

Primeira internação psiquiátrica: um olhar do cuidado a partir da experiência do paciente

First psychiatric hospitalization: a perspective of the care based on the patient's experience

Primera hospitalización psiquiátrica: una perspectiva de cuidado a partir de la experiencia del paciente

Recebido: 06/08/2020 | Revisado: 08/08/2020 | Aceito: 10/08/2020 | Publicado: 15/08/2020

Vivian dos Santos Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4236-6716>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: vivit.enf@gmail.com

Claudia Barbastefano Monteiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3150-7424>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, Brasil

E-mail: claudia.ipub@gmail.com

Emiliane Cunha Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2344-0132>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, Brasil

E-mail: emilianeipub@gmail.com

Marcos Antônio Barbosa Pacheco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3566-5462>

Universidade CEUMA, Brasil

E-mail: mmmarco@terra.com.br

Marilaine Pereira Santiago

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1405-2234>

Universidade CEUMA, Brasil

E-mail: mpsantiago29@gmail.com

Cristina Maria Douat Loyola

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2824-6531>

Universidade CEUMA, Brasil

E-mail: crisloyola@hotmail.com

Resumo

Objetivo: O artigo tem como objetivo analisar a primeira internação do paciente em hospital psiquiátrico e o cuidado recebido durante a internação. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva e analítica, com busca em estatística, prontuários e entrevistas semiestruturadas desses pacientes em sua primeira internação. **Resultados e discussão:** Os pacientes relatam um cotidiano ocioso na internação, passividade, desconhecimento frente ao tratamento recebido, a curta duração dos atendimentos recebidos por profissionais e baixa autonomia sobre a medicação prescrita. Os pacientes não reconhecem as oficinas nem atividade similares como tratamento. Destacam o posto de enfermagem como um local onde sentem-se seguros, e apontam o uso do leito clínico como local favorável e tranquilizador para a primeira internação. **Conclusão:** Recomenda-se que a primeira internação receba atuação de uma equipe multidisciplinar e que atue em concordância com os serviços de base territorial, em parceria direta com o Centro de Atenção Psicossocial para atuação conjunta diante de novas crises.

Palavras-chave: Hospitalização; Transtornos mentais; Acolhimento.

Abstract

This work analyzes the patient's first hospitalization in a specialized psychiatric hospital, their arrival, stay, and the care received during the hospitalization. Qualitative, descriptive and analytical research, with consultation of statistic, medical records and semi-structured interviews of these patients in their first hospitalization. Patients report an idle routine during hospitalization, passiveness, lack of knowledge regarding the received treatment, short duration of care received by professionals and low autonomy over the prescribed medication. The patients do not recognize workshops or similar activity as treatment. They highlight the nursing station as a place where they feel safe, and point out the use of the clinical beds as a favorable and reassuring place for the first hospitalization. We recommended that the first hospitalization is performed by a multidisciplinary team which acts in accordance with territorial services, in direct partnership with the Psychosocial Care Center (CAPS) for joint action in the face of new crises.

Keywords: Hospitalization; Mental disorders; User embracement.

Resumen

El trabajo analiza la primera hospitalización del paciente en un hospital psiquiátrico especializado, su llegada, estadía y la atención recibida durante la hospitalización.

Investigación cualitativa, descriptiva y analítica, con búsqueda en estadística, registros médicos y entrevistas semiestructuradas de estos pacientes en su primera hospitalización. Los pacientes informan una rutina inactiva durante la hospitalización, pasividad, falta de conocimiento sobre el tratamiento recibido, corta duración de la atención recibida por los profesionales y baja autonomía sobre la medicación prescrita. Los pacientes no reconocen talleres o actividades similares como tratamiento. Destacan la estación de enfermería como un lugar donde se sienten seguros y señalan el uso de la cama clínica como un lugar favorable y tranquilizador para la primera hospitalización. Se recomienda que la primera hospitalización sea realizada por un equipo multidisciplinario y que actúe de acuerdo con los servicios territoriales, en asociación directa con el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) para la acción conjunta ante nuevas crisis.

Palabras clave: Hospitalización; Trastornos mentales; Aceptación del usuario.

1. Introdução

Os modos de tratar o louco e a loucura, na sociedade brasileira, vêm atravessando significativas mudanças no sentido do tratamento de base comunitária, territorial e generalista prevista na Lei 10.216, e uma outra forma, se coloca como institucionalizante e baseada no discurso da psiquiatria médica. Essa tensão é o objeto de análise deste artigo.

Para a discussão sobre essa travessia de paradigmas e modelos assistenciais (na perspectiva da Reforma Psiquiátrica) e as tensões que a caracterizam, utilizou-se, no presente estudo, da análise de narrativa de pacientes em condição de primeira internação. É uma busca de demarcar, a partir da narrativa dos pacientes, “como” e “onde” eles se sentem melhor assistidos e cuidados nesta experiência da primeira internação hospitalar.

A internação pode ser voluntária, quando a capacidade de julgamento está preservada, involuntária quando o indivíduo não tem condição de decidir a seu favor de forma adequada e compulsória, contra a vontade do indivíduo determinada pelo Ministério Público, com o suporte do conhecimento médico.

Tomou-se como referência normativa os marcos legais que embasam a Reforma Psiquiátrica, sobretudo a Lei 10.216 de 2001 e, mais recentemente, a Portaria MS n.º 3.588 e a Resolução CIT 032, ambas de 2017, que tratam da nova Política de Saúde Mental. Após a promulgação da Lei 10.216 o tratamento ofertado aos pacientes com algum transtorno mental se capilarizou em todo o país através da habilitação de centenas de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, em tese, deveriam se articular com as milhares de equipes de saúde

da família, atualmente dando cobertura a mais da metade da população brasileira. (Brasil, 2017).

Em consonância, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Portaria GM/MS nº 3.088/2011, estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais (Brasil, 2011).

Neste cenário, torna-se importante, também, analisar a necessária articulação do cuidado em saúde mental com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e consequentemente, com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como possibilidade o matriciamento de casos através da incorporação de um técnico de saúde mental na equipe. O objetivo deste trabalho, portanto, é analisar a primeira internação do paciente em hospital psiquiátrico, e o cuidado recebido durante a internação. O estudo se justifica pela inferência aos princípios da integralidade e da territorialização do cuidado, diante do cenário de mudanças que veem ocorrendo na política de saúde mental no país, inclusive com alguns retrocessos, como por exemplo, com a publicação da nota técnica nº 11 / 2019 em 10/07/2019, chamada de “nova política de saúde mental”, não inclui em nenhum momento a territorialidade do cuidado, que é fundamental para o cuidado em saúde mental.

2. Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa, de natureza qualitativa, descritiva e analítica, que através das narrativas dos sujeitos visou conhecer o caminho inverso do cuidado, ou seja, a sequência de fatos inversos ao cuidado em saúde mental que culminou na primeira internação em hospital especializado. Além das entrevistas, foram analisados como fontes primárias, a estatística das internações das enfermarias e prontuários dos pacientes, selecionados conforme critério de seleção, ou seja, todas as primeiras internações na instituição em estudo, realizada a partir da leitura dos prontuários, uma vez que não foi encontrada nenhuma marcação institucional para esta situação que a diferenciasse das demais internações.

As entrevistas semiestruturadas em número de 9 foram realizadas individualmente e gravadas, até a saturação teórica-temática das principais categorias expressadas nos dados (Minayo, 2016). O cenário do estudo foi um hospital psiquiátrico, público, universitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro (RJ), que possui na unidade de internação 101 leitos. O período em que foram realizadas as entrevistas

foi o compreendido entre a aprovação pelo comitê de ética em maio de 2017 a setembro de 2018.

Algumas dificuldades foram encontradas ao longo da pesquisa, como a seleção do local da entrevista, na medida em que para alguns pacientes (3) a enfermaria tornou-se um local de difícil permanência pela contaminação com o sofrimento intenso e recente, de estar vivenciando a internação pela primeira vez. A solução encontrada para esses pacientes (2) foi uma sala de reuniões, fora da enfermaria do hospital que oferecesse a privacidade demandada por eles. Para outro paciente (1) a escolha se deu para a entrevista ocorrer no pátio externo das enfermarias onde todos os profissionais da saúde e alunos da instituição também circulam, pois seria apenas uma "conversa", que na percepção do paciente, ofereceria mais segurança se realizada em local externo ao ambiente das enfermarias.

As entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo, na modalidade temática (temas), o que nos leva ao uso de sentenças, frases ou parágrafos como unidades de análise (Minayo, 2016).

Esta pesquisa atendeu à resolução 466/2012, e foi aprovada e registrada com o número CAAE 65789817.4.0000.5263. Os participantes, para preservar o anonimato foram identificados com algarismos romanos.

3. Resultados e Discussão

O perfil sociodemográfico, do grupo dos pacientes estudado foi composto por sete mulheres e dois homens, com até 51 anos de idade, casados e solteiros em igual proporção. O nível de escolaridade é diversificado indo até o nível médio incompleto e com renda familiar de até quatro salários mínimos. Moram com algum familiar e tem até dois filhos. O local de moradia destes pacientes (zonas norte, oeste e baixada fluminense) é distante do hospital de internação (zona sul). A prevalência de diagnóstico é de transtorno de humor.

Foram elaboradas três categorias de trabalho oriundas das entrevistas que são: a compreensão sobre o tratamento (abrange o cotidiano da instituição hospitalar e o uso da medicação), a dinâmica familiar na decisão sobre a internação e o conhecimento sobre outros serviços de saúde.

O cotidiano da instituição hospitalar

Em relação ao cotidiano institucional há consenso sobre a ociosidade durante a internação, conforme as falas abaixo:

"O que eu faço? Nada." (I)

"...aqui só espero o tempo passar, é sempre igual..." (V)

Essa perspectiva se repete ao longo das entrevistas, e fica clara e quando se aborda o período dos finais de semanas e feriados, onde o hospital tem seu funcionamento reduzido, em geral, contando somente com plantonistas de enfermagem e de medicina. Ainda que algumas atividades tenham sido introduzidas através da residência multiprofissional, este não consegue envolver todos os internados, principalmente não consegue atender à singularidade dos casos de primeira internação, situação na qual os pacientes pouco interagem com o grupo proposto.

Fica expressa a falta de oferta de atividades e a ociosidade na internação, onde o cotidiano permanece, organizado por regras institucionais rígidas, que não estimulam a criação de vínculos, de relações afetivas e de experimentação de outras formas criativas para se comunicar.

A produção/realização de atividades poderia auxiliar a ressignificar o momento em que o paciente se encontra, em especial o de primeira internação, permitindo o estabelecimento de laços de cuidado, laços de trabalho e laços consigo mesmo, havendo enriquecimento do sujeito com acontecimentos que ajudam a reinventar o mundo. As oficinas, ao modificarem o cotidiano criam soluções dentro da própria crise atual possibilitando a construção de outros significados para ela, e possibilitam ao paciente com transtorno mental criar soluções que enlacem o real e o simbólico, na produção de um objeto imaginário (Rocha, 2019).

Quando uma pessoa que vivia em sociedade passa a fazer parte de uma internação psiquiátrica, há um processo de desculturação, já que todos os seus hábitos de vida são transformados, gerando diversos conflitos. Dessa forma, através de atividades diversas há a possibilidade de os pacientes se expressarem coletivamente de forma criativa, e mudarem o seu cotidiano, modificando assim essa vivência da internação (Rocha, 2019).

O desenvolvimento de oficinas terapêuticas em serviços de saúde mental possibilita a projeção dos conflitos pessoais por meio de atividades artísticas, na medida em que o usuário

permite-se usufruir de sua capacidade lúdica, imaginativa, contando ainda com o claro benefício voltado ao aumento da auto estima e da autoconfiança (Rocha, 2019).

As oficinas terapêuticas para usuários com sofrimento psíquico são um importante instrumento para ressocialização e reinserção, pois permitem o desenvolvimento de ações e trabalho em grupo, o agir e pensar de forma coletiva, mantendo abordagem no respeito à diversidade e à individualidade de cada usuário (Ibiapina, Monteiro, Alencar, Fernandes, & Costa Filho, 2017).

Dois locais são apontados pelos pacientes entrevistados como acolhedores, seguros, positivos e desejados pelos pacientes: o posto de enfermagem e o pátio externo às enfermarias (Rocha, 2019).

"[...]queria ficar lá dentro do posto, tem ar, ninguém rouba a gente e é calmo [...]" (I)

A proximidade com o posto de enfermagem gera nos pacientes a sensação de segurança e cuidado, além de que os mantém em um distanciamento físico e psíquico do espaço das enfermarias coletivas, do encontro duro e identificado com a loucura do outro.

Porém, observa-se resistência por parte da equipe de enfermagem para a ocupação do Posto de Enfermagem como local de internação para situações clínicas diferenciadas, como, intercorrências (agitação psicomotora, e auto e heteroagressividade, por exemplo) e observações temporárias (risco de suicídio e gestantes). A equipe de enfermagem apresenta resistência para admitir que este espaço pode ser um potente agenciador de cuidado.

"[...] lá (aponta para o posto) estamos perto dos enfermeiros, eles falam com a gente e é mais protegido [...]" (III)

Essa sensação de proximidade, por oposição ao distanciamento, tem potência para diminuir o estranhamento vivido nas primeiras noites da primeira internação, e por consequência produz menos dificuldade na relação com os demais internados. Esta aproximação espacial com a equipe de profissionais, e distanciamento igualmente espacial com os demais pacientes, faz do pátio externo deste hospital um lugar prazeroso e apaziguador, pois há vivência de um coletivo que ultrapassa a loucura, com a circulação de estudantes, professores, familiares, sem os marcadores de espaço e tempo da instituição total, mesmo que ainda existindo restrição de entrada, e uniforme usados pelos pacientes.

A "escuta no pátio" serve, para que o serviço conheça as demandas dos usuários, facilitando o manejo de suas singularidades. O estudo mostra que a escuta representa a forma com que os usuários se conhecem, sendo claro o efeito terapêutico dessa oferta. Há também o efeito positivo do vínculo como fator de encorajador, como reconhecimento pelos usuários de suas potencialidades para a superação dos seus problemas, e para a elaboração de estratégias de cuidado e preservação (Queiroz, Jardim, & Alves, 2016).

Os entrevistados criticam a utilização do pátio externo do hospital como local de encontro com os profissionais do hospital, pela aceleração do tempo, porque produz encontros rápidos, sentem-se expostos e com dificuldade para uma conversa mais aprofundada.

"O médico conversa um pouco, mas é rápido às vezes até sem sentar [...]" (VI)

"[...] eles (médicos) passam sim, mas conversar na frente de outras pessoas eu não gosto [...]" (VII)

O que vai de encontro o estudo citado acima, pois mesmo sendo um espaço diferenciado, que promove encontros, não é considerado adequado para atendimentos que exijam tempo maior, que levem à retomada da história de vida do sujeito, podendo ser um momento de forte emoção e labilidade.

Esta relação, profissionais e pacientes, é avaliada como de submissão e omissão em relação aos horários e disponibilidades dos profissionais (dirigentes), onde os pacientes permanecem na expectativa de um futuro encontro, e submetendo-se e se alimentando desta expectativa.

"[...] fico aqui esperando alguém vir falar. Quem? não sei direito, sei lá uns garotos novos, acho que são estudantes [...]" (I)

"[...] as vezes acho que são estagiários porque não voltam [...]." (VII)

Isso nos remete à fala de Basaglia, que afirmava que a ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo de impulso pessoal, o fato de ter a própria jornada dividida e organizada sob tempos ditados por exigências institucionais - exatamente por isso - não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um, este é um esquema institucionalizante, e é sobre ele que se articula a vida do asilo [...]. Além disso, muitos pacientes desconhecem os

nomes de suas referências técnicas, e não sabem à qual equipe clínica pertencem e nem de suas referências médicas e multiprofissionais (Saraceno, 2001).

"Eu já demorei para descobrir o nome da médica os outros eu não sei mesmo..." (IV)

Pacientes internados não são simples objetos para intervenção clínica, são sujeitos do inconsciente, sujeitos do desejo (Nascimento & Paes, 2015). Esta é uma afirmação que sustenta as falas dos pacientes de primeira internação, que valoriza as visitas médicas recebidas, ainda que rápidas e curtas, ressaltando a sensação de desconforto a com a entrevista médica em grupo, característica de alguns hospitais-escola.

As atividades criativas não formais que são realizadas com os pacientes, como pintura, dança, jardinagem, não são percebidas, pelos pacientes de primeira internação, como sendo parte do tratamento oferecido pela instituição.

"Tem dia que tem muitas coisas legais, outros nada, e ainda tem as coisas "bobas", tipo desenhar, não dá mais..." (V)

As modalidades de tratamento quando são padronizadas vão também significar a desconsideração daquilo que é próprio de cada um, havendo uma proposta tácita de normatização (Silva & Júnior, 2019).

O medo de ser agredido por outro paciente foi abordado por um paciente.

"Tem dia que elas (pacientes) estão atacadas, e batem, ninguém dorme..." (V)

A pouca abordagem dessa temática pelos entrevistados, nos remete à suposta proteção do posto de enfermagem, apresentada mais acima, onde a equipe seria apaziguadora dessas situações, ainda que a equipe de enfermagem também apresente dificuldades para lidar com esse comportamento (Rocha, 2019).

A equipe de enfermagem apresentou dificuldades no manejo das relações interpessoais, principalmente no que consideram como hostilidade e indelicadeza de usuários (Paula & Oliveira, 2017).

Em quase todas as falas dos pacientes, há desconhecimento das medicações de que fazem uso.

"[...] eu preciso saber? Eles (enfermeiros) devem dar direito [...]" (VI)

" Meus remédios aumentaram, mas não sei quais e nem porquê [...]" (III).

Observa-se que o manejo autônomo da medicação, pelo paciente, não vem se constituindo em uma preocupação que envolva os pacientes e os demais profissionais de saúde, persistindo o modelo médico centrado, recepção passiva da medicação (Benini & Leal, 2016). Considerando a importância dos medicamentos psiquiátricos no tratamento dos problemas da saúde mental, só mais recentemente estudos de narrativas vêm utilizando os relatos dos usuários sobre suas experiências no processo saúde/doença e tratamento.

Vale ressaltar que os pacientes, internados, não se sentem autorizados a pedir para ler as suas prescrições e isso corrobora com as falas que apontam que os pacientes conhecem a medicação pela cor do comprimido, e também pelos horários específicos e pela rotina.

"[...] não sei o nome de nenhum (remédio), mas sei a cor de todos [...]" (IV)

"Tomo sim, todo dia no mesmo horário, aqui eles (enfermagem) dão direitinho [...]" (VI).

Como é a enfermagem quem fica responsável pela administração das medicações, é uma atividade que deveria envolver um relacionamento terapêutico, um vínculo e confiança, para que os esforços sejam ajustados de forma que o indivíduo se torne centro do processo de cuidado, participando de seu planejamento e execução (Humerez, Ohl, & Siva, 2020).

Apesar da aceitação da medicação durante a internação, há a afirmação de que este uso é temporário, o que aponta uma baixa consciência de morbidade.

"[...] estou tomando, mas é só por um tempo. (II)"

"[...] estou doente aqui (no hospital), mas quando sair vou ficar bem e não preciso mais [...]" (VII)

O uso da medicação deveria exigir da enfermagem, pelo cuidado pautado pelo cotidiano, um acompanhamento contínuo para garantir o esclarecimento sobre efeitos desejado e indesejados, que poderia proteger contra o abandono do uso. Este cuidado deve ser pautado na escuta e na significação das queixas de cada paciente, de modo a proporcionar um cuidado que promova a reabilitação e autonomia (Loyola, 2017) .

Ainda nesta temática de uso autônomo da medicação, percebemos que poucos pacientes conseguem reconhecer os efeitos da medicação, as expressões corporais e a sedação como efeitos colaterais.

“Os remédios me ajudaram sim, tenho conseguido dormir.” (I)

“[...] não sei se mudou, acho que estou com menos medo, sei lá, mas dá muito sono [...]” (V)

A dinâmica familiar

Quanto à dinâmica familiar, menos da metade recebe visita frequente, em geral acontece uma vez por semana ou quinzenalmente, apesar da possibilidade de a visita ser diária embora com horário limitado. Esse convívio mais frágil durante a internação gera ansiedade pela visita ser o elo com suas vidas anteriores à internação embora pareçam possuir alguma justificativa pela distância da moradia ao hospital, e à falta de recurso financeiro para pagar a passagem.

“Minha irmã veio no início, não sei quanto estou aqui, mas deve ser porque é longe” (I)

“Só vem uma vez por semana, é longe, três ônibus, e muito dinheiro de passagem também...” (VII)

Os achados indicaram o consumo excessivo pelos pacientes, de cigarros e de bebidas não alcoólicas, como café e refrigerantes. A vivência de comportamentos que produzem constrangimento e vergonha nos familiares, como falar alto e atitudes hipersexualização. O que se percebe é que em geral, os cuidadores nunca se sentem totalmente tranquilos, devido às preocupações que os acompanham no dia a dia e às exarcebações de comportamento durante a visita (Batista, Bandeira, & Oliveira, 2015).

Estas vivências de comportamentos problemáticos afetam a dinâmica familiar, acarretando problemas na saúde física e mental dos cuidadores. É perceptível o sofrimento mental expresso pelas famílias, que também é expressado mediante formas diversas de somatizações, conforme outros estudos apontam (Li-Quiroga, Alipázaga-Pérez, Osada, & León-Jiménez, 2015).

Seria interessante considerar que as particularidades ocorridas durante as visitas, os assuntos e dificuldades apresentadas deveriam ser conhecidos pelos profissionais de saúde mental, porque estas configurações orientam a melhor forma de cuidar. São informações importantes para a construção do projeto terapêutico singular, oferecendo aos pacientes possibilidades distintas para lidarem com as situações vivenciadas, aliviando sobrecargas e propiciando melhorias na qualidade de vida deles. O conhecimento sobre as questões mais diretas apontadas como distância do local de residência e dificuldade de recursos financeiros são fatores que envolvem também o cuidador, para que ele ajude a pensar formas de superar essa distância espacial nesse momento de crise, que exige exatamente a manutenção e fortalecimento dos laços familiares.

É importante, que os serviços de saúde mental desenvolvam intervenções domiciliares permanentes, visando à construção, junto às famílias, de estratégias para que estas lidem com os comportamentos problemáticos dos familiares com transtornos mentais (Li-Quiroga et al., 2015). Até porque o encaminhamento para internação é feito pelo familiar responsável pelas decisões.

"precisar eu não preciso, mas a gente tem escolha?" (IV)

"eles (família)nunca perguntam nada para mim, eles que decidem" (VII)

Observou-se que a identificação, pelo paciente, de que não teve voz no tratamento parece ligada à falta de informações recebidas dos médicos, o que pode significar uma ideia de descaso, ou de falta de conhecimento sobre o caso, fazendo emergir a percepção de que o paciente não tem singularidade é só mais um. Esta vivência, para uma pessoa com transtorno mental, pode ser devastadora (Flores & Pinheiro, 2019).

Os relatos apontam desconhecimento sobre o motivo da internação, e sobre o papel do profissional que indica a internação como necessária, entendendo que é ele quem detém esse saber- poder:

"[...] eu não sei porque me internaram, minha filha que me levou. Eu acho que não precisava, mas a médica (emergência) disse que tinha que ficar para ela (filha)." (I)

"[...] quem me internou foi meu marido, a gente brigou e fui internada. O médico falou que eu estava nervosa e precisava para ficar calma." (II)

O conhecimento sobre outros serviços de saúde.

Todos os pacientes entrevistados fizeram referência somente aos serviços hospitalares de saúde mental, apesar da rede de cuidados, do território, dos vizinhos, de atividades esportivas ou assistenciais desenvolvidas na comunidade. São relatos objetivos sobre a supremacia do hospital psiquiátrico como garantia de saúde, como se fossem os responsáveis exclusivos pelo cuidado em saúde mental.

Nota-se também o desconhecimento dos pacientes em relação aos serviços territoriais abertos e de baixa institucionalização, e a crença de que a continuidade do tratamento se dará no hospital, mesmo que longe de suas residências. Contudo, demonstram o interesse de que esse acompanhamento ocorra próximo à sua residência, em contexto territorial.

"[...] nunca fui a nenhum médico, minha filha ficou de ver o perto de casa que falaram, mas queria me tratar aqui, fui bem atendida e é bonito e as pessoas também" (I)

"[...] não sei se tem tratamento perto de casa, seria bom, mas acho que não, vou ficar por aqui mesmo por enquanto é melhor[...]" (VIII)

"se fosse mais perto seria melhor, mais fácil, até para quando não estivesse bem, mas lá não tem esse tratamento não" (V)

Um recente artigo constatou que o sentimento de gratidão de pacientes é uma base potente para consolidação do vínculo, qualificação e prosseguimento do tratamento. O que observamos frequentemente nos pacientes psiquiátricos é uma certa passividade, uma aceitação das decisões pelo outro, seja profissional ou familiar, por acreditar que eles sabem o melhor para apaziguar o seu sofrimento (Atria, 2019).

Uma afirmação feita pelos depoentes que merece ser discutida é a ausência crítica sobre a necessidade de continuidade do acompanhamento, seja com intervenção medicamentosa ou não, diante da incidência importante de evolução crônica da doença mental.

Entre as doenças de evolução crônica, as doenças mentais apresentam alta prevalência de não aderência ao tratamento, inclusive o medicamentoso. O estigma da doença, e a denegação em relação a ela, desencorajam a persistência no tratamento. É fundamental que o

paciente reconheça e aceite a doença. Sabemos que a não adesão aumenta o risco de recaída com alto estresse emocional e sucessivas internações. Uma boa adesão ao tratamento é uma responsabilidade partilhada entre cuidadores e pacientes, determinada na clareza do benefício para os pacientes, e por uma boa relação entre todos (Cardoso, Byrne, & Xavier, 2016).

"[...] nunca fiz tratamento, é só por um tempo... tenho filho de dois anos, nenhum vizinho pode saber[...]" - Fica emotiva nesse momento. (II)

"[...] é só para colocar a cabeça no lugar, dar um tempo em casa, depois volta tudo como antes... tenho namorada, amigos [...]" (IV)

A falta de acolhida da pessoa em sofrimento mental contribui para que, nos momentos de crise e não havendo possibilidade de amparo do sofrimento nos serviços territoriais, o hospital seja o recurso disponível para o tratamento deste, reforçando cristalizando o círculo vicioso do poder do hospital psiquiátrico. Neste sentido o apoio matricial torna-se indispensável para ampliação e resolutividade do cuidado em saúde mental (Lima & Dimenstein, 2016).

As novas legislações ofereçam amparo para as bases da reforma psiquiátrica, há uma mudança lenta na transição do modelo tradicional para o modelo psicossocial (Rodrigues et al., 2016).

Há certo consenso de que a internação é um suporte terapêutico necessário em determinados momentos da vida do ser humano. Nem sempre pela doença em si, mas pelo quadro de precariedade quantitativo de serviços extra-hospitalares (Ely et al., 2017).

4. Considerações Finais

Ao analisar a primeira internação do paciente em hospital psiquiátrico, e o cuidado recebido durante a internação verificou-se que o momento da internação é um importante analisador também da rede de saúde mental, já que é na atenção à crise que, em geral, se recorre aos dispositivos hospitalares.

Os resultados deste artigo mostraram que é possível identificar na maioria dos casos das primeiras internações, o paciente teve algum estranhamento anterior em relação ao

comportamento, mas que estes sintomas foram tratados como características pessoais e não como uma possível doença.

Os pacientes referenciaram ainda um cotidiano ocioso durante a internação, passividade e desconhecimento frente ao tratamento, pouco tempo destinado para os atendimentos recebidos pelos profissionais, baixa autonomia sobre a medicação. Os pacientes não reconhecem as oficinas e outras atividade similares como compondo o tratamento, e como um meio para construção de vínculos sociais e afetivos. Destacam o posto de enfermagem como local onde se sentem seguros, o uso do leito clínico como favorável e tranquilizador durante a primeira internação, assim como o acesso livre ao pátio externo. E gostariam de continuar o tratamento no mesmo hospital, local onde se sentiram acolhidos, perpetuando a relação de dependência entre o hospital especializado e o paciente de alta, e ignorando a função do território e da ESF nesta alta.

A referência ainda é a emergência psiquiátrica, que por sua vez coordena os encaminhamentos futuros desse paciente, sem distinção que avalie a importância da primeira internação ou o pertencimento territorial

A questão que merece ser ressaltada é um novo olhar sobre o uso do leito clínico no hospital psiquiátrico especializado, apontado pelos pacientes de primeira internação como uma estratégia para enfrentar a dificuldade de solidão, medo e desamparo da internação, cuja especificidade deveria compor a discussão efetiva das equipes multidisciplinares para a construção do PTS desses pacientes, e fortalecida com a proposta de um protocolo para primeira internação.

O paciente de primeira internação precisa ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar aliada aos serviços territoriais, onde a condução do caso seria realizada preferencialmente pela ESF em parceria com o CAPS para organizarem sua atuação conjunta diante de possíveis novas crises. É preciso a existência de serviços comunitários fortes, com acesso a recursos próximos à vida do sujeito e articulações que sustentem as possibilidades de inclusão da loucura na vida.

Referências

Atria, M. J. (2019). Comunicación en salud: procesos interdisciplinarios y prácticas comunicativas. *Revista Confluencia*, 1(1), 55–57.

Batista, C. F., Bandeira, M., & Oliveira, D. R. (2015). Fatores associados à sobrecarga

subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos Factors associated with the overburden of male and female caregivers of psychiatric patients. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(9), 2857–2866. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.03522014>

Benini, I. S. P., & Leal, E. M. (2016). A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 30–42. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p30.3>

Brasil, M. da saúde. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011).

Brasil, M. da saúde. Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (2017).

Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>

Ely, G. Z., Terra, M. G., Silva, A. A. da, Freitas, F. F. De, Leite, M. T., & Brum, B. de N. (2017). Percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre viver com a doença mental. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000280016>

Flores, B. C., & Pinheiro, A. S. (2019). Pulando muros e portões: a voz de Stela do Patrocínio. In Unioeste (Org.), *Redes do imaginário: Literatura, memória e resistência* (p. 58–78). Cascavél PR.

Humerez, D. C., Ohl, R. I., & Siva, M. C. N. da. (2020). Saúde mental dos profissionais de enfermagem do brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 25(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>

Ibiapina, A. R. de S., Monteiro, C. F. de S., Alencar, D. de C., Fernandes, M. A., & Costa Filho, A. A. I. (2017). Therapeutic Workshops and social changes in people with mental disorders. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0375>

Li-Quiroga, M.-L., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú . *Rev Neuropsiquiatria*, 78(4), 232–239.

Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface - comunicação saúde educação*, 20(58), 625–636. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>

Loyola, C. M. D. (2017). Mental health and psychiatric nursing: contributions to the resocialization of person in psychic suffering. *Escola Anna Nery*, 21(3), Editorial. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0003-0001>

Minayo, M. C. S. (2016). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (Editora Vozes, Org.), *Minayo, M.C.S (Org.) Pesquisa Social: teoria,método e criatividade* (34a ed.). Petropolis.

Nascimento, G. B., & Paes, S. (2015). Gicelma Barreto Nascimento Rogério da Silva Paes Henriques. *SPAGESP*, 16(2), 120–135.

Paula, G. S., & Oliveira, E. B. (2017). Violência relacionada ao trabalho na psiquiatria: percepção de trabalhadores de enfermagem. *Revista Smad*, 2(21), 34–39.

Queiroz, I. S. de, Jardim, Ô. M., & Alves, M. G. de D. (2016). “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. *Pesqui. prá. psicossociais*, 11(3), 650–668. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300010

Rocha, R. M. (2019). *Enfermagem em Saúde Mental*. (E. Senac, Org.) (2ª). São Paulo.

Rodrigues, Â. A. P., Xavier, M. L., Figueiredo, M. A. G. de, Filho, A. J. de, Almeida, & Peres, M. A. A. (2016). Influências da reforma psiquiátrica no cuidado de enfermagem na casa de saúde esperança em juiz de fora. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001450014> Artigo

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. (T. C. Editora, Org.). Rio de Janeiro.

Silva, T. A. da, & Júnior, J. D. de P. (2019). O diálogo necessário : clínica e saúde mental. *Analytica*, 8(15), 1–16.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Vivian dos Santos Teixeira – 16,6%

Claudia Barbastefano Monteiro – 16,6%

Emiliane Cunha Ferreira – 16,6%

Marcos Antônio Barbosa Pacheco – 16,6%

Marilaine Pereira Santiago – 16,6%

Cristina Maria Douat Loyola – 16,6%