantes e fascinantes que surgiu na segunda metade do século XX. A abordagem fenomenológica teve início com as análises de Franz Brentano sobre a intencionalidade e os princípios filosóficos de Edmundo Husserl³³.

A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O homem, como ator social, ganha corpo e faz emergir questões relacionadas aos significados, o que evidencia sua introspecção, sua observação de si mesmo e suas questões pessoais que anteriormente poderiam passar despercebidas³⁴.

É nesse sentido que a coleta de dados está baseada na pesquisa de abordagem fenomenológica, pois ela permite que o fenômeno- o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares- seja estudado, desvelado, compreendido para além da causa efeito, de uma única verdade absoluta

no mundo social. No entanto, essa realidade é geralmente complexa, apresentando-se de várias maneiras, de acordo com o olhar que lhe é lançado.

A fenomenologia é concebida como o estudo das essências das coisas; é a busca pelos significados que os sujeitos atribuem à experiência vivida. Esse método procura a compreensão do ser humano no seu “ex-sistir”, ser que possui uma vivência única e singular³⁵.

A fenomenologia proporciona uma descrição direta das experiências tal como ela é direcionando-se para os significados; sendo a realidade explicada a partir do que emerge da intencionalidade da consciência voltada para o fenômeno. Para a descrição, é necessário a suspensão de tudo aquilo que pode modificá-la como o subjetivo do pesquisador e o objetivo que não é dado realmente no fenômeno considerado³⁶.

Para isso a pesquisa exige que o pesquisador assuma características que direcionem as escolhas referentes ao objeto estudado e à metodologia utilizada, o que não significa que haja juízo de valores do pesquisador; mas, sim, a preocupação com o rigor científico. É importante ponderar que, ao realizar uma pesquisa, seja esta de natureza quantitativa ou qualitativa, sempre haverá a marca do pesquisador, sendo ingênua a ideia da neutralidade na investigação.

O propósito do pesquisador é revelar os significados subjetivos implícitos que fazem parte do universo dos atores sociais, criando, assim, um saber diferente para explicitar os significados da realidade social a partir do mundo da vida cotidiana. Esse conhecimento difere-se do senso comum pela consistência em descrever o vivido trazendo a ordem das significações, a possibilidade de interpretação e a adequação à realidade³⁴.

Vários pesquisadores da enfermagem vêm utilizando a abordagem qualitativa fundamentada na sociologia fenomenológica tais como: Merighi³⁷; Campoy, Merighi, e Stefanelli³⁸; Brum, Tocantins e Silva³⁹; Terra, Silva, Camponogara, Santos, Souza e Erdmann⁴⁰; Merighi, Gonçalves e Rodrigues⁴¹; Oliveira, Jesus, Merighi⁴², Camatta, Schneider⁴³.

5 A FENOMENOLOGIA DE ALFRED SCHUTZ

O surgimento da fenomenologia ocorreu num contexto de profundas transformações sociais, políticas e culturais. A sociologia fenomenológica faz uma crítica ao objetivismo da ciência e tem a subjetividade como base do sentido, sendo essa constitutiva do ser social. Além disso, a descrição fenomenológica como tarefa principal³⁴.

A descrição, a forma de ir às coisas mesmas, está diretamente ligada ao mundo-vida, ou seja, à própria experiência que permite interrogar o mundo e os fenômenos. É no mundo-vida que a consciência e a experiência se combinam num sentido de realidade, tanto no pré-reflexivo como no reflexivo, isto é, no domínio da consciência⁴⁴.

Husserl propõe a “volta às coisas mesmas”, ou seja, a volta ao eidos, a “análise de uma atividade” que faz emergir a essência resultante do ato intencional da consciência⁴⁵.

No movimento de voltar para as coisas mesmas e para o mundo vivido, objetivando apreender a essência do fenômeno, é necessário considerar o sujeito e o mundo como dependentes um do outro, ou seja, o mundo enquanto vivido pelo sujeito⁴⁶.

Para que exista um fenômeno é imprescindível um sujeito no qual ele se situe, sendo assim, o pesquisador está interessado no sujeito que está vivenciando a experiência, o fenômeno de maneira consciente. Desta maneira, a consciência da experiência é sempre intencional⁴⁷.

A intencionalidade é a característica da consciência em ser consciente de algo. Então, para que um fenômeno possa ser estudado ele deve estar intencionalizado. É o que acontece com a proposta desse estudo, ou seja, para que se possa compreender o significado para os familiares da internação psiquiátrica em um hospital geral, o fenômeno deve estar intencionalizado.

A fenomenologia tem em Schutz um dos representantes mais significativos, pois ele conseguiu dar consistência sociológica aos princípios filosóficos de Husserl, como os da intencionalidade, de intersubjetividade e do mundo vivido, fazendo deles uma metodologia na abordagem da realidade social.

Alfred Schutz (1889-1959) nasceu em Viena, serviu no exército austro-húngaro durante a Primeira Grande Guerra e estudou Direito e Ciências Sociais. Durante seus estudos, interessou-se profundamente pelo trabalho de Max Weber e de Edmund Husserl.

Em 1938, com a ameaça de ocupação da Áustria por Hitler, Schutz emigrou para Paris e, posteriormente, foi para os Estados Unidos da América onde se dedicou para uma produção sistemática e definitiva do que ele considerava serem as estruturas do mundo da vida cotidiana e do sistema de relevância nele existente. Os estudos foram interrompidos por sua morte prematura.

A sociologia fenomenológica traz a preocupação com o mundo da vida cotidiana, no qual o homem se coloca com suas angústias, preocupações e percepções em intersubjetividade com os demais sujeitos⁴⁸.

O mundo da vida é considerado o domínio das experiências cotidianas, ações por meio das quais os indivíduos lidam com seus interesses e negócios, manipulando objetos, tratando com pessoas e realizando planos⁴⁸.

O mundo exterior, em momento algum, é negado, apenas colocado em suspensão, entre parênteses, usa-se a *epoché*, a redução fenomenológica, para que o suposto conhecimento, os preconceitos do pesquisador e as influências da exterioridade do mundo não interfiram na essência do fenômeno.

Mediante essa suspensão, pode-se chegar à essência do fenômeno, possibilitando o aparecimento da totalidade concreta da experiência que contém todas as percepções e reflexões.

A essência representa a unidade básica de entendimento comum de qualquer fenômeno, aquilo sem o que o próprio fenômeno não pode ser pensado. Para se chegar a essência do fenômeno é preciso refinar o fenômeno de tudo que não seja

essencial, ou seja, é preciso realizar a redução eidética deixando apenas as estruturas necessárias para caracterizar o fenômeno como tal.

A redução eidética é a forma pela qual o pesquisador chega à estrutura essencial e invariável do fenômeno estudado, ou seja, ao *eidos*, que significa o princípio ou a estrutura necessária da coisa. A essência definir-se-á como aquilo que é impossível à consciência de pensar de outro modo ou, então, como aquilo sem o que o fenômeno é impensável⁴⁹.

O fenômeno é o objeto de investigação fenomenológica, então, é tudo o que se mostra e manifesta se desvela ao sujeito que interroga.

Contudo, a fenomenologia afirma que a vida humana é essencialmente diferente e só pode ser compreendida a partir da linguagem significativa da interação social. A realidade é a própria vida cotidiana dos indivíduos sendo construída nos significados e através deles³⁴.

Compreender o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral a partir dos familiares implica considerá-los pertencentes ao mundo da vida cotidiana, ou seja, a um mundo de intersubjetividade. Toda a interpretação desse mundo baseia-se num estoque de conhecimentos que podem estar relacionadas às nossas próprias experiências e às que são transmitidas pelos nossos pais, professores e nossos antecessores. O mundo não é privado do indivíduo, mas comum a todos que fazem parte dele⁵⁰.

O homem está no mundo da vida cotidiana, situado a partir de sua situação biográfica que engloba questões espaciais, temporais, socioculturais e ideológicas que determinam seu papel na sociedade. Assim, a sua situação biográfica determinada é formada pela sedimentação de todas essas experiências, caracterizando um conhecimento único e privado, que é organizado de acordo com o sistema de relevância de cada indivíduo⁵⁰.

O sistema de relevância organiza o estoque de conhecimento a mão, de acordo com a problemática em questão, deixando em situação de clareza o que deve ser conhecido pela consciência para a resolução do problema. O estoque de conhecimento existe num fluxo contínuo e muda a qualquer momento⁵⁰.

O foco de interesse da fenomenologia social é o que se pode constituir como característica típica de um grupo social. Para tanto, se faz necessária apropriação dos motivos por que e dos motivos para a fim de compreender o significado da internação psiquiátrica em hospital geral para os familiares.

A teoria da motivação está estreitamente ligada às ações no mundo da vida. As ações são comportamentos motivados e só se tornam compreensíveis ao se revelar os motivos por que e para. Motivo é o estado das coisas em função do qual a ação, conduta que foi baseada num projeto, atingiu o objetivo almejado. O motivo pode ter um significado subjetivo e um significado objetivo⁵⁰.

O motivo por que se refere ao passado, está relacionado às experiências vividas pelo sujeito, na personalidade desenvolvida durante a vida, tendo, portanto, significação objetiva. Já o motivo para é o que motiva para a realização do projeto, refere-se ao futuro, é o estado das coisas pré-imaginado, portanto assume significados subjetivos.

A internação psiquiátrica como uma ação consciente pode se apresentar de diversas maneiras, como um ato de “puro projeto”, ação que já começou e que está em realização, e no ato que já foi executado e está sendo visto em retrospectiva⁵⁰.

Mas, para que estejamos conscientes de uma ação, é necessário que exista a contemplação da mesma já terminada, já feita. A ação consciente é a consequência de um comportamento orientado, de um ato projetado.

O comportamento, por sua vez, é constituído de uma série de experiências que se diferem de outras pela sua intencionalidade primordial de Atividade espontânea. “O comportamento consciente é o comportamento ao qual está ligado um significado, dissemos que o ‘significado ligado’ ao comportamento consiste precisamente na consciência do comportamento”⁵⁰.

Para Schutz⁵⁰, o significado é meramente uma operação da intencionalidade, a qual só se torna visível reflexivamente. A experiência significativa pressupõe uma experiência delimitada cujo significado é predicado, ficando claro que somente a experiência passada, vista em retrospectiva, pode ser chamada de significativa.

A própria experiência de viver segue um movimento unidirecional, irreversível, na qual cada fase da experiência dissolve-se em outra enquanto está

sendo vivida, sem nenhuma delimitação de fronteiras, em que cada fase é distinta da outra em seu “assim”, na medida em que está sob designo da “atenção”. Quando através do ato de reflexão volta-se a atenção para o já vivido, as experiências são apreendidas, distintas, marcadas uma com relação às outras, tornando-se objetos da atenção como experiências constituídas⁵⁰.

No entanto, as nossas experiências não se referem apenas às experiências passadas, por meio de retenções e lembranças, elas também nos remetem ao futuro com as antecipações e expectativas que não se referem às ocorrências futuras em sua qualidade de únicas, dentro de um contexto único, mas a ocorrências tipicamente situadas numa constelação típica. E, devido a essa tipicidade, as antecipações são necessariamente mais ou menos vazias, e esse vazio será preenchido por traços que fazem do evento uma ocorrência individual e única⁵⁰.

Schutz trata o significado na vivência intersubjetiva considerando as relações sociais, entendendo-o de maneira contextualizada, onde “[...] o significado nunca é individual, pois, embora cada um de nós o vivencie, num contexto objetivo de significação, está contextualizado na intersubjetividade, configurando um grupo social”³⁹.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Na trajetória metodológica, apresento o campo e os sujeitos que participaram do estudo, os critérios de inclusão dos mesmos, o método da coleta e da análise dos depoimentos e as considerações bioéticas observadas na pesquisa.

6.1 Campo de Estudo

O estudo foi realizado na unidade de internação psiquiátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), situado na região norte do município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul.

O HNSC é um dos integrantes do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que também é formado pelo Hospital da Criança Conceição, pelo Hospital Cristo Redentor, pelo Hospital Fêmeina, por 12 unidades de Saúde Comunitária, por 1 Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPSII) e por 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), que atuam de maneira integrada junto à rede de saúde local e regional atendendo à população de Porto Alegre, à região metropolitana e ao interior do estado.

O HNSC com um total de 833 leitos oferece 22 especialidades médicas com uma média de 2500 internações e 10.000 consultas ambulatoriais por mês. No Setor de Emergência cerca de 800 pessoas procuram atendimento médico e outros procedimentos durante as 24 horas do dia, caracterizando-a como a maior do Rio Grande do sul⁵¹.

Na busca da integralidade do cuidado, foi inaugurada, em 2006, no HNSC, a Unidade de Internação Psiquiátrica 4F, uma unidade de tratamento fechada, localizada no quarto andar, formada por seis leitos (três femininos e três masculinos) para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico nos momentos de crise.

No período de realização do estudo, a equipe da unidade de internação psiquiátrica era formada por 4 enfermeiros, 13 auxiliares de enfermagem, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 2 psiquiatras.

Em março de 2009, sua estrutura física foi ampliada, mas ainda continuou sendo considerada uma unidade fechada, dispondo de salas para oficinas e para atendimentos individual e de grupos. O número de leitos disponíveis aumentou para 14, atendendo indivíduos em situações de crise provenientes das unidades do GHC e da Central de Leitos do município de Porto Alegre. O número de auxiliares de enfermagem também aumentou e passou para 17. Além de ser uma unidade de internação, a unidade 4F também é campo de formação para a residência psiquiátrica e para residência integrada em saúde mental, modalidade de pós-graduação *lato sensu* baseada na formação em serviço acompanhado de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial.

6.2 Sujeitos do Estudo

Os participantes do estudo foram os familiares que tiveram um membro da família internado na unidade psiquiátrica durante o período de agosto a outubro de 2009. Para tanto, foram considerados fatores de inclusão dos participantes do estudo: a) ser o familiar responsável pelo consentimento da internação do indivíduo; b) participar do cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico; c) ter desejo e disponibilidade para participar do estudo e d) ter transcorrido 15 dias de internação.

A primeira aproximação com os familiares ocorreu na unidade de internação durante os períodos de visita diária. Os encontros com os familiares aconteciam semanalmente ou quando o familiar tinha atendimento individual com um dos profissionais da equipe. Esses encontros facilitaram a construção de vínculo e de confiança entre pesquisador e familiares.

Observados os critérios de inclusão, os familiares foram convidados a participar da pesquisa, sendo explicado para todo grupo o objetivo, a relevância e a metodologia que seria utilizada.

A escolha do período mínimo de 15 dias é justificada pela média de permanência de internação ser de aproximadamente 30,6 dias e pelo fato de familiar, nesse período, já ter apreendido a internação como uma vivência, sendo possível trabalhar os motivos por que, os motivos que o levaram a internar e os motivos para, o que ele espera da internação. Dessa forma, foi possível compreender o significado da internação para os familiares e determinar o seu tipo vivido.

Foram entrevistados 14 familiares, sendo 8 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. O grau de parentesco entre os familiares continha: 3 irmãs, 2 mães, 2 esposas e 1 filha, 2 irmãos, 2 esposos, 1 filho e 1 pai.

A delimitação do número de sujeitos da pesquisa se deu quando foi verificada a acentuada repetição das informações, ou seja, a convergência nos depoimentos, na qual se privilegiou a representatividade da amostra e não o critério numérico³⁴.

6.3 Coleta dos Depoimentos

Os depoimentos foram coletados por meio de entrevista, nos meses de agosto a outubro de 2009, com as seguintes questões orientadoras: “O que levou a internar seu familiar na unidade psiquiátrica em um hospital geral?” e “O que você espera da internação psiquiátrica em um hospital geral?”.

A entrevista é um recurso metodológico usado sempre que se deseja “desocultar” a visão que uma pessoa possui de determinada situação. O pesquisador deve desconsiderar seus princípios explicativos e seus conhecimentos *a priori*, procurando perceber nas descrições, os significados que o entrevistado está trazendo. É a única possibilidade de se obter dados relevantes sobre o mundo vida do pesquisado⁴⁷.

As entrevistas foram agendadas, previamente, com os familiares de acordo com a sua disponibilidade e aconteceram em uma das salas de atendimento da

unidade psiquiátrica, de maneira a garantir a privacidade dos participantes e o sigilo das informações.

Na fenomenologia, o problema da pesquisa está baseado em dúvidas e não em hipóteses, dessa forma o pesquisador deverá interrogar os sujeitos para obter respostas na busca do fenômeno, no caso desse estudo, o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares.

Na entrevista acontece a interação considerada como face a face, na qual há características de intersubjetividade e de intercomunicação direta, àquelas que ocorrem em “presença vivida”. Os pensamentos são expressos através de combinações de palavras, as quais requerem um veículo para a sua transmissão de uma pessoa para a outra: sons que podem ser ouvidos, gestos que podem ser vistos, mensagens escritas que podem ser lidas⁵⁰.

Esses veículos são signos que estão repletos de significado, que são emitidos pela pessoa que o produz no momento em que retoma a situação vivida pela reflexão. Contudo, para atingir seu objetivo de comunicação, esses significados devem ser recebidos e decodificados pelo pesquisador.⁵⁰

Os depoimentos foram gravados em MP3 e, posteriormente, transcritos na sua integralidade; foram observados para que não houvesse interferências e julgamentos durante a condução da coleta de depoimentos. Assim, a entrevista fenomenológica foi conduzida ouvindo os sujeitos sem senso crítico de julgamento e interagindo numa abordagem compreensiva³³.

Os 14 sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice) que atende a Resolução Nº 196/96, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde. A coleta de depoimentos foi encerrada no momento em que foi observada convergência nos seus conteúdos.

6.4 Análise dos Depoimentos

Para que fosse possível compreender significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares, foi seguida a análise proposta por Parga Nina⁵, utilizada por pesquisadores da sociologia fenomenológica⁵²⁻⁵⁵.

- Realização da leitura dos depoimentos para apreender a vivência motivada dos sujeitos.
- Identificação das categorias concretas relacionadas ao fato de ter um membro da família internado em uma unidade psiquiátrica em hospital geral.
- Agrupamento de trechos de falas, isto é, de aspectos afins significativos frente ao fenômeno internação psiquiátrica no hospital geral.
- Estabelecimento do tipo vivido dos sujeitos da pesquisa, familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que estão internados em uma unidade psiquiátrica em um hospital geral.

6.5 Considerações Bioéticas

Observando-se os quesitos éticos e legais preconizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁵⁶, o projeto foi encaminhado para avaliação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição no mês de julho de 2009.

Somente após o parecer favorável para a execução da pesquisa é que foi realizado o convite aos familiares para a participação da pesquisa, explicando o objetivo, a relevância e o método para coleta dos depoimentos.

Aos participantes, foi garantidos o sigilo e a confidencialidade quanto às informações prestadas, além de terem assegurados o direito de serem esclarecidos ou de desistirem da pesquisa em qualquer etapa do processo sem, com isso, acarretar danos à sua integralidade ou no tratamento do indivíduo internado. As informações obtidas de seus depoimentos serão utilizadas somente para fins de pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado tanto pela pesquisadora como pelos sujeitos pesquisados, tendo uma cópia ficado com a pesquisadora e outra com cada um dos participantes.

Também foi observado outro aspecto ético referente à devolução do estudo aos sujeitos envolvidos. Essa é uma responsabilidade social do pesquisador que deverá fornecer aos envolvidos material impresso e discutir com os mesmos, contribuindo assim para a construção do conhecimento coletivo⁵⁷.

7 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS

As entrevistas foram realizadas de maneira individual, possibilitando uma relação empática entre os envolvidos, o que permitiu a apreensão dos aspectos subjetivos do grupo de pesquisados, percebendo-os como sujeitos conscientes.

Na leitura e releitura atenta e minuciosa dos discursos, o ponto central de busca foi o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares. Detalhando as falas obtidas, as convergências temáticas foram agrupadas e o significado que os sujeitos da pesquisa atribuíram às suas próprias ações foram apreendidos.

Por meio da contextualização dos discursos o significado das ações dos familiares foi construído, sempre embasado nas próprias vivências dos entrevistados, o que permitiu a construção de seis categorias concretas do vivido.

De acordo com o referencial da sociologia fenomenológica, de Alfred Schutz, as categorias revelaram motivos por que e motivos para, possibilitando aos familiares a compreensão do significado da internação psiquiátrica em um hospital geral.

Os motivos por que, possuem um fluxo voltado para o passado, evidentes nos acontecimentos já concluídos e que estão acessíveis ao observador.

Todo sujeito na sociedade ocupa um lugar e um tempo, o que o torna diferente do outro é que o mesmo lugar não pode ser ocupado ao mesmo tempo por mais de uma pessoa, ou seja, o “aqui” onde estou é diferente do “ali” onde o meu semelhante se encontra; assim a aquisição e consolidação de experiências se dão de maneiras diferenciadas, constituindo diferentes situações biográficas que influenciam diretamente os motivos das ações.

Assim, os motivos por que relacionados à internação psiquiátrica aparecem nas seguintes categorias concretas **Motivos da internação; Resistências aos tratamentos; Efetividade da internação.**

Motivos da internação

[...] ele começou entrar em depressão, perder o sono à noite... tomava o medicamento para dormir só que fazia efeito ao contrário...ele tinha medo de ir ao banheiro...ele via vultos[...]. (E1)

[...] quando eles (filho e nora) foram embora ele começou a fazer greve de fome. (E1)

Ele já esteve no Hospital Espírita de Porto Alegre porque ele tentou suicídio e agora ele estava tentando de novo. (E1)

A situação em casa estava incontrolável não tinha como lidar porque ela ficava falando sozinha, muito agressiva e tudo pedia para gente, a gente estava sempre envolvido com ela, toda hora, daí a gente procurou a internação [...]. (E3)

[...] ele não se comunicava com ninguém passava gemendo em casa, ringindo os dentes, gritava dentro de casa como se estivesse fora de si, tentou suicídio[...]. (E4)

[...] devido à situação familiar que houve com ele entre a companheira, houve um atrito me parece, fiquei sabendo que ele quase acabou matando, agredindo com sérios riscos, com danos, riscos de vida [...]. (E5)

Várias vezes ele tomava excesso de medicação e ia parar no hospital já teve no Hospital de Pronto Socorro, Hospital Psiquiátrico São Pedro. (E5)

[...] Ela estava mal, não reconhecia ninguém, não reconheceu nem o pai dela que esteve aqui eu até fiquei mais assustado, mas quando ela me viu me reconheceu não foi bem na hora, mas reconheceu, ela estava muito quieta, muito parada, não se mexia, tinha sono. (E6)

Eu me desesperiei cheguei em casa, chorei, chorei meu Deus, minha filha não é louca para ir para um internamento psiquiátrico [...] mas ela estava muito mal, ela tinha que internar, ela tentou suicídio[...]. (E7)

[...] ela é uma pessoa realmente doente que precisava de ajuda que falava em morrer, queria se matar [...]. (E9)

[...] é deprimente ela está na faculdade, tem um bom emprego daí cai em depressão, tem problema de bipolaridade, tem uma história de vida toda complicada e daí tem que internar [...]. (E9)

Faz uns nove meses que está nesse surto, ela vê vários desenhinhos que falam com ela, todos ao mesmo tempo e a confundem, ela acha que é o Espírito Santo uma vez pegaram ela no alto de um prédio em construção "Deus virá me buscar numa bolha voadora. (E10)

[...] ela estava muito grave, não tinha mais condições nem de se governar em casa, ela estava limitada a olhar uma parede o dia inteiro [...]. (E10)

[...] ela ouvi vozes, elas não mandam fazer nada só a confundem [...] ela não toma a medicação, ela fica quieta, se tranca no quarto só chora e come sem parar. (E11)

[...] ele engoliu quatro grampos... meu irmão não sabe o que aconteceu, não sei se ele estava com fome, se queria se matar...ele já tentou se matar com carro, outra vez com uma corda nos pés de uma laranjeira [...].(E12)

[...] ela tinha alucinações com ETs ela dizia que eles tinham feito cirurgia nela depois ela não lembrava o que tinha feito [...]. (E13)

Na verdade foi esse desequilíbrio que ela teve, ela estava afundando na depressão, nesse mal estar que ela diz sentir, sem ânimo para viver [...]. (E13)

Ela dizia que queria ficar sozinha, ficar na solidão, pedia para levar as crianças para irmã dela daí o medo que ela cometesse alguma coisa até pelos relatos que eu ouvia de tentativas de suicídio anteriores. (E14)

Na categoria motivos da internação, os sinais, os sintomas e as situações de risco são determinantes para a percepção de que algo errado está acontecendo, o quanto muitas vezes os pacientes se colocam em situações-limite e de risco, comprometendo a si e a outras pessoas. Essas alterações os influenciam diretamente e têm repercussões na sua família, levando-os à internação.

Resistência aos tratamentos

[...] ele começou a falar coisas assim que não tinha nada a vê, sem nexo [...] ele foi medicado, gritou muito, ele tentou reagir [...]. (E1)

[...] eu levei num psiquiatra mesmo... ele não gostou do psiquiatra e falou que não estava louco e que não precisava [...]. (E4)

[...]ele parava com a medicação, tomava até quinta, para no final de semana tomar cerveja[...]. (E5)

[...] o meu genro disse que antes ela já estava precisando internar, mas talvez se ele tivesse dito a gente não ia concordar, não ia de jeito nenhum [...]. (E7)

[...] eu não consigo aceitar bem isso, eu entendo que é uma pessoa doente, mas em sentido de relacionamento eu não sei até que ponto vai o sentimento e a bipolaridade, é complicado [...]. (E9)

Ela ia na Santa Casa num psiquiatra particular duas vezes no mês, ela estava indo de repente ela não quis mais[...] saía para outros lugares e não ia no médico. (E10)

Mas depois eu percebi que ela não estava bem, muito irritada, não aceitava falar de médico, remédio, daí descobri que ela não tinha ido na consulta marquei para outro dia e ela não foi... (E11)

[...] ela sempre foi muito firme nas decisões dela [...] quando ela estava mal, não tomava nenhuma medicação, ela não aceitava tratamento nenhum. (E13)

[...] ela teve outras internações, mas não cumpriu, pediu muitas vezes para assinar o termo de responsabilidade que ela queria sair então ela nunca fez o tratamento [...]. (E14)

A família dela meio que largaram de mão [...] as pessoas se habituaram à doença [...]. (E14)

A não adesão ao tratamento hospitalar ou extra-hospitalar remete à sintomatologia dos pacientes e às dificuldades dos próprios familiares.

Percebe-se que, de certa forma, a família possibilita aos indivíduos em tratamento o exercício de sua autonomia, mesmo quando são os responsáveis pelas consultas e interrupção de internação. Todavia, sob outra perspectiva, pode estar indicando uma tímida atuação da família no processo de tratamento, talvez por desconhecimento do que é o sofrimento psíquico, ao aceitar as decisões de abandono de tratamento mesmo em situações de crise.

Efetividade da internação

Eu tenho certeza que ele, o tratamento que ele recebeu aqui acho que foi bem eficiente. (E1)

[...] eu noto que ele se sente bem melhor aqui do que quando ele internou em hospital psiquiátrico mesmo... ele tinha pavor das coisas que aconteciam lá dentro e aqui o atendimento é muito bom, as pessoas estão sempre atentas e agora eu durmo de noite [...]. (E2)

Eu aqui acho, o atendimento de vocês fora de sério porque o tratamento que dão aqui é igual a outro hospital que seja particular eu não vi a diferença, o carinho é o mesmo [...]. (E7)

O tratamento foi totalmente diferente eu pensava que iam deixar ela amarrada, trancada, que desespero, foi muito bom o tratamento, a recuperação dela eu pensei que ia levar mais de três meses, para mim ela ia ficar internada bastante tempo. (E7)

Eu espero que ela... eu acredito que ela está melhorando, que eles acertaram no medicamento dela. (E8)

Para mim foi excelente ela ter sido internada porque eu tive tempo para mim e para ela ver o quanto era sério o que ela tinha [...]. (E9)

[...] me sinto deprimida, triste porque também tenho minha vida pessoal, meus problemas só que eu direciono toda a minha atenção para uma pessoa que está com esses problemas [...] é bem complicado conviver com uma pessoa com problema psiquiátrico. (E9)

Eu acredito que o hospital geral tenha facilitado [...] para exames complementares, o acesso fica mais fácil. (E10)

[...] ela conseguiu trabalhar melhor talvez por conviver com pessoas que também tinham a mesma dificuldade [...]. (E10)

Uma estrutura muito boa o psicólogo, o médico, enfermeiro permanecem durante todo o período aqui dentro isso faz uma diferença talvez por ser um hospital escola, isso facilita porque o residente dedica tempo integral e consegue ver o paciente 100%; não é uma visita que não consegue ver o todo. Eu acho uma maravilha esse trabalho integrado, perfeito se não melhorar é porque não tem condições físicas e mentais. (E10)

Eu chego aqui vejo uma estrutura maravilhosa,... acho que se tiverem dez vezes a quantidade de leitos não vai atender toda a demanda mas assim é muito restrito...que bom que reabriu pois é muito complicado a pessoa manter um paciente em ambulatório porque quando eles começam a ficar grave, eles não querem mais tomar medicamentos, não querem mais ir, vai a um ponto que só internando. (E10)

Foi bem importante essa internação para ela aceitar o tratamento e também ela vai ter o acompanhamento de pessoas especializadas [...]. (E13)

...eu achei aqui bem menos traumatizante, não sei se é porque a gente não tem aquele impacto da internação no hospital psiquiátrico, ela está internada num hospital comum numa unidade psiquiátrica, eu trabalhei no hospital psiquiátrico e eu tinha aquela visão horrível, eles ficavam jogados até passar a crise. (E13)

A efetividade da internação psiquiátrica aparece nas falas dos familiares através da constatação de que as técnicas punitivas e o isolamento não são empregados como no modelo asilar manicomial. O tempo breve de internação e a estrutura da unidade são vistos como fatores que agregam para a efetividade.

Há o reconhecimento que a internação é importante para a organização dos envolvidos, tanto na conscientização da gravidade pelo internado quanto para a família na organização de sua própria vida, que foi tão modificada pelo aparecimento do sofrimento psíquico.

Já em outras categorias, emergiram os motivos para, que só podem ser interpretados pela subjetividade do sujeito que define seu projeto de ação, que vive o processo de sua ação em curso, ou seja, relacionado ao futuro. É essencialmente

subjetivo e somente é revelado ao pesquisador se este pergunta qual sentido o ator atribui à sua ação⁵⁰.

Desta forma, os motivos para relacionados à internação psiquiátrica aparecem nas seguintes categorias concretas: **Orientação e continuidade do tratamento; Perspectivas de melhora; Projeções sobre normalidade.**

Orientação e continuidade do tratamento

A categoria orientação e continuidade do tratamento é marcada por motivos para.

[...] que a família dele seja orientada daquela doença que ele está tendo [...] que possa ter consciência da doença que ele tem que ele tenha orientação daquilo [...]. (E1)

[...] o AA mesmo vai ficar um tempo aqui e o que acontece depois ele vai para uma clínica [...]. (E2)

O que eu espero é isso que a gente entenda mais a doença tenha um apoio dos médicos, uma orientação [...]. (E3)

Ter mais acesso, a gente vai saber mais sobre a doença dela [...]. (E3)

[...] daqui para frente vai depender dele se conscientizar que precisa tomar a medicação, que há a necessidade de tomar a medicação porque se ele não se conscientizar que precisa, não vai ficar nem 60% estabilizado daí fica complicado. (E5)

[...] que ela entenda que volte ter interesse de pelo menos querer o tratamento, aceitar o tratamento e isso ela tem um pouco de dificuldade, ela se revolta [...]. (E10)

Eu acredito que depois ela terá que ficar ocupada, parece que os CAPS fazem isso [...]. (E10)

Organizar o pós-tratamento daqui é uma coisa que me preocupa ela tem que ir para um CAPS, ambulatório, ela não pode ficar sozinha. (E11)

Eu espero da internação é a continuidade do tratamento, acertem a medicação e arrumem um CAPS. (E11)

Agora eu sei que esse negócio vai tocar para mim, vai dar trabalho, o irmão é meu, ele é meu, mas a minha mulher e as minhas filhas não querem porque elas acham que ele é meio louco então vou ter que ficar preso em casa, como é que elas vão ficar com ele em casa... eu não posso brigar com a minha mulher, sou casado há quarenta e três anos. (E12)

Ela tem um transtorno de personalidade só que se tomar o medicamento certinho e agora eu acho que ela está consciente que ela não sobrevive sem eles e se um deles começar a falhar ela vai procurar o médico. (E13)

A orientação e a continuidade do tratamento aparecem centradas no uso da medicação e no acompanhamento do paciente em um serviço de saúde mental. Essa situação preocupa os familiares, que percebem a internação como um momento de organização da vida familiar.

Perspectivas de melhora

[...] que ele possa ficar o tempo necessário para ele sair bem melhor daqui. (E2)

Eu espero a melhoria do paciente, que o paciente melhore [...]. (E3)

A solução que eu espero é que ele melhore [...] que ele se sinta melhor é isso que eu espero a melhora dele. (E4)

Sucesso, melhora no sentido que me parece que foi constatado que além da epilepsia que ele tem, foi constatado um problema neurológico [...]. (E5)

Eu acho assim que agora é melhorar 100%, ela já está boa, acho que foi uma passagem. (E6)

Eu espero que ela melhore, ela já está melhorando, que seja para o bem dela. (E7)

[...] conseguir encaminhar para o hospital com a esperança que a pessoa melhore que volte centrada e regrada para retomar sua vida. (E9)

[...] a internação é a perspectiva que a gente tem da melhora daquele quadro. (E9)

[...] para mim a internação é uma esperança de melhora [...]. (E9)

[...] como se fosse uma doença como uma gripe, uma pneumonia uma coisa assim que vai sair já medicada, tratada para retomar a vida. (E9)

[...] que ela esteja mais saudável, só o fato dela conseguir identificar o que são vozes e o que não é, já é bom [...]. (E10)

Eu espero que ele melhore com a ajuda que vocês estão dando. (E12)

[...] eu acredito no potencial que ela tem, quando ela está bem fica alegre [...]. (E13)

Esses depoimentos evidenciam os motivos para e o desejo dos entrevistados em ver seus familiares fora do espaço hospitalar, retomando sua vida, sentindo-se melhor e voltando à vida anterior à internação. Em nenhum momento aparece a negação da doença, no entanto, a mesma é descrita como uma passagem, sendo possível ser medicada e tratada

Projeções sobre normalidade

Eu espero que ele saia assim sei que normal, normal eu sei que não [...].
(E1)

Tenho a esperança que ele fique curado, normal porque é muito triste ver o estado que ele se encontra [...]. (E4)

[...] a gente não pode se iludir nem se enganar porque dizer que eles vão ficar bom, vão voltar a ser uma pessoa normal eu acredito que jamais, eu acho que jamais [...]. (E5)

[...] eu achava que o caso dela não era psiquiátrico, nunca soube que ela tinha problema de depressão, mas ela vai ficar normal. (E8)

Eu espero que a pessoa que veio ser internada consiga se recuperar consiga atingir uma meta de ter uma vida normal de novo é essa a perspectiva no meu caso de ter conseguido trazer essa pessoa para cá.
(E9)

[...] tudo bem que ela possa nunca mais ficar normal porque a doença dela é grave [...]. (E10)

[...] para levar uma vida normal ou uma vida razoável, consiga conviver com as pessoas, com a família é o que a gente espera pelo menos dela.
(E10)

Que ele fique melhor, que ele consiga com ajuda dos médicos e dos familiares consiga se recuperar de certa maneira, lógico que o normal do jeito que era, eu acho que não, sempre fica uma sequela. (E12)

Na verdade ela sempre teve problema, ela tinha crises [...] espero que ela volte ter uma vida útil que ela consiga ficar normal [...]. (E13)

[...] ela precisa de terapia que vai mudando ela para a vida, deixando ela mais consciente do que é normal. (E13)

[...] tu não aceita a doença que de uma forma não é visível como uma sutura, tu vê que é algo psicológico então interna naquela esperança de cura, que o doente fique normal [...] essa é a minha expectativa. (E14)

As falas evidenciam o que os familiares percebem da normalidade, o que esperam desse estado normal, uma vez que este, segundo os mesmos, não será atingido plenamente, surgindo interrogações com relação a esta temática. Os familiares destacam que a normalidade pode ser reassumida de alguma maneira, seja pelo convívio com as pessoas ou com a sua família.

8 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Para a interpretação compreensiva das informações que surgiram a partir das seis categorias concretas apresentadas com os discursos dos sujeitos, utilizei o referencial da sociologia fenomenológica e o referencial relacionado à saúde mental para as discussões que remetem ao significado da internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares.

Logo nesse primeiro momento da discussão, trago as categorias que originam os motivos por que sendo elas: **Motivos da internação, Resistência ao tratamento e Efetividade da internação.**

O motivo por que é uma categoria objetiva, acessível ao pesquisador, refere-se a um projeto em função de ou constituído com bases nas vivências passadas³⁸.

Na categoria **Motivos da internação**, verifica-se a presença de motivos por que representados pelas alterações de comportamento, desvios de conduta e situações de risco, ou seja, as razões que levaram os familiares a internar o indivíduo em sofrimento psíquico, conforme as seguintes falas:

[...] quando eles (filho e nora) foram embora ele começou a fazer greve de fome (E1).

[...] devido a situação familiar que houve com ele entre a companheira, houve um atrito me parece, fiquei sabendo que ele quase acabou matando, agredindo com sérios riscos, com danos, riscos de vida [...] (E5)

[...] é deprimente ela está na faculdade, tem um bom emprego daí cai em depressão, tem problema de bipolaridade, tem uma história de vida toda complicada e daí tem que internar [...] (E9).

[...] ela ouvi vozes, elas não mandam fazer nada só a confundem [...] ela não toma a medicação, ela fica quieta, se tranca no quarto só chora e come sem parar (E11).

[...] ele engoliu quatro grampos... meu irmão não sabe o que aconteceu, não sei se ele estava com fome, se queria se matar...ele já tentou se matar com carro, outra vez com uma corda, nos pés de uma laranja[...] (E12).

Ela dizia que queria ficar sozinha, ficar na solidão, pedia para levar as crianças para irmã dela daí o medo que ela cometesse alguma coisa até pelos relatos que eu ouvia de tentativas de suicídio anteriores (E14)

Nas falas, aparecem a desorganização psíquica e a presença de riscos tanto direcionados para o indivíduo em sofrimento psíquico como para outras pessoas, o

que indica a complexidade da doença e suas repercussões na família. Essas situações se dão no mundo da vida, espaço de intersubjetividade.

O mundo da minha vida diária não é de forma alguma meu mundo privado, mas é, desde o início, um mundo intersubjetivo compartilhado com os meus semelhantes. A situação biográfica em que me encontro no mundo cotidiano é apenas em uma pequena escala feita por mim. Sempre me encontro dentro de um mundo historicamente dado que, tanto como mundo da natureza como mundo sócio-cultural, existiu antes do meu nascimento e vai continuar existir depois da minha morte⁵⁰.

Isso significa que o mundo não é só meu, mas também dos meus semelhantes, eles são elementos da minha própria situação biográfica assim como eu sou parte da deles, compartilhando um ambiente comum em conexão intencional entre nossas vidas.

Mas mesmo em um ambiente comum, qualquer sujeito tem sua situação biográfica, seu mundo privado que permite perceber um fenômeno diferentemente do seu semelhante.

Um mesmo objeto significa alguma coisa diferente para mim do que significa para qualquer de meus semelhantes, isto se deve às diferentes distâncias que os atores ocupam, ou seja, há aspectos que só são percebidos por mim devido a minha situação biográfica e o sistema de relevância. Mas as diferenças nas perspectivas individuais são superadas quando existem a possibilidade de pontos de vistas e a congruência dos sistemas de revelâncias⁵⁰.

É o que acontece com a loucura, fenômeno visto de diferentes maneiras no decorrer da história da humanidade, assumindo posições de castigo divino, doença mental e de sofrimento psíquico.

A loucura chegou a ser considerada como limitação da subjetividade sendo que essa alienação designou um processo pelo qual o sujeito se viu despojado de sua liberdade através de um duplo movimento, aquele natural da loucura e de outro jurídico, o da interdição, que o faz ficar sob os poderes de outro, ou seja, desprovido de qualquer desejo ou direito⁶.

Mas apesar dessas diferenças, existem pontos de congruência, os sintomas, fatores que superam as diferenças de aspectos individuais e que levam à internação, conforme os depoimentos a seguir:

Ele já esteve no HEPA porque ele tentou suicídio e agora ele estava tentando de novo (E1)

Eu me desesperei cheguei em casa, chorei, chorei Meu Deus minha filha não é louca para ir para um internamento psiquiátrico [...] mas ela estava muito mal, ela tinha que internar, ela tentou suicídio (E7)

...ela é uma pessoa realmente doente que precisava de ajuda que falava em morrer, queria se matar... (E9)

Percebe-se nesses relatos, uma situação limite em que há o esgotamento dos recursos dessa família e da rede extra - hospitalar em lidar com o sintoma, no caso a tentativa de suicídio. A decisão pela internação mobiliza sentimentos que remetem às tentativas de negar a doença psiquiátrica e seus sinais. Mas diante dos riscos, da iminência de morte, a família acaba se conformando, cedendo aos preconceitos e aceitando a internação.

Conforme a Portaria 224/92, a internação psiquiátrica deve ser considerada como o último recurso a ser utilizado, quando esgotados todos os outros dispositivos da rede extra-hospitalar, objetivando a garantia da continuidade de tratamento em saúde mental nos vários níveis de atenção baseada nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações de saúde³.

Contudo, a internação é permeada de sentimentos contraditórios nos quais há uma resistência em utilizar esse último recurso terapêutico para o tratamento da crise, mas, ao mesmo tempo, os familiares percebem que não é possível manejar a situação em outro espaço.

A internação aparece como uma solução para a situação insuportável de ansiedade e temor que vivenciam as famílias quando percebem a emergência de uma descompensação⁵⁸.

Mas mesmo que os sintomas apareçam como indicativos da internação é interessante considerar que a relação desses com os familiares é muito particular, conforme mostra o discurso a seguir

Faz uns nove meses que está nesse surto ela vê vários desenhinhos que falam com ela, todos ao mesmo tempo e a confundem, ela acha que é o Espírito Santo uma vez pegaram ela no alto de um prédio em construção “Deus virá me buscar numa bolha voadora” (E10)

O que se verifica é uma tolerância em relação aos sintomas, o que expressa o desejo de ter seu familiar no convívio social, ou certo descrédito da família em relação aos serviços de saúde.

A grande maioria dos familiares cuidadores, mesmo com todas as dificuldades, prefere que o doente fique sob seus cuidados no domicílio, o que vem fundamentado pelos sentimentos amorosos e pela falta de credibilidade das famílias em relação às instituições⁵⁹.

Evidenciando que a reforma Psiquiátrica está conseguindo aos poucos transformar não só as estruturas físicas dos serviços, mas as pessoas, no caso, os familiares que se tornam exigentes quanto aos serviços oferecidos, quanto sua participação no tratamento e o interesse em ter seu familiar doente no convívio do seu meio.

A família desenvolve a função de elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar em sofrimento psíquico e é também responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes²³.

Assim uma diferente relação se estabelece entre a família, indivíduos em sofrimento psíquico e os serviços da rede. É a apropriação do cuidado como um importante recurso para ser atingida a autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico, não considerando os sintomas apenas como indicativos de internação, mas como elementos importantes para estruturação de uma rede de atenção ao indivíduo.

Na categoria **Resistência ao tratamento**, surgem os motivos por que apresentando as razões que levam o indivíduo em sofrimento psíquico a resistir ao tratamento.

Por muito tempo, o tratamento ao indivíduo em sofrimento psíquico ficou centrado nos manicômios, caracterizando internações longas restritas a práticas terapêuticas como medicalização e isolamento. Com a desinstitucionalização,

previu-se um diferente modelo de atenção, o psicossocial, que deve ser entendido como um processo social complexo baseado na reinserção dos indivíduos na sociedade.

Nesse novo modelo de saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos que se escutam e cuidam; são profissionais de diversos núcleos os quais interagem com sujeitos que vivenciam as problemáticas - os usuários e familiares⁶⁰.

No entanto, esse modelo ainda demonstra uma fragilidade no que se refere à dificuldade de acesso aos serviços, parcial resolutividade e escassez de ofertas ou ofertas desvinculadas às reais necessidades do indivíduo em sofrimento psíquico e sua família. O que reforça ser um processo em que os profissionais e a sociedade estão se apropriando, já que foram anos de submissão ao modelo asilar.

Nos discursos a seguir pode ser percebido o quanto as ações de atendimento aos indivíduos ainda encontram-se centradas no modelo psiquiatra medicalizante e hospitalocêntrico. Limitando a loucura a uma dimensão que ameaça e desestabiliza a razão⁸.

[...] ele começou a falar coisas assim que não tinha nada a vê, sem nexo [...] ele foi medicado, gritou muito, ele tentou reagir [...] (E1).

[...] eu levei num psiquiatra mesmo... ele não gostou do psiquiatra e falou que não estava louco e que não precisava [...] (E4)

[...] o meu genro disse que antes ela já estava precisando internar, mas talvez se ele tivesse dito a gente não ia concordar, não ia de jeito nenhum [...] (E7)

[...] ela teve outras internações, mas não cumpriu, pediu muitas vezes para assinar o termo de responsabilidade que ela queria sair então ela nunca fez o tratamento [...] (E14).

Ao centralizar o atendimento em ações psiquiátricas, está se limitando a questão da loucura apenas como uma doença, desconsiderando as repercussões que a mesma tem na vida do indivíduo, de sua família e do meio onde vive, além de reforçar a questão do preconceito, da estigmatização que acompanha a história da humanidade.

O indivíduo em sofrimento psíquico é tomado pelo estigma, quando é desconsiderado como uma criatura comum e total, sendo reduzida a uma pessoa estragada, diminuída, com defeito, fraca e em desvantagem assim tendo um efeito de descrédito muito grande⁶¹.

Diante desse contexto, torna-se imprescindível colocar que a pessoa nasce num mundo que já existia antes de seu nascimento e que não é um mundo simplesmente físico, mas também sócio-cultural resultado de um processo histórico, diferente em cada cultura ou sociedade⁵⁰.

Logo, a ideia de centralidade na medicalização e no sistema asilar é passada de geração a geração o que se constitui um forte aspecto na vida das pessoas, mas não o único. Assim, o homem com a sua situação biográfica determinada necessita encontrar seu caminho no mundo social por meio de sua vivência em um sistema de relacionamentos, de signos e de símbolos.

O significado de todos esses elementos do mundo social é tido como pressuposto pelas pessoas que nele vivem, pois são socialmente aceitos como as formas boas e corretas de se confrontar as coisas e as pessoas⁵⁰.

Nesse sentido, constitui-se um sistema de tipificações compartilhado pelos sujeitos do mundo social que define papéis sociais, posições e status para cada um⁵⁰.

A resistência aos tratamentos anteriores pode ser assumida pelo indivíduo em sofrimento psíquico no sentido da negação do seu quadro, dos sintomas, da necessidade de tratamento. Isso aparece nos depoimentos dos familiares que se seguem:

[...]ele parava com a medicação, tomava até quinta, para no final de semana tomar cerveja[...] (E5)

Ela ia na Santa Casa num psiquiatra particular duas vezes no mês, ela estava indo de repente ela não quis mais[...] saía para outros lugares e não ia no médico (E10).

Mas depois eu percebi que ela não estava bem, muito irritada, não aceitava falar de médico, remédio, daí descobri que ela não tinha ido à consulta marquei para outro dia e ela não foi... (E11).

...ela sempre foi muito firme nas decisões dela [...] quando ela estava mal, não tomava nenhuma medicação, ela não aceitava tratamento nenhum (E13).

A resistência ao tratamento também pode estar relacionada a uma concepção de cura do indivíduo, ou seja, ele se sente melhor e acredita não precisar mais do tratamento, o que o libera do papel estigmatizante de um doente crônico, um louco. Assume assim um novo papel - o de indivíduo sadio o qual determina o que deve ser feito, mas que muitas vezes tem por consequência a reagudização dos sintomas e situações de reinternações.

Antes da internação, os indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares percorrem vários serviços de saúde, o que, em alguns casos, representa uma longa trajetória de tentativas até conseguir encontrar a medicação correta, contribuindo consideravelmente para a não adesão ao tratamento.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e universal que se desenvolve gradualmente e está relacionada ao agravamento das doenças. Os fatores que podem influenciar na adesão estão relacionados às condições sócio-demográficas, ao esquema medicamentoso, à natureza da doença, ao vínculo entre profissional e paciente⁶².

Estudos indicam que a não adesão ao tratamento psicofarmacológico representa a principal razão para a ocorrência de recaídas, além de dificultar abordagens terapêuticas, psicossociais, interações entre profissionais de saúde e paciente, dificultando sua reintegração social⁶².

Sob outra perspectiva, é importante considerar que a família sendo um dos protagonistas no processo de ressocialização, muitas vezes, é tomada por sentimentos de medo, de negação diante de uma situação de crise e de ambiguidade frente à necessidade de internação, o que acaba causando resistência ao tratamento.

[...] eu não consigo aceitar bem isso, eu entendo que é uma pessoa doente, mas em sentido de relacionamento eu não sei até que ponto vai o sentimento e a bipolaridade, é complicado[...] (E9).

A família dela meio que largaram de mão [...] as pessoas se habituaram à doença [...] (E14).

Nesse sentido, a construção de espaços de escuta para indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares é imprescindível para que as ações pretendidas no tratamento façam sentido nas suas vidas, sejam percebidas como elementos da sua realidade, o que de certa maneira pode colaborar na adesão ao tratamento. Identificar e compreender os motivos que levam a internação é uma importante informação.

A categoria **Efetividade da internação** é construída a partir dos depoimentos dos familiares que percebem a internação voltando-se para o passado, o já ocorrido, logo remetendo a motivos por que. Esse movimento retrospectivo faz com que os familiares se deparem com um momento de avaliação da internação.

Para tanto é necessário que o familiar volte a momentos anteriores à internação, tais como: o quadro do indivíduo em sofrimento psíquico antes da crise, alterações que se fizeram presentes durante a crise, resistências ao tratamento e modificações em suas vidas, enfim, experiências que configuram a sua situação biográfica determinada.

Considerando o contexto da Reforma Psiquiátrica, a internação no hospital geral é um espaço que faz parte da rede de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, que apresenta maior diversidade de profissionais e grandes potencialidades para articular com a rede extra-hospitalar. Situação diferente das internações em hospitais psiquiátricos. O que pode ser percebido nos seguintes discursos:

[...] eu noto que ele se sente bem melhor aqui do que quando ele internou em hospital psiquiátrico mesmo... ele tinha pavor das coisas que aconteciam lá dentro e aqui o atendimento é muito bom, as pessoas estão sempre atentas e agora eu durmo de noite[...] (E2)

Uma estrutura muito boa o psicólogo, o médico, enfermeiro permanecem durante todo o período aqui dentro isso faz uma diferença talvez por ser um hospital escola, isso facilita porque o residente dedica tempo integral e consegue ver o paciente 100%; não é uma visita que não consegue ver o todo. Eu acho uma maravilha esse trabalho integrado, perfeito se não melhorar é porque não tem condições físicas e mentais (E10)

Eu acredito que o hospital geral tenha facilitado [...] para exames complementares, o acesso fica mais fácil [...] (E10).

[...] eu achei aqui bem menos traumatizante, não sei se é porque a gente não tem aquele impacto da internação no hospital psiquiátrico, ela está internada num hospital comum numa unidade psiquiátrica, eu trabalhei no hospital psiquiátrico e eu tinha aquela visão horrível, eles ficavam jogados até passar a crise (E13).

A efetividade da internação aparece nas falas quando mostra a estrutura apropriada, com diferentes profissionais atuando por um tempo maior na internação o que possibilita uma visão do paciente sob diversas perspectivas, resultando em ações terapêuticas não apenas centradas na doença psíquica, mas que também consideram as outras dimensões do sujeito internado.

Assim, a internação atende a crise tendo como foco o indivíduo em sofrimento, o sujeito enquanto cidadão, o que implica considerar o território tendo em vista a lógica do cotidiano das pessoas e não as necessidades da instituição de saúde⁶³.

Para tanto, é necessário, que além da interlocução dos espaços físicos em um hospital geral que facilita a realização de diferentes exames, exista o comprometimento dos profissionais em não criar nesse espaço pluralismo de especialidades isoladas entre si.

Considerar o indivíduo em seus diferentes contextos como o social, o profissional e o familiar é estar promovendo a integralidade, princípio que direciona e amplia as ações de saúde na busca de uma transformação no modelo de atenção. A integralidade articula diferentes olhares que possibilitam a (re) invenção da saúde numa ótica mais flexível, criativa, que agrega diferentes saberes e modos de intervenção⁶⁴.

A internação provoca alterações na vida dos envolvidos, indivíduos internados, família e nos trabalhadores. Em relação aos últimos é essencial considerar que as suas ações produzem efeitos reais, positivos o que confirma a definição de efetividade encontrada no dicionário Aurélio⁶⁵.

Diante desse contexto, é pertinente abordar o termo conduta que, segundo a fenomenologia sociológica de Schutz, significa experiências de significado subjetivo que emanam da vida espontânea. Mas a conduta que é prevista, isto é, baseada num projeto é chamada de ação.

As ações que afetam o mundo exterior, por meio de movimentos corporais, são chamadas de trabalho. Portanto os diferentes profissionais afetam a vida dos

indivíduos internados uma vez que suas ações são baseadas num projeto de melhora e na reinserção mais breve possível na sociedade.

A internação psiquiátrica em um hospital geral é uma ação consciente, consequência de um comportamento orientado, de um ato projetado, que nesse estudo é apresentada como uma ação em curso e vista em retrospectiva. É uma importante experiência compartilhada por diferentes sujeitos que possuem sua situação biográfica, mas que apesar das suas singularidades, as compartilham no espaço da intersubjetividade.

Na internação, outro importante elemento que deve ser considerado é a oscilação causada no conteúdo subjetivo de pertencimento a um grupo. As pessoas desejam, buscam fazer parte de um grupo, mas a internação pode ser percebida como uma interrupção dessa sociabilidade, mesmo que temporariamente, pois afasta os indivíduos do convívio de sua família e do seu meio.

O fato de estar internado faz com que o indivíduo assuma o papel de membro doente. Na família, o doente é, essencialmente, o portador das ansiedades do grupo, depositário das tensões e conflitos grupais. Torna-se o portador de aspectos patológicos desse processo interacional de adjudicação e assunção de papéis que afeta toda a família⁶⁶.

Dessa forma, a internação pode ser considerada um importante momento para organizar, sanar dúvidas, criar estratégias de enfrentamento juntamente com o indivíduo internado, sua família e a rede extra-hospitalar.

Para mim foi excelente ela ter sido internada porque eu tive tempo para mim e para ela ver o quanto era sério o que ela tinha [...] (E9)

[...] me sinto deprimida, triste porque também tenho minha vida pessoal, meus problemas só que eu direciono toda a minha atenção para uma pessoa que está com esses problemas [...] é bem complicado conviver com uma pessoa com problema psiquiátricos (E9).

Eu chego aqui vejo uma estrutura maravilhosa,... acho que se tiverem dez vezes a quantidade de leitos não vai atender toda a demanda mas assim é muito restrito...que bom que reabriu pois é muito complicado a pessoa manter um paciente em ambulatório porque quando eles começam a ficar grave, eles não querem mais tomar medicamentos, não querem mais ir, vai a um ponto que só internando (E10).

Nos discursos verifica-se que muitos familiares se envolvem intensamente com a doença de seu membro, indo além das suas possibilidades existenciais. A internação do seu familiar surge como um momento que também propicia certo

alívio para a família que sofre as sobrecargas do convívio com o sofrimento psíquico.

As sobrecargas acontecem quando os familiares do indivíduo em sofrimento psíquico colocam suas próprias necessidades e desejos em segundo plano tendo consequências negativas como perdas financeiras, perturbações na rotina, na vida social e profissional. Além de desenvolver tarefas adicionais para conseguir cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico⁶⁷.

Muitas vezes, os familiares envolvem-se de maneira tão intensa com o cuidado do indivíduo em sofrimento a ponto de terem suas vidas esvaziadas²⁵.

Outra situação imprescindível é a influência da história do modelo asilar para a construção dessa categoria concreta. Nesse modelo, a internação com seus recursos terapêuticos punitivos e de isolamento se configurou como um importante local de tratamento, se não único capaz de dar conta da loucura em busca da cura e da normalidade.

De tal modo verifica-se que a efetividade da internação aparece nos depoimentos, quando os familiares constatam que técnicas punitivas não são mais utilizadas, que há uma equipe multiprofissional atendendo o membro de sua família garantindo discussões para além da crise, atendendo questões relacionadas a seu momento de vida atual.

O tratamento foi totalmente diferente eu pensava que iam deixar ela amarrada, trancada, que desespero, foi muito bom o tratamento, a recuperação dela eu pensei que ia levar mais de três meses, para mim ela ia ficar internada bastante tempo (E7)

Eu aqui acho, o atendimento de vocês fora de sério porque o tratamento que dão aqui é igual a outro hospital que seja particular eu não vi a diferença, o carinho é o mesmo [...] (E7)

Foi bem importante essa internação para ela aceitar o tratamento e também ela vai ter o acompanhamento de pessoas especializadas [...] (E13).

Assim percebe-se que, no modelo de atenção psicossocial, as mudanças estão acontecendo nos serviços, mas também, nas situações biográficas dos trabalhadores que buscam a integralidade nas suas ações rompendo com valores segregadores do modelo asilar, resultando em um atendimento mais qualificado e efetivo.

A seguir as categorias concretas que remetem aos motivos para: **Orientação e continuidade do tratamento, Perspectivas de melhora e Projeções sobre a normalidade.**

A compreensão do significado da internação psiquiátrica em um hospital geral leva aos motivos para, que representam a subjetividade do pesquisado, podendo ser acessíveis ao pesquisador apenas quando perguntado.

Na categoria **Orientação e continuidade do tratamento** são discutidos aspectos relacionados às dificuldades na continuidade do tratamento tanto referentes à questão do paciente como a do familiar. Assim evidencia-se como o sofrimento psíquico interfere no funcionamento e na dinâmica da família, causando impacto em todos os seus membros. A fala a seguir demonstra tal situação:

Agora eu sei que esse negócio vai tocar para mim, vai dar trabalho, o irmão é meu, ele é meu, mas a minha mulher e as minhas filhas não querem porque elas acham que ele é meio louco então vou ter que ficar preso em casa, como é que elas vão ficar com ele em casa... eu não posso brigar com a minha mulher, sou casado há quarenta e três anos (E12).

Esta ilustração nos remete a pensar que as vivências de instabilidade, o estresse e a insegurança podem estabelecer um difícil vínculo dos pacientes com a família, permeado de problemas e obstáculos. A convivência com pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave é difícil e ter de cuidá-las impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais⁸.

Com o processo de desospitalização psiquiátrica, com a ênfase em serviços comunitários e com períodos mais curtos de hospitalização, as famílias têm participado cada vez mais como as principais provedoras de cuidado e apoio aos seus familiares⁶⁷.

Assim, se por um lado, há produção de uma sobrecarga emocional, financeira; existe, em contrapartida, um avanço, o protagonismo das famílias, que historicamente ficaram excluídas do tratamento dos seus familiares em sofrimento.

A exclusão era reforçada pelas teorias sociogenéticas que lançavam, sobre a família, a culpa e o estigma da loucura, sugerindo que as causas das doenças, como

a esquizofrenia, eram decorrentes de um padrão de relações intra familiares inadequadas⁶⁸.

Diante dessas informações e considerando o modo de atenção psicossocial, faz-se necessário atuar de maneira diferente, ou seja, concebendo a família como participantes efetivos no processo terapêutico, o que implica considerá-la como pertencente ao mundo da vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico.

Esse mundo da vida dos indivíduos acima citados é marcado pela interação psiquiátrica, no qual o familiar coloca-se a partir de sua situação biográfica determinada que engloba questões espaciais, temporais, sócio-culturais e ideológicas que determinam seu papel na sociedade.

A situação biográfica determinada é formada pela sedimentação de todas essas experiências, caracterizando um conhecimento único e privado, que é organizado de acordo com o sistema de relevância de cada indivíduo⁵⁰.

A situação biográfica dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico possui uma forte influência do passado histórico cultural que situava a loucura às margens da sociedade e culpabilizava as famílias pelo aparecimento da doença. No entanto, a partir da reforma psiquiátrica, surge a proposta para que a família atue como co-participante nos cuidados do indivíduo em sofrimento psíquico.

Assim, para interpretar o mundo da vida dos familiares, faz-se necessário ter acesso ao estoque de conhecimentos que podem estar relacionados às suas próprias experiências e às que são transmitidas pelos predecessores. O sistema de relevância organiza o estoque de conhecimento a mão de acordo com a problemática em questão, deixando em situação de clareza o que deve ser conhecido pela consciência para a resolução do problema. O estoque de conhecimento existe num fluxo contínuo mudando a qualquer momento⁵⁰.

Ao retomar os depoimentos, verifiquei que, para os familiares, a continuidade do tratamento ainda está centrada na adesão à medicação e na vinculação a um serviço de saúde mental, mais precisamente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme as falas a seguir:

[...] daqui para frente vai depender dele se conscientizar que precisa tomar a medicação, que há a necessidade de tomar a medicação porque se ele não se conscientizar que precisa, não vai ficar nem 60% estabilizado daí fica complicado. (E5)

Eu acredito que depois ela terá que ficar ocupada, parece que os CAPS fazem isso [...] (E10)

Eu espero da internação é a continuidade do tratamento, acertem a medicação e arrumem um CAPS. (E11)

É indiscutível o potencial terapêutico da medicação na estabilização e controle de sintomas, mas é questionável quando pensado como terapia absoluta⁶⁹.

Também chama a atenção que a continuidade do tratamento fica bastante centrada no espaço terapêutico do CAPS, o que de certa forma pode estar colaborando para que o tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico ainda seja visto por alguns como possível apenas em locais especializados. Tal fato pode minimizar a responsabilidade dos profissionais dos serviços primários, limitando consideravelmente a rede de serviços substitutivos.

É importante considerar que a efetivação da reforma psiquiátrica ficou fortemente vinculada à construção dos CAPS, pois os mesmos seriam espaços de crítica ao mundo manicomial e ao mesmo tempo de construção das práticas alternativas e substitutivas¹⁸.

Penso que em alguns momentos, quando os familiares trazem em seus discursos a apropriação do papel de cuidador há conseqüentemente uma modificação na sua situação biográfica determinada com a responsabilização do cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico em uma rede substitutiva ao manicômio, rede que se apresenta em constante estruturação e adequação

Em contrapartida, há ainda uma forte influência das experiências anteriores da assistência medicamentosa e hospitalocêntrica. Por vezes a adesão à medicação é percebida como uma condição básica do tratamento psiquiátrico⁷⁰. Isto também pode remeter a certo desconhecimento dos familiares em relação às práticas de atendimento dos serviços da rede substitutiva, enfatizando a medicação como ponto central do tratamento.

Assim é necessária, para a atenção em saúde mental, uma postura de co-responsabilização dos envolvidos, profissionais, indivíduos em sofrimento psíquico e familiares, o que não fica claro nos depoimentos. Em alguns inclusive aparece a necessidade de os indivíduos em sofrimento psíquico responsabilizarem-se pela medicação, não aparecendo a sua atuação em outros aspectos relacionados ao tratamento e nem da família como parceira.

[...] daqui para frente vai depender dele se conscientizar que precisa tomar a medicação, que há a necessidade de tomar a medicação porque se ele não se conscientizar que precisa, não vai ficar nem 60% estabilizado daí fica complicado. (E5)

Ela tem um transtorno de personalidade só que se tomar o medicamento certinho e agora eu acho que ela está consciente que ela não sobrevive sem eles e se um deles começar a falhar ela vai procurar o médico. (E13)

Já nas falas seguintes aparece a potencialidade da unidade de internação como um importante espaço para discussões e formação de vínculos. As famílias precisam de apoio técnico e emocional do sistema de saúde, conforme os discursos a seguir:

[...] que a família dele seja orientada daquela doença que ele está tendo.
[...] que possa ter consciência da doença que ele tem, que ele tenha orientação daquilo [...] (E1)

O que eu espero é isso que a gente entenda mais a doença tenha um apoio dos médicos, uma orientação [...] (E3).

Ter mais acesso, a gente vai saber mais sobre a doença dela [...] (E3).

Organizar o pós tratamento daqui é uma coisa que me preocupa ela tem que ir para um CAPS, ambulatório, ela não pode ficar sozinha. (E11)

Nesse sentido, pensar o tratamento implica em uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família, estabelecimento de uma ligação mais humana, mais singular na busca de um atendimento que se aproxime das necessidades dos usuários e de suas famílias. Para tanto, faz-se necessário ações para além de um redirecionamento das práticas, sendo imprescindível o comprometimento e a responsabilidade na construção de um cuidado coletivo⁷¹.

A construção do cuidado coletivo se dá na medida em que os envolvidos dotados de suas situações biográficas determinadas trazem para a intersubjetividade a possibilidade de compreender o contexto, no caso, a internação psiquiátrica em um hospital geral e o vivido das pessoas desse mundo da vida. Assim, faz-se necessário a aproximação do sistema de motivação que remete aos motivos para na categoria Orientação **continuidade do tratamento**.

O mesmo aplica-se na categoria **Perspectivas de melhora**, na qual o desejo de melhora aparece nos discursos ligado ao estado de normalidade que pode ser considerado historicamente como um dos principais objetivos da psiquiatria. No século XIX, com Juliano Moreira, inicia-se o atendimento a outro tipo de população, os desviantes, alcoólatras, o que aproximou a loucura ao desvio da normalização e a reafirmação da disciplina como recurso terapêutico.

Em 1943, com a teoria de George Canguilhem, a normalidade passa ser entendida de distintas formas, a saúde é uma normalidade bem como a doença também é uma normalidade. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, uma organização própria, uma norma⁷².

Nos depoimentos que seguem, pude evidenciar as perspectivas de melhora que os familiares possuem em relação ao indivíduo internado e que estão em consonância com as muitas definições que a normalidade pode apresentar, conforme a teoria citada acima.

Eu espero a melhoria do paciente, que o paciente melhore [...] (E3)

A solução que eu espero é que ele melhore [...] que ele se sinta melhor é isso que eu espero a melhora dele. (E4)

Sucesso, melhora no sentido que me parece que foi constatado que além da epilepsia que ele tem, foi constatado um problema neurológico [...] (E5)
Eu espero que ela melhore, ela já está melhorando, que seja para o bem dela. (E7)

[...] a internação é a perspectiva que a gente tem da melhora daquele quadro. (E9)

[...] para mim a internação é uma esperança de melhora [...] (E9)

[...] que ela esteja mais saudável, só o fato dela conseguir identificar o que são vozes e o que não é, já é bom [...] (E10).

Eu espero que ele melhore com a ajuda que vocês estão dando (E12)

[...] eu acredito no potencial que ela tem, quando ela está bem fica alegre [...]. (E13).

Ao desejar a melhora dos indivíduos internados, os familiares buscam um estado diferente do atual. Já em outros depoimentos, surge o desejo dos familiares de que, após a internação, o indivíduo possa obter melhora no seu quadro clínico, surgindo a comparação do sofrimento psíquico com outras doenças de ordem orgânica, remetendo a expectativa de que após a saída do hospital o familiar poderá retomar a vida cotidiana, conforme as falas a seguir:

Eu acho assim que agora é melhorar 100%, ela já está boa, acho que foi uma passagem. (E6)

[...] conseguir encaminhar para o hospital com a esperança que a pessoa melhore que volte centrada e regrada para retomar sua vida. (E9)

[...] como se fosse uma doença como uma gripe, uma pneumonia uma coisa assim que vai sair já medicada, tratada para retomar a vida. (E9)

Embora o processo de adoecimento e sofrimento trate de experiências individuais e singulares, vivenciadas e registradas na memória de cada um, é por meio da interação com o mundo externo, do relacionamento com os outros, que os sujeitos conseguem expressar suas emoções e sentimentos⁷³.

Nessa categoria, a perspectiva de melhora é permeada de emoções e intenções, desejos que possuem um fluxo direcionado para o futuro, que remetem a uma ação a ser alcançada, ou seja, os motivos para.

O motivo para é um contexto de significado que é construído ou se constrói sobre o contexto de experiências disponíveis no momento de projeção, no mundo social³⁸.

Na categoria **Projeções sobre a normalidade**, aparecem os motivos para. Desde o século XIX, existem vários questionamentos relacionados ao tema normalidade. O que pode ser percebido na Doutrina de Broussais, que considerava que a distinção entre normal e patológico era de natureza quantitativa, assim a

doença era resultado de uma falta ou excesso de excitação dos tecidos em relação ao grau que consistia ao estado normal⁷².

O anormal não seria a ausência de normalidade, ou seja, o patológico também seria normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença. Além disso, colocou que não existe uma normalidade e sim distintas normalidades⁷².

Assim, a categoria **Projeções sobre normalidade** vislumbra as diferentes possibilidades de normalidade como aparecem nos depoimentos a seguir:

Eu espero que ele saia assim sei que normal, normal eu sei que não [...] (E1)

Tenho a esperança que ele fique curado, normal porque é muito triste ver o estado que ele se encontra [...] (E4).

[...] a gente não pode se iludir nem se enganar porque dizer que eles vão ficar bom, vão voltar a ser uma pessoa normal eu acredito que jamais, eu acho que jamais [...] (E5)

[...] eu achava que o caso dela não era psiquiátrico, nunca soube que ela tinha problema de depressão, mas ela vai ficar normal (E8)

Eu espero que a pessoa que veio ser internada consiga se recuperar consiga atingir uma meta de ter uma vida normal de novo é essa a perspectiva no meu caso de ter conseguido trazer essa pessoa para cá. (E9)

[...] tudo bem que ela possa nunca mais ficar normal porque a doença dela é grave [...] (E10)

[...] para levar uma vida normal ou uma vida razoável, consiga conviver com as pessoas, com a família é o que a gente espera pelo menos dela. (E10)

Na verdade ela sempre teve problema, ela tinha crises [...] espero que ela volte ter uma vida útil que ela consiga ficar normal [...] (E13).

[...] tu não aceita a doença que de uma forma não é visível como uma sutura, tu vê que é algo psicológico então interna naquela esperança de cura, que o doente fique normal [...] (E14).

Os depoimentos refletem diferentes percepções da loucura, não considerando apenas a estranheza e a periculosidade do indivíduo. No século XIX, a anormalidade constituiu-se como uma categoria médica que organizou um sistema de assistência psiquiátrica dirigido para a questão da delinquência e da criminalidade. A doença mental que até então era compreendida como exceção biológica passa a ser estudada como um desvio da normalidade⁷⁴.

Diante desse contexto é interessante considerar que essas influências ainda hoje atuam no que se refere à normalidade. Logo, trago o conceito de atitude natural que pode ser entendido como a postura a qual a pessoa desenvolve no seu cotidiano e também é entendida como base de interpretação do mundo da vida como um todo⁵⁰.

Assim, o mundo da vida é compreendido como a esfera total das experiências de um indivíduo. Essas são diferentes uma das outras, devido à situação biográfica determinada de cada um, mas são compartilhadas em um espaço de intersubjetividade.

A situação biográfica determinada é a sedimentação dos conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, numa atitude natural. Estes conhecimentos podem ser agrupados em “tipos” de experiências e funcionam como referência para a interpretação do mundo, para todas as nossas possibilidades de ações e projetos futuros⁷⁵.

Mas, em relação a um projeto futuro, as situações podem não ser iguais ou equivalentes aos elementos da situação vivida e da bagagem de conhecimentos⁷⁵.

Isso acontece devido ao sistema de relevância que, diante de um problema, organiza a bagagem de conhecimento destacando os elementos que se tornam relevantes em vista do projeto o qual se pretende realizar. Logo a situação biográfica é algo que se modifica.

Apesar do passado da psiquiatria considerar a loucura como algo anormal e isso se configurar como uma forte influência histórica, para a nossa situação biográfica existe a atuação de nossas experiências individuais, a organização de nossos conhecimentos a partir da compreensão dos fenômenos. Assim, percebe-se que a normalidade já não é vista como um estado absoluto de ausência de anormalidade, mas sim de possibilidades de atuação e de convívio.

Essas possibilidades remetem aos motivos para, que possuem um significado subjetivo e referem-se à experiência do ator que vive o processo em curso, sendo a intenção de realizar o estado de coisas projetado para atingir um objetivo preconcebido voltado para o futuro. Os motivos para expressam a intenção dos familiares aos indivíduos em sofrimento psíquico para que os mesmos assumam de

acordo com as suas possibilidades suas atividades e o convívio com a família e a sociedade

Deste modo ao compreender o significado da internação psiquiátrica em um hospital geral pode por meio da convergência dos motivos por que e dos motivos para construir o tipo vivido dos familiares dos indivíduos internados.

O tipo vivido tem implicações na dimensão social, é uma característica de um grupo social, cuja natureza vivida é essencial, é invariante, não corresponde a nenhuma pessoa em particular, trata-se de uma idealização⁴¹.

No mundo da vida, os fenômenos semelhantes são considerados os mesmos, chamados pelo mesmo nome e suas características importantes são consideradas semelhantes, ou seja, o mundo é tipificado. Nenhuma experiência pode ser registrada sem recorrer às tipificações. Vários termos utilizados pelos sociólogos, tais como sistema, papel referem-se a tipificações⁵⁰.

Portanto, o tipo vivido deste grupo social, familiares de indivíduos internados em unidade psiquiátrica em um hospital geral, caracteriza-se tanto por mulheres quanto homens no papel de cuidadores, representado por oito mulheres e seis homens.

Os familiares recebem fortes influências do modelo asilar, vivenciam no seu cotidiano resistências e dificuldades na continuidade de tratamento na rede de serviços substitutivos, sentem-se despreparados diante das situações de crise internando seus familiares devido às alterações de comportamento, presença de riscos para si e para os outros. E ainda acreditam que o atendimento tenha como fatores principais a medicação e a continuidade em um serviço de saúde mental.

Assim, parte da situação biográfica destes familiares é constituída, por outro lado, o que se verifica é uma apropriação cada vez maior no cuidado, tornando-os mais exigentes quanto às práticas de cuidado, quanto à estrutura dos serviços. Caracterizando sujeitos desejanter da melhora, da normalidade e que essa seja de acordo com as possibilidades do indivíduo internado, na busca pelo convívio social.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho, tive como objetivo compreender o significado da UIPHG para os familiares, sujeitos que experienciam a internação junto com os seus entes internados. A experiência da internação psiquiátrica é algo impactante por suas questões históricas e éticas, mas tem passado por transformações no que refere à estrutura física, aos recursos humanos e á proposta do serviço.

Para que se desenvolva uma ação, é necessário, que se tenha construído um acervo de conhecimento adquirido pela vivência e pelo aprendizado com os antecessores. Este conhecimento é a expressão da sedimentação das experiências e dos conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, o que são os motivos por que

Assim, para compreender o significado da internação, foram realizadas entrevistas fenomenológicas nas quais assumi uma postura desprovida de pré - conceitos, juízos de valores de acordo com a perspectiva da redução fenomenológica, ou *epoché*. Para tanto, as entrevistas aconteceram em uma relação face a face, na qual foi possibilitado que unidades de significado emergissem nos discursos dos familiares que posteriormente deram origem às categorias concretas que se dividiram em motivos para e motivos por que.

Para compreender o fenômeno se fez necessário recorrer ao sistema de motivações. Nesse sentido, as categorias que remetem os motivos por que indicam as causas que levaram os familiares a utilizar a internação: resistência aos tratamentos, alterações psíquicas e riscos em potencial para si e/ou demais pessoas. No motivo por que efetividade da internação os familiares consideram a ação dos trabalhadores.

Já os motivos para indicam o desejo dos familiares para os indivíduos internados no que se refere a um futuro de melhoras, de adesão ao tratamento, de um estado de normalidade que não necessariamente o absoluto, mas que ele possa interagir com os seus familiares, retomar as suas tarefas e/ou desenvolver novas.

No contexto da reforma psiquiátrica, os familiares ainda demonstram a forte relação do sofrimento psíquico com o uso da medicação e da continuidade do tratamento nos CAPS, apresentando dificuldades em pensar outros serviços na rede extra - hospitalar que não exclusivos à saúde mental.

Já em relação à UIPHG, os familiares possuem um sentimento ambíguo, há resistência em utilizar esse recurso, pois existem ainda associações a longas permanências, tratamentos punitivos, controle moral, preconceitos devido à história das instituições psiquiátricas. Mas diante das dificuldades da rede extra – hospitalar, da desestruturação do sujeito e dos riscos a sua integralidade e de outros, os familiares acabam aceitando a internação. Isso denota que as experiências próprias vividas e o material transmitido pelos predecessores são importantes elementos na formação da situação biográfica dos familiares.

A internação pode ser vista como um momento necessário para que o familiar se dê conta do quanto o seu cotidiano, suas escolhas são influenciados pela doença. Então, ao internar o indivíduo em sofrimento psíquico o familiar consegue perceber a si mesmo. Assim, esse é um espaço que considera a individualidade de cada um, não só do indivíduo internado, mas também de seus familiares.

Essas individualidades encontram-se, entrecruzam-se na intersubjetividade, do cotidiano. Além disso, a internação é um agente potencializador de questionamentos e de transformações no que se refere ao cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico que se estende para além da internação e que envolve vários sujeitos.

Com a realização desse trabalho, observei que os familiares perceberam a internação como uma ação consciente, ou seja, intencionalizada, que possui projeto para o futuro, mas que também pode ser vista como uma experiência significativa, podendo ser vista em retrospectiva. Com esses movimentos para o futuro e para o passado, ambos situados num mundo social formado por diferentes subjetividades pôde-se compreender o significado da internação.

O significado da internação é uma escolha difícil, que implica ter contatos com o indivíduo em crise, dificuldades na adesão e continuidade no tratamento,

trajetórias difíceis na rede extra-hospitalar, além da desconstrução de barreiras morais e culturais relacionadas à loucura e o que ela representa. No entanto, é também desejar melhoras, pensar para além da internação, saber o que é possível. É perceber que a internação afeta a todos, demonstrando que a loucura é algo complexo, que necessita de uma equipe integrada, que escute, para construir junto com o indivíduo e seus familiares.

Assim, essa pesquisa possibilitou momentos de escuta sem pretensões de julgamentos, na busca da essência do fenômeno - significado da internação psiquiátrica em um hospital geral. Nesse sentido, acredito que a sociologia fenomenologia pode contribuir para o trabalho em saúde mental, em particular, para a Enfermagem em saúde mental, no estabelecimento de uma relação face a face, constituindo-se em um espaço enriquecedor para a prática profissional e para à reflexão e à problematização da realidade dos fenômenos do mundo social.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul. Ministério Público. Lei 9.716/92 [citado 2008 jan. 17]. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul [internet]. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/proposicoes/2004/pl/pl_n200-04.htm.
2. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.
3. Brasil. Portaria 224/MS, de 29 de janeiro de 1992 [citado 2009 jan. 21]. Estabelecimentos de saúde [internet]. Disponível em: www.saude.mg.gov.br.
4. Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface: comunicação, saúde, educação. 2003 fev.;7(12):71-82.
5. Parga Nina L, coordenador. Estudos das informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1977.
6. Foucault M. História da loucura: na Idade clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2008.
7. Castel R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1991.
8. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras; 2006.
9. Botega N, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.
10. Pereira MAO, Pereira A Jr. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2003;37(4):92-100.
11. Moreno V, Alencastre MB. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. Acta Sci., Health Sci. 2004;26(1):175-81.

12. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.
13. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3.657, de 12 de setembro de 1989.
14. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 mar.-abr.;13(2):173-9.
15. Dalla Vecchia M, Martins STF. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. Estud. Psicol. 2006;11(2):159-68.
16. Larrobla C, Botega NJ. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 out. 14];. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/12.pdf>.
17. Kohlrausch ER. A Internação Psiquiátrica Hospitalar: desvelando os significados deste mundo vivido [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 2000.
18. Merhy E. Reforma psiquiátrica no cotidiano: multiplicidades no cuidado e por uma ética cidadã: manejos das ações relacionais. In: Merhy E, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007.
19. Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Estud. Psicol. 2003 jan.-abr.;8(1):117-25.
20. Ramos C, Guimarães C, et al . Ser ou não ser NAC – Núcleo de Atenção à Crise, sendo “núcleo de Atenção a um cuidado antimanicomial bem protegido” somos então um CAP IV? Eis a questão? In: Merhy E, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007.
21. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004;38(2):197-205.
22. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Lemos Editorial; 1997.

23. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm.* 2009 jan.-mar.;18(1): 131-9.

24. Nasi C, Stumm LK, Hildebrandt LM. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* [periódico na Internet]. 2004 [citado 2008 nov. 15]; 6(1):59-67. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f6_mental.pdf.

25. Souza RC, Pereira MAO, Scatena MCM. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des)encontram. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2002 jul.;23(2):68-80.

26. Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2001;9(2):48-55.

27. Osório LC. *Família hoje.* Porto Alegre: Artmed; 2006.

28. Giongo C. Tecendo relações: o trabalho com famílias na perspectiva de redes sociais. In: Scheunemann A, Hoch L, organizadores. *Redes de apoio na crise.* São Leopoldo: Abac; 2003. p. 11-28.

29. Minuchin S. *Famílias, funcionamento & tratamento.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

30. Macedo VD, Monteiro ARM. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto e Contexto Enferm.* 2004;13(4):585-592.

31. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Cienc. Saúde Colet.* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2007 out. 14]; 10(2):357-363. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>.

32. Correa AK. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1997;5(1):83-88.

33. Schneider JF. *Ser família de esquizofrênico: o que é isto?* Cascavel: Edunioeste; 2001.

34. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec; 2006.

35. Donzelli TA. Método fenomenológico e ciências humanas. In: Bugalho L, organizadora. Teorização do serviço social. Rio de Janeiro: Agir; 1988.

36. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2007. Capítulo 2, Métodos das ciências sociais; p. 27-42.

37. Merighi MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2002 set.-out. [citado 2008 maio 17]; 10(5):664-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a4.pdf>.

38. Campoy MA, Merighi MAB, Stefanelli MC. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 mar.-abr. [citado 2010 jan. 24]; 13(2):165-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a06.pdf>.

39. Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 nov.-dez. [citado 2010 jan. 24]; 13(6):1019-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a15.pdf>.

40. Terra MG, Silva LC, Camponogara S, Santos EKA, Souza AIJ, Erdmann AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. [periódico na Internet]. 2006 out.-dez. [citado 2009 jan. 06]; 15(4): 672-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>.

41. Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. Rev. Bras. Enferm. [periódico na Internet]. 2006 nov.-dez. [citado 2008 jul. 24]; 59(6): 775-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a10.pdf>.

42. Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. Texto Contexto Enferm. [periódico na Internet]. 2008 jul.-set. [citado 2009 out. 12]; 17(3): 519-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a13v17n3.pdf>.

43. Camatta MW, Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009;43(2):393-400.
44. Martins J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis. São Paulo: Cortez; 1992.
45. Capalbo C. A subjetividade em Alfred Schutz. *Veritas.* 2000;45(2):289-98.
46. Carvalho MDB, Valle ERM. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scientiarum.* 2002;24(3):843-7.
47. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 4. ed. São Paulo: Moraes/ Educ; 2004.
48. Schutz A. El problema de la realidad social. Escritos I. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
49. Moreira DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Thomson; 2002.
50. Schutz A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
51. Rio Grande do Sul. Grupo Hospitalar Conceição. [citado 2010 abril. 13]. Hospital Nossa Senhora Conceição [internet]. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=2>
52. Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* [periódico na Internet]. 2006a mar. [citado 2008 fev 04]; 19(1):76-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100012&lng=pt.
53. Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2006b ago. [citado 2008 fev. 02]; 14(4):497-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400005&lng=pt.

54. Sousa CMLA, Merighi MAB, Jesus MCP. Ser enfermeiro tendo sido estudante-trabalhador de enfermagem: um enfoque da fenomenologia social. *Acta Paul. Enferm.* [periódico na internet]. 2008 mar. [citado 2009 abril 24]; 21(1): 17-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100003&lng=en.
55. Schneider JF, Camatta MW, Nasi C. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2007 dez.;28(4):520-6.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2003.
57. Brêtas ACP, Oliveira EM. Algumas reflexões sobre a ética na pesquisa qualitativa. In: Matheus MCC, Fustinoni SM, organizadoras. *Pesquisa qualitativa em Enfermagem*. São Paulo: LPM; 2006.
58. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol. Estud.* 2006;11(3):569-577.
59. Silva MBC, Sadigursky D. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. *Rev. Bras. Enferm.* 2008 jul.-ago.;61(4):428-34.
60. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
61. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
62. Cardoso L, Galera SAF. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009;43(1):161-7.
63. Dalmolin BM. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
64. Nasi C, Cardoso A, Schneider J, Olschowsky A, Wetzel C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *REME: Rev. Min. Enferm.* 2009;13(1):147-52.

65. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2008.
66. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
67. Bandeira M, Barroso S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J. Bras. Psiquiatr. 2005 jan.-mar.;54(1):34-46.
68. Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
69. Soares SRR, Saeki T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2006 nov.-dez. [citado 2009 dez. 16]; 14(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a14.pdf.
- 70 Mostazo RR, Kirschbaum DIR. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. Revista Eletrônica de Enfermagem. [periódico na Internet]. 2003 [citado 2008 jul. 15]; 5(2):4-13. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/786/885>.
71. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008;42(1):127-34
72. Coelho MTAD, Almeida N Filho. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 1999;9(1): 13-36.
73. Lacerda A, Valla V. As práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO; 2006.
74. Portocarrero V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
75. Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz. 2. ed. Londrina; 1998.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estou lhe convidando a participar da pesquisa intitulada **A internação psiquiátrica em hospital geral: o significado para os familiares**, que tem como objetivo compreender o significado da internação psiquiátrica em hospital geral para os familiares. Os autores são Rita Mello de Mello e Jacó Fernando Schneider (orientador da pesquisa).

Para este estudo será realizada uma entrevista individual de aproximadamente 40 minutos gravada em áudio (MP4), na qual serão realizadas duas perguntas: "O que você espera da internação psiquiátrica em um hospital geral?" e o "O que levou a internar seu familiar na unidade de internação psiquiátrica no hospital geral?" sendo que a sua transcrição será armazenada por cinco anos. Será garantida a privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações obtidas, sendo desgravada após a sua transcrição.

As informações obtidas farão parte dessa dissertação de mestrado e poderão ser divulgadas em eventos científicos bem como publicações em revistas, garantindo o sigilo e o anonimato dos sujeitos em estudo.

Caso concorde em participar, asseguro que o seu nome não será identificado, receberá todos os esclarecimentos que necessitar, terá acesso aos resultados obtidos, não havendo interferências no tratamento do paciente. Este termo de consentimento livre e esclarecido consta de duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com o participante do estudo.

Assim, eu _____ declaro ter sido informado dos objetivos e do desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar da mesma. Tenho conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo em qualquer momento sem que isso acarrete prejuízo para o meu familiar internado ou para a minha pessoa. Concordando em participar responderei as duas perguntas durante uma entrevista individual. O tratamento desenvolvido não terá alterações em virtude da minha desistência. O meu anonimato e do paciente internado serão preservados. Fui informado que não existirão gastos para a minha pessoa. Sei que a qualquer momento poderei esclarecer dúvidas que surgirem. A pesquisadora se disponibiliza

para esclarecimentos pelo telefone 51 33572402, e mail ritam2@bol.com.br ou na unidade de internação psiquiátrica 4F do Hospital Nossa Senhora da Conceição situado na Rua Francisco Trein 596, bairro Cristo Redentor. Caso queira esclarecer alguma questão ética poderei entrar em contato com Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407.

Concordo em participar do estudo acima referido, após ter sido esclarecido, de forma clara e detalhada dos objetivos e finalidades da pesquisa.

Assinatura do participante

Data ___/___/___

Assinatura da pesquisadora

Data ___/___/___

Este formulário foi lido para _____ em
___/___/___ pela pesquisadora Rita Mello de Mello enquanto eu estava presente.

Assinatura da testemunha

APÊNDICE B – QUESTÕES ORIENTADORAS DO ESTUDO

“O que você espera da internação psiquiátrica em um hospital geral?”

“O que levou a internar seu familiar na unidade de internação psiquiátrica no hospital geral?”

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA HNSC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 506
CEP 91348-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2500
CNPJ: 92.787.110/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital HNSC)
Secretaria de Conceição S.A.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Dom Bosco, 30
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.125/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Assaí, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.895.134/0001-53



Vinculadas ao Ministério de Saúde - Decreto nº 98.244/96

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 09-096

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

JACÓ FERNANDO SCHNEIDER

RITA MELLO DE MELLO

Título: A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL: O SIGNIFICADO PARA AS FAMILIARES.

Documentação: Aprovados

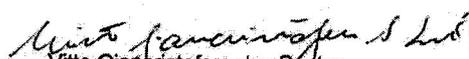
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 12 de agosto de 2009.


Vito Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP