



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MARIA SELMA NOGUEIRA OLIVEIRA

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS VOLUNTÁRIAS E
INVOLUNTÁRIAS EM FORTALEZA – CEARÁ

FORTALEZA - CEARÁ
2009

MARIA SELMA NOGUEIRA OLIVEIRA

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE INTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS VOLUNTÁRIAS E INVOLUNTÁRIAS EM FORTALEZA
– CEARÁ

Dissertação apresentada ao do Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Estadual do Ceará para obtenção do título de
Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto

FORTALEZA - CEARÁ
2009

MARIA SELMA NOGUEIRA OLIVEIRA

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE INTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS VOLUNTÁRIAS E INVOLUNTÁRIAS EM FORTALEZA – CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Estadual do Ceará como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 20/08/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto – Orientador
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
ENSP/Fiocruz

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará

Dedico este trabalho,

A Deus, pela luz que me ilumina e a fé que me conforta.

Ao meu pai (em memória) pelo modelo assimilado de trabalho, coragem e decência.

À minha mãe (em memória) que, pela insistência em nos educar, muito me incentivou nesta empreitada que ainda viu fecundada.

Ao Oliveira, companheiro de tantos anos, pela cumplicidade e incentivo no enfrentamento dos desafios.

Aos meus filhos, pelo sentido da vida que me deram e que só me fortalece.

À minha neta fonte de inspiração. Sua presença em nossas vidas trouxe ternura, alegria e renascimento de uma nova esperança.

AGRADECIMENTOS

Ao Emérito Professor Dr. Francisco José Maia Pinto, pela paciência e disposição implacável em retomar o “leme de um barco que estava à deriva,” transmitindo conhecimento, dedicação e orientando com afinco, para o êxito desta Dissertação.

Ao Professor Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, pela ilustre presença e disponibilidade nesta empreitada final.

À Professora Dr.^a Maria Salette Bessa Jorge, pela contribuição e reconhecido esforço, em manter o padrão deste Mestrado, na busca incessante de incentivo à pesquisa.

À Professora Dr.^a Vaudelice Mota, amiga leal de tantos anos, pelo estímulo, companheirismo e incentivo contínuo para conclusão deste almejado título.

Aos ilustres professores e, em especial, à Dr.^a Cleide Carneiro, Dr. Erick Leite M. de Messias, Dr. Jackson Coelho Sampaio, Dr.^a Elianyr Nazaré Oliveira e Dr. Ernani Vieira Vasconcelos Filho, pela contribuição, competência e conhecimento para continuar a empreitada.

Aos Diretores e funcionários dos hospitais onde se realizou a pesquisa, que carinhosamente nos atenderam com toda presteza e apoio.

Aos pacientes e familiares que permitiram e muito colaboraram na realização da pesquisa, na esperança de resultados benéficos no porvir.

Ao Hospital de Saúde Mental de Messejana, pela ajuda financeira e apoio irrestrito.

À Maria José R. Moreira, pela colaboração exaustiva durante todo mestrado, com suas revisões e olhar crítico para a consecução dos textos.

Aos colegas do Mestrado, juntos vivenciamos glórias e frustrações, tendo um novo recomeço com “imprevisões que aconteceram ao acaso”, valiosas ao exercício contínuo da paciência.

Eis um agradecimento especial ao Dr. Nilson de Moura Fé e Dr.^a Isabel Porto, que acreditaram em minhas ações, sem ter a certeza de atendê-las as suas expectativas e anseios.

Aos sobrinhos, pelo carinho e crêdulo de minhas possibilidades e exemplo deixado no campo da ciência.

À Rebeca, nora querida, pelo cuidado e zelo nos momentos finais desta Dissertação.

Aos meus irmãos, que unidos pela amalgama que nossa mãe manuseou como quem lapidava brilhante, tendo nosso pai numa condição de vanguarda, fortalecendo laços, unindo forças débeis, vencendo tempestades, suavizadas pelo amor, persistência e prudência.

Agradeço, ainda, aos amigos que me acompanharam durante todos estes anos, em especial a Ermelinda, amiga e “irmã”, com inteligência e brilhantismo me norteou e muito contribuiu na revisão dos textos, colocando-me no trilho e dando sentido, naquele momento que mais buscava.

Não há como se esperar mudanças em uma casa de loucos. Os regulamentos aqui são necessários para todas as criaturas “nervosas, violentas, gritonas, ameaçadoras”. Que seus parentes não podem suportar por serem desagradáveis e prejudiciais, como é então que eu sou forçada a suportá-los? Sem contar com as moléstias que resultam de tal promiscuidade, é nojento estar no meio de tudo isso; daria, se os tivesse, cem mil francos para sair daqui imediatamente.

(Trecho de carta enviada do “asilo” de Villeneuve ao irmão Paul Claudel)

(CAMILLE CLAUDEL)

*É graça divina começar bem,
Graça maior persistir na caminhada certa.
Mas, graça das graças é não desistir nunca.*

(Dom Hélder Câmara)

RESUMO

O objetivo da pesquisa é avaliar fatores sociodemográficos e clínicos das internações psiquiátricas involuntárias (IPI's) e voluntárias (IPV's), nos Hospitais Psiquiátricos, conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), Fortaleza, Ceará, em 2007. Trata-se de um estudo de caso, de natureza transversal, com utilização de documentos, onde se estudou os aspectos descritivos e analíticos do tipo quantitativo. Usaram-se as variáveis: sociodemográficas, manifestações psiquiátricas, características gerais das IPI's e casos clínicos. Os dados coletados foram processados e analisados através do programa estatístico: Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows, versão 16.0, além da planilha eletrônica Excel, para a construção dos gráficos. Fez-se uma análise descritiva das prevalências das principais psicopatologias evidenciadas na pesquisa, no geral, e na estratificação por: sexo, idade, procedência e estado civil seguido do estudo paramétrico relativo às estimativas pontuais de idades dos pacientes. Na análise inferencial avaliou-se a existência de associação entre as variáveis qualitativas de IPI's e IPV's, com uso do teste qui-quadrado e com a variável quantitativa relativa às idades dos pacientes, utilizou-se os testes de Shapiro-Wilk, e T de Student, com pareamento por sexo e por tipo de internação. O estudo dos casos clínicos baseou-se nas anotações documentais dos prontuários das IPV's, por ocasião da internação e das IPI's, quando foram revisadas pela CRIPI. Usou-se o formulário semi-estruturado para entrevistar pacientes, familiares e/ou responsáveis. Os dados qualitativos foram analisados descritivamente e apresentados em forma de quadro, temas e categorias. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o Processo nº. 05078068-9FR-85756, e iniciada a pesquisa com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O universo da pesquisa foi de 2822 pacientes distribuídos entre: IPV's (253) obtidos da pesquisa documental e IPI's (2569), por meio de comunicações à CRIPI. Destas, verificou-se que: a maioria era oriunda da capital 1.934 (75,3%), do sexo masculino 1.602 (62,4%), solteiro 1.852 (72,1%), com idade média de 39 anos e desvio padrão de 14,4 anos. As mulheres mantiveram-se com a idade das internações superior a dos homens, em cinco anos. Observou-se diferença significativa das idades ($p=0,0001$) quanto ao sexo, pelo teste t-Student, mas não quando estratificada por tipo de internação ($p=0,076$), ao nível de significância de 5%. Pelo teste do Qui-quadrado, o sexo está altamente associado ao estado civil ($p=0,0001$), mas não, em relação à procedência ($p=0,0600$). Da amostra de 393 pacientes distribuídos entre IPV's (253) (64,4%) e IPI's 140 (35,6%) identificou-se associação significativa entre: tipo de internação com o sexo ($p=0,0030$) e estado civil ($p=0,0170$), ao nível de significância de 5,%. Sobre os pacientes em geral, a demanda é suprema na capital, 1.934 (75,3%), com pacientes do sexo masculino 1.602 (62,4%), solteiros 1.852 (72,1%), com idade média de 39 anos e desvio padrão de 14,4 anos. Os dados clínicos foram caracterizados nas duas categorias pelo o uso de álcool/drogas 70 (27,6%) seguido de sofrimento psíquico 68(26,9%) para IPV's e alteração do juízo crítico, 40 (28,6%) e sofrimento psíquico (23,4%,) para IPI's. Nos que se internaram involuntariamente, observou-se a incapacidade de se autodeterminar e à falta de insight, com percentuais superiores a 70% e 50%, respectivamente. As múltiplas internações estiveram em torno de 80% das (IPI's) e as internações de primeira vez, em 20%. Concluindo-se, portanto, da importância de intensificar os trabalhos de ampliação dos serviços na atenção primária, ligados à rede de cuidados em saúde mental, distribuídas entre as ações básicas de saúde.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização, Leis, Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária, Motivos, Justificativas, Discordâncias, Internação Psiquiátrica Involuntária e Voluntária, Ato Médico.

ABSTRACT

The objective of this research is to evaluate social-demographic and clinical factors of involuntary psychiatric internments (IPI's) and voluntary (VPI's), in psychiatric hospitals, arrangements with the Unified Health System (SUS), Fortaleza, Ceará, in 2007. This is a case study, of transversal nature, with use of documents, which studied the descriptive and analytical aspects of the quantitative type. There has been used the following variables: social-demographic, psychiatric manifestations, the IPI's general characteristics and clinical cases. The data were processed and analyzed using the statistical program: Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows, version 16.0, in addition to the Excel spreadsheet, for the construction of graphics. There was a descriptive analysis of the prevalence of major psychopathologies evidenced in research, in general, and stratification by: sex, age, origin and marital status followed by the parametric study on the estimated point of the patients' age. In inferential analysis assessed the existence of association between the qualitative variables of IPI's and IPV's, using the chi-square test and the quantitative variable for the age of patients, using the Shapiro-Wilk tests, and the T Student, with matching by sex and type of hospital. The study of clinical cases based on the documental notes of the records of VPH's at the hospital and IPH's, when they were revised by the CRIPI. The semi-structured form had been used to interview the patients, families and / or guardians. Qualitative data were analyzed descriptively and presented in tabular, topics and categories standard. Data collection was approved by the Ethics Committee of the State University of Ceará (UECE) under the Case No. 0507806 8-9FR-85756, and started the search with the term of free and informed consent signed. The universe of the survey was distributed among 2822 patients: VPH's (253) from the desk research and IPH's (2569), through communications to the CRIPI. Of these, it was found that the majority come from the capital was 1,934 (75.3%), males 1,602 (62.4%), single 1,852 (72.1%), mean age 39 years and standard deviation of 14,4 years. The women have remained at the age of admissions than men in five years. A significant difference of age ($p = 0.0001$) of gender by Student t-test, but not when stratified by type of hospital ($p = 0.076$), the significance level of 5%. By chi-squared, gender is highly associated with marital status ($p = 0.0001$) but not in relation to the origin ($p = 0.0600$). The sample of 393 patients distributed among VPI's (253) (64.4%) and IPH's 140 (35.6%) identified a significant association was between: type of hospital with sex ($p = 0.0030$) and marital status ($p = 0.0170$), the significance level of 5%. It is about patients, that the demand is highest in the capital, 1,934 (75.3%), with male patients 1,602 (62.4%), single 1,852 (72.1%) with average age of 39 years and standard deviation of 14.4 years. Clinical data were characterized in two categories by the use of alcohol / drugs 70 (27.6%) followed by psychological distress 68 (26.9%) for VPH's and change the critical, 40 (28.6%) and suffering psychological (23.4%) to IPI's. In that involuntarily hospitalized, there was the inability to self-determination and lack of insight, with percentages above 70% and 50% respectively. The multiple internments were around 80% of (IPI's) and internments for first time in 20%, the estimative of Medical release was of 15 to 30 days more than 65%, and therefore aggressive 52 (37%) and psychotic outbreak 36 (26.8%). It is, therefore, of importance to intensify the work of expansion services in primary care, linked to the network of care in mental health among the basic actions of health.

Key Words: Mental Illness, Psychiatric, Laws, Commission Revisor of involuntary psychiatric internment, reasons, justifications, disagreements, voluntary and involuntary psychiatric internment, Medical Act.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AMLA – Assistência Médica Legal de Alienados
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CNSM – Campanha Nacional de Saúde Mental
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRIPI – Comissão Revisora de Internação Psiquiatria Involuntária
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
G M – Gabinete do Ministro
HSMM – Hospital de Saúde Mental de Messejana
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPI – Internação Psiquiátrica Involuntária
IPV – Internação Psiquiátrica Voluntária
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental
PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
RT – Residências Terapêuticas
SNSM – Serviço Nacional de Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
SAS – Secretaria de Assistência a Saúde
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SNAS – Serviço Nacional de Assistência a Saúde
TSOs – Tratamentos Sanitários voluntários e Obrigatórios.
UECE – Universidade Estadual do Ceará.

LISTA DE TABELAS

1	Características gerais das (IPI's), em hospitais psiquiátricos de Fortaleza-CE, 2007.....	61
2	Características gerais das IPI's, segundo o sexo, em hospitais psiquiátricos de Fortaleza-CE, 2007.....	62
3	Estudo de pacientes voluntários (IPV's) e involuntários (IPI's), nos hospitais psiquiátricos conveniados com SUS, em Fortaleza-CE, 2007	66
4	Idade geral dos pacientes voluntários, (IPV's) e involuntários (IPI's) e Fortaleza-CE, 2007.....	69
5	Características das profissões dos pacientes (IPV') e (IPI's), Fortaleza-CE, 2007.....	70
6	Características dos pacientes responsáveis pelas IPV's e IPI's, Fortaleza-CE, 2007.....	71
7	Características clínicas das justificativas relativas aos pacientes IPV's e IPI's, Fortaleza-CE, 2007.....	72
8	Características clínicas quanto ao diagnóstico relativo aos pacientes IPV's e IPI's, Fortaleza, Ceará, 2007.....	73
9	Características dos achados Clínicos usados como motivos das (IPI's), Fortaleza-CE, 2007.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

1	Apresentação geral por sexo dos pacientes (IPI's), nos hospitais psiquiátricos em Fortaleza-CE, 2007.....	63
2	Apresentação geral por estado civil dos pacientes (IPI's), nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza-CE, 2007.....	64
3	Distribuição dos dados gerais da idade dos pacientes (IPI's), em Fortaleza-CE, 2007.....	64
4	Distribuição dos dados gerais da idade dos pacientes (IPV's), Fortaleza-CE, 2007.....	65
5	Distribuição dos dados gerais da idade dos pacientes (IPI's), Fortaleza-CE, 2007.....	65
6	Quanto ao sexo dos pacientes voluntários (IPV's) e involuntários (IPI's), nos hospitais psiquiátricos conveniados com SUS, em Fortaleza-CE, 2007.....	67
7	Quanto ao estado civil dos pacientes voluntários (IPV's) e involuntários (IPI's) nos hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, em Fortaleza-CE, 2007.....	67
8	Achados clínicos quanto a estimativas de alta dos pacientes das IPI's, em Fortaleza-CE, 2007	74
9	Características dos achados clínicos por discordância, dos pacientes (IPI's), Fortaleza, 2007	76

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Evoluções da assistência psiquiátrica no Brasil.....	16
1.2 Hospitais psiquiátricos de Fortaleza e suas trajetórias - Década de 1960 - Previdência Social estimula à rede privada - criação de leitos psiquiátricos.....	18
1.3 Comissões revisora de internação psiquiátrica involuntária (CRIPI).....	26
1.4 Assistência psiquiátrica na história um breve relato.....	32
1.5 Avanços da reforma psiquiátrica no Ceará e outros serviços substitutivos...	35
2 ANÁLISE DOS FATOS E SEUS VIESES.....	40
3 OBJETIVOS	45
3.1 Geral.....	45
3.2 Específicos.....	45
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 Tipo de estudo.....	47
4.2 Local e período de estudo.	49
4.3 Variáveis de estudo.....	52
4.4 Universo.	53
4.5 População amostra.....	54
4.5.1 Critérios de inclusão.....	54
4.5.2 Critérios de exclusão	54
4.6 Técnicas, instrumentos e coletas de dados.	55
4.7 Técnicas de análise de dados.	56
4.8 Aspectos éticos legais.....	58
5 RESULTADOS	60
5.1 Características gerais das (IPI's) e IPV's	60
5.2 Estudo dos casos clínicos: pacientes submetidos às IPI's, ampliados, a partir das informações dos familiares.....	78
5.3 Discussão dos casos clínicos.....	104
5.4 Da violência descabida à legitimidade dos sentidos.....	107
5.5 À luz do direito, com suas instâncias e imprevisões.....	111
CONCLUSÃO.....	129
RECOMENDAÇÕES.....	132
REFERÊNCIAS.....	135

APÊNDICE A – FORMULÁRIO COM PACIENTES INTERNADOS (CRIPI).....	
APÊNDICE B – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO.....	
APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	
APÊNDICE D – FORMULÁRIO-ROTEIRO; PACIENTES INTERNADOS (IPI'S).	
APÊNDICE E – FORMULÁRIO-ROTEIRO: FAMILIARES DAS (IPI's).....	
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FAMILIARES).....	
APÊNDICE H – IDADE GERAL.	
APÊNDICE I – IDADE DOVOLUNTÁRIOS.....	
APÊNDICE J – IDADE DOS INVOLUNTÁRIOS (CRIPI).....	
ANEXO A – LEI Nº.10.216.....	
ANEXO B – PORTARIA 2.316.....	
ANEXO C – FORMULÁRIO-INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA (IPI's).....	
ANEXO D – MINISTÉRIO PÚBLICO CRIPI	
ANEXO E – FORMULÁRIO INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA.....	

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Evolução da assistência psiquiátrica no Brasil

A psiquiatria, em seus primórdios era pautada em um sistema de reclusão, em que os doentes mentais eram tratados sem nenhum critério e valor científico, era um amontoado de loucos excluídos da sociedade.

No Brasil, a assistência psiquiátrica tem sido pautada em avanços e retrocessos, seguindo o mesmo curso acompanhado pelo mundo afora. Com a aprovação da lei 10.216, pelo Parlamento, em 2001, consolida-se uma política diversificada em Saúde Mental. Fazendo-se uma retrospectiva, verifica-se que os doentes eram confinados nos lares, pois as famílias se envergonhavam de tê-los em seu meio. A partir da época do Brasil Colônia, os loucos eram tratados juntamente com outros indivíduos, eram discriminados pela sociedade e recebiam cuidados inadequados, já que suas posturas incomodavam sobremaneira os parentes.

Os primeiros hospitais no Brasil foram as Santas Casas, que recebiam alguns insanos de tempos em tempos. Durante a época do Brasil colônia e do primeiro reinado não existiam asilos para estes doentes; durante o segundo reinado as idéias progressistas européias chegaram às nossas praias e o primeiro hospital exclusivo para doentes mentais foi inaugurado pelo imperador em 1852, que recebeu o nome de Hospício Pedro II. A partir dessa etapa, o desenvolvimento da psiquiatria no Brasil, após a segunda metade do século XIX, pode ser dividido em cinco grandes momentos, cada um com sua figura chave:

- José Clemente Pereira: a partir de 1850, com o império brasileiro criando asilos para alienados, sob os cuidados da filantropia religiosa.
- Teixeira Brandão: Em 1886, publica relatório com credo abolicionista e republicano, denunciando o asilo, como espaço caótico. Através do Decreto 142-A (11 de janeiro) desanexa o Hospital Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e por meio do Decreto 206-A (15 de fevereiro), cria as colônias

agrícolas na Ilha do Governador. Utilizando-se do Decreto 508 (21 de junho), cria a Assistência Médica Legal de Alienados (AMLA) e aprova seu regimento, com Teixeira Brandão na diretoria. Com o Decreto 791 (27 de setembro), funda a escola profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e com o Decreto 1.180 (18 de dezembro) funda o Museu Anatomopatológico, no Hospício Nacional de Alienados. Em 1903 com o Decreto 1.132, de 22 de setembro, Teixeira Brandão, inspira-se na Lei francesa de 1838 e define o estabelecimento de alienados como lugar certo para o internamento de pessoas com moléstia mental que estejam perturbando a ordem pública e a segurança social.

- Aduino Botelho: com a instalação do Estado Novo e da máquina previdenciária-assistencial, são abertos hospitais psiquiátricos nas unidades da federação, passando a dirigir o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado através do Decreto nº 3.171 de dois de abril de 1941.
- Leonel Miranda: a partir da década de 1960, no governo militar, há o incentivo para a criação de hospitais psiquiátricos privados.
- Finalmente, com o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, entre a década de 1970 e 1980, surge o debate acerca das práticas psiquiátricas e sobre os direitos dos pacientes psiquiátricos (SAMPAIO, 1994, p.13-16).

O século XX é marcado por avanços no aspecto assistencial, em que se destacam: Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM) em 1941; criação do Ministério da Saúde (MS), em 1952; criação da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1967; implantação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), em 1977, com ênfase à psiquiatria comunitária, a partir das diretrizes da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Em 1977, os dados do MS passam a ser consolidados com os dados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que logo é transformado em Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS) [...], além de outros avanços no campo da saúde pública. Estes acontecimentos surgiram para consolidar ações de Saúde, que conseqüentemente, evoluíram para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. Estes fatos demonstram substantivos

ganhos de organização institucional dos aparelhos do Estado voltados para normatizar e implementar políticas de saúde (SAMPAIO, 1994, p. 42).

Foi na metade do século passado que houve uma superlotação dos asilos e uma proliferação de hospitais psiquiátricos, disseminados por todo o País com precárias condições de funcionamento e práticas ainda desumanas. À medida que esses hospitais públicos iam ficando superlotados, novos serviços de caráter privado iam sendo contratados pelo setor público, a fim de suprir as demandas destas internações que se tornavam bastante prolongadas ocasionando a cronificação e/ou iatrogenia. Esta prática se deu por volta das décadas de 1960 e 1970.

Nos anos de 1970, surgiram ambulatórios especializados, pagos pelo Estado que atendiam a este tipo de demanda, porém sem maior expressão no tocante à eficácia e resolubilidade. Com a contratação desses serviços de alto custo e pouca eficiência e uso exagerado de psicofármacos, além de manejos terapêuticos inadequados – a maioria abandonada pelas famílias – caracterizavam-se os reconhecidamente excluídos. Nesta mesma década, teve início um movimento por parte de trabalhadores de Saúde Mental, que criticavam o modelo hospitalocêntrico de assistência e, também, objetivava definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica.

1.2 Hospitais psiquiátricos de Fortaleza e suas trajetórias década de 1960 – Previdência Social estimula a rede privada – criação de leitos psiquiátricos.

Mesmo com uma rede de atendimento em Saúde Mental, que vem se organizando e tomando maior visibilidade em Fortaleza, sabe-se que ainda, existe nos hospitais psiquiátricos da capital, uma clientela sem suporte social, tampouco familiar. Abandonados por suas famílias ao longo dos anos, sem atenção nem cuidados, só dispõem de uma longa dependência institucional. Sem vínculos afetivos de qualquer natureza ou suporte social, tornam-se incapacitados para sobreviver sem a devida ajuda do Estado ou similares. Sob a ótica de Sampaio (1994), em seu livro referente “A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis” vê-se que ele dissecou com proeminência de fatos, os embutes de políticas sociais e econômicas, com práticas seculares, que não serão desfeitas a toque de mágica. As

implicações repercutem em efeitos nefastos na cultura e civilização dos nossos povos, cujo costume se mantém no âmago da população e, em especial, nas famílias dos portadores de transtornos mentais. Estas famílias continuam internando o paciente em hospitais psiquiátricos, às vezes por condições precárias em mantê-los em casa, por falta de opção ou desconhecimento de outros serviços substitutivos. Tornando-se plausível o descumprimento da Lei 10.216, no seu art. 2º parágrafo único, item IX, onde se lê que o portador de transtorno mental deverá ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Ainda, no bojo de aplicabilidade da referida Lei no âmbito federativo, no seu art.4º, a internação em qualquer de suas modalidades só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2004).

Historicamente, o Ceará teve o primeiro Hospital Psiquiátrico em Fortaleza inaugurado no dia 1º de março de 1886, pelo vice-provedor da Santa Casa de Misericórdia, o comendador Severino Ribeiro da Cunha, com o nome de Hospital São Vicente de Paulo, chamado “asilo dos alienados”. O prédio foi construído na forma de carcerário, porão habitável, celas fortes, camisas-de-força e algemas. Até hoje, o local é conhecido por asilo da Parangaba. No final dos anos de 1960, o provedor da Santa Casa, Miguel Gurgel do Amaral, reformou o prédio destruindo as celas fortes e construindo enfermarias, segundo registros de Suliano,(1982). Entre 1997 e 2000, novamente o Hospital São Vicente de Paulo conveniado com o SUS, passou por reformas institucionais. No plano Administrativo/Gerencial, seguiu os princípios estabelecidos pelas diretrizes e normas para a assistência hospitalar, que reclassifica os hospitais psiquiátricos e define a estrutura, como a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS, conforme preconiza a portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Como medida de aferição, de acordo com a classificação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), os hospitais teriam que ser submetidos a avaliações periódicas. De acordo com a última avaliação do PNASH, realizadas nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza, correspondendo ao período de 2006 a 2007. Este hospital obteve classificação de 60,48%, estando, portanto, fora do padrão de exigência para continuar prestando serviços na rede do SUS, sendo que o Ministério Público, já se pronunciou quanto a este resultado. O Hospital tem um corpo clínico constituído por equipe multiprofissional, formado por psiquiatras – clínico geral, psicólogos, terapeutas

ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, e auxiliares de enfermagem. Funciona atualmente, com 120 leitos, divididos em enfermarias – sendo 40 leitos para mulheres e 80 leitos para homens. Continua com uma estrutura física arcaica, com características asilares seculares, embora esteja situado em uma área territorial de grande vulto e de valor imobiliário expressivo. Uma característica bem peculiar do hospital São Vicente de Paulo, é o número reduzido de IPI's, não significando que as internações sejam reduzidas no âmbito geral. As comunicações das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI's) são encaminhadas restritamente, assim como a mudança na rotina das revisões da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária (CRIPI).

O primeiro hospital psiquiátrico de caráter privado em Fortaleza foi à Casa de Saúde São Gerardo, fundado em 1935, tendo fechado suas portas em junho de 2007, e transferido seus pacientes para outros serviços substitutivos, condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica. De acordo com a classificação do PNASH, correspondente ao período de 2006 a 2007. Este hospital obteve como classificação 75,71%. Um novo enfoque tem sido dado por sua direção à medida que hospitais de grande porte estão sendo fechados. Segue o modelo de gestão de hospitais da América Latina e Caribe (OPAS/OMS, 2004, p.105):

...da necessidade de mudanças nas organizações e tendo em vista a velocidade dos acontecimentos no mundo atual obrigando as organizações que têm flexibilidade e capacidade de adaptação e que se mantêm viáveis a obter êxito [...]. O hospital deve desenvolver estruturas flexíveis capazes de reagir de maneira dinâmica e oportuna às mudanças do entorno. Uma forma de adequar a organização do hospital é a inversão da tradicional pirâmide burocrática. O que é verdadeiramente importante no hospital é a atenção direta ao paciente.

O Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) é o único hospital psiquiátrico público existente no estado. Foi inaugurado em 23 de março de 1963. O seu projeto programático para construção teve início em 1946, vindo a se concretizar somente na década de 1960, devido aos poucos recursos públicos existentes. Tinha como meta funcionar com 400 leitos. Segundo Sampaio (1994, p. 90/92),

o hospital, com quatro pavilhões, dois ofereciam condições para abrigar 100 clientes, mas abrigavam entre 130 e 150 e os outros dois poderiam abrigar 60, mas abrigavam entre 80 e 100 clientes. A internação era discriminada em pavilhão para previdenciários e pavilhão para indigentes. Em todos os pavilhões havia celas-fortes.

Atualmente, o HSMM tem 210 leitos conveniados com o SUS, distribuídos em quatro pavilhões, sendo um Hospital-Dia (HD) com 30 leitos, uma Unidade de Desintoxicação (UD) para dependentes químicos com 20 leitos, que se mantêm sempre ocupados. Além disso, ressalte-se a grande demanda que não tem suporte para atender a esta clientela. Há também, o Elo de Vida que disponibiliza 30 leitos para usuários de drogas, que após a fase de desintoxicação se submetem ao tratamento. Às vezes este número extrapola o limite por uma procura imensa de vagas, tendo em vista tratar-se do único serviço público disponível em regime hospitalar. Recentemente, estão acontecendo melhorias significativas na estrutura física do hospital, com repasses financeiros do Estado. Tem sido objeto de questionamento e preocupação da gestão em desenvolver trabalhos de recuperação e humanização no atendimento aos internos. Na última classificação do PNAS, correspondendo a 2006 e 2007 este hospital obteve 72,05%. Mesmo com tais resultados aceitáveis, não cabe contentamento, tendo em vista, não existir mudanças significativas no regime de internamento. As instalações e persistência do modelo hospitalocêntrico de assistência, mantêm-se, apesar de ser o único hospital público de Fortaleza, na especialidade de psiquiatria.

Na década de sessenta, outros hospitais psiquiátricos em Fortaleza, foram também inaugurados, tendo como incentivo financeiro o repasse do poder público. Nesta oportunidade, foi inaugurada a Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, localizada na Avenida Senador Fernandes Távora, 137, Bairro Jockey Clube, em Fortaleza-CE, no dia 28 de fevereiro de 1967.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) trata-se de um Hospital Psiquiátrico Privado, de média complexidade, com atendimento contínuo 24 horas, inclusive nos finais de semana. Mantém comissões de controle de infecção hospitalar, de revisão de prontuário e de Ética Médica. Possui um total de 120 leitos cadastrados atualmente, sendo 103 conveniados com o SUS. Atende ainda, uma demanda de caráter particular e com planos de saúde públicos e privados. Possui um quadro de funcionários constituído por uma equipe

multiprofissional, formada por médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, terapeutas ocupacionais e auxiliares de enfermagem. Com fluxo de clientela por meio de demanda espontânea e referenciada, foi construída por seu fundador, que designa o próprio nome da Clínica, com o intuito de funcionar inicialmente com capacidade de alojamento para 150 leitos. Situa-se em uma área de 20.000 m², arborizada com fruteiras, tinha como premissa desenvolver um atendimento de qualidade, dentro dos princípios éticos, espirituais e humanitários de seu precursor. A Clínica Dr. Suliano tinha como objetivo usar os instrumentos para o “tratamento global” da pessoa humana, conforme relata em seu livro “Ocupoterapia” (SULIANO,1982, p.218/221). O atendimento envolvia tratamento clínico, espiritual e ocupacional, com orientação de um praxiterapeuta e reintegração social, envolvendo família e sociedade no tratamento. Percebe-se que a direção da clínica se esmera em cuidados e atenção para o tratamento dedicado aos doentes mentais daquela época. Atualmente, esta clínica, como os demais hospitais do gênero, apresenta uma situação crucial, no tocante às condições econômicas. Possui poucos recursos para atender às exigências formais da política aplicada pelo governo, seguindo os critérios impostos pelo SUS. Na última classificação do PNASH, correspondente a 2006 e 2007, obteve 62,78%.

Foi inaugurado nesta mesma época, em 12/09/1967, o Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) situado à Avenida Bezerra de Meneses, 1351, no bairro São Gerardo, no município de Fortaleza-CE, com Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES realizado em 08/04/2003 e atualizado em 31/01/2007. Em 15 de junho de 1973, passou a funcionar também com o serviço de atendimento de urgência, em convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O paciente permanecia em observação por três dias. Após este período, era realizada uma triagem e encaminhado aos demais hospitais conveniados da rede credenciada, conforme relatado por Suliano (1882, p.207). Atualmente, funciona o serviço de emergência, de modo semelhante ao do HSMM. A espera por um leito, na central de regulação de internação, às vezes demora o suficiente para causar muito sofrimento aos que aguardam o atendimento de seu familiar doente, sobretudo quando estão agitados. Alguns chegam a permanecer por mais de 48 horas, esperando por uma vaga, conforme relato feito pelas famílias,

embora estas emergências funcionem diariamente durante 24 horas, com leitos de observação por 72 horas. O objetivo é evitar a internação hospitalar indiscriminada, permitindo o retorno do paciente ao convívio social, em curto período de tempo. Entretanto, a grande maioria desta clientela é encaminhada pela central de regulação, aos hospitais conveniados com o SUS, diante da gravidade de cada caso. Após alta hospitalar, o paciente é referenciado a um serviço extra-hospitalar, favorecendo a continuidade do tratamento (Portaria 224/1992). A Equipe dessas emergências é composta por um médico psiquiatra ou clínico e um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro e profissionais de nível médio e elementar. O IPC na esfera administrativa é uma Instituição privada lucrativa. Mantém convênio com o SUS num total de 110 leitos, dos quais 30 leitos são destinados ao Hospital-dia. Presta serviço de atendimento ambulatorial, internação de urgência e emergência, mantendo convênio particular com o Sistema Único de Saúde (SUS), com plano de saúde privado e disponibilizando atendimento a toda uma clientela, cuja demanda é espontânea e referenciada. Possui um quadro de funcionários constituído por médicos psiquiatras, que prestam serviços em todos os níveis: ambulatorial, em regime de plantões, na emergência, em nível hospitalar e no hospital-dia; um clínico geral para atender as intercorrências clínicas; um fonoaudiólogo; psicólogos; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; um nutricionista; enfermeiros, auxiliares de enfermagem e um farmacêutico. Na última avaliação do PNASH, correspondendo a 2006 e 2007, o IPC obteve 68,61%.

Outra instituição que também inaugurou os serviços de atendimento em regime de hospitalização foi o hospital Espírita Nosso Lar, fundado em 12 de maio de 1968, que pertencia a uma instituição espírita e tinha função filantrópica. Situa-se na Avenida Carapinima, 2380, no bairro Benfica. Funciona atualmente com 150 leitos, sendo 119 leitos conveniados com o SUS. Mantém convênios com planos de saúde privados e atende a uma demanda particular bastante expressiva. Conforme exigência da portaria GM de n.º 251 de 31 de janeiro de 2002, a direção do hospital, fez a necessária redução do número de leitos, que teve como consequência a queda na receita. Com a exigência de um maior aparelhamento, tanto do ponto de vista de instalações adequadas, quanto do corpo clínico formados por equipe multiprofissional, procurava cumprir com as normas para o atendimento hospitalar em psiquiatria no SUS. A Direção da Instituição Espírita Nosso Lar passou vários

anos construindo um prédio com instalações modernas e com capacidade para alojar mais de cem pacientes. Possui uma estrutura bastante funcional e segura para oferecer maior proteção ao usuário. Há instalações adequadas e adaptáveis para acolher o paciente e a família, visando o melhor tratamento. Atende a uma clientela conveniada e de maior poder aquisitivo. O novo prédio é constituído de dois pavimentos com apartamentos individualizados e enfermarias com poucos leitos, contrastando com o modelo dos hospitais tradicionais de característica asilar. Na última avaliação do PNASH, correspondente a 2006 e 2007, este hospital obteve 67,54%. Existe uma acomodação nestes serviços hospitalares que são os internamentos frequentes do usuário que já trazem uma AIH, fruto da cultura hospitalocêntrica, de uma prática secular. Ao receber alta, mesmo com encaminhamento ao CAPS, ainda persiste com frequência, que o paciente seja re-internado, sendo em sua maioria a família que o conduz, não garantindo sua referência para continuidade do tratamento em serviço territorial, como preconiza as Diretrizes da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS. Esta práxis requer mudança ao longo do tempo. Tal postura faz lembrar *O Alienista*, de Machado de Assis (1975. p. 40)

... no conto de Simão Bacamarte, não dava atenção ao estado de crise do doente e generalizava uma loucura coletiva, fundamentada na conserva cultural "onde qualquer postura que fugisse do senso comum, seria recolhido à casa verde, pois, lugar de louco é o hospício, tudo era visto como uma questão de ciência.

No final da década de sessenta, foi aberto o Hospital Mira Y Lopes, situado na Avenida da Universidade, 3056, em Fortaleza-CE, foi fundado em 27 de janeiro de 1969. A Direção do Hospital mantinha convênios com Universidades (UFC/UNIFOR) e oferecia estágios aos alunos dos cursos que requeriam conhecimentos práticos em psiquiatria. O corpo docente destas universidades levava turmas para receberem aulas práticas, atendendo a uma demanda curricular e um atendimento diversificado aos pacientes internados.

Nas décadas de 1970 e 1980, foi implementada uma nova abordagem de atendimento ao paciente, voltada para uma Comunidade Terapêutica a fim de obter a melhoria dos cuidados dispensados àquela clientela, dando um enfoque mais humano e um viés científico, voltado para a Psicanálise. Contava com um corpo clínico qualificado,

onde eram realizadas semanalmente, sessões clínicas e estudos de casos direcionados aos estagiários de diversas áreas, mantendo uma supervisão permanente, dentro de um programa de treinamento e qualificação de pessoal existente e que atendia naquela instituição. Com a crise da Previdência na década de 1980, o Hospital Mira Y Lopez, passou a racionalizar seus custos, trazendo prejuízo nos cuidados dispensados aos pacientes. Atualmente, isto vem progressivamente se acentuando, com redução de leitos e de receita, além da exigência na manutenção da equipe multiprofissional, com projetos terapêuticos individualizados, tendo que contornar uma grande crise financeira, inviabilizando as condições necessárias para um bom funcionamento. A direção do Hospital procura saída e para tanto, tem-se mostrado sensível à reformulação do modelo de atendimento, e até o fechamento da instituição. Mantém um quadro de funcionários constituído de equipe multiprofissional, seguindo as exigências estabelecidas em Lei. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) consta que o Hospital Mira Y Lopez é um serviço de média complexidade e atende uma demanda espontânea e referenciada. Possui 160 leitos credenciados pelo SUS, e atende ainda aos convênios e planos de saúde públicos e privados. Na última avaliação do PNASH, correspondendo a 2006 e 2007, este hospital obteve a classificação de 62,90%.

Como se vê, vários serviços psiquiátricos foram criados nesta década, com ofertas de leitos hospitalares e sempre estimulados pelo sistema previdenciário. Recebiam incentivos do governo, cujo credenciamento era condicionado às orientações estabelecidas pelo Manual de Normas Técnicas do INPS, que exigia currículo e administração hospitalar, em troca do custeio de despesas para o tratamento (SULIANO, 1982).

1.3 Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária (CRIPI)

De acordo com a Portaria Ministerial de nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, Art.10º no cumprimento da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, foi instituída pelo Exmo. Sr. Secretário de Saúde do Estado do Ceará a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPI), através da Portaria Nº.2.360/ 2003, datada de 26/06/2003. Esta comissão tem participação de um integrante designado pelo Ministério Público estadual (ANEXO B).

Seguindo as recomendações da Lei 10.216 e no cumprimento da Portaria Ministerial, que regulamenta o controle das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI's) e Voluntárias (IPV's), cabe ao Ministério Público os procedimentos de notificação das comunicações, pelos estabelecimentos de saúde integrantes ou não do SUS. O art. 3º estabelece quatro modalidades de internações psiquiátricas: Internação Psiquiátrica Voluntária, (IPV) Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária e a Internação Psiquiátrica Compulsória determinada por mandato judicial.

A Internação Psiquiátrica Voluntária tem como característica o consentimento expresso pelo paciente, podendo-se tornar Internação Psiquiátrica Involuntária, à medida que o paciente passe a exprimir discordância da manutenção de sua internação art. 3º e § 3º. Diante desta definição, caberá ao hospital seguir os mesmos critérios usados para as Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI's). No Art. 5º, o Ministério Público Estadual e a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária (CRIPI), deverão ser notificados, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, apenas para as internações psiquiátricas involuntárias, (IPI's). O Art.12 estabelece que a CRIPI efetue até o sétimo dia a revisão de cada Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI's), (ANEXO C), emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação no prazo de 24 horas. De acordo com as recomendações da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental fundamentada na portaria em seu art.10 §1º, a comissão revisora deverá ser multiprofissional, composta por integrantes de no mínimo: um psiquiatra ou clínico geral, com habilitação em psiquiatria e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencente ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer à internação, além de um representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representante de associações de direitos humanos ou de usuários do serviço de saúde mental e familiares (D.O.U., 2002).

O encontro com o objeto do estudo surgiu a partir do exercício diário na execução de revisões de pacientes internados involuntariamente, nos Hospitais

Psiquiátricos de Fortaleza, conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que a liberdade, que é um direito inalienável ao ser humano e que tem sido abolido nestas práticas, pois cabem aos outros deliberarem sem a aquiescência do paciente. Considerando-se que na minha formação acadêmica e no exercício profissional da medicina, sempre foram facilitadas as escolhas e vislumbrados atos espontâneos, tendo a liberdade como atributo maior da criação, espera-se que esta capacidade decisória possa ser entendida e exercitada no cotidiano, para estes portadores de transtornos mentais.

Tendo em vista a constatação da negligência familiar, e/ou carência de serviços substitutivos que proporcionem a prevenção de recorrência de crises e freqüentes re-internações, torna-se relevante neste estudo, destacar a criação da CRUPI, com a presença de um representante do Ministério Público. Sua importância deve-se ao fato dela poder oferecer um espaço digno para questionamentos e reivindicações proporcionando direitos aos cidadãos portadores de transtornos mentais, no resgate da sua auto-estima e respeitabilidade, principalmente com relação às IPI's e IPV's.

Em uma pesquisa desenvolvida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS/ENSP/FIOCRUZ) intitulada: “a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais” Amarante P. Oliveira, F. M. e Britto R.C (2006), tiveram a preocupação de verificar o entendimento dos técnicos quanto ao papel do Ministério Público, na regulação das internações psiquiátricas involuntárias, (IPI's) como também, a tomada de decisão do médico plantonista ou da cultura institucional de decidir pela internação de alguma pessoa em um manicômio.

Espera-se que esta pesquisa possa trazer subsídios aos gestores em saúde, através de políticas públicas, em benefício dos pacientes portadores de transtornos mentais, que são internados involuntariamente.

Eis o objetivo de aprofundamento das investigações desses seres humanos, que se tornam reféns da vontade do familiar e ou/ responsável e do discernimento do profissional médico, que o atende e demanda de um poder irrestrito e decisório. Quiçá, o esforço e a responsabilidade na condução desta

pesquisa possam estabelecer uma coerência que no porvir, venha despertar esperança do paciente e do familiar em alcançar algum resultado que possa contribuir com os anseios daquela clientela. Porém, estes usuários foram informados com detalhes sobre o objetivo deste estudo, tentando clarear sua permanência na instituição, procurando dar mais informações dentro daquele contexto autoritário, inclusive tecendo comentários sobre a doença, tendo em vista, a forma como ocorreu à internação.

Diante da relevância do tema, no campo da saúde mental e do desconhecimento dos motivos que levam à concretização das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI's), procurou-se desenvolver o estudo, no sentido de contribuir para uma maior compreensão, colaboração e intervenção, no processo da Reforma Psiquiátrica vigente.

Pesquisando os fatores sociodemográficos e clínicos destas internações (IPI's), o intuito foi de estudar aspectos que possibilitassem colaborar para a melhoria da qualidade de vida destes pacientes portadores de transtornos mentais, além de vislumbrar mecanismos preventivos do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, o adoecimento e/ou cronificação, dentro de uma visão humanística. Tinha-se uma percepção sempre pautada em uma perspectiva do entendimento, pois se reportando ao pensamento de Buber (2003, p.16-20) que aborda “a filosofia do diálogo EU e TU [...], o lugar dos outros é indispensável para a nossa realização existencial”.

Os dispositivos do Art. 1º da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira esclarecem estar assegurados os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno ou qualquer outra. Já o Art. 2º preconiza que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados de seus direitos, enumerados no parágrafo único deste artigo. Fundamentados nesta Lei e artigos, reiterou-se a importância deste estudo.

Historicamente, a assistência aos portadores de transtornos mentais tem sido objeto constante de discussões e debates no âmbito da saúde pública, com avanços significativos pautados à luz do direito. Ainda é grande o desafio no cotidiano, de resgatar os direitos de cidadania dos pacientes que sempre foram excluídos e que, ainda vivem segregados, confinados em hospitais, recebendo alta e em seguida, sendo re-internados em outros serviços do mesmo gênero. Isso se configura em violentação aos direitos humanos fundamentais. Portanto, a efetivação da Reforma Psiquiátrica precisa de agilidade na implantação dos novos conceitos de cuidados, inclusão social e emancipação das pessoas portadoras de transtornos mentais, além da melhoria na qualidade dos serviços já existentes.

Nas revisões diárias realizadas pela CRIPI e no cumprimento das deliberações, a comissão fazia revisão do prontuário referente a cada internação e entrevistava o paciente com transtorno mental, ouvindo suas histórias clínicas, das mais bizarras possíveis. Alguns atribuíam ao adoecimento e ao sofrimento psíquico, um corolário de proposições das mais adversas hipóteses, indo de pressupostos alienantes, às credences e ilusões, fonte de um imaginário perturbado e descrente da real necessidade de hospitalização. Em outros relatos a não continuidade do tratamento como negação da doença ou a falta de atendimento na rede básica, inviabilizava a continuação do tratamento extra hospitalar.

Esta Comissão, não realizou revisões no HSMM, por ser a pesquisadora integrante do corpo clínico da Instituição.

São feitas aqui, considerações sobre as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que se direcionaram para a visão humanística de garantir o exercício pleno da cidadania. Nesses plenários, foram tratados dispositivos fundamentais de participação popular, controle social, debates e críticas ao modelo assistencial, o que se configurou em instrumento valioso para o envolvimento de todos os segmentos da sociedade, de usuários e familiares, no aprimoramento do SUS em nível municipal, estadual e federal. Foram dadas prioridades à construção de redes de atenção integral em saúde mental, já em fase de implantação, desprezando o que existe de mais retrógrado no campo da saúde mental na vivência contemporânea.

Reportando-se especialmente, à III Conferência, realizada em 2001, cujo tema central das discussões foi vinculado ao tema proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “Cuidar, sim. Excluir, não, solidificando uma ética no campo da atenção psiquiátrica e Controle Social”, pontuou sobre a construção de um Sistema Único de Saúde público, democrático, de amplo acesso, eficaz, eficiente, construtor de cidadania e controle social [...] e participação massiva de segmentos da sociedade e presença ativa de usuários e familiares. Considerada como o grande evento, a Conferência Nacional reuniu delegações de todo o país e convidados internacionais, consolidando o “Relatório final de dezembro de 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”. (BRASIL, 2002).

Como a saúde é um direito de todos e dever do Estado, para tanto as três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal precisam garantir a implantação de políticas de saúde mental como prioridade de saúde pública, que assegurem o cuidado integral do portador de Transtorno Mental. É fundamental, também, que se tornem efetivas outras políticas de integração, como educação, trabalho, cultura, esporte, lazer, habitação e habilitação profissional, para se efetivar o pleno exercício da cidadania neste país.

Ainda persiste o ranço deixado pelo século XX. O “louco” continua sendo alguém que não sabe o que lhe é conveniente, ou seja, alguém que precisa de cuidados e de assistência continuada, não tendo identidade própria nem direito para discernir e escolher livremente a sua vida. “É compreensível, pois, que a dor provocada por uma separação, seja vivenciada como uma morte psíquica equivalente ao luto até suas implicações narcísicas”. (PERAZZO, 1986, p.70).

Essa idéia, que pareceu tão atraente a tantos, ainda persiste. Embora, muitas vezes pelo mundo insistiam na preservação de seus direitos como os de um paciente qualquer, que demanda tratamento especializado, sendo atendido por um psiquiatra sem que necessariamente seja discriminado e segregado.

Nos Estados Unidos da América, os hospitais psiquiátricos abrigavam grandes populações. O direito à voluntariedade era negado, como em muitos outros países do Ocidente, em que se vigorava a mentalidade de livrar-se dos doentes mentais como se fossem seres necessitados de proteção contra eles próprios,

deixando-os em instituições ou abandonados à própria sorte. Contra esta situação havia também movimentos mobilizadores de uma reforma no trato dos doentes mentais. Lembrando a voz e os questionamentos do psiquiatra Thomas Szasz (1977) defendia o direito dos portadores de doença mental sob o ponto de vista político, econômico, médico, psicológico, social e moral, que se mantiveram constantes há várias décadas. Afirmando sempre que responsabilidade e liberdade caminham juntas, Szasz (1977, p.47) traz à tona a internação involuntária da qual é crítico ferrenho:

Até hoje, o Poder Judiciário do governo dos Estados Unidos, tendo à frente a Suprema Corte, tem defendido e apoiado à psiquiatria involuntária. A finalidade da hospitalização psiquiátrica involuntária é o tratamento [...]. Sem esse tratamento, não se justifica, do ponto de vista constitucional, manter a reclusão. No que concerne à psiquiatria, portanto, situo-me em franca oposição a essas autoridades.

Entretanto, o processo de reestruturação sócio-institucional das sociedades européias e americanas, visando o enfraquecimento dos serviços assistenciais vigentes contra as costumeiras regras de pensar, estão arraigados de tal forma, que a menor intenção de um novo enfoque divergem consubstancialmente, amedrontando-os com outros paradigmas.

A relação estabelecida com a pessoa que sofre, implica em reformulações necessárias dentro de uma visão humanística e transformadora.

As motivações fornecidas, mesmo desarticuladas, revelam como as reações são individualistas. O mundo está repleto de pessoas e de grupos isolados, negligenciados, rejeitados e que rejeitam e cujos sentimentos não encontram reciprocidade. O proletariado sociométrico não pode ser salvo por meio de revoluções econômicas (MORENO, 1992, p.194).

O legado de Moreno, sempre retratou a proposta do “encontro”. As mudanças acontecem à medida que as organizações se ajustam ao longo do tempo, requerendo persistência e visibilidade diante das metas a serem atingidas.

1.4 Assistência psiquiátrica na história - um breve relato

Embora o tema em pauta seja a Reforma Psiquiátrica vigente, vale lembrar a generosa e abnegada dedicação de homens como o português João Cidade (São João de Deus), do espanhol Jofré e do francês São Vicente de Paulo, verdadeiros fundadores da assistência aos doentes mentais. Registre-se, também, a mistura de elementos diversos e contraditórios, mas contribuíram para a história das ciências, um excepcional ajuntamento de idéias, doutrinas, fracassos, sucessos, idas e vindas. Como Ciência, a Psiquiatria caminha por este percurso de progressos e modismos. Afinal, as doenças mentais fazem parte da história da Humanidade, assim como a busca pelo aprimoramento de uma assistência eficaz e resolutive.

O século XIX introduziu definitivamente o marco desenvolvimentista da Psiquiatria Moderna, argumentada e registrada na obra científica e na ação filantrópica de Philippe Pinel. A medicina dos loucos retrata-se registrando a doença mental com uma nova linguagem, novos métodos, novo ambiente hospitalar, novos regulamentos. A loucura passa a ter caráter de enfermidade e o louco é considerado como aquele que não tem idéia do que lhe é conveniente. Na França, Philippe Pinel (1745-1826) foi um grande idealizador e marco para as reformas que viriam a transformar a Assistência Psiquiátrica. Em 1793, Pinel iniciou um serviço com os alienados de Bicêtre, em que os doentes viviam literalmente amontoados, acorrentados e à mercê da própria sorte. Com a ajuda do fiscal Pussin, Pinel libertou a maior parte deles das correntes, mobilizando forças para eliminar o deprimente quadro carcerário em que se encontravam os portadores de transtornos mentais. Em 1795, transferido para a Salpêtrière, continuou sua luta reformatória. Os resultados das experiências de Pinel, embora sofrendo perseguições, foram sempre dedicados à causa destes doentes, vendo a loucura com um sentimento mais humanitário. Suas observações minuciosas lhe davam a certeza de que a transformação da doença poderia acontecer durante a vida. Suas obras “Nosografia Filosófica”, de 1798, e “Tratado Médico Filosófico da Alienação Mental” eram traduzidas e o reconhecimento coroado de honrarias lhe foi concedido pelo império (PELICIER, 1971, p. 46-56-77).

Com estes avanços no campo das doenças mentais, foram-se consolidando um novo momento e o grande acontecimento se deu na França, com a criação da Lei de 1.838. A psiquiatria descobre o instinto (Psiquiátrico), mas a jurisprudência e a prática (o Poder) também o descobrem, como sendo, “mais precisamente ainda, mecanismo de poder que é o sistema penal, que tem seus requisitos de saber e consegue engatar no mecanismo de saber que é a psiquiatria e que têm de seu lado, seus requisitos de poder” tornando-se uma maneira eficaz e produtiva tanto nas questões penais, como no aspecto da psiquiatria considerando como é visto o instinto, conforme Foucault (1975, p.174).

Além do legado deixado por Pinel, o movimento de transformação e novas práticas continuavam sendo instituídas, tendo como seguidores, seus alunos Esquirol (1772-1840) e Ferrus (1784-1861) que fizeram parte da famosa Lei de 1.838, assinada por Luís Filipe, que defende o paciente e seus bens e estrutura hospitalização em instituições públicas e privadas. Nos asilos ou leitos disponíveis dois tipos de internação: o voluntário solicitado pela família ou tutores, e o *ex officio*, decidido pelo poder público e regulamentada pela referida lei, que se destina primeiro em receber o doente e depois curá-lo.

A Escola Alemã insistia na espera do conhecimento real das doenças mentais, defendida por Reil, Langerman, Heinroth, Friedrich Gross, Heidelberg (1828) entendiam ser a saúde o resultado harmonioso entre força e ação. “Pelo contrário, o impedimento provoca a doença, que é assim a negação da natureza e desta necessidade de liberdade, inata no homem.” Para Emil Kraepelin (1855-1926), o doente é uma coleção de sintomas, portanto, o importante é o funcionamento e não o conteúdo do pensamento. Em 1883, em sua primeira edição do Tratado de Psiquiatria, Kraepelin reporta-se ao estudo das nosologias psiquiátricas e reconhece dois tipos de psicoses: a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce, (esquizofrenia) esta com suas afecções e características diferenciadas, atribuindo sua evolução a um estado demencial e incurável. Em 1896, com outra edição publicada, os estudos e investigações dirigidos por este grande cientista, que muito contribuiu para a História da Psiquiatria, ficam encerrados em um instituto de pesquisa na cidade de Munique-Pelicier (1971, p.94-97).

A Psiquiatria anglo saxônia no século XIX, ligada à evolução das escolas francesas e alemãs, cuja influência seguia uma corrente voltada para as questões anatomopatológicas, representada por H. Maudsley (1835-1918). Já a Inglaterra desenvolve a medicina legal e através de Prichard (1835) estrutura a loucura moral, mas foi através de Hack Tuke (1827-1895), que houve grandes avanços da psiquiatria, tanto no desempenho da assistência, como do ensino desta disciplina. Na Europa como se viu, existia um movimento continuo voltado para um novo enfoque no tratamento dos doentes mentais e descobertas no campo da fisiologia, alterações metabólicas, anatômicas, reflexológicas e patológicas. Entretanto, não só eram estudadas as causas da doença do ponto de vista médico, como também outros fatores psicológicos, sociais, políticos, religiosos e econômicos influenciavam e passavam a serem vistos com suas implicações no campo da saúde mental, com seus desdobramentos e conseqüências (PELICIER, 1971, p.98-101).

A psiquiatria brasileira teve muita influência dos movimentos do Ocidente, ainda no século XIX. Autores estrangeiros dentre eles, Esquirol teve grande importância no Brasil e exerceu um marco nos trabalhos teóricos, realizados por alunos que defendiam suas teses nas faculdades de medicina das universidades do Rio de Janeiro e Bahia. Estes alunos estudavam as nosologias psiquiátricas e aprofundavam seus estudos sobre alienação mental, à medida que apareciam sintomas da doença com suas manifestações psiquiátricas. Eram objetos de profundos questionamentos e divergências por parte desses doutorandos, entre os autores estudados. No entanto, do ponto de vista científico, pouco contribuíram com novas idéias, no tocante às práticas asilares da época (MACHADO; LOUREIRO; LUZ, MURICY, 1978, p.384-386).

Foi na Itália no século passado, que aconteceu o grande salto com Franco Basaglia e seus pares, favorecendo a criação da lei 180 de 13 de maio de 1978, que abolia as internações psiquiátricas em manicômios e previa em seu art. 1º o controle e Tratamentos Sanitários voluntários e Obrigatórios (TSOs) a cargo do Estado. Esta prática de um novo modelo de atenção aos doentes mentais trouxe ao Brasil, uma grande contribuição por meio de Basaglia, que no mesmo ano esteve em nosso país. Nesta época, já havia um movimento vigoroso dos trabalhadores de

saúde mental no país, cuja consciência crítica, evoluiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Lei 10.216/2001.

Surgiram grandes mudanças e foram instituídas Portarias Ministeriais, fundamentadas na Lei da Reforma. Uma das portarias que teve grande impacto foi a Portaria Ministerial 2.391/2002, que regulamentava as internações psiquiátricas e fundamentadas nesta Lei, outorgava direitos junto ao Ministério Público, em fiscalizar as diversas formas de internações psiquiátricas.

1.5 Os avanços da Reforma Psiquiátrica no Ceará e outros serviços substitutivos

Em 1989, foi aprovado pela Câmara dos Deputados o projeto de Lei nº. 3.657 do deputado Paulo Delgado, preconizando a extinção dos manicômios, proibindo a criação de novos leitos psiquiátricos, além de outros avanços significativos Barros (1997). Durante mais de uma década, este projeto ficou em tramitação, tendo na versão final modificadas as proposições contidas no projeto original, até a transformação na Lei 10.216, publicada em 6 de abril de 2001. Na interface da aprovação deste Projeto de Lei, alguns Estados criaram suas próprias Leis. Após aprovadas, deram início a um movimento de reformulação na assistência psiquiátrica em vigor, tais como a substituição progressiva da assistência hospitalar por outros dispositivos ou serviços, incentivo aos centros de atenção diariamente, utilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, notificação da internação involuntária e definição dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Aqui no Ceará, a Lei 12.151 de 29 de julho de 1993, de autoria do Deputado Mário Mamede, “dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências”. (BRASIL, 2004).

Discorrer sobre a assistência psiquiátrica no Ceará não é tarefa fácil. Assim como os avanços almejados, cujo modelo implica em ações enérgicas, pois nem o cumprimento da lei estadual supracitada, tem sido efetivada plenamente. Esta Lei prevê em cinco anos a extinção progressiva de leitos psiquiátricos existentes na rede hospitalar, substituídos por leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, no hospital-

dia, hospital-noite, centros de convivência e outros recursos afins. Existe uma morosidade na execução destes serviços substitutivos, dificultando os avanços dessas ações, apregoados pelos gestores, tanto no nível estadual, quanto municipal.

O projeto de uma rede de serviços substitutivos em Fortaleza, no atendimento tanto primário quanto secundário, tem sido objeto de investimento e persistência contínua nestas ações. Entretanto, ainda não atende a uma demanda reprimida, em especial na capital e cercanias. É notório o esforço e empenho do gestor municipal, nestes três últimos anos, com a criação de uma rede de atenção em saúde mental, a partir da ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que já somam quatorze, distribuídos na grande Fortaleza. Existe ainda uma grande expectativa pelas equipes dos CAPS, a criação de CAPS III, pois não se tem ainda instalado na rede de atendimento, esta forma de acompanhamento ao paciente e com certeza evitariam internações psiquiátricas involuntárias desnecessárias. Dentro do processo de humanização e fazendo parte da rede de atenção em saúde mental ligada a Secretaria de Saúde do Município, foi criada uma Residência Terapêutica para pacientes, cujo perfil se adéqua a esta modalidade de tratamento. Destina-se àqueles pacientes que foram internados contra a vontade, (IPI's) e permanecem nos hospitais, aguardando por estes serviços que ainda é insuficiente para acolhê-los, já que existe ainda nos hospitais uma demanda considerável. A grave dependência institucional desta clientela os levou à cronificação, ao ponto de se tornarem moradores destes serviços, já que não dispõem de vínculos familiares, nem de autonomia social de se autogerirem. Outro serviço que vem sendo cobrado pelos trabalhadores de saúde mental para serem ampliados, é a criação de leitos psiquiátricos em Hospital Geral, modalidade de serviço substitutivo considerado de grande valia. Existem apenas quatro leitos no Hospital das Clínicas ligados a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e recentemente foi criada uma Unidade Psiquiátrica em hospital geral conveniada com o SUS, sendo 30 leitos remanescentes da casa de Saúde São Gerardo, desativada em 2007. Também foi criada uma unidade de desintoxicação no Hospital Nossa Senhora das Graças para dependentes químicos, com 12 leitos, fazendo parte da rede de atenção em saúde mental, no âmbito da gestão municipal.

Outro serviço substitutivo de grande relevância trata-se do Hospital-Dia. É um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana (de 2° feira a 6° feira), com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente.

O Hospital-Dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contar com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual.

Há uma recomendação que o serviço de Hospital-Dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial, deve estar integrado a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental. A assistência ao paciente em regime de hospital dia inclui as seguintes atividades: atendimento individual, grupal, familiar, visitas domiciliares, atividades comunitárias, visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social.

A Equipe mínima, por turno de quatro horas, para trinta pacientes/dia, é composta por: um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos) e profissional de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. Não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até o máximo de 30 leitos. Deverão ter espaços destinados ao trabalho em grupo e área externa para lazer, com preparação para alta hospitalar, garantindo a referência a um serviço extra-hospitalar, favorecendo a continuidade do tratamento (Portaria 224/1992). A Equipe deve ser composta por um médico psiquiatra ou clínico e um psicólogo, um enfermeiro, dois profissionais de nível superior e profissional de nível médio e elementar.

Ainda fazendo parte da rede de atenção em saúde mental, existem as chamadas Ocas de Saúde Comunitária, é um espaço para desenvolvimento de atividades de resgate da auto-estima, com ênfase no cuidar, em que acontecem as

rodas de Terapia Comunitária, funcionando também como um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e anti-estresse através de massoterapia. As atividades desenvolvidas objetivam tratar o sofrimento psíquico numa perspectiva preventiva dos transtornos mentais. É um espaço, portanto, de promoção de saúde na comunidade. A Terapia Comunitária (TC) é um instrumento que se propõe a cuidar da saúde comunitária em espaços públicos, valorizando a prevenção, estimulando seus participantes a usarem a criatividade e construir o presente e o futuro a partir de seus próprios recursos.

Na compreensão de Amarante (2008), ao analisar as possibilidades no que diz respeito ao tema saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldade de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam e terminal seus limites.

Dando prosseguimento ao processo da Reforma Psiquiátrica, novas medidas foram sendo viabilizadas por meio de ações do governo, embora lentamente. É o que se configura no Programa de Volta para Casa, sob coordenação do MS, que instituiu um novo aspecto na história do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tinha por finalidade, levar o teor da proposta de desinstitucionalização de pacientes acometidos de transtornos mentais com longa permanência de internações em hospitais psiquiátricos, assegurando auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Considerando a natureza cultural do país e, ainda, vendo tudo com certo ceticismo, é conveniente e perfeitamente bem colocado o comentário: “Oxalá, tudo se faça de forma inequívoca e provida da mais pura clareza de intenções”.

Outras Portarias Ministeriais foram publicadas, bem como resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde para constituição de Comissões de Saúde Mental, além das comissões de Reforma Psiquiátrica de Estado e Município, instrumento de grande valia para o controle e inspeção destas ações.

ANÁLISE DOS FATORES E SEUS VIESES

2 ANÁLISE DOS FATOS E SEUS VIESES

Fatores institucionais, familiares e de natureza social, além da própria patologia, são o foco e objeto de investigação. Ao longo da história da Psiquiatria, estes fatores têm um peso significativo quando se lida diretamente com sua problematização, tendo contribuído para a exclusão dos pacientes que vivem marginalizados e cerceados em sua liberdade, concentrados em serviços psiquiátricos e locais de acomodação dos mais questionáveis. Concorda-se com o pensamento de Cooper (1973, p.38), quando afirma:

No hospital psiquiátrico, a sociedade produziu, com infalível habilidade, uma estrutura social que, sob muitos aspectos, repete as peculiaridades enlouquecedoras da família do paciente.

Questiona-se a forma sutil do adoecimento no seio familiar e a não resolubilidade satisfatória dos serviços psiquiátricos para se atingir a cura. Ao contrário, muitas vezes, a doença é cronicada, levando o portador de transtorno mental a um estado de abandono e, quiçá, entregue à própria sorte. Ao citar Fromm (1983, p.9) a respeito da interação da vida com a teoria e da teoria com a vida: “Estar vivo significa reviver constantemente. É uma tragédia que a maioria das pessoas morra, antes de ter começado a viver”

Na lógica Moura Fé (1998), a cultura manicomial provinha de várias fontes [...] primeiro, a que determinava o isolamento e controle de uma entidade indefinida e perigosa, a loucura, e segundo, a que motivou a criação dos asilos. [...] Um local apropriado era necessário e o asilo foi o mais adequado. Um projeto terapêutico se impunha e o tratamento moral foi o escolhido por acreditar-se melhor que outros. O local tinha que ser isolado da sociedade, porque esta era a responsável tinha que possuir uma disciplina com regras bem definidas e rígidas, eram práticas utilizadas para poder condicionar comportamentos e posturas normais; exigia uma vigilância atenta e colaborava na observação destes comportamentos; os castigos respondiam à transgressão das normas disciplinares e representavam as posturas costumeiras dos chefes de famílias normais na época,

neste caso, delegadas às direções dos asilos, para o bem dos alienados da mesma forma como ocorriam nos internatos de estudantes.

Observa-se, portanto, que a cultura manicomial ultrapassa os asilos e atinge a sociedade como um todo, influenciando-a sob todos os aspectos – principalmente onde existe interesse em somar e minar grupos fragilizados, criando estereótipos e impetrando um sentimento de ameaça dentro das representações sociais. Afinal, todo “louco” é “periculoso”, e ameaçador na desestabilização dos lares e da comunidade onde habita.

À medida que surgem avanços no âmbito da reforma quanto a esta nova legislação, existem entraves das mais variadas formas, tanto do ponto de vista ideológico como sócio-político-cultural e histórico. Considerando o texto da Lei 10.216 que garante nos atendimentos em saúde mental de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos seus direitos: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ter proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; receber tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Este texto resume de forma consensual uma Lei federal, regulamentada pela portaria nº. 2.391, de 26 de dezembro de 2002 (ANEXO B).

Ao Ministério Público, cabe todo o controle e fiscalização das internações de qualquer natureza, tanto voluntárias (IPV's), quanto involuntárias (IPI's). Desta forma, torna-se imperativo que se cumpra a Lei e que proceda a uma Reforma Psiquiátrica conseqüente em nosso país.

À proporção que a CRIPI inspeciona as Internações Psiquiátricas Involuntárias dos portadores de transtornos mentais, sem o consentimento expresso do usuário, dependendo da psicopatologia que lhe acomete, grau de comprometimento do

juízo de realidade – e observando ainda, os dados registrados no prontuário por ocasião da hospitalização, procura-se com total isenção, acatar a justificativa que resultou em tal medida. Entretanto, o que se constata é às vezes a falta de conhecimento por parte do usuário e de seus familiares, de serviços alternativos e ou tentativas outras quanto aos serviços substitutivos como os serviços comunitários de saúde mental, configurando-se precariedade na rede de atenção à saúde e conduzindo-os à necessidade da hospitalização, não atendendo ao dispositivo dos artigos 3º e 4º da Lei acima referida.

O laudo médico, parte integrante da Comunicação da Internação Involuntária, deve conter informações pertinentes ao que estabelece o parágrafo único da portaria acima mencionada No tocante aos dados de identificação, informações ou dados do usuário, capacidade jurídica deste e informações sobre o contexto familiar, nem sempre atende a esta demanda exigida, quando se trata de pacientes trazidos de outras localidades sem acompanhante ou responsável legal, tampouco com moradores de rua ou que estejam nas vias públicas causando problemas. Na maioria das vezes, estas pessoas portadoras de transtorno mental são conduzidas pela autoridade policial às emergências dos hospitais psiquiátricos, sem documentação e sem assinatura do familiar ou responsável, exigências não atendidas no cumprimento da Lei 10.216/2001.

Reportando-se ao pensamento de Costa (1979, p.17), os especialistas encarregados de reeducar terapeuticamente a família, sobretudo e especialmente as que têm pacientes com transtorno mental:

Dão-se conta de que a desestruturação familiar é um fato social, mas raramente percebem que as terapêuticas educativas são componentes ativos na fabricação deste fato. Presos à ideologia do 'cientificismo' acreditam na isenção política de suas práticas profissionais. [...] Seria falso afirmar que todos os profissionais afetos à área de assistência familiar são politicamente conservadores. [...] Que a família sofre e precisa de ajuda não há dúvida!, pois não se trata de negar o sofrimento emocional que persegue estas pessoas, às voltas com seus dilemas familiares. A dúvida consiste em saber se os remédios propostos, ao invés de sanarem o mal, não irão perpetuar a doença. O problema começa quando percebemos que a lucidez científica das terapêuticas dirigidas às famílias esconde, muitas vezes, uma grave miopia política.

Isto posto, reforça-se a conserva cultural de como os portadores de transtornos mentais que vivem enclausurados nos hospitais psiquiátricos, no cotidiano, estão sendo tratados. Ledo engano! Mas, como incutir esta constatação em famílias desestruturadas, carentes de afeto e economicamente desprovidas de recursos? Seria preciso mudar a cultura dos que, em muitos casos, sobrevivem do benefício daquele paciente interno e desconhecem, na maioria das vezes, os meios de tratamentos alternativos em nível extra-hospitalar. E, quando nem sempre têm disponíveis esses atendimentos de forma eficiente – atendimentos que não dispõem de terapêuticas eficazes – insistem em mantê-los internados nos hospitais porque além de se alimentarem e tomarem medicação, não trazem maiores preocupações aos familiares porque estão sendo “cuidados”. Não se pode negar nem ponderar, que as famílias precisam ser reeducadas, assim como a sociedade e o país; os direitos de cidadania cada vez mais precisam ser lembrados pelas escolas, pelos meios de comunicação, pelas instituições governamentais e exercidas, sobretudo, por aqueles que lidam diretamente com o portador de transtorno mental.

Na emoção de Mello (1987), um poeta que canta o amanhecer porque sabe que a noite não é eterna; que põe seus versos a serviço dos oprimidos e humilhados porque sabe que a redenção deles marcará a sua e a nossa liberdade.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Avaliar os fatores sociodemográficos e clínicos de Internações Psiquiátricas Voluntárias (IPV's) e Involuntárias (IPI's) dos portadores de transtornos mentais, em Fortaleza, no período de janeiro a dezembro de 2007.

3.2 Específicos

1. Identificar os fatores sociodemográficos das Internações Psiquiátricas Voluntárias (IPV's) e Involuntárias (IPI's);
2. descrever os motivos, justificativas e discordâncias das IPI's;
3. comparar as características gerais das IPV's e IPI's com a variante sexo;
4. relacionar os achados clínicos das justificativas comuns às duas modalidades de internações: IPV's e IPI's;
5. estudar casos clínicos com suas respectivas psicopatologias associados às IPI's, na visão do paciente e da família e/ou responsável.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa caracterizou-se por um estudo de caso descritivo, de natureza transversal, com utilização de documentos, em que foram investigados os aspectos analíticos.

Na abordagem do estudo de caso e seguindo a lógica de Yin (1984, p.14) trata-se da investigação de um método, no qual se busca definir o objeto do estudo como um fenômeno contemporâneo. O mesmo autor procura distingui-lo dos estudos históricos, nos quais a evolução temporal é o foco de interesse, o que não significa que nos estudos de caso não se recorra a fatos passados para compreender o presente.

Considerando a pertinência de como o Yin se reporta ao estudo de caso, serão apresentadas três situações, que este recomenda: a primeira ocorre quando o caso em pauta, é crítico para testar uma hipótese ou teoria previamente explicitada. A segunda razão que justifica a opção por um estudo de caso, é o fato de ele ser extremo ou único. A terceira situação descrita ocorre quando o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica.

Quanto ao estudo de casos clínicos (Exame Clínico do Paciente Psiquiátrico), compreende duas partes: a primeira trata-se da história (psiquiátrica, médica, familiar), feita pela descrição do paciente, de como os sintomas atuais evoluíram, revisão de episódios manifestados, tratamentos passados, condições médicas atuais e passadas. Também um resumo dos problemas e tratamentos dos familiares, funcionamento interpessoal e adaptativo, podendo ser complementado pela família, por informações de caráter social, e informações médicas que já o trataram. Já a segunda parte da avaliação, trata-se do exame do estado mental, funcionamento emocional e cognitivo de forma sistematizada, no momento em que a entrevista é conduzida (KAPLAN; SADOCK, 2008).

Na coleta de dados, é possível distinguir estudos experimentais de observacionais. No primeiro caso, há uma intervenção do pesquisador, enquanto que no observacional, o pesquisador apenas observa e registra as informações. Como os dados são coletados no tempo, eles podem ser concebidos de duas formas: longitudinais e transversais (ARANGO, 2005).

No estudo longitudinal, as investigações se comportam de maneira cronológica, enquanto no estudo transversal, a pesquisa é realizada a partir de um corte no tempo, tendo menos capacidade de estabelecer relação de causa e efeito (BASTOS; DUQUIA, (2007).

É considerada pesquisa documental aquela “onde usaremos documentos para sua descrição. Os documentos considerados fontes de informação são os que ainda não receberam organização, tratamento analítico, e publicação (LEOPARDI, 2001, p.149.)

A pesquisa quantitativa considera tudo que pode ser quantificado, o que significa traduzir em números os dados coletados para classificá-los e analisá-los, o que requer o uso de recursos e técnicas estatísticas.

Para Leopardi (2002, p.119),

... a abordagem da pesquisa quantitativa é utilizada quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido, deseja-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados, os instrumentos não colocam em risco a vida humana, a questão proposta indica a preocupação com quantificação, quando se necessita comparar eventos, ou quando for desejável replicar estudos.

A análise descritiva envolve o estudo dos dados em termos frequenciais (absoluto e percentual), e/ou paramétrico (média aritmética, desvio padrão e amplitude dos dados), a fim de estimar os valores pontuais (ARANGO, 2005).

Na análise inferencial, avalia-se a existência de associações entre as variáveis qualitativas utilizando-se dos testes não-paramétricos qui-quadrado e McNemar (ARANGO, 2005).

Para Levin (1985), os testes estatísticos utilizados para dados onde não há garantia de representação em curva normal devem ser os não paramétricos.

Na comparação de médias, realizou-se inicialmente a verificação da normalidade dos dados, usando-se o teste de Kolmogorov-Sminorv e, posteriormente, aplicou-se o teste paramétrico T-Student, para amostras independentes, ao nível de significância estabelecida (ARANGO, 2005).

4.2 Local e período de estudo

A pesquisa foi realizada nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza, Ceará, conveniados com o SUS no ano de 2007.

O Ceará teve o primeiro Hospital Psiquiátrico com o nome de São Vicente de Paulo inaugurado no bairro da Parangaba, em Fortaleza, no ano de 1886. O prédio foi construído na forma de carcerário, porão habitável, celas fortes, camisas-de-força e algemas. Até hoje, o local é conhecido por asilo da Parangaba. No final dos anos de 1960 o prédio passou por reforma e destruído as celas fortes e construindo enfermarias. Funciona atualmente, com 120 leitos, divididos em enfermarias – sendo 40 para mulheres e 80 para homens. Na última avaliação do PNASH, obteve classificação de 60,48%. Estando, portanto, fora do padrão de exigência para continuar prestando serviços na rede do SUS, fato este já notificado pela Promotoria em Defesa da Saúde Pública, para que sejam tomadas as devidas providências.

Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, inaugurados em 1967. Funciona com 120, sendo 103 conveniados com o SUS. Na última classificação do PNASH, obteve 62,78%.

O Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) fundado em 1967. Em 1973, passou a funcionar o serviço de atendimento de urgência em convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A espera na emergência, às vezes gera um grande transtorno, chegando o paciente a permanecer por mais de 48 horas, aguardando um leito. Só existe em Fortaleza esta emergência de caráter privado e outra de caráter público, no Hospital de Saúde Mental de Messejana

(HSMM). O IPC mantém convênio com o SUS e tem 110 leitos, dos quais 30 destinados ao Hospital-dia. Na última avaliação do PNASH, o IPC obteve 68,61%.

A Instituição Espírita Nosso Lar, fundada 1968. Funciona atualmente com 150 leitos, sendo 119 leitos conveniados com o SUS. Hoje conhecido como Hospital Nosso Lar, teve sua estrutura ampliada, a Direção do hospital, construiu um prédio com instalações modernas e com capacidade para alojar mais de cem pacientes, adaptado para acolher o paciente e a família. Na última avaliação do PNASH, este hospital obteve 67,54%.

O Hospital Mira Y Lopes, foi fundado em 1969. Tem 160 leitos credenciados pelo SUS. Na última avaliação do PNASH, obteve 62,90%.

Serviram de suporte à pesquisa, as comunicações sobre as Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI's) enviadas a CRIPI e a fonte documental de dados relativos aos prontuários de IPV's, no período janeiro a dezembro de 2007.

Fortaleza é a Capital do Estado do Ceará, fundada em 13 de abril de 1726. Sua ocupação de fato foi iniciada por Martim Soares Moreno, o capitão português que serviu de inspiração para um dos personagens centrais do romance *Iracema*, de José de Alencar. Fortaleza está situada no litoral do oceano Atlântico e tem uma altitude média de 21 metros, possui clima tropical, com vegetação de mata atlântica, entrecortada pelos principais rios: Ceará e Cocó. A temperatura média anual é de 26°C e um índice pluviométrico anual de 1600 mm. Possui 313,8 km² de área e 2.473.614 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica do país, com 7.903 hab/km² (IBGE, 2006).

As principais atividades econômicas são: turismo, comércio, indústria e serviços. É a cidade mais povoada do Ceará, a quinta do Brasil e a 91^a mais povoada do mundo. Fortaleza é a porta de entrada do Nordeste, pois está localizada estrategicamente logo abaixo da linha do Equador. MetrÓpole moderna, do mar verde-azulado, com belas praias, e um sol ardente, tendo um povo alegre e hospitaleiro.

Atualmente, Fortaleza é formada por 114 bairros envolvendo seis "Secretarias Executivas Regionais" (SER I, II, III, IV, V e VI), unidades administrativas diretas da prefeitura, responsáveis pela execução dos serviços públicos em cada área (IBGE, 2008; World, 2008). Na área de saúde, o Município de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços de atenção primária, secundária e terciária, estruturada nos níveis central, regional e local. A política Municipal de Saúde Mental, nos últimos três anos, tem tido avanços consideráveis na rede assistencial, em que foram criados vários serviços de atenção na rede básica, aos portadores de transtornos mentais: 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos pelas seis Secretarias Executivas Regionais (SER). São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, articulador de saúde mental do território, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MS, 2004). Não obstante, com relação a estes CAPS, a criação destes serviços tem crescido substancialmente, embora o desempenho mereça avaliações no cumprimento dos princípios de como foram idealizados. No Ceará um dos Estados do Nordeste que mais se destacou nesta modalidade de tratamento, no final de 2008, conforme informação da Coordenação de Saúde Mental do Estado, já soma 86 CAPS. Paulatinamente, cria-se uma cultura menos excludente, mais humana e fraterna, no âmbito da Saúde Pública do Estado, não esquecendo a necessidade contínua de melhoria na qualidade do atendimento destes serviços.

Estes CAPS atendem às demandas diversificadas: seis Centros de Atenção Psicossociais Gerais (CAPS Gerais), dois Centros de Atenção Psicossociais Infantis (CAPS-I), seis Centros de Atenção Psicossocial Anti-Drogas (CAPS-Ad).

Com esta rede de atenção em saúde mental, houve um avanço significativo, mas ainda precisa ampliar estas ações, para atender a uma demanda reprimida de pacientes portadores de Transtornos Mentais, sobre tudo aqueles que recebem alta e se houvesse um atendimento de qualidade na rede básica,

possivelmente evitaria re-internações, dando cumprimento ao que preconiza a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica.

4.3 Variáveis de estudo

Associadas ao primeiro objetivo estão as variáveis relativas à internação com dados sociodemográficos: idade, gênero, estado civil, profissão, procedência.

Ao segundo objetivo, encontram-se as variáveis caracterizadas por manifestações psiquiátricas apresentadas como: agressividade, delírios/alucinações, juízo crítico comprometido, risco de vida, quadro psicótico, insight prejudicado e sofrimento psíquico, dentre outros. Estas manifestações serviram de motivo, justificativa e discordância para efetivação do ato médico da internação. As variáveis, diante do estado mental apresentado, fazem parte das doenças que contém os seguintes agrupamentos, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças-(CID-10) apresentadas a seguir:

- F00 - F09 – Demências (Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos).
- F10 - F19 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool/droga).
- F20 - F29 – Bloco que cobre esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.
- F30 - F39 – Transtornos do humor (afetivos).
- F40 - F48 – Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e transtornos somatoformes.
- F50 - F59 – Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos.
- F60 - F69 – Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto.
- F70 - F79 – Retardo Mental.
- F80 - F89 – Transtornos do desenvolvimento psicológico.
- F90 - F98 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.
- F99 - Transtorno mental não especificado

Ao terceiro objetivo – compreendem as variáveis referentes às características gerais envolvidas nas IPI's, com a variante sexo.

Ao quarto objetivo - atendem as variáveis tendo como justificativas das (IPV's) e (IPI's) as manifestações psiquiátricas com quadros sindrômicos (agressividade, delírios/alucinações, risco de vida, comprometimento do juízo crítico, agitação, insônia, alcoolismo, múltiplas drogas, surto psicótico, etc.) apresentados por ocasião da internação.

Ao quinto objetivo - estudo dos casos clínicos, nas quais foram atendidas as variáveis sobre: as atenções voltadas para o aprofundamento do adoecer psíquico do sujeito, considerando fatores diversificados, desde a nosologia psiquiátrica com seus casos sindrômicos, como também: precariedade dos serviços psiquiátricos existentes, descontinuidade do tratamento pós-alta, falta de tratamento adequado, reagudização, interrupção do tratamento do usuário por falta de recurso financeiro, desinformação dos usuários e familiares dos serviços existentes na rede básica, pré-conceito da família quanto ao transtorno mental, abandono familiar, manifestações dos sintomas apresentados, risco de vida contra si e terceiros, e quanto à discordância de internação, devido ao grave estado mórbido apresentado.

4.4 Universo

Compõe o universo da pesquisa 2822 pacientes distribuídos entre: internações psiquiátricas voluntárias (253) e internações psiquiátricas involuntárias (2569), submetidos ao tratamento especializado, na rede de hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, em Fortaleza, Ceará.

Foram pesquisados os pacientes involuntários, devidamente comunicados à Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária (CRIPI), em cumprimento ao que estabelece o art.4º da Portaria Ministerial nº. 2.391, de 26 de dezembro de 2002. As IPI's já referidas no art. 3º § 2º deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:

I – Ao Ministério Público Estadual [...] e

II – À Comissão, referida no art.10 da portaria. (ANEXO B).

Quanto ao Art. 5º, os pacientes deverão ser objeto de notificação, no prazo de 72h (setenta e duas horas) para serem revisados pela referida comissão. O Art.12 estabelece que a CRIPI efetue até o sétimo dia da internação a revisão de cada internação Psiquiátrica Involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de 24 horas.

4.5 População e amostra

Neste estudo, a amostra é do tipo não probabilística, por conveniência, constituída por 393 pacientes submetidos ao tratamento especializado de psiquiatria, sendo revisados 140 IPI's e coletados dos prontuários, o total de 253 IPV's.

4.5.1 Critério de inclusão

Foram incluídos na amostra os 140 pacientes com internações psiquiátricas involuntárias (IPI's), submetidos à revisão da CRIPI, além dos 253 pacientes psiquiátricos voluntários (IPV's), aferidos apenas através da fonte documental dos prontuários. Dentre os 140 pacientes IPI's, revisados pela CRIPI foram selecionados 10 pacientes que apresentavam características psicopatologias relevantes (dois denunciados pela direção dos hospitais ao Ministério Público, sobre a conduta incongruente da família; dois que sofreram agressões da família; dois que foram agredidos pelos vizinhos; uma que fugiu do lar e três que não reconheceram o estado mórbido)

4.5.2 Critério de exclusão

Foram excluídos da pesquisa, os pacientes com internações psiquiátricas compulsórias (IPC's), com mandado judicial, de acordo com o Art.3º § 4º da Portaria Nº 2.391 de 26/12/2002, além dos pacientes internados no Hospital de Saúde Mental de Messejana, comunicados a CRIPI e que não foram revisados pela comissão, tendo em vista que a pesquisadora integrava o corpo clínico da referida instituição de saúde.

Não participaram da pesquisa, dois familiares selecionados para o estudo de casos clínicos: um que se negou a participar da entrevista, por estar denunciada ao Ministério Público, devido à negligência familiar (a família insiste em manter o familiar no hospital, mesmo depois da alta hospitalar) e o outro por residir no interior, não sendo possível atender ao compromisso de participar da entrevista no horário combinado.

4.6 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Nesta pesquisa, foram utilizados dados documentais tendo como instrumento de coleta de dados um formulário próprio, aplicado aos 140 pacientes involuntários (IPI's) obtidos, a partir de uma entrevista semi-estruturada e preenchido pela CRIPI, por ocasião da revisão, seguindo o que recomenda a referida Portaria (Apêndice I). Na portaria GM nº 2.391 de 26 de dezembro de 2002, consta um formulário, preenchido pelo plantonista, no exercício da efetivação das (IPI's) (ANEXO C).

Em relação à coleta de dados sobre os 253 pacientes com Internações Psiquiátricas Voluntárias (IPV's) foram utilizados os registros dos prontuários contidos na fonte documental, seguindo a mesma recomendação da Portaria retro (ANEXO D).

Em relação aos casos clínicos, aplicaram-se um formulário contendo perguntas abertas e fechadas, com pacientes e familiares, contendo 10 perguntas objetivas sobre a história clínica de sua doença, e oito perguntas sobre os fatores determinantes das IPI's, além dos dados de identificação pessoal, seguindo um roteiro de perguntas subjetivas. O objetivo foi analisar o motivo, a justificativa da internação e a discordância por parte dos pacientes (ANEXO B). As respectivas famílias responderam ao formulário contendo 10 perguntas objetivas acerca da doença do paciente, além das perguntas subjetivas sobre os dados de identificação e observações relevantes (APÊNDICE B).

Segundo Minayo (2000, p.107), a entrevista é considerada fundamental no trabalho de campo, ao lado da observação participante, “a entrevista, tomada no sentido amplo da comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo”.

4.7 Técnicas de análises de dados

À medida que os dados estão sendo coletados e registrados em formulários, já se pode fazer alguma análise inicial, a partir das observações. Sabe-se que anotações posteriores irão favorecer para que esse processo de análise se prolongue, e seja feito com mais precisão, mesmo após deixar o campo.

Inicialmente, realizou-se uma tabulação, digitação e análise no programa estatístico: Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows, versão 16.0, além da planilha eletrônica Excel, para a construção dos gráficos.

A análise descritiva dos dados foi elaborada, a partir do estudo frequencial (absoluto e percentual), a fim de identificar as prevalências das principais psicopatologias evidenciadas na pesquisa, no geral e na estratificação por: sexo, idade, procedência e estado civil.

Posteriormente, utilizou-se do estudo paramétrico (média aritmética, desvio padrão e amplitude dos dados) para apresentar as estimativas pontuais relativas às idades dos pacientes.

Na análise inferencial foi avaliada a existência de associações entre as variáveis qualitativas referentes às variáveis: Internações Psiquiátricas Voluntárias e Involuntárias, correspondendo ao terceiro objetivo específico, em que foi realizado o teste não-paramétrico qui-quadrado.

Para Levin (1985), os testes estatísticos utilizados para dados onde não há garantia de representação em curva normal, devem ser os não paramétricos.

Na análise em foco, foi utilizado o Qui-quadrado para análise comparativa das freqüências de respostas.

Para a variável quantitativa relativa à idade dos pacientes, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados. Em seguida, utilizou-se o teste paramétrico, T de Student, com pareamento por sexo e por tipo de internação, para averiguar a igualdade de médias dentre os pacientes analisados.

Quanto aos temas e categorias de análise fez-se uma análise descritiva dos casos clínicos estudados “a priori” mostrando o grande dilema existente entre o paciente e a família, no momento de decisão sobre sua internação. O momento crucial de levá-lo para uma emergência psiquiátrica, já que sua permanência em casa torna-se impossível de ser controlada, caracterizando dois grandes temas, com desdobramentos em categorias, vistas a seguir a regulamentação das IPI's à luz do direito: motivo, justificativa e discordância.

O **motivo** da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), quando o paciente é conduzido ao hospital e o médico plantonista decide interná-lo, diante do quadro sintomático apresentado, usando terminologia psiquiátrica no preenchimento do formulário, de acordo com a avaliação do estado mental (ANEXO C).

A **justificativa** da IPI, no momento da internação, apresentada pelo médico como procedimento clínico, decidindo o destino do paciente, também diante do quadro psiquiátrico apresentado naquele momento (ANEXO C).

A **discordância** do paciente em relação à IPI deve-se ao nível de comprometimento de seu estado mental diante da avaliação clínica do médico plantonista, seguindo o mesmo protocolo no preenchimento do formulário (ANEXO C).

Em princípio, estas categorias empíricas levam a estados anímicos, dos mais controversos possíveis, desde o sentimento de pertença, ao repúdio por determinados atos de violência.

Quanto à razão das IPI's, na ótica do paciente e da família observou-se a impressão e conclusão deixada a esta comissão, por ocasião da Revisão da Internação Psiquiátrica Involuntária (CRIPI), através das anotações do prontuário, avaliação do quadro clínico e exame do estado mental apresentado, serviam de subsídios para se ter mais compreensão quanto à indicação daquela internação involuntária.

O estudo dos casos clínicos baseou-se em anotações documentais realizados através dos registros nos prontuários dos pacientes, por ocasião da internação, seguido da revisão da CRUPI e, finalmente, pela entrevista realizada pela pesquisadora, usando um roteiro tanto para o paciente, quanto para os familiares e/ou responsáveis, a fim de atender ao objeto de estudo.

O interesse pelo estudo de casos clínicos de pacientes que se internaram involuntariamente, (IPI's) deveu-se ao fato de procurar entender e identificar junto aos portadores de transtornos mentais, bem como aos seus familiares, os motivos, justificativas e discordâncias, em aceitar a condição de internamento hospitalar, diante do quadro apresentado.

4.8 Aspectos éticos e legais

Tendo como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Processo de nº. 05078068-9FR-85756 em 26/04/2006. Não promoveu qualquer tipo de risco quanto aos aspectos de dimensões físicas, psíquicas, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais dos sujeitos envolvidos com a investigação. Foram esclarecidos aos participantes que se tratava de um ato voluntário, podendo desistir em qualquer momento, havendo o devido respeito à dignidade humana. A coleta e a análise dos dados tiveram início e posteriormente, foi dada a autorização dos sujeitos da pesquisa no termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

É imperioso que não se perca de vista os três princípios do relatório de Belmont:

1. Respeito pelas pessoas (autonomia);
2. Beneficência (não caridade);
3. Justiça (“iguais devem ser tratados igualmente”)

(PEGORARO, 2002, p. 45-46).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, gráficos, quadro, temas e categorias, elaborados através das perguntas.

5.1 Características gerais das (IPI's) e (IPV's).

A tabela 1 apresenta uma população de 2.569 IPI's comunicadas à CRUPI, que se verificou o destaque maior para os representados por: **gênero (masculino)**, **procedência (Fortaleza)** e **estado civil (solteiro)**, com os seguintes resultados: 1602 (62,4%), 1934 (75,3%) e 1852 (72,1%), respectivamente. Nesta pesquisa internaram-se muitos pacientes, correspondendo a 1.934 e representando (75,3%) da IPI's. Com ampliação dos CAPS no Estado, houve redução significativa da transferência de pacientes do interior do estado para a capital, nestes últimos anos. Conforme consulta no Datasus. <http://www.datasus.gov.br> (2009) as internações psiquiátricas, de 2005 a 2007, em todas as 22 microrregiões do estado do Ceará, tiveram os seguintes resultados: Em 2005 houve um total de 1109 internações reduzindo-se para 9061, em 2006, e, em 2007, para 7660. Utilizando-se das prerrogativas impostas pela Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, muitos caminhos já foram percorridos. Com os cuidados e atenção ampliados pelos CAPS, tem-se evitado que os pacientes venham sofrer conseqüências causadas pelo isolamento da família, laços afetivos distanciados e estigmas indelévels, que maculam para sempre a condição humana destes sujeitos. O Estado do Ceará tem registrado 86 CAPS, de acordo com os dados fornecidos pela Coordenação de Saúde Mental do Estado, até o final do ano de 2008. Com este contingente vocacional em ampliar o número de CAPS, reafirma-se o avanço significativo para o atendimento extra-hospitalar, nesta modalidade de assistência.

Observa-se uma população bastante dispersa, possuindo idade média de aproximadamente 39 anos e uma dispersão absoluta, representada pelo desvio padrão, de aproximadamente 14 anos de idade, fornecendo um intervalo de

confiança de 11 a 67 anos, ao nível de. Verificou-se, também que dos 2.569 pacientes informados à CRIPI 128 ficaram fora do intervalo, com uma confiabilidade de 95%. Considerando-se este mesmo intervalo de confiança, para as idades dos 140 pacientes que foram revisados pela CRIPI, apenas sete ficaram fora do intervalo de confiança especificado sobre as idades.

No estudo de Souza, Souza e Caetano (2004), os autores levantam a influência das variáveis sociodemográficas. Os pacientes são na maioria, do sexo masculino, solteiros e procedentes de áreas urbanas. Não foram verificadas diferenças significativas em relação ao sexo, porém foi encontrada a idade como sendo quase sempre inferior a 40 anos com uma dispersão absoluta de aproximadamente 14 anos e um intervalo de confiança variando de 11 a 67 anos, ao nível de significância de 5%.

TABELA 1 – Características gerais das (IPI's), em hospitais psiquiátricos de Fortaleza-CE, 2007.

Comunicações IPI's	N=2569	(%)
Sexo		
Masculino	1602	(62,4)
Feminino	967	(37,6)
Procedência		
Fortaleza	1934	(75,3)
Zona metropolitana	278	(10,8)
Interior	357	(13,9)
Estado civil		
Solteiros (%)	1852	(72,1)
Casados (%)	618	(24,0)
Viúvos (%)	61	(2,4)
Divorciado (%)	38	(1,5)
Idade média e desvio padrão. Média: 38,8 anos. Desvio padrão: 14,4 anos		

Na tabela 2, em relação à estratificação por sexo, observou-se que a maioria dos pesquisados é procedente de Fortaleza, sendo a prevalência maior do sexo masculino, representada por 1232 (76,9%). Sobre o estado civil, verificou-se que o grupo de solteiro representa a maioria, para ambos os sexos: masculino 1211 (75,7%) e feminino 642 (66,3%), sendo o sexo masculino dominante nas internações psiquiátricas involuntárias. Quanto à internação por idade, verificou-se as mulheres apresentaram-se com idade (42,2 anos) superior a dos homens (36,8 anos). Quanto à significância estatística envolvendo: sexo, procedência, estado civil e idade verificaram-se ao nível de significância de 5%, que apenas a procedência foi não significativa, ou seja, a procedência é independente do sexo, quanto à modalidade de internação. Estas análises podem ser vistas em detalhes a seguir:

TABELA 2 – Características gerais das IPI's, segundo o sexo, em hospitais psiquiátricos de Fortaleza-CE, 2007.

Sexo	Masculino N=1602 (%)	Feminino N=967 (%)	p-valor
Procedência			
Fortaleza	1232 (76,9)	702 (72,6)	$X^2 = 7,3$ p=0.0600
Zona metropolitana	156 (9,7)	122 (12,6)	
Interior	214 (13,4)	143 (14,8)	
Estado civil			
Solteiros	1211 (75,7)	642 (66,3)	$X^2 = 50,7$; p=0.0001
Casados	356 (22,2)	261 (27,0)	
Viúvos	15 (0,9)	46 (4,8)	
Divorciado	20 (1,2)	18 (1,9)	
Idade média (\pm d.p.)	36.8 (13,9)	42.2 (14,7)	T= - 9,1; p=0.0001

As internações referentes às IPI's, registradas nos hospitais de Fortaleza, apresentaram-se estatisticamente, não significantes ($p=0,0600$), ao nível de 5%, quando se relacionou sexo e procedência. Porém, o teste do qui-quadrado, apresentou-se estatisticamente significativo, quando se relacionou o estado civil ao sexo ($p=0,0001$).

Comparando-se as idades médias de homens e mulheres, utilizou-se inicialmente o teste estatístico de Shapiro-Wilk, no qual se encontrou a normalidade dos dados, altamente significativa ($p = 0,0000$), o que permitiu o uso do teste pareado por sexo, de T-Student, ao nível de significância de 5%, para identificar a existência de igualdade de médias. Constatou-se que existe diferença, estatisticamente significativa ($p = 0,0001$), entre as idades médias de homens e mulheres, ou seja, a idade média dos pacientes das IPI's totais, em mulheres (42,2 anos) é superior à idade dos homens (36,8 anos), em mais de cinco anos de idade, com praticamente, a mesma dispersão absoluta, representada por menos de um ano de idade.

Resultados: a amostra de constou de 392 homens (61,9%) e 241mulheres (38,1%). O tempo médio de internação foi de 31,1mais ou menos 14 para os homens e 32,6 mais ou menos 5,9 para as mulheres ($p=0,214$).

A idade na internação, foi para os homens (37,9 mais ou menos 12,1) e das mulheres (41 mais ou menos 10,7).., diferiram significativamente ($p=0012$) Em relação ao diagnóstico

Os gráficos 1 e 2 a seguir, evidenciam a distribuição geral dos pacientes comunicados à CRIP, por sexo e estado civil, que confirma a predominância dos solteiros e do gênero masculino, com internações mais jovens do que as mulheres (aproximadamente cinco anos)

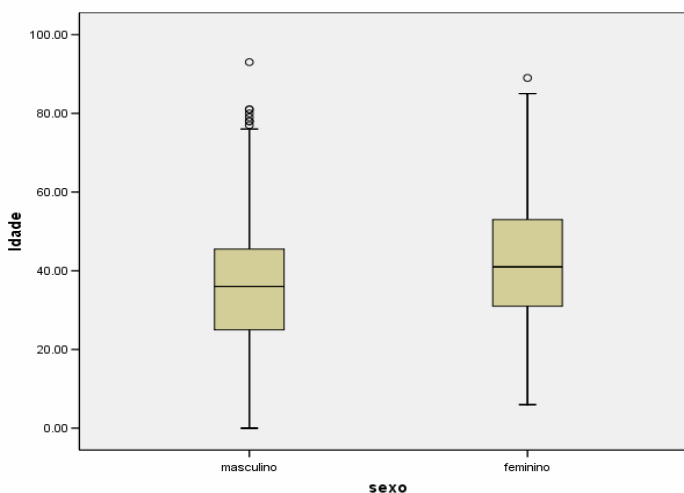


GRÁFICO 1 – Apresentação geral por sexo dos pacientes (IPI's), nos hospitais psiquiátricos em Fortaleza-CE, 2007.

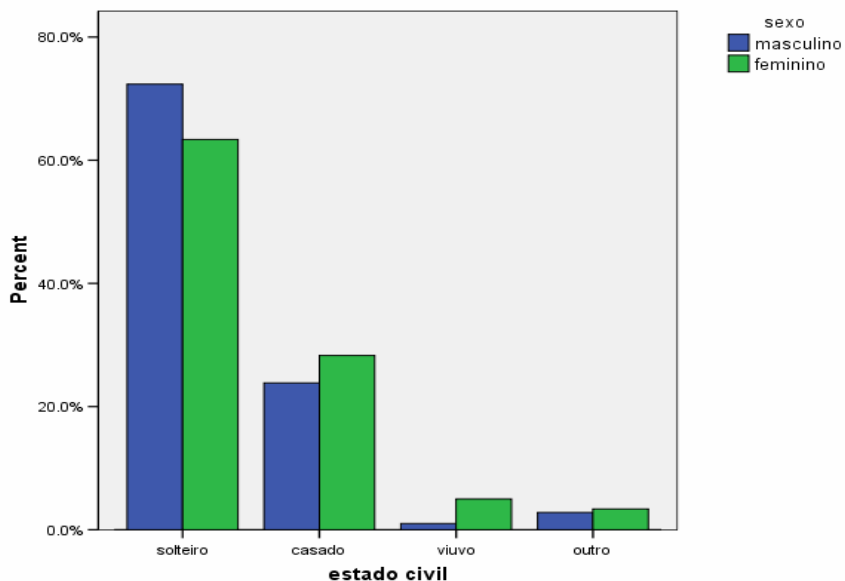


GRÁFICO 2 – Apresentação geral por estado civil dos pacientes (IPI's), nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza-CE, 2007

A partir, dos gráficos 3, 4 e 5 a seguir, tem-se a distribuição de normalidade dos dados sobre a idade dos pacientes IPV's e IPI's, já identificadas através do teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Frequência

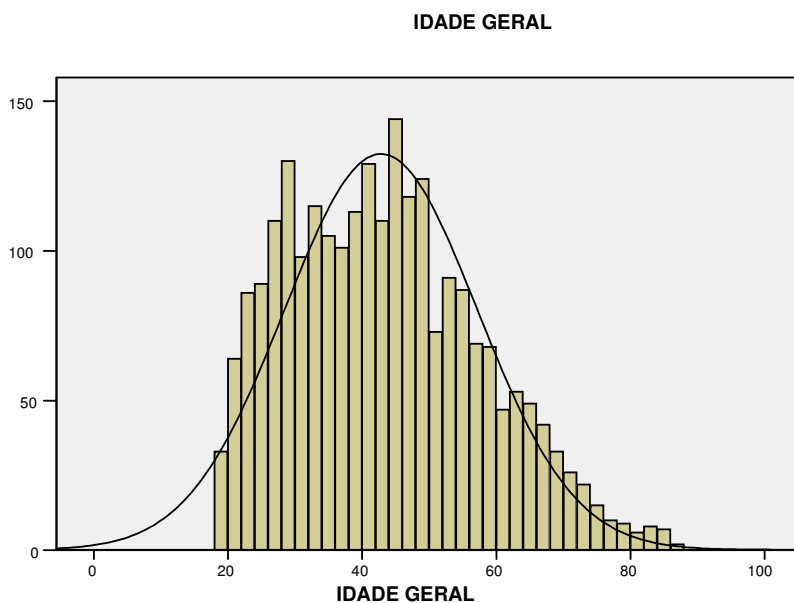


GRÁFICO 3 – Distribuição dos dados gerais da idade dos pacientes (IPI's), em Fortaleza-CE, 2007.

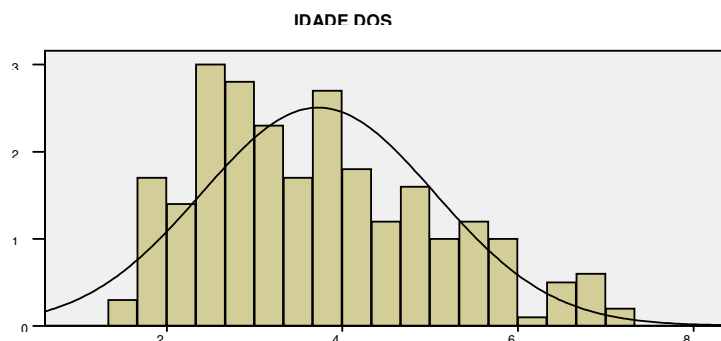


GRÁFICO 4 – Distribuição dos dados gerais da idade dos pacientes (IPV's), Fortaleza-CE, 2007.

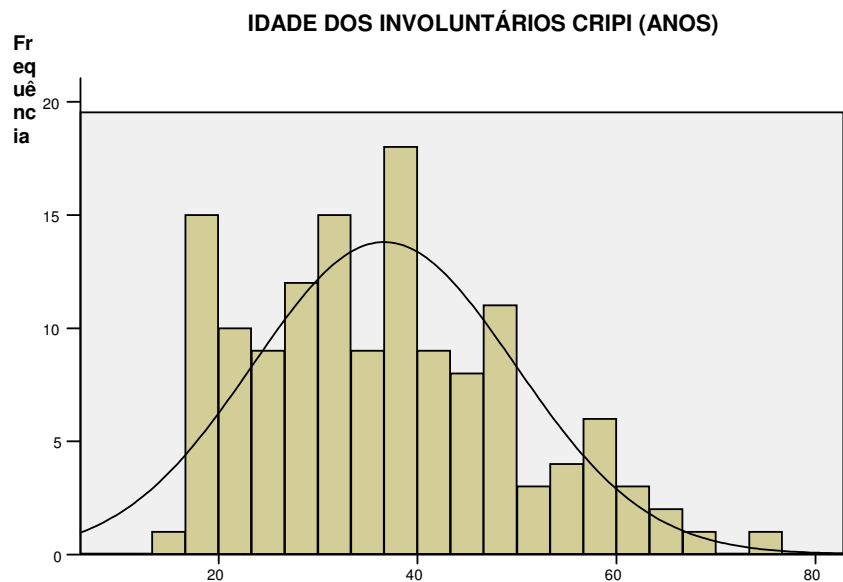


GRÁFICO 5 – Distribuição dos dados gerais da idade dos pacientes (IPI's), Fortaleza-CE, 2007.

Em relação à existência de associação entre procedência dos pacientes e sexo, observou-se pelo teste qui-quadrado a não significância estatística ($p=0,0600$), ao nível de 5% isto é, não existe diferença significativa, entre a procedência e o sexo dos pacientes. As IPI's independem da origem e sexo. Comparando-se o estado civil

e o sexo, utilizou-se o teste não paramétrico qui-quadrado que identificou alta associação ($p=0,0001$) isto é, existem diferenças significativas entre o estado civil e o sexo dos pacientes com relação às IPI's.

Estudos comparativos na literatura entre internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias, quanto ao sexo, procedência, estado civil e idade, não foram identificados. Acredita-se que um fator relevante é o fato da promulgação da Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica e a portaria nº 2391/GM/2002 norteadora dos procedimentos quanto as modalidades de internação psiquiátrica estarem funcionando somente a partir de 2002. No entanto, fazendo-se as comparações das internações psiquiátricas de um modo geral, sem identificar que modalidade de internamento, em outras regiões do país, conforme refere Souza, Souza e Caetano (2004), numa pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico de Campo Grande, em um estudo na revisão de prontuários com 633 pacientes, sendo 392 homens(62,9%) e 241 mulheres(38,1%) os autores concluíram que existe diferença significativa em relação a idade no dia da internação. Homens com ($37,9\pm 12,1$ anos) eram mais jovens que as mulheres com ($41\pm 10,7$ anos) ($p=0,012$). Em relação a procedência 48,7% dos homens e 46,9% das mulheres eram de Campo Grande (capital) e 51,3% dos homens e 52,7% das mulheres do interior do estado. Estes dados corroboram com os resultados obtidos em Fortaleza. Neste estudo os autores não se ativeram quanto ao estado civil, cuja preocupação maior era quanto ao tempo de permanência em que o paciente ficava internado, considerando também o diagnóstico de cada um interno.

A tabela 3, em relação à amostra de 393 pacientes é constituída por 253 (64,4%) de IPV's e 140 (35,6%) de IPI's. Analisando-se estes pacientes, de acordo com o gênero, procedência, estado civil e idade, foram obtidos os seguintes resultados: a maioria é do sexo masculino, tanto para pacientes voluntários 185 (73.1%), quanto para pacientes involuntários 82 (58.6%). Em relação ao sexo feminino, observa-se que o internamento voluntário 68 (26,9%) é inferior ao involuntário 58 (41,4%). Comparando-se os sexos, verifica-se que o tipo de internamento, é inversamente proporcional ao sexo, ou seja, internam-se mais homens voluntários do que mulheres, enquanto que se internam mais mulheres involuntariamente do que os homens (GRÁFICO 6).

Quanto à procedência, prevalece à cidade de Fortaleza, com 181 (71.5%) de pacientes voluntários contra 95(67.9%) de pacientes involuntários.

Em relação ao estado civil, observou-se que a maioria é de pacientes solteiros independente da modalidade de internação: 169(66,7%) pacientes voluntários e 87(62.2%) pacientes involuntários.

TABELA 3 – Estudo de pacientes voluntários (IPV's) e involuntários (IPI's), nos hospitais psiquiátricos conveniados com SUS, em Fortaleza-CE, 2007.

	Voluntários (%)	Involuntários (%)	
Amostra (393)	253. (64,4)	140 .(35,6)	
Sexo			$\chi^2 = 8.76, p=0.003$
Masculino	185. (73.1)	82 .(58.6)	
Feminino	68. (26.9)	58 .(41.4)	
Procedência			$\chi^2 = 95, p=0.62$
Fortaleza	181 (71.5)	95 (67.9)	
Zona metropolitana	28 (11.1)	20 (14.3)	
Interior	44. (17.4)	25. (17.8)	
Estado civil			$\chi^2 = 8.18, p=0.017$
Solteiros	169 (66,7)	87 (62,2)	
Casados	70 (27,7)	31 (22,1)	
Viúvos	6 (2,4)	13 (9,3)	
Divorciado	8 (3,2)	9 (6,4)	
Idade (desvio padrão)	37,3 (13,3)	36,7 (13,2)	$p=0,076 =$ ajuste de 0,1

Estudando-se os pacientes voluntários e involuntários, em relação ao sexo, procedência e estado civil, concluiu-se que apenas a procedência não se apresentou estatisticamente significativa, ao nível de 5% ($p=0,062$), porém isto ocorreu para o sexo ($p=0,0300$) e para o estado civil ($p=0,0170$) e (GRÁFICO 7). Com relação à idade, utilizou-se o teste t – pareado pela internação. Observou-se que ele foi estatisticamente não significativa, ao nível de 5%, indicando que o tipo de internação independe da idade do paciente.

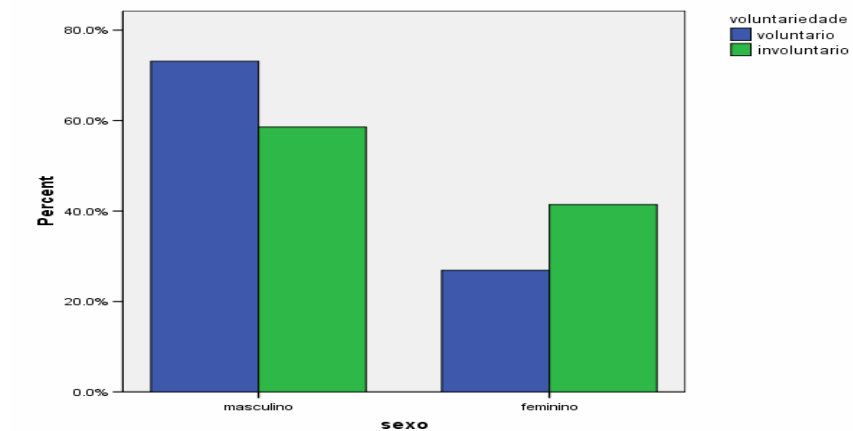


GRÁFICO 6 – Quanto ao sexo dos pacientes voluntários (IPV's) e involuntários (IPI's), nos hospitais psiquiátricos conveniados com SUS, em Fortaleza-CE, 2007.

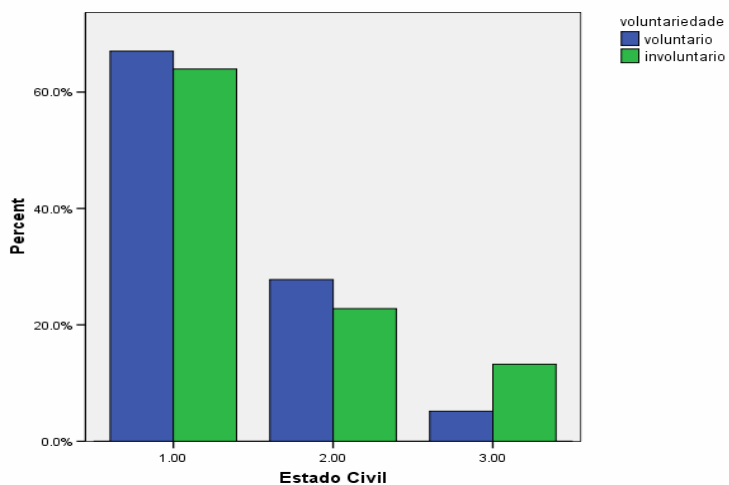


GRÁFICO 7 – Quanto ao estado civil dos pacientes voluntários (IPV's) e involuntários (IPI's) nos hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, em Fortaleza-CE, 2007.

Comparando-se as idades médias de pacientes, quanto ao **tipo de internação**, utilizou-se, inicialmente, o teste estatístico de Shapiro-Wilk, em que se encontrou a normalidade dos dados, altamente significativa ($p = 0,0000$), o que permitiu o uso do teste pareado pela internação, de T-Student, ao nível de significância de 5%, para identificar a existência de igualdade de médias. Constatou-se que não existe diferença, estatisticamente significativa ($p = 0,076$) entre as idades médias de pacientes voluntários e involuntários, ou seja, a idade média dos pacientes das IPI's independe do tipo de internamento.

A tabela 4 a seguir, constatou-se em relação à idade que os pacientes voluntários têm uma idade média de 36 anos idêntica a dos involuntários.

A estratificação da amostra de 393 pacientes internados (IPV's e IPI's) quanto à idade mostra que as IPV's variaram de 14 a 72 anos de idade, com uma amplitude total de 56 anos. Não houve registro de dois (0,8%) dos pacientes. A distribuição dos dados apresentou-se com ligeira assimetria positiva (0,542), indicando uma menor quantidade de pacientes 14(10%), nas idades mais avançadas, acima dos 56 anos de idade, enquanto os 10% mais jovens ficaram abaixo dos 21 anos de idade. Em relação às IPI's, as idades variaram de 15 a 75 anos, com uma amplitude total de 60 anos. Não houve registro de quatro (2,9%) dos pacientes. A distribuição dos dados também se apresentou com ligeira assimetria positiva (0,501), indicando uma menor quantidade de pacientes 14(10%), nas idades mais avançadas, acima dos 56,3 anos de idade, enquanto os 10% mais jovens ficam abaixo dos 19 anos de idade.

Em relação aos 2569 pacientes comunicados à CRIPI, verificou-se que 183 deixaram de registrar dados relativos à idade. Os demais apresentaram uma mediana de 42 anos com um desvio padrão de 14,38 anos, sendo a menor idade de 18 anos e a máxima de 88, gerando uma amplitude alta de 70 anos de idade. Apenas 5% do grupo possui idade acima dos 68 anos. O primeiro quartil registra pacientes abaixo dos 31 anos de idade. Apenas 1% possui idade acima dos 79 anos.

TABELA 4 – Idade geral dos pacientes voluntários, (IPV's) e involuntários (IPI's) e Fortaleza-CE, 2007.

		IDADE GERAL	IDADE DOS INVOLUNTÁRIOS	IDADE DOS INVOLUNTÁRIOS CRIPI (ANOS)
N	Validos	2386	251	137
	Ignorados	183	2	3
Media		42,82	37,28	36,65
Mediana		42,00	36,00	36,00
Moda		44	25	37
Desvio Padrão		14,383	13,320	13,200
Assimetria		448	542	509
Amplitude		70	58	60
Mínimo		18	14	15
Máximo		88	72	75
Percentuais	1	19,00	15,52	15,76
	5	22,00	19,00	18,00
	25	31,00	26,00	26,00
	50	42,00	36,00	36,00
	75	52,00	46,00	45,50
	95	68,00	64,00	61,20
	99	79,13	69,48	72,72

A tabela 5, os achados clínicos das profissões relativas às internações IPV's e IPI's foram feitas análise comparativa envolvendo as duas modalidades de internações. Verificou-se que a maior parte dos pacientes internados voluntariamente pertence a diversas profissões, não definidas 119 (47%). Em relação aos pacientes internados involuntariamente, a maior parte é de domésticas 32 (22,8%), considerando que as mulheres se internam involuntariamente mais que os homens. Agrupando-se as categorias dos pacientes sem profissão com as de outras profissões não definidas, encontraram-se 199(78,6%) voluntários e 52 (36,4%), na categoria de involuntários. O grande índice de desemprego e subemprego, desta clientela, evidentemente contribuindo, para o adoecimento psíquico. Em artigo do Jornal Brasileiro de Psiquiatria vol. 54 nº 3 (2005), cujo tema: Associação dos transtornos Mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho, realizado em Olinda-PE, por Ludemir e Melo Filho (2002, p. 199-200). Os índices de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em desempregados entre homens e mulheres chegaram a níveis de 35% desta clientela. A autora e colaboradores consideraram algumas características do processo de trabalho como instabilidade, insatisfação, baixa remuneração, estresse no ambiente de trabalho, pagamento por produtividade, controle rígido e autoritário dos indivíduos, podendo comprometer a

Saúde mental destes trabalhadores (SANTANA *et.al.*, 1997). Ludemir (2000) encontrou associação entre a informalidade das relações de trabalho e saúde mental das mulheres. No cálculo da amostra considerando um poder de 90% e um nível de significância 95% para detecção de uma prevalência de TMC, verificou que esta é 2,5 vezes maior nos trabalhadores informais, quando comparados aos formais.

TABELA 5 – Características das **profissões** dos pacientes (IPV') e (IPI's), Fortaleza-CE, 2007.

	Sem profissão (%)	Aposentado/ Pensionista (%)	Estudante (%)	Func. Público (%)	Doméstica (%)	Diversas Profissões (%)	Sem Registro (%)	Total
Voluntários	80 (31,6)	18 (7,1)	6 (2,4)	7(2,8)	22(8,7)	119(47,0)	1(0,4)	253
Involuntários	27(19,3)	22(15,7)	4(2,9)	6(4,3)	32(22,8)	25(17,9)	24(17,1)	140

A tabela 6, os responsáveis pelas (IPV's) e (IPI's), verificou-se que em sua maioria, o ato de internamente ocorre através dos familiares, tanto para a categoria de pacientes que se internam voluntariamente 93(76,3%), quanto para a categoria de pacientes internados involuntariamente 124(88,6%). Observou-se que os familiares ou responsáveis eram os principais condutores à internação dos pacientes, representando a maioria em ambas as situações, independente do tipo de internação: IPV's, correspondendo a 93 (76,3%) dos familiares e 124 (88,6%) das famílias dos IPI's.

O artigo de Bandeira e Barroso (2005) chamou atenção porque fala da sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos, onde ele comenta que a desinstitucionalização psiquiátrica, visa não só a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, como a criação de serviços comunitários de saúde mental tanto para o paciente como as famílias. O que constataram é que os serviços existentes apresentam dificuldade em fornecer um atendimento completo integrado e suficiente aos pacientes, contanto, que a falta de assistência efetiva e satisfatória, vai afetar diretamente as famílias. Também não foram desenvolvidos mecanismos de apoio necessários tanto para o paciente como para suas famílias na comunidade, sendo que os pacientes não estão sendo acompanhados adequadamente, resultando em altas taxas de recaídas.

TABELA 6 – Características dos pacientes **responsáveis** pelas IPV's e IPI's, Fortaleza-CE, 2007

Responsáveis	Familiar (%)	Desacomp. (%)	Amigo / Vizinho (%)	Aux. Enferm. HSMH (%)	Bombeiro (%)	Sem Registro (%)	TOTAL
Voluntários	193(76,3)	41(16,2)	9(3,6)	8(3,2)	0(0,0)	2(0,8)	253
Involuntários	124(88,6)	0(0,0)	3(2,1)	4(2,9)	4(2,9)	5(3,6)	140

AA tabela 7, o perfil sintomatológico usado como justificativa clínica para efetivar as IPV's, observa-se o destaque para o uso de álcool e drogas 70 (27,6%). O sofrimento psíquico é outro item relevante nesta clientela de (IPV's), correspondendo a 68 (26,9%) pacientes. A maior evidência ocorre em 40 (28,6%) pacientes comprometidos com a capacidade de julgamento, fator essencial para levar as IPI's. Quanto ao risco de vida, percebe-se a gravidade do estado psíquico, para ambas modalidades de internação, IPV's e IPI's, com 7 (2,8%) e 18 (12,9%), respectivamente.

O perfil sintomatológico usado como justificativa clínica para efetivar as IPV's, observou-se o destaque para o uso de álcool e drogas 70 (27,6%). O sofrimento psíquico é outro item relevante nesta clientela de IPV's correspondendo a 68 (26,9%) pacientes, ou seja, agrupando-se estas duas justificativas usadas, obteve-se a maioria dos pacientes internados voluntariamente 138 (54,5%). Na categoria dos pacientes das IPI's, ocorreu exatamente a alteração do juízo crítico, com maior evidência, apresentando 40 (28,6%) dos pacientes, que têm comprometido a capacidade de julgamento, considerado fator essencial para levar às IPI's. Quanto ao risco de vida, percebeu-se a gravidade do estado psíquico, para ambas as modalidades de internação, IPV's e IPI's, com 7 (2,8%) e 18 (12,9%), respectivamente, sendo sua grande maioria de solteiros, do sexo masculino, sem profissão definida, e ainda, relativamente jovens, tendo como explicação para este contingente o uso de álcool/ droga.

Muitos artigos têm sido escritos sobre Saúde Mental na atenção primária, um destes foi publicado na Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Vol.4 – intitulado - Avanço da Saúde Mental: Ética e Aplicabilidade de autoria de Brasil, M.A (2004), fazendo referência a promoção da Saúde Mental dentro da Política de Saúde

Mental do Ministério da Saúde (2004). O autor na época era Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria. Relata que as doenças mentais dentro desta política são de alta prevalência e baixa assistência, estando à população em geral comprometida em torno de 25%. Destes dados, 3% estariam relacionados aos Transtornos Mentais severos e persistentes; 6% Transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e drogas; 12% a população que necessita de atendimento contínuo ou eventual e 1,4% as epilepsias.

TABELA 7 – Características clínicas das justificativas relativas aos pacientes IPV's e IPI's, Fortaleza-CE, 2007.

Álcool / Droga (%)	Agressividade (%)	Delírios/ Alucinação (%)	Alteração Juízo (%)	Risco de vida (%)	quadro Psicótico (%)	Sofrimento Psíquico/ Outros (%)	Quer se tratar. (%)	Total
70(27,6)	26(10,3)	40(15,8)	0(0,0)	7(2,8)	32(12,6)	68(26,9)	10(4,0)	253
4 (2,9)	16(11,4)	24(17,1)	40(28,6)	18(12,9)	15(10,7)	23(16,4)	0(0,0)	140

A tabela 8 quanto ao diagnóstico, observa-se, que o fator mais relevante, no tocante às hospitalizações, refere-se ao agrupamento de transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas), correspondendo a maior parte 91(36,0%) dentre os IPV's e 27 (19,3%) para os IPI's. Segundo Cordeiro (2007), um estudo realizado em um serviço de Emergência Psiquiátrica de Santo André, em São Paulo, verificou-se que o uso de substâncias psicoativas aumentou consideravelmente os quadros esquizofreniformes, desencadeados pela droga. Os pacientes com este diagnóstico tiveram uma evolução desfavorável por outros fatores, relacionados com o caráter socioeconômico e cultural, múltiplas internações com períodos prolongados, podendo acarretar uma iatrogenia, além de um diagnóstico de esquizofrenia, que deixa estigma. As psicoses representam acima dos 50%, em ambas as categorias analisadas. As categorias relacionadas aos agrupamentos: F50 – F59, F80 – F89 e F90 – F98, não apresentaram internações. Outra categoria significativa, corresponde ao agrupamento das psicoses relativas à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes que equivale ao código da CID-10, como sendo F20- F29, representando a maioria 140 (55,3%) dentre os pacientes de IPV's e 88 (62,9%) na categoria de IPI's. Ou seja, as psicoses representam a maioria, em ambas às categorias analisadas.

Segundo Dalgalarrodo, Dantas e Benzato (2003) os diagnósticos encontrados foram: 10 (41,7%) relativos aos transtornos esquizofrênicos; cinco (20,8%) episódios maníacos no TAB; cinco (20,8%) depressões e quatro (16,7%), episódio depressivo grave com sintomas psicóticos; um TAB episódio (depressivo); dois (8,4%) transtornos psicorgânicos (um delirium; um, demência subcortical) uma (4,2%) síndrome de dependência alcoólica; um (4,2%) transtorno delirante crônico.

TABELA 8 – Características clínicas quanto ao diagnóstico relativo aos pacientes IPV's e IPI's, Fortaleza, Ceará, 2007

Diagnósticos CID10=	F00-F09 %	F10-F19 %	F20-F29 %	F30-F39 %	F40-F48 %	F60-F69 %	F70-F79 %	F99 %	Total
Voluntários	2(0,8)	91(36,0)	140(55,3)	14(5,5)	1(0,4)	1(0,4)	4(1,6)	0(0,0)	253
Involuntários	3(2,1)	27(19,3)	88(62,9)	18(12,9)	1(0,7)	0(0,0)	2(1,4)	1(0,7)	140

Numa obra publicada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), de Lima (2007), foi feito um estudo com aproximadamente 5.000 pessoas (cinco mil) (IPI's) comunicadas ao Ministério Público de São Paulo em 2007. A categoria diagnóstica álcool /drogas foi de (16,7%), enquanto que neste estudo, Fortaleza foi de (19,3%) (IPI's). Para a categoria diagnóstica Esquizofrenia e subtipos do código CID 10=F20-F29, encontrou-se em São Paulo (49,9%) e em Fortaleza o número de internações foi de 62,9%. Observou-se ainda, que só o diagnóstico da CID 10=F29, em São Paulo foi de (24,5%) e em Fortaleza foi de 39,2% (F29=psicoses não orgânicas não especificadas). Para a categoria diagnóstica esquizofrenia e subtipos, da CID10=F20, na pesquisa que se realizou, Fortaleza revelou um percentual de 23,7%, enquanto que em São Paulo esse percentual foi de 21,7% (IPI's).

Em pesquisa feita pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas e Psicotrópicos-CEBRID (2005), apontou que 12,3% da população eram dependentes de álcool, sendo 19,5% homens e 6,9% mulheres.

No Gráfico 8, verificou-se através dos achados clínicos, sobre a estimativa de altas das internações IPI's, que 45%, dos pacientes internados não tinham registros em prontuário, tendo sido na época, objeto de questionamento pelo Ministério Público. Outro dado significativo foi que um número superior a 65% teve estimativa de alta, de 15 a 30 dias.

Entende-se que hospitalizações com tempo de permanência prolongados, não são recomendáveis, pois a existência de serviços substitutivos, tais como: hospital-dia, CAPS, e ambulatórios atendem a maioria desta demanda, sem necessariamente, se afastarem por longo tempo, do ambiente familiar. A Lei 10.216 no art.4, §1º, visa como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio; portanto, quanto mais tempo permanecer ausente do seu habitat, mais desfavorável será a sua reinserção na comunidade.

Em um artigo de Souza, Souza e Caetano (2004), os autores levantaram a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas e o tempo médio de permanência. Observaram mudanças significativas entre pessoas quanto a tempo médio da internação (TMI) considerando o diagnóstico de cada internação, dependendo da patologia. O tempo de permanência foi de 30 a 40 dias em média, sendo que este período está dentro do previsto, sempre com supervisão dos médicos auditores do SUS. Constatou-se ainda, discrepância em relação aos estudos similares em diversas regiões do país.

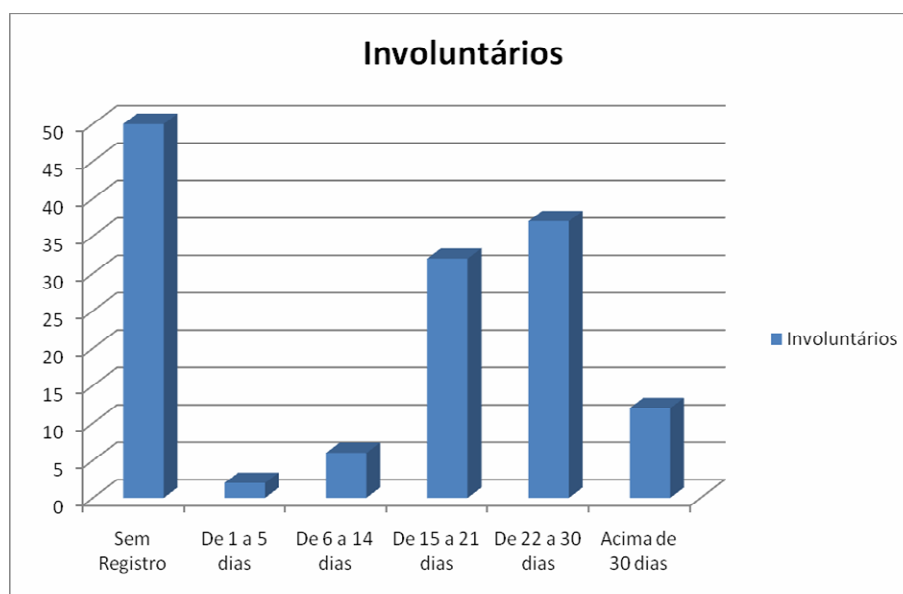


GRÁFICO 8 – Achados clínicos quanto a estimativas de alta dos pacientes das IPI's, em Fortaleza-CE, 2007

A tabela 9, relativa aos achados clínicos do motivo das IPI's, mostra que o comportamento agressivo dos pacientes e novos quadros de reagudizações ou surtos psicóticos, representam mais de 60% das internações involuntárias. Para os estados de desorientação e outros sintomas psicóticos, também teve um número bastante expressivo. Quanto ao risco de vida para si e terceiros, verificou-se que existe um número significativo, requerendo cuidados e vigilância. Em relação ao consumo de álcool e drogas, não há tanta demanda nas IPI's, sendo muito mais frequentes as internações desta categoria diagnóstica nas IPV's.

Estados de desorientação e outros sintomas psicóticos, também tiveram um número bastante expressivo para concretização das IPI's. É impossível manter em casa, um paciente com este comportamento, diante da situação de riscos e com exposição da família ao perigo. A importância que a equipe do CAPS passa a ter nestes eventos, é de um valor imensurável.

Diante da análise dos estados delirantes, estudados por: Dalgarrondo, Dantas e Benzato (2003), considerando um dos fenômenos intrigantes da psicopatologia, os referidos autores citam as conseqüências dos quadros delirantes e outras manifestações relevantes, levando em consideração os aspectos práticos a partir das conseqüências pessoais e sociais do delírio. O comportamento destes pacientes acompanhados de idéias delirantes com posturas bizarras, impulsos hetero e auto-agressivos, atitudes inconseqüentes e socialmente desviantes, geram além do estigma, muito sofrimento para os pacientes e familiares.

TABELA 9 – Características dos achados clínicos usados como motivos das (IPI's), Fortaleza-CE, 2007

Agressividade	52	(37%)
Reagudização/surto psicótico	36	(26,8%)
Desorientação/outros	30	(21,5%)
Risco/vida	12	(8,6%)
Álcool/droga	10	(7,1%)

O gráfico 9 refere-se ao número de internações que há discordância (IPI'S), considerando as funções mentais registradas na categoria de pacientes que se internaram involuntariamente. Mediante o sentido semântico, o destaque foi para a incapacidade de se autodeterminar e a falta de insight, com percentuais superiores a 70% e 50%, respectivamente, justificando-se as (IPI's). Ainda reportando-se a Lima (2007) em face do grande número de descritores distintos, o autor sugere que o preenchimento do “motivo da discordância por parte do paciente, seja feito de maneira mais fiel à narrativa do paciente, adquirindo, portanto, um caráter mais descritivo do que interpretativo”.

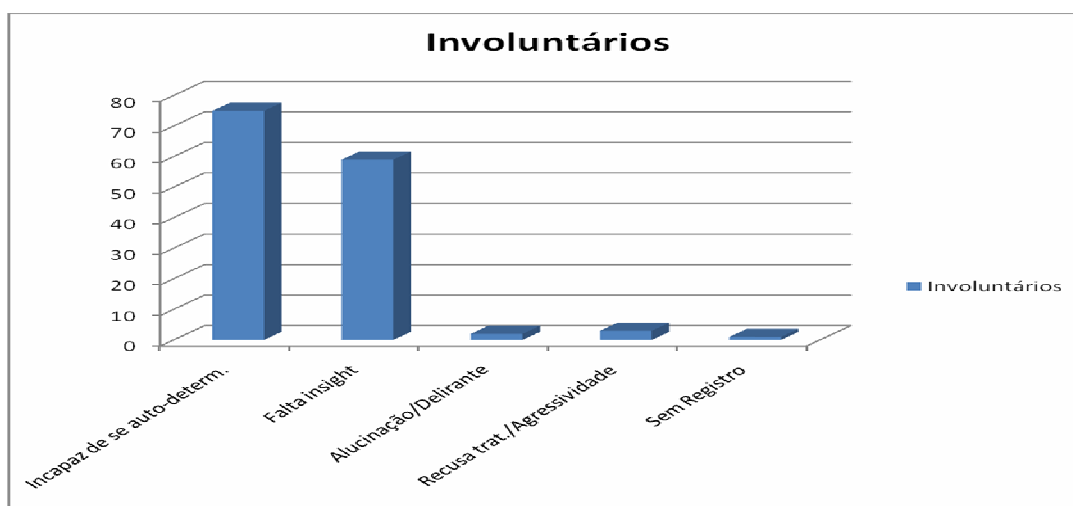
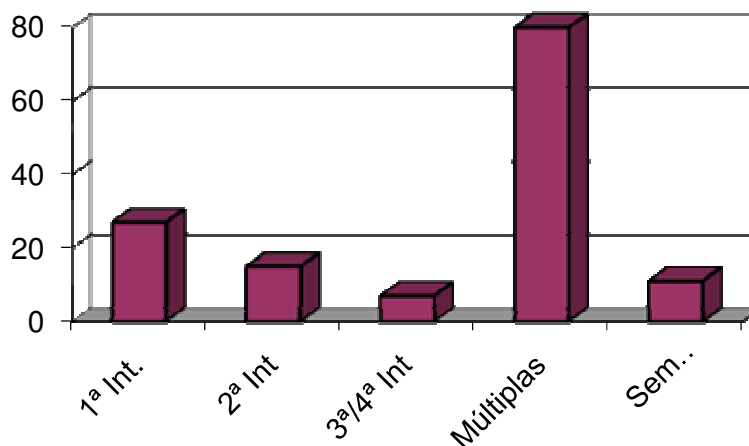


GRÁFICO 9 – Características dos achados clínicos por discordância, dos pacientes (IPI's), Fortaleza, 2007

Quanto ao gráfico 10, referente ao número de internações involuntárias (IPI's), podem ser observados que os dados clínicos tiveram uma grande reincidência de múltiplas internações de aproximadamente 80%. Para as internações de primeira vez, foram encontrados percentuais acima de 20%, o que revelou uma grande preocupação, devido a exagerada quantidade de internações involuntárias. Estes resultados servirão de parâmetros para se ter uma idéia de como estão acontecendo às ações de Saúde Mental, no que se referem às (IPI's). Isto se caracterizou como sendo uma assistência extra-hospitalar insuficiente, para atender a uma clientela que demanda por cuidados especiais.



Conforme Cordeiro (2007, p.71) os transtornos psicóticos são caracterizados pela presença de sintomas produzindo distúrbio da percepção da realidade, que na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) está compreendido entre F20 e F29. Acredita-se que no Brasil, de acordo com o autor, as psicoses não afetivas tenham prevalência de a 0,8% anualmente, ou seja, a cerca de 680.000 a 1.360.000, com transtornos psicóticos em adultos (esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos, esquizofreniforme, delirantes ou paranóides). Esse quadro representa 45% de internações psiquiátricas no período de um ano.

Em um estudo realizado num Serviço de Emergência em Santo Andre, São Paulo, entre os pacientes com quadros esquizofreniforme, só perdem para os portadores de substâncias psicoativas. O agrupamento para esquizofrenia, têm um prognóstico desfavorável, com recaídas até 50% no período de 5 anos a 10 anos, piora dos sintomas e freqüentes internações, ocorrendo geralmente reagudização num período de até 2 anos, com sintomatologia psicótica e incapacidade dentro de um contexto social.

5.2 Estudo dos casos clínicos: pacientes submetidos às IPI's, ampliados, a partir das informações dos familiares

CARACTERÍSTICAS DOS ESTADOS CLÍNICOS

Foram usados formulários com os pacientes envolvendo dados demográficos: sexo, idade, estado civil, religião escolaridade profissão e procedência, além dos dados clínicos: história clínica, antecedentes pessoais e familiares, exame do estado mental e diagnóstico. Com os familiares foram realizadas entrevistas envolvendo seus dados demográficos e sua visão sobre o estado de saúde mental de seu familiar internado involuntariamente.

1º CASO CLÍNICO

A história clínica dos pacientes seguiu o roteiro (APÊNDICE C e D) estabelecido para a entrevista com pacientes internados involuntariamente e seus familiares.

Dados demográficos

A paciente é do sexo feminino, idade 41 anos, solteira, instrução superior (Administração de Empresa) e natural de Fortaleza-Ce.

História clínica

Aos 19 anos, quando entrei na Faculdade de Administração da Unifor, no ano de 1984, tive um problema de saúde; minha mãe me levou a uma psiquiatra; não sei se era depressão. Fui medicada com Haldol, Lexipiride e Lexotan. Fiquei normal.

A paciente relatou ser muito tímida, sempre estudava com a irmã na mesma sala de aula, até o 3º ano do segundo grau. Ao enfrentar os colegas da faculdade, oriundos de colégios particulares renomados teve um “choque”. Sempre estudou na rede pública, e em colégio particular, sem expressão. Era mal alimentada, porque não dispunha de dinheiro para fazer lanche. Ao sair de casa, almoçava um ovo com arroz. O irmão que mantinha a família na época ficou desempregado. Acha que seu problema foi estresse, e má alimentação. Concluiu a

Faculdade de Administração, sem problema, porém sempre muito retraída. Quando estagiária, ganhava bem, e ainda emprestava dinheiro aos irmãos. Fazia economia do dinheiro que dava para pagar o ônibus e procurar emprego. Em 1995, engajou-se no movimento da Igreja. Participou do Shalon, nos grupos de oração e catequese, e trabalhou como secretária. Desistiu do emprego para servir a Deus.

Ele quer que eu seja religiosa, trabalho para Deus". Nunca quis se casar, embora tenha havido pretendentes. "Querem me manter aqui internada; o pior é a C., minha irmã, assistente social, só de nome". Aqui, tudo é ótimo. O hospital, as enfermeiras,...; mas todo mundo quer estar em sua casa.

Esteve mais três vezes internada, nos anos de 1996, 1997 e 1998. Desta última vez, quando saiu de alta, sua irmã que é enfermeira, lhe aplicava injeções quinzenais, de Piportil, (antipsicótico), dizendo ser vitamina. Ainda, tomou a medicação por alguns meses, depois de ler a bula entendeu que era para agitação psicomotora. A partir daí, passou a recusar, discordando que seja portadora de transtorno mental. Falou que o irmão mais velho não trabalhava e queria viver dependendo da mãe. Chamou-o de "vagabundo". Além do mais afirmou que os filhos dele, de oito e nove anos assistem filmes pornô. Não quer escolher uma religião para seus sobrinhos, nem forçar seu irmão a batizá-los.

O problema é este; eu o incomodo. Sou católica, praticante mesmo.

Diz ter 41 anos, e os irmãos insistem em interná-la. Chorando sem expressar emoção, lamenta não ter tido uma pessoa que tentasse evitar sua internação. Ameaça ir à polícia e denunciar o que estão fazendo com ela. Acha que é porque ao administrar o dinheiro da mãe e fazer a feira, é obrigada também a pagar a luz, água e telefone. Acusa o irmão e diz que só porque rezava muito, ele a chamava de "doida". Fala que o trabalho "é vida" e não acredita que tenha qualquer relação com seu problema. A justificativa de sua internação é uma questão familiar. Ao indagar se gostaria de deixar alguma mensagem, ela completa: "lutar sempre pela verdade e justiça, amar fielmente a Jesus, é minha maior alegria".

Sobre os antecedentes pessoais e familiares, afirma ser a penúltima filha de uma prole de sete irmãos, sendo quatro homens e três mulheres. Nasceu de parto normal, e com a história de que custou a nascer, conforme relato de sua mãe. Relata ser a 4ª internação. Nega estar doente, como também, nunca teve outras doenças graves. Há casos de transtorno mental, com primos legítimos.

Em relação ao exame do estado mental, observa-se que a paciente tem a aparência regularmente cuidada, possui vestes adequadas, é bem nutrida, tem postura tensa, consciência vígil, atenção espontânea, orientação auto e alo psíquica preservada. Apesar de estar internada há sete dias usando drogas antipsicóticas, apresenta pensamento de conteúdo delirante, místico, e idéias persecutórias: pensamento quanto à forma lentificado, com descarrilamento; juízo e crítica com alterações significativas; memória preservada; afetividade embotada; humor deprimido; com certo apragmatismo, congruente com a volição.

Quanto ao diagnóstico provável, verificou-se que inicialmente a paciente foi diagnosticada com Transtorno afetivo bipolar, não especificado da CID10=F31. 9. Após uma semana, o médico assistente levantou a hipótese do diagnóstico, como sendo Transtorno esquizoafetivo da CID 10=F 25.

Entrevista com familiar

A entrevista com a família apresentou os seguintes resultados: Trata-se de uma irmã mais jovem, idade 37 anos, casada, instrução superior (Assistente Social), natural de Fortaleza-CE.

Confirma que a paciente nasceu de parto normal, a termo, que a mãe havia falado que o parto dela foi difícil, ao ponto de ter que fazer até “promessa para uma Santa, colocando o nome na paciente da referida Santa”. Teve desenvolvimento neuropsicomotor dentro da normalidade. É a penúltima, de uma prole de sete filhos, sendo quatro homens e três mulheres. Ao nascer foi bem aceita pelos pais e irmãos e sempre tiveram um bom relacionamento. Dos 17 aos 18 anos, seus familiares perceberam que ela não estava bem, devido seu retraimento. Aos 19 anos, já na Universidade, a doença se manifestou, passando a apresentar delírios e alucinações: “Achava que alguém lhe colocava “macumba e sentia cheiros fortes”.

A mãe procurou na época tratamento com o psiquiatra que a tratou e ficou bem por algum período. Na casa da paciente, não tem quem cuide dela e nem da mãe, que está com doença de Alzheimer.

A informante relata que a paciente fica sem medicação, devido à dificuldade de alguém se responsabilizar pela administração do medicamento, como também a não adesão ao tratamento por parte da mesma por não se sentir doente. Outro fator considerável que a informante relata, é que ela e uma irmã que é enfermeira, são as duas únicas da família que têm um salário melhor, e com a obrigação de contribuir com as despesas da mãe. O pai falecido era uma pessoa muito controladora e tinha perdido tudo o que havia construído em jogo. Nesta crise atual, a paciente foi internada em um hospital privado, em caráter particular, tendo suas tias pago o tratamento que só tomaram conhecimento do seu estado de saúde nesta crise atual. Tem quase 20 anos do início da doença e a família ainda esconde o problema de saúde da paciente. Conforme a entrevistada, existem outros membros da família do pai (primos de primeiro grau), com a mesma patologia, dizendo tratar-se de esquizofrenia. Toda família se fecha, quando a mesma entra em crise. Vizinhos também não sabem o que se passa quando esta entra em crise. A paciente não tem fonte de renda, tinha o cartão da genitora para receber a pensão e usar nas despesas domésticas, mas estava era fazendo feiras e dando esmolas para estranhos. Deixou atrasar os compromissos de casa. Quando descobriram, já estava com o nome no SPC (Serviço de Proteção ao Crédito). Finalmente, é apresentada a mensagem da irmã da paciente:

Acredito que a Psiquiatria está à margem do avanço da saúde. O que fazer em termos de técnicas, ações, para incentivar o paciente, na importância do uso da medicação, para não interromper o tratamento?

Concluiu a fala relatando

que para interná-la foi muito traumatizante, devido resistência da paciente e ao se dirigir a emergência psiquiátrica, havia um clima de muita tensão em decorrência de outros pacientes agitados. Ao abordar uma enfermeira daquela instituição, solicitando que sua irmã fosse atendida, esta funcionária sem nenhum manejo confrontou a paciente que recusava atendimento, e lhe ameaçou de não medicá-la. Foi horrível.

Relembra o fato, com emoção e questiona porque só ela teve este triste destino.

2º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

A paciente é do sexo feminino, idade de 37 anos, branca, doméstica, casada, católica, 2º grau completo, e procedente de Fortaleza-CE.

História clínica

Há 15 anos teve um quadro depressivo, quando grávida do 1º filho. Foi internada um final de semana, no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM). Estava consciente e sabia que estava deprimida, tomou medicamento e logo se recuperou. No parto teve eclampsia, e ficou internada na UTI. Seu esposo levou o recém-nascido para a casa de sua genitora e permanecendo, até que a esposa recebesse alta hospitalar. Na 3ª e última gravidez, sentia muita ansiedade, medo e achava que estes sintomas eram normais de quem estava grávida. Teve o bebe, fez laqueadura de trompa, e com seis meses, teve depressão grave. Foi hospitalizada, ficou confusa e perdeu a consciência dizendo que era depressão puerperal. Após alta, foi acompanhada no ambulatório do HSMM, consultando-se a cada dois meses. Fez uso de antidepressivo (Pamelor) e foi deixando a medicação por ordem médica. Ficou durante sete anos assintomática. Relatou que desde o seu adoecimento pela primeira vez, tornou-se insegura.

Falou sobre o assassinato do pai, quando ainda era adolescente e nunca esqueceu. Emocionou-se e chorou ao relatar este fato que muito lhe marcou.

Pretendia se formar em Psicologia, mas com a morte do pai não teve mais condições. “Os sonhos para trás, desmoronaram”. Veio com sua mãe e irmãos morar em Fortaleza; trabalhava como costureira, ajudando a genitora na manutenção da casa. Conheceu um rapaz e logo se apaixonou e casou, mas o casamento foi uma frustração. Chorou muito, apesar de o companheiro ser uma boa pessoa. Sonhava com uma vida econômica estável, sem privações, com direito a lazer. No entanto, seu esposo escolhido era pobre, embora não faltava comida, mas sem condições de lazer, ou coisas do gênero.

Há dois anos, o esposo pegou uma infecção na medula óssea, e ficou paraplégico. Atualmente, está em uma cadeira de rodas, dependendo dos seus

cuidados, para assegurar sua sobrevivência. Os trabalhos domésticos redobram; o cansaço, o estresse e as dores nas costas surgiram, devido às mamas bastante volumosas, que lhe causam tristeza e desânimo. Com estas dificuldades passou a não dormir e se deprimir. Foi para a casa de uma tia para repousar; não obteve melhora, continuou deprimida. Dois irmãos evangélicos levaram-na para “rezar”, mas nada adiantou. Relatou ainda, ter se revoltado com pessoas, levantaram a hipótese de que sua doença era devida a “privação de uma vida sexual plena, já que seu marido estava impotente”. Tais crenças a irritaram profundamente, o estado mental se agravou e perdeu a consciência e sem capacidade de julgamento, fizeram o seu internamento.

Na terceira hospitalização, achou que seus familiares tinham razão para fazerem isto, pois era uma medida de proteção. Não queria ficar muito tempo internada, pois no hospital existiam pessoas doentes e com problemas maiores que os dela. No momento, apresentava-se em fase de remissão do estado psicótico, já que há cinco dias usava drogas antipsicóticas, com boa resposta terapêutica. Relata que se caso chegasse a desaparecer com o esposo, tinha certeza de que podia contar com sua tia e irmãos para cuidarem dos filhos.

A mensagem deixada pela paciente foi: “Os médicos têm alma, e os pacientes também têm, e que aqui, tem muita gente boa”. Sobre os antecedentes pessoais e familiares, afirmou ter nascido de parto normal, a termo, ser a primeira filha de uma prole de quatro, sendo: dois homens e duas mulheres. Trata-se da 3ª hospitalização em serviços psiquiátricos. Nega doença grave, diz ter-se frustrado muito, em não poder estudar psicologia. “Era meu grande sonho”. Relatou sobre a existência de uma tia legítima com transtorno depressivo.

Quanto ao exame do estado mental, verificou-se que a paciente apresentava aparência bem cuidada, com sobrepeso e exacerbação do volume das mamas, ansiosa, verborreica, consciência vígil, atenção voluntária presente, orientação tempo-espacial preservada, senso percepção levemente afetada, pensamento quanto à forma acelerado, discurso pressionado, conteúdo do pensamento com idéias deliróides, juízo crítico congruente no momento que reconhecia a necessidade de se tratar, memória preservada, afeto expansivo com labilidade do humor e com pragmatismo levemente adequado. O diagnóstico que

constava no prontuário inicialmente, foi de psicose não orgânica não especificada da CID 10 = F 29) e posteriormente, Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, com sintomas psicóticos da CID 10 = F 33.3.

Entrevista com familiar

A entrevista com o familiar confirmou alguns dados já relatados pela paciente, segundo dados a seguir.

Trata-se de uma tia da paciente, idade 59 anos, casada, costureira, 2º grau completo, natural de Pacajus-CE. Relata que a paciente nasceu de parto normal teve desenvolvimento neuropsicomotor sem anormalidade. É a filha mais velha de uma prole de quatro irmãos, sendo dois homens e duas mulheres. Ao nascer foi bem aceita pelos pais e tinham vida familiar estável. A tia falou que quando a paciente tinha entre 14 e 15 anos, tornou-se retraída, muito calma, mas a família não a percebeu com problemas psiquiátricos.

Há história de um tio portador de transtorno mental e uma tia na adolescência que teve depressão. Seus familiares vêm com muita preocupação seu problema de saúde, pois, desta vez, veio com os dois irmãos e a referida tia, no carro de um amigo, na ocasião que se encontrava muito confusa e perturbada. Disse que os vizinhos vêm com respeito seu estado de saúde e até colaboram. Somente depois de casada, apresentaram-se estes problemas psiquiátricos. A 1ª vez estava enfrentando uma grande crise financeira e na época ficou grávida. Foi cogitado pela família do marido, provocar aborto, tento em vista das privações que estavam passando, conforme sua tia, que esta proposta chocou a paciente e lhe causou muito aborrecimento. Estas mesmas pessoas levaram-na para uma macumbeira, agravando-se cada vez mais seu estado de saúde. Atribuíam aos familiares do esposo o motivo que desencadeou a 1ª crise. Foi a partir das pressões que a paciente começou a apresentar medo sem justa causa, insônia, ansiedade, agitação, e foi levada para o Hospital de Saúde Mental Messejana (HSMM). Teve uma 2ª crise no pós-parto do seu último filho. Durante a gravidez apresentava-se insegura e ansiosa. Após o nascimento do bebê, desencadeou um quadro psiquiátrico grave e foi novamente hospitalizada, no mesmo hospital que já havia sido internada na 1ª crise, onde permaneceu por duas semanas. Recebeu alta e ficou

bem de saúde por muitos anos, dando seguimento ao tratamento ambulatorial. A paciente não tem fonte de renda. A família vive com o ordenado do esposo, que ganha pouco mais de dois salários mínimos e está incapacitado para o trabalho. A paciente estava hospitalizada há mais de uma semana e estava se sentindo bem. A tia ia ser recebida pelo médico assistente e ia solicitar a alta da paciente, pois pretendia levá-la para sua casa, por acreditar que o ambiente na casa da paciente não era tranquilo, por ficar próximo da família do marido, que vivem muitos problemas e interferem na dinâmica do casal.

Ao concluir a entrevista, agradeceu ao tratamento dispensado a sua sobrinha e solicitou ajuda para acelerar o processo de alta hospitalar.

3º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

A paciente é do sexo feminino, idade de 57 anos, separada, instrução segundo grau completo, professora, católica, procedente de Caucaia- CE.

História clínica

A paciente acusou um vizinho dos fundos de sua casa de ter lhe ferido no tornozelo direito com um rodo. Relata que a agressão sofrida, foi porque ao estender roupas no muro que separa as duas casas, estava com um tijolo solto e caiu no quintal alheio. Disse ainda, que a mulher do vizinho lhe jogou um tijolo, mas não a atingiu; em seguida, foi o marido e a filha a lhe agredirem e a forçarem a entrar em sua própria casa. Falou ainda, que seu filho viu tudo, e nada fez. “Ele é um banana”.

A paciente pediu ajuda a uma conhecida, que chamou o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) e a levou para o hospital Frotinha, a fim de suturar a ferida que estava sangrando. Relatou que foi para o Hospital Psiquiátrico, levada por um irmão, uma irmã e um sobrinho, que temiam vingança. Queria ainda fazer um boletim de ocorrência (B.O), mas a família não deixou. Comentou sobre o seu sofrimento, depois que perdeu um filho há mais de um ano. “Ele era meus pés e minhas mãos”. Fora encontrado dentro de uma “cacimba”. Afirmou que foi um policial que o afogou, o qual havia dito que tratava de um suicídio. Disse ainda que o

policial deu quatro tiros dizendo que pensava ser um ladrão. “O mesmo estava tirando um ramallete de flores para presenteá-la, pois sempre quando voltava para casa, levava rosas”. A paciente relatou ainda que antes deste acontecimento já havia se internado inúmeras vezes, dizendo ter sido “resguardo quebrado” e que seu esposo costumava interná-la sempre que entrava em crise. Conta que o esposo a deixou com os dois filhos e foi para Belém. Informou que chegou a visitá-lo, e ainda, ficou três meses morando com ele, pois sentia muito sua falta, e pretendia se mudar para aquela cidade. Veio a Fortaleza, certa de voltar com os filhos, mas sua família não concordou, porque o esposo tornou-se alcoólatra. A paciente acha que a separação contribuiu para o agravamento de sua doença, pois gostava dele e nunca mais procurou ninguém. Está aposentada há cinco anos como professora do estado. Mora em casa própria, só com um filho doente e que vive deitado. Ela acha que depois da morte do irmão, ele ficou inutilizado e não aceita tratamento. Afirmou: “quem está doente é ele”. Fala que tem um ponto comercial na sua casa, mas está fechado. O filho deixou de estudar na 7ª série e não quer se tratar.

A paciente ao receber alta do hospital, não continuou o tratamento, em ambulatório ou CAPS. Pensa que está curada, recebe as receitas para comprar o Carbolitium (estabilizador do humor), mas abandona o tratamento. Refere-se que tomando a medicação, tem que realizar exame de sangue para aferir a dosagem de lítio (Litemia), recusa o procedimento e suspende o lítio sem recomendação médica, logo reagudizando o quadro psiquiátrico. Sobre o seu diagnóstico, relatou que tem Transtorno afetivo bipolar, mas não percebe nada. O fato de não dormir acha que não é doença, insiste em dizer que são os outros que ficam lhe internando sem necessidade. Sobre os antecedentes pessoais e familiares, relatou ter inúmeras hospitalizações. Nasceu de parto normal, com desenvolvimento neuropsicomotor dentro dos limites de normalidade. Trata-se a 5ª filha de uma prole de doze irmãos, sendo oito homens e quatro mulheres. Falou que tentou suicídio, tendo ficado em estado grave, chegando a ser hospitalizada.

Quanto ao exame do estado mental, estava com a aparência regularmente cuidada, os cabelos mal tratados, vestes adequadas, apresentava o estado geral debilitado, comportamento agitado, postura inadequada, logorreica, ansiosa, rebaixamento da consciência, prejuízo da atenção, encontra-se delirante e

com alucinações auditivas, desorientação auto e alo psíquica, pensamento quanto à forma acelerado, com fuga de idéias, discurso pressionado, conteúdo do pensamento, com crenças falsas e idéias deliróides de grandeza, juízo crítico comprometido, não reconhecendo o caráter irreal de suas crenças, memória de fixação prejudicada, afetividade expansiva, pragmatismo inadequado, estando congruente com o grau de afetação do estado mental.

Quanto ao Diagnóstico constava no prontuário, Transtorno afetivo bipolar, de acordo com a CID 10= F31.

Entrevista com familiar

É o irmão mais novo, idade de 45 anos, casado, profissão de radialista, 2º Grau completo, natural de Caucaia - CE.

A entrevista com o irmão da paciente traz algumas informações já relatadas por ela, embora alguma fala confusa e desencontrada, devido ao estado mental da paciente por ocasião da entrevista. Conforme relatou o mesmo a paciente teve a 1ª crise já adulta, em 1972, tendo no início novas crises esporadicamente, mas com o tempo foram surgindo e encurtando o espaço entre as recaídas e com os sintomas cada vez mais exacerbados e de difícil controle. Os familiares achavam que ela adoeceu devido grande frustração com a venda de um imóvel, que deu entrada na justiça e perdeu a causa, este motivo foi suficiente para entrar num quadro de depressão grave. Por várias vezes tentou suicídio, tendo colocado em uma das vezes, uma corda no pescoço, foi socorrida a tempo, embora tenha ficado em estado grave.

Quando nasceu, foi bem aceita pelos pais e irmãos, sem nenhuma distinção. Seus pais eram muito rígidos, teve uma educação dura e arcaica. A bisavó era portadora de Transtorno mental. Relatou o irmão, que na época que a paciente adoeceu, foi um desespero, havia uma mistura de credices, achavam que era espírito mau, procuram curandeiro, era um verdadeiro drama familiar. Procuraram ajuda de um especialista, que tratou a paciente por muito tempo, e com o esclarecimento deste profissional, passaram a entender a doença e a necessidade do tratamento. Relatou ainda, o irmão, que quando a paciente se agitava, não adiantava chamar o Corpo de Bombeiros ou SAMU, porque não chegavam há

tempo, porque a paciente fica agitada e destruía tudo em casa; subia até no telhado, incomodava a vizinhança, que não toleravam mais, quando a mesma estava em crise. Trata-se de um verdadeiro terror, só a família suporta porque não tem outro jeito. São os familiares que a conduzem até o Hospital: são os dois irmãos e o filho dela, para colocá-la no carro. Ele diz que a paciente tem uma força absurda, tornando-se muito difícil além de muito sofrimento viver este cenário. Relatou que a paciente é muito inteligente e facilmente desconfia das estratégias. “Sempre a leva para Emergência de Psiquiatria; já chegou a esperar por uma vaga, mais de quarenta e oito horas”. O irmão descreve o terror vivido nesta espera; fica protegendo-a para que a paciente não agrida os outros pacientes. Faz um relato dramático e pede providências e práticas mais humanizadas nestas emergências.

Quando a paciente está bem, vai até ao banco recebe sua aposentada como professora. Destaca o irmão que o assassinato do filho da paciente “foi muita covardia”. Disse ainda, que este filho cuidava da mãe, e administrava a medicação, postergando muitas crises. “A morte deste rapaz foi uma gota d’água na vida de todos nós”. Estão pensando em tirá-la juntamente com o filho de onde estão morando, pois ambos estão precisando de cuidados médicos especializados, devido à instabilidade do humor e a condição de desamparados como vivem longe dos demais familiares.

4º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

A paciente é do sexo feminino, idade 54 anos, casada, católica, funcionária pública, segundo grau completo, natural de Viçosa- CE.

História clínica

A paciente relatou ter feito um exame ginecológico e foi colhido material para biopsia. Ficou impressionada, temendo ter câncer ou AIDS, pois havia perdido uma tia de câncer há pouco tempo. Foi internada numa Unidade Mista de Saúde e tomou remédio para dormir. Quando acordou, sentiu uma pressão tipo “capacete”, fechando a cabeça. Relatou que os remédios eram para depressão, mas atingiu o

corpo, “todo meu corpo está manchado”. Mostrou as supostas lesões sem que se perceba. Trata-se da segunda hospitalização em serviço psiquiátrico. Esteve muito deprimida, há três meses, sendo consultada por um psiquiatra, que prescreveu ansiolítico (Lexfast) e antidepressivo. Não lembrou o nome do médico. Ao receber alta foi recomendada pelo profissional que a acompanhou em dar continuidade ao tratamento ambulatorial. Com dois meses, deixou de tomar a medicação e começou a queda do cabelo, ficou magricela. “Só pode ser câncer. Sei que evito pronunciar esta palavra”. Disse ainda ter falado para a mãe, que sua doença não era depressão e sim câncer; assim como a tia tinha morrido de câncer, ela também estava acometida desta doença e não tinha jeito. Relatou que sua família resolveu trazê-la, já que estava sem se alimentar, e não conseguia dormir e ficava muito agitada. Foi medicada no hospital que estava internada, com Haldol, (antipsicótico) Fenegan (antiparkinsoniano) e Fluoxetina (antidepressivo), conforme registro no prontuário. A paciente estava com alucinações, via vulto de uma mulher entrando no quarto, toda deformada, sem braços e não pisava no chão, ficou com medo e a pessoa desapareceu. Não lembra quem era esta mulher, continuava com “visões”. Hoje, viu um homem carregando duas vassouras, depois desapareceu. Raciocínio muito lento; não se lembra dos fatos e fica narrando uma estória sem nexo, caracterizado por um franco delírio. Estava na casa da mãe e a trouxeram porque não tomava iniciativa e estava muito doente. Não vivia bem com o marido, relata que nesta sua doença, ele esta mais ou menos presente. Disse que a internação foi necessária, porque os remédios não estavam servindo. Trabalhava no estado como datilógrafa; disse que sua doença não tem nenhuma relação com o trabalho. Indagada se gostaria de deixar alguma mensagem, disse: “o pior cego é aquele que não quer enxergar”.

Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, o relato foi de que desconhece as condições de nascimento. Trata-se da 2ª hospitalização para tratamento psiquiátrico. Nega outras doenças, mas acha que está com câncer, pois diz ter perdido uma tia e mais três pessoas da família com a mesma doença. Dizia não existir Transtorno mental na família. A paciente encontrava-se confusa, delirante, muito preocupada e com idéia fixa de câncer.

Sobre o exame do estado mental, observa-se que a paciente encontra-se com a aparência descuidada, logorreica, mostra-se ansiosa, agitada, desorientada parcialmente, humor lábil, com confusão mental, além de delirante e com alucinações visuais. Quanto ao pensamento é de conteúdo niilista e de grave comprometimento do juízo de realidade e insight prejudicado.

Referente ao registro no prontuário constava como sendo diagnóstico da CID 10=F 29+F 33? (Psicose não orgânica não especificada+ Transtorno depressivo recorrente?).

Conferindo os registros no prontuário havia anotado, que a paciente veio com o filho e uma amiga do trabalho para ser internada, e que a amiga havia informado, que a paciente tinha um relacionamento extraconjugal, tendo rompido concomitante com a suspeita de câncer em dezembro passado. Estes eventos desencadearam uma depressão profunda, faltando ao trabalho e recusando alimentação.

Entrevista com o familiar

O filho da paciente combinou por telefone ser entrevistado e não compareceu ao local acertado.

5º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

O paciente é do sexo masculino, idade 30 anos, é solteiro, estudante universitário, procedente de Fortaleza-CE.

História clínica

Relatou que estava hospitalizado porque seu pai lhe internou a força bruta, depois de lhe provocar e xingá-lo muito até tirá-lo do sério. Disse ainda, que ao perder o controle, foi levado para o hospital, com ajuda do Corpo de Bombeiros. Sua fala é de que em casa não tinha tranquilidade.

Seu genitor ficava lhe perturbando e a mãe não fazia nada, pois sempre foi muito submissa, e quem estabelecia as regras, era o pai. Não conseguia estudar, parou o curso universitário, porque não tinha condições, naquele ambiente perturbado de casa. O paciente havia recebido alta há seis dias, e já estava ali novamente. No prontuário, constava como motivo da (IPI) que o pai havia falado que o paciente estava com impulsos piromaníacos e muito agressivo em casa, destruindo os objetos domésticos, fato este, negado pelo paciente. Relatou o paciente que existia um clima muito tenso em casa, porque seu genitor é um militar extremamente autoritário, e acrescentou que até sua irmã mais nova tinha fugido de casa, porque não suportou o ambiente, levantando a hipótese de assédio sexual por parte do pai.

Por recomendação da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, a CRIPI, deveria averiguar o que ocorria com o paciente, diante das constantes hospitalizações Involuntárias, no mesmo estabelecimento hospitalar e de forma truculenta como eram conduzidas.

A direção do estabelecimento de saúde preocupada com a situação enviava relatórios constantes ao Ministério Público. A titular da Promotoria de Justiça em Defesa da Saúde Pública, aguardava o parecer da CRIPI. Quanto à revisão da internação involuntária, foi realizada pela comissão e entregue parecer a Excelentíssima Sra. Promotora de Justiça, sugerindo que fosse convocado para audiência, o paciente, seus pais, a Direção do Hospital, e a CRIPI, e assim foi cumprido a recomendação.

O paciente relatou que ao receber a alta do hospital, não aderiu ao tratamento e desconhecia os serviços substitutivos, como: CAPS, ambulatórios etc. Não lembrou que tinha sido recomendado pelo hospital na internação anterior procurar o CAPS, fato este presenciado pela CRIPI, de todo um trabalho da equipe daquela instituição de saúde, no sentido do mesmo continuar o tratamento em regime extra hospitalar.

Sobre os antecedentes pessoais e familiares, foi relatado que o paciente apresentava inúmeras internações em serviços psiquiátricos, sempre conduzido pelo Corpo de Bombeiros e o pai. Desconhece as condições de nascimento. Filho de

uma prole de três irmãos, sendo o 2º filho e o único homem, tendo mais duas irmãs, sendo que a mais nova fugiu de casa ainda na adolescência. Diz que fazia faculdade, mas abandonou, pois o clima conflituoso de casa não lhe dava condições de estudar. Negou que estivesse doente. A direção do hospital, havia comunicado com freqüência ao Ministério Público das constantes altas e a família não comparecia ao hospital para levá-lo de alta, sem apoio da família, caracterizava negligência familiar. Negou outros casos de Transtorno mental na família.

Em relação ao exame do estado mental, observou-se que o paciente apresentava-se com vestes adequadas, muito branco e com aspecto de quem não recebe sol, possuía face seborréica, discurso reticente, pensamentos lentificados, com pobreza ideativa, desconfiado, embotado afetivamente, com juízo de realidade comprometido e insight prejudicado. A mensagem do paciente foi: “Vocês não fazem nada, fica tudo na mesma, eu não fiz nada e ele me internou novamente”.

Quanto ao diagnóstico, estava registrado no prontuário, CID 10=F29 (Psicose não orgânica não especificada) Posteriormente, foi dado pelo médico assistente, o diagnóstico de Esquizofrenia, da CID 10 =F20.

Entrevista com familiar

Estabeleceu-se contato por telefone com a genitora do paciente e solicitou-se que fosse realizada a entrevista em sua residência, onde foi explicitada a intenção da entrevista. A mãe do paciente se recusou em receber a entrevistadora, alegando uma reforma que estava fazendo em casa e que seu marido estava doente. Mas, concordou em comparecer na sede da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, conforme conveniência. A mãe não cumpriu o combinado. O filho compareceu sozinho. Mostrava-se cooperativo e interessado em ser entrevistado. Depois de ser esclarecido sobre o objetivo da entrevista, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, tendo revelado o que já tinha colocado anteriormente.

6º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, solteiro, católico, cursando o segundo ano do ensino médio, sem renda própria, natural de Fortaleza-CE.

História clínica

O paciente relatou que teve uma crise, e desconheceu sua mãe, chegando até a agredi-la fisicamente, “porque estava fora de si”. Foi internado com a ajuda da segurança de uma lanchonete, mas às vezes era conduzido pelo Corpo de Bombeiros. Relatou que passou da hora de nascer, e teve falta de oxigenação ficando com problema de saúde, mesmo com tratamento desde que nasceu. Disse ainda, que estava com dificuldade de relacionamento em casa com a irmã, porque ela era muito rebelde com sua mãe. Só moravam os três, mas existia um clima muito tenso entre eles. Sentia-se melhor com a genitora do que com a irmã. “Gosto muito de minha mãe”. Faz tratamento em um Hospital-Dia, e gosta muito do atendimento. Sabe que toma Melleril, Risperidona, (antipsicóticos), Rivotril, (ansiolítico e anticonvulsivante) Fluoxetina (antidepressivo) e Biperideno (antiparkinsoniano). Fazendo atividades de pintura; fez alguns quadros e levou para casa, para *enfeita a parede*. Às vezes se irritava com facilidade, mas consegue se controlar. Revelou que os problemas de sua casa causam-lhe descontrolado, pois sua irmã tinha “ciúme”, porque a mãe lhe dava mais atenção, do que a ela. Reconheceu que às vezes precisava se internar, porque ficava muito agressivo e agitado, não lembrando depois, o que tinha acontecido. Morava próximo ao hospital-dia, indo sozinho para cumprir com as orientações da equipe terapêutica. Discorreu sobre o funcionamento do serviço e das atividades recreativas; acrescentou que estava se submetendo a dieta alimentar por orientação da nutricionista. À noite ia para o colégio, onde cursava o ensino médio, ia com mãe que também estudava com ele, mas como ouvinte só para acompanhá-lo.

Sobre os antecedentes pessoais e familiares, afirmou ter sido inúmeras vezes internado. É o segundo filho de uma prole de três irmãos, sendo duas mulheres: uma mais velha, que já está casada, e a outra mais nova, de sete anos. Conheceu seu pai, que mora no Piauí, mas não mantém nenhum contato com ele. Referiu ter psoríase, desencadeado por problemas emocionais e faz acompanhamento por dermatologista.

Em relação ao exame do estado mental apresentava-se com boa aparência, bem cuidado, ótimo estado de apresentação, discurso espontâneo, com orientação auto e alo psíquica preservada, atitude de cooperação, humor levemente

deprimido, pensamento lentificado, e quanto ao conteúdo do pensamento, mostrava-se empobrecido, com linguagem levemente disártrica, com o juízo de realidade comprometido, atenção preservada, cognição prejudicada, julgamento afetado, e quanto ao nível de insight, reconhecia que tinha uma doença e necessitava de tratamento.

Quanto ao diagnóstico, constava no prontuário Retardo mental não especificado da CID 10 = F79.

Entrevista com familiar

O familiar do paciente é do sexo feminino, representado pela mãe, que relatou alguns resultados já revelados pelo paciente. Possui 54 anos de idade é aposentada, separada, católica, instrução 2º grau, natural de Itapipoca-Ce. Disse que seu filho nasceu com problemas, devido ao sofrimento fetal. Faltou oxigênio, por ocasião do nascimento, causando-lhe Disfunção Cerebral e teve que ficar dois meses na incubadora. Nasceu com complicação perinatal, teve sofrimento fetal e ficou com seqüelas. Teve deficiência no seu desenvolvimento neuropsicomotor, com o comportamento agressivo, e com impulsos destrutivos. Algumas vezes chegou a agredi-la fisicamente. Quando nasceu foi bem aceito pelos pais, mas quando ainda pequeno, seu marido lhe deixou por uma empregada de sua lanchonete. A mãe do paciente enfrentava sérios problemas em casa. “Tenho medo que meu filho me mate. Ele tem muita força; quando se descontrola, não se lembra do ocorrido; depois me pede desculpas”. Quando acontecem estes episódios agressivos, leva-o para interná-lo em um hospital próximo de sua residência. “Cuido tanto dele, que vou visitá-lo três vezes durante o dia”. Sua presença constante na instituição interfere no modo como está sendo tratado, causando incomodo aos funcionários. Relatou viver em função filho. “Amo muito meu filho, é um direito que eu tenho. Cuido da higiene dele, porque as enfermeiras não têm competência para cuidar dele”. Um dia chegou ao hospital para visitar o filho e o mesmo havia recebido alta; a enfermeira de plantão falou que podia levá-lo para casa e continuar tratamento no hospital-dia. Disse ter resistido à decisão do hospital pela alta naquele dia, porque sua filha de 18 anos não queria que o irmão fosse para casa. Houve uma decisão da equipe para que a mãe levasse o paciente para casa, caso contrário a direção do hospital chamaria a polícia, tendo assim procedido. Diante da confusão, um médico da

instituição, contornou o conflito e suspendeu sua alta, ficando acordado que no dia seguinte o paciente sairia de alta. O clima em casa é péssimo, a irmã mais nova não se entende com a mãe, nem com o irmão. Já chegou até ameaçar deixar a mãe dormir na rua, e não abrir a porta. Foi preciso chamar a polícia. O paciente não tem renda própria vive da aposentadoria da mãe.

7º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

A paciente é do sexo feminino, idade 21 anos, solteira, analfabeta, natural de São Luis do Curu-CE.

História clínica

A paciente relatou ter “gastura” na cabeça, desde criança. Tornou-se agressiva e quando atingiu a maioridade, teve que se internar, porque agredia as pessoas: “Dá vontade de bater”. Tem apresentado impulsos agressivos e quebrado objetos em casa. Antes era agressiva, mas seus familiares não lhe internavam. Procuravam segurá-la em casa, com medicação. Tomava Tegretol e Gardenal Frizium (anticonvulsivantes e ansiolítico), mesmo assim, tinha convulsão. Desconhece o que se passa e perde o controle. Quando criança tratava-se com neurologista, mas nunca conseguiu controlar as convulsões. Apresenta uma grave deformação congênita no rosto, olho esquerdo, e também, com localização ectópica do globo ocular, próximo a região frontal, devido ao hemangioma. Trata-se de uma lesão descamativa que se alastrou em toda a face e com áreas de crostas lembrando queimadura. Não tem visão no olho esquerdo. Reconhece que agride as pessoas e se *sente orgulhosa* em dizer que é agressiva batendo no seu próprio peito. Acha que foi necessário se internar, mas não gosta do hospital.

Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, relatou outras hospitalizações, é a caçula de uma prole de sete filhos. Consultando-se os dados do prontuário, encontrou-se o resultado da ressonância magnética correspondente a hemangioma temporo-parieto-occipital esquerdo e substância cinzenta heterotópica margeando os cornos occipital e temporal do ventrículo lateral adjacente.

Em relação ao exame do estado mental, apresentava-se regularmente cuidada, com aparência que causava estranheza, devido ao hemangioma no rosto e com péssimo aspecto do ponto de vista estético. É desorientada parcialmente, muito hostil, agressiva, com pobreza ideativa, monossilábica e confusão mental, comprometendo o sensório, percepção e juízo de realidade.

Quanto ao diagnóstico, constava no prontuário como sendo Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado+Epilepsia da CID10= F09+G40.

Entrevista com familiar

O familiar da paciente é sua irmã, idade 33 anos, solteira, 6º ano do ensino fundamental, procedente de São Luiz do Curu-CE. Alguns resultados sobre a paciente, já foram anotados, a partir do registro no prontuário. Última filha, de uma prole de sete irmãos, sendo quatro mulheres e três homens. A mãe havia se submetido à laqueadura de trompa há dose anos, tendo engravidado da paciente, que nasceu com má formação congênita. A irmã informou que a paciente nasceu de parto cesariano, com hemangioma na face e “enraizado no cérebro”. Sua genitora havia feito laqueadura de trompas há 12 anos, tendo engravidado novamente. A paciente foi bem aceita por todos ao nascer, embora tivesse grave deformação no rosto. Portadora de epilepsia desde o nascimento, sempre tratada por especialista que prescrevia anticonvulsivante. Apresentou convulsão, logo após o nascimento. Foi tratada por neurologista, que prescreveu Gardenal (anticonvulsivante), aumentando a medicação, à medida que ia crescendo. A família lamenta o estado dela e sofre muito com sua doença. “Todos nós da família apanhamos muito, evitando interná-la. Só quando a agressividade toma grandes proporções, e as agressões nos causam até lesões corporais, é que a internamos”. Está aposentada pelo INSS. Conforme a irmã, o dinheiro que a mãe recebe da aposentadoria da paciente, não dá para cobrir suas despesas. Gasta toda a aposentadoria com remédio e ainda precisa da ajuda dos irmãos. Quando sai de alta dos hospitais, é encaminhada ao CAPS da região, mas ela não aceita ser consultada, mesmo estando calma, relatou ainda que não existe psicóloga na localidade. Os vizinhos a chamam de monstro e bicho; na rua, as pessoas reagem batendo nela.

8º CASO CLÍNICO

Dados demográficos

O paciente é do sexo masculino, idade 30 anos, separado, analfabeto, procedente de Itapebussu, Município de Maranguape-CE.

História clínica

O paciente não sabe o porquê de estar no hospital, sabe que não estava bem. Sentia dores de cabeça e de dente. Mostrava um edema e lesão no dedo anelar, devido a um anel apertado que causou uma inflamação e teve que ser retirado com uma serra. Esta providência foi tomada no próprio hospital, para evitar necrose. Tinha 21 anos de idade, quando se separou da mulher. Ela o abandonou, levando seus três filhos. Disse ainda, que bebia muita cachaça, saía para jogar futebol e tinha muitos problemas. Construiu uma casa no quintal do sogro. Trabalhava na roça para sustentar a família. Acha que “adoeceu porque a mulher e a sogra lhe botaram macumba”. Teve problemas de visão, mas se recuperou, dizendo ter feito uma promessa para São Francisco de Canindé e Santa Luzia, tendo voltado a enxergar. Juntou-se aos 17 anos com a neta do seu padrasto. “Ele era um pai para mim”. Quando o padrasto foi morar com sua mãe, ele tinha três anos. O paciente está morando atualmente, com a mãe, dizendo que “ela está apanhando feijão no seu roçado”, já que ele se encontrava internado. Tratava-se no CAPS de Maranguape, mas faltou o medicamento, e não teve dinheiro para comprar. Tomava Haldol, Amplitil e Fenergan (antipsicóticos e antiparkinsoniano). Ficou sem dormir pela falta do medicamento, tendo adoecido novamente.

Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, afirmou que se tratava da quarta internação e que estava separado da mulher há três anos, tendo voltado a morar com a mãe. Desconhecia as condições de nascimento. O paciente estava confuso e com o curso do pensamento comprometido, não conseguindo fornecer outros dados com precisão.

Sobre o exame do estado mental, observou-se que o paciente apresentava-se mal cuidado, higiene precária, descuidado, desorganizado, aparência relaxada, vestes inadequadas, desorientado globalmente, atitude não

cooperativa, pensamento desagregado, capacidade de julgamento prejudicado, delirante e com alucinações auditivas, pobreza ideativa, afeto plano, humor deprimido, com grave comprometimento do juízo de realidade e Insight prejudicado.

Em relação ao Diagnóstico, constava no prontuário, como sendo psicose não orgânica não especificada da CID 10= F 29, também história de alcoolismo, confirmado pela família CID10=F10.

Entrevista com familiar

O familiar é uma irmã mais velha, idade 24 anos, solteira, doméstica, cursou até a quinta série do Ensino Fundamental, natural de Itapebussu e procedente de Maranguape-CE. Devido o estado confusional do paciente com quadro delirante e dissociação de idéias, foram utilizadas as informações do familiar do paciente.

A irmã do paciente informou que este nasceu de parto normal, teve desenvolvimento neuropsicomotor dentro dos limites de normalidade. Há quatro anos adoeceu, desde a separação da mulher. Quando visitava os filhos era maltratado pela ex-mulher, que mandava prendê-lo. Sempre foi muito apegado aos filhos e com a separação, ela foi embora levando as crianças. Pertence a uma prole de seis filhos, sendo três homens e três mulheres. Quando nasceu, foi bem aceito por todos. Diz que não existem casos de transtorno mental na família. A mãe do paciente se preocupa porque ele toma remédio e vai beber. Para interná-lo, precisou levá-lo enganado, sem saber para onde ia. É bem tratado e respeitado por todos, inclusive pelos vizinhos. Não tem fonte de renda. Não trabalha há quatro anos, andando a esmo quando está em crise, agride até as pessoas de casa. “Estava armado com uma faca, tiveram que pedir ajuda da polícia, para levá-lo para o hospital”. Diz que aceita o tratamento no CAPS de Maranguape, mas às vezes faltava o medicamento e não podiam comprar. A mensagem da irmã foi um apelo para que “não falte a medicação, porque quando ele adoece é um verdadeiro desespero; isto já aconteceu outras vezes”.

9º CASO CLÍNICO

Dados Demográficos

O paciente é do sexo masculino, idade 27 anos, solteiro, concluiu o ensino fundamental, procedente de Fortaleza-Ce.

Historia clínica

O paciente acusa sua genitora de provocá-lo, perturbando-lhe e dizendo que vai interná-lo. Agride a mãe e diz que ela “quer se livrar dele”. O paciente negou ameaças e agressões dirigidas à mãe, fazendo a seguinte citação: “Ela está com medo de mim”. Há sete anos deixou de ser usuário de drogas. Há quatro anos sofreu traumatismo crânio encefálico (TCE). Desde então, não mais teve equilíbrio emocional. Está internado devido à agressividade, recusa o tratamento, pois diz não estar doente. Sempre que recebe alta, é recomendado a dar prosseguimento ao tratamento, no Hospital Dia, mas acha que não está precisando, banaliza a importância do tratamento, naquele serviço. Assegura que iria procurar o CAPS da Regional VI, logo que recebesse alta. Conversou-se com o médico assistente, que informou ter convocado à mãe do paciente para maiores esclarecimentos sobre o estado de saúde dele. O médico relatou o medo que a mãe estava vivendo por ter sido ameaçada de morte. Também relatou que certa vez o filho deixou o fogão aceso, correndo risco de acidente. Quando indagado se havia deixado o fogão aceso em casa, ele confirmou que tinha se esquecido. Perguntou-se se queria deixar uma mensagem, e então afirmou: “Quem tiver problema que cuide e se trate; não é bom viver internado”.

Sobre os antecedentes pessoais e familiares, relatou inúmeras hospitalizações. Nasceu de parto normal, teve desenvolvimento neuropsicomotor dentro da normalidade. É o 2º filho de uma prole de quatro, sendo uma mulher mais velha e os dois homens mais jovens. Fez uso de maconha na adolescência e nega que a droga tenha contribuído para o surgimento da psicose. Trabalhou e estudou levava uma vida normal. Não teve contato com o pai e tem sérios conflitos com a mãe.

Quanto ao exame do estado atual, observou-se que estava bem cuidado, com um riso sarcástico, com orientação auto e alo psíquica preservada, pensamento de

conteúdo empobrecido, negativista, atitude de cooperação, humor eutímico, afeto embotado, distante, esquivo, desconhecendo sua morbidez, com senso percepção afetada, e grave comprometimento do juízo de realidade, além do insight prejudicado.

Em relação ao diagnóstico inicial registrado no prontuário, foi de Psicose não orgânica, não especificada, da CID 10=F29, tendo posteriormente o médico assistente, diagnosticado de Esquizofrenia, conforme a CID10=F20.

Entrevista com familiar

O familiar do paciente é representado pela mãe, idade 49 anos, separada, alfabetizada, doméstica, procedente de Fortaleza-Ce. Várias informações foram dadas pelo paciente, omitindo algumas relacionadas à agressão dirigida à mãe.

A mãe relatou que seu filho nasceu de parto normal, teve desenvolvimento neuropsicomotor, dentro dos limites de normalidade. Foi bem aceito pela mãe, mas o pai nunca deu assistência ao filho. Ela trabalhava como doméstica para criar os quatro filhos. Destacou que seu filho levava uma vida normal: estudava, trabalhava como metalúrgico e ganhava bem. Há sete anos usou maconha, embora já tivesse deixado. Foi espancado por um vizinho, dono de um comércio, onde o paciente comprava fiado. Ficou traumatizado com este fato. Disse que o paciente se tornou agressivo, estranho e perturbado, teve que chamar o corpo de bombeiro para interná-lo. Disse que um dia foi agredida fisicamente quando o paciente estava em crise. Abandonou a casa, temendo novas agressões, devido às constantes ameaças de morte. Só vai a casa levar comida do paciente, mas com muito medo. Os vizinhos têm receio das agressões do paciente, tem uma senhora que mora ao lado e está vendendo a casa, porque não confia nas reações do mesmo. O paciente não quer conversar com ninguém da família. Seus irmãos já são independentes e moram em suas casas, sendo que o mesmo fica sozinho em casa. Conforme a genitora, esta tem uma filha que mora na Itália e lhe ajuda muito. Vai mandá-la a passagem para que a mesma possa passar uns meses com ela, enquanto os outros filhos vão cuidar do irmão que se encontra hospitalizado. A mensagem deixada pela mãe do paciente foi: “Não agüento mais tanto sofrimento”. Nega Transtorno mental na família.

10º Caso Clínico

Dados demográficos

O paciente do sexo masculino, 74 anos, solteiro, aposentado, analfabeto, natural de Maracanaú-CE.

História clínica

O paciente não soube precisar a data nem o local do internamento. Desconhece o motivo que o trouxe aquele lugar. Negou ingestão de bebidas alcoólicas, mas diz que quando moço com freqüência se hospitalizava no Hospital de Saúde Mental de Messejana. (HSMM). Desconhece o motivo das internações, mas sempre era levado pelos familiares que lhe hospitalizavam. Quando saía de alta, levava medicação e tomava até terminar, mas não desse continuidade ao tratamento recomendado.

O paciente diz ter tido três mulheres, sendo sempre abandonado pelas companheiras. Afirmou desconhecer a razão das separações. Teve muitos filhos dos relacionamentos; embora não soubesse precisar a quantidade. Tentando lembrar-se da 1ª mulher, achou que foram criados seis filhos. Ela foi embora; não sabe o porquê. Desconhece seu paradeiro e dos filhos. “Eles estão por aí”. Quando indagado sobre a segunda família, não tem certeza sobre a quantidade de filhos; acha que foram três. Sempre denotou muita confusão e com uma linguagem de difícil compreensão. Com a última companheira diz apenas que ela foi embora. Totalmente desorientado, desconhece as razões de está no momento ali internado; não sabe descrever sobre o local onde está. “Disseram que era pra tomar remédio e estava com enxaqueca na cabeça”. Relatou nunca ter bebido cachaça, pois seu pai não deixava. “Só era pra trabalhar na roça” e por isso não estudou nada. Disse que naquela época “não tinha estudo”. Trabalhou na Prefeitura de seu município, e estava aposentado. Não tinha clareza desta afirmação, pois diz “quando chegava do trabalho lhe perturbavam”. Tinha uma casa que estava em reforma; seu filho dividiu-a ao meio e reformou a parte dele. Enquanto não tiver condições de morar, vai dormir na casa do filho. Acha que foi internado, porque a família queria e dizia que “ele estava doido, mas não era verdade”.

Sobre os Antecedentes pessoais e familiares, mostrou-se confuso e com as informações desencontradas, pelo estado avançado de demência. Teve várias internações psiquiátricas quando jovem. Desconhece as condições de nascimento. É analfabeto, e vivia pra trabalhar na roça. Não soube dizer quantos irmãos tinha, ao todo. É aposentado e quem recebe o dinheiro é sua nora; diz que ela fica com o dinheiro. Deixou a seguinte mensagem: “porque as pessoas estavam lhe aperreando quando chegava do trabalho, limpando mato, fico doido só saindo de casa”.

Em relação ao exame do estado mental, observou-se uma aparência descuidada, marcha lenta, desnutrido, vestes em desalinho, postura relaxada, gestos inexpressivos, fâcies envelhecidas, movimentos lentificados, perplexo, atitude defensiva, humor deprimido, afeto congruente com o humor, fala disártrico, percepção afetada com delírios persecutórios, desrealização e confabulação, pensamento de conteúdo delirante e quanto a forma, ilógico, aleatório, consciência turva, desorientação auto e alopsíquica, comprometimento da memória remota, com lapsos de memória recente, perda da concentração, rebaixamento da inteligência, com a ausência de escolaridade, insight prejudicado, sem nenhuma compreensão do que se passava ao seu redor, com quadro avançado de demência.

Quanto ao diagnóstico, dos dados registrados no prontuário, constava de Demência não especificada + Transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de álcool, da CID 10= F03+F10.

Entrevista com familiar

Como familiar do paciente, esteve presente um filho de 39 anos, casado, alfabetizado, procedente de Maracanaú-CE. Seu filho veio acompanhado da esposa. Relataram que há dois anos o paciente não ingeria bebidas alcoólicas. Quando jovem internava-se com frequência no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), por problema de alcoolismo. Sempre teve uma vida afetiva irregular. Viveu junto por três vezes, porém sempre abandonado pelas companheiras, devido à sua bebida desregrada. Passou 15 dias fora de casa perambulando pelas ruas, quando foi encontrado pela irmã. Apresentava-se bastante desnutrido, com higiene precária, tirando a roupa e sem dormir. Tornou-se violento, recusando alimentação e muito agressivo. Quando os filhos procuravam acolhê-lo e cuidar das péssimas condições

apresentadas, dizia que estavam querendo matá-lo. Depois que voltou a beber, perdeu os documentos e o cartão do banco, que usava para juntamente com a nora retirar o dinheiro da aposentadoria. Estava morando na casa do filho, enquanto a sua casa ficava pronta. Existe apoio dos familiares. A mensagem deixada foi: “A grande preocupação é com a possibilidade de o paciente voltar a ingerir bebidas alcoólicas, logo após receber alta, pois a situação fica incontrollável”.

CASOS	SEXO/IDADE/ESTADO CIVIL/PROFISSÃO/INSTRUÇÃO/PROCEDÊNCIA	MOTIVO da Internação Psiquiátrica Involuntária (PI)	JUSTIFICATIVA da Internação Psiquiátrica Involuntária (PI)	DISCORDÂNCIA da (PI) por parte do paciente	ÓTICA DO PACIENTE sobre a Internação Psiquiátrica Involuntária (PIs)	ÓTICA DO FAMILIAR sobre Internação Psiquiátrica Involuntária (PIs)	DIAGNÓSTICO (nº de internações/ previsão de alta)
1ª	Sexo feminino, 41 anos, solteira, nível superior, natural de Fortaleza	Inquietação, sem dormir	Comprometimento grave do juízo crítico e da consciência do seu estado mórbido	Confusa e delirante. Incapacidade de se auto-determinar	Negação da doença. Justificativa da (PI): questão familiar, por está recebendo o dinheiro da mãe. Porque se mete na vida religiosa do irmão, por não batizar os filhos. Acusa o irmão de deixar os filhos verem filmes pornôs. Lutar sempre pela verdade e justiça; amar fielmente a Jesus, é minha maior alegria.	Usando o cartão de crédito da mãe e dando esmola ao povo da rua. Deixou as contas sem pagar três meses, seu nome foi para o SPC. O que fazer, para incentivar o paciente na importância do uso da medicação, e não interromper o tratamento? Acredito que a Psiquiatria está à margem do avanço da saúde.	CID 10=F31.25 4ª internação Tempo estimado: 22 a 30 dias.
2ª	Sexo feminino, 37 anos, casada, 2º grau, natural de Fortaleza	Agressividade	Recusa se tratar	Sem crenças de sua morbidez	Não tinha consciência do que se passava. Brigou com dois irmãos evangélicos que a levaram para "lazar". Revoltada por dizerem que sua doença, era porque não tinha vida sexual, pela impotência do marido. Excesso de trabalho em casa e ainda cuidando do esposo que ficava numa cadeira de rodas. Os médicos têm alma, os pacientes também têm, e aqui, tem muita gente boa.	Interferência da família do esposo, é um dos motivos que desencadeou a Crise. Além da renda familiar baixa, vivendo com pouco mais de dois salários mínimos. Família desconhece atendimento na rede básica - CAPS. Busca de crenças e costumes de irmãos evangélicos. Preocupada com o estado mental de outros pacientes no hospital, não lhe fazia bem. Mensagem: pede ajuda para apressar a alta.	CID10=F29 F30.3-Depressão Psicológica?
3ª	Sexo feminino, 57 anos, separada 2º grau, aposentada, Natural de Fortaleza	Agitada, logoreia, com humor elevado	Sem noção do estado mórbido. Exposição social	Sem noção do seu estado mórbido	Negando ser doente, acusando vizinhos de chamarem a polícia. O vizinho feriu seu tomazeto. Suspendeu o Carbolium, porque tem que fazer a Ilemia e tem medo. O assassino do filho lhe deixou desequilibrada.	Exposição social descalçando vizinhos, correndo risco de morte. Altamente agressiva tentativas de suicídios, ficado gravíssima. Não quer se tratar. Com perda do filho, não mais estabilizou o humor.	CID 10= F31.2 muitas hospitalizações. Tempo estimado da internação sem registro.
4ª	Sexo feminino 54 anos, casada, 2º grau completo, funcionária pública, procedência Ubatuba-CE	Sem dormir e muito agitada	Grave comprometimento do juízo de realidade. Porque câncer não tem jeito.	Insight prejudicado	Dizendo está impressionada com câncer, que sua tia tinha morrido de câncer, e mais três pessoas da família. Não deu continuidade ao tratamento ambulatorial, ao receber alta.	Registro no prontuário dizia que trouxeram a paciente, porque ela não tomava iniciativa, tinha tomado remédio, mas não melhorava. Biopsia com suspeita de Câncer. Rompimento de um relacionamento extracnjugal	CID 10= F29 +F33. 3? 2ª hospitalização Não havia registro da estimativa de alta.
5ª	Sexo masculino 30 anos solteiro, universitário, procedente de Fortaleza	Recitiva de Surto Psicótico	Juízo crítico afetado	Incapacidade de discernimento	Pai lhe provoca até "tirar do sério" para chamar o corpo de bombeiro e lhe internar. Irmã fugiu de casa, levanta suspeita de assédio sexual. Vocês não fazem nada, fica tudo na mesma, eu não fiz nada e ele me internou novamente.	Pai acusando o filho de agressividade e impulsos pirmaniacos, destruindo objetos domésticos. Numa audiência na Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública não deixava ninguém falar. Mãe apática. Paciente tentava se justificar, é preterido desqualificado.	CID 10 = F29? F20(definitivo). Inúmeras hospitalizações Permanência extrapolada por resistência do pai em levá-lo de alta.
6ª	Sexo masculino, 25 anos, solteiro, 2º grau incompleto, procedente de Fortaleza	Agressividade e agitação psicomotora	Agridu mãe, com manchas e escoriações, no corpo	Sem capacidade de entendimento	Reconhece que quando se irrita fica descontrolado: acha que precisava se internar. Tem muito medo de agredir sua mãe sem saber o que acontece. Gosta muito dela. Mensagem do paciente: Que cada vez continuasse melhorando, para ajudar a família e diminuir os problemas de casa.	Mãe tem medo das agressões porque o paciente perde a consciência dos atos. Quando acontece um episódio agressivo o interna e só assim consegue cuidar dele no hospital, visita-o três vezes ao dia. Vivo em função dele, amo muito meu filho é um direito que tenho, cuida da higiene dele, porque as enfermeiras não sabem cuidar. Quería que os funcionários o cumprimentassem com educação.	CID 10= F9- Pscose orgânica?
7ª	Sexo feminino, 21 anos, solteira, analfabet, procedente de São Luiz do Curu	Agressividade e crises convulsão	Juízo crítico prejudicado	Não registrado	Sinto orgulho em bater nos outros. Bate no peito achando uma grande vantagem e rindo. Sei que sou agressiva. Dá vontade de bater. A irmã é muito rebelde com a mãe.	Irmã: Por apanharem muito dela e quando não mais suportam trazem para interná-la. Também as crises convulsivas. Acha que o aspecto do rosto contribui para o agravamento do estado mental, lhe chamam de monstro, de bicho.	CID 10 =F09+ G 4) (epilepsia) Inúmeras internações Tempo estimado 22 a 30 dias.
8ª	Sexo masculino, 30 anos, separado, analfabeto, procedente de Maranguape	Agressividade doméstica	Risco de complicações óticas e sociais	Incapaz de ajustar a realidade e sem condutas	Muito confuso, sem noção do que estava acontecendo. Acha que adoeceu porque foi abandonado pela mulher e está sofrendo muito com a ausência dos filhos. Diz que a sogra e a mulher lhe botaram macumba.	Com ameaças de agredir e portando uma faca, andando a esmo, com suporte familiar insuficiente. O paciente fazia tratamento no CAPS, mas faltou medicação e não teve meios de comprar. Paciente toma remédio e bebe. Deseja que seja trabalhada a necessidade de se tratar e acatir ir por livre vontade no CAPS de Maranguape.	CID 10= F29- +F10. Várias internações. Tempo estimado da internação 22 a 30 dias.
9ª	Sexo masculino, 29 anos, solteiro, 1º grau, metalúrgico, procedente de Fortaleza.	Agressividade	Recusa tratamento	Sem crenças de sua morbidez	Desconhece que está doente. Quem tiver problema que se cuide, se trate, não é bom viver internado. Dizendo que sua mãe quer se livrar dele. Confirma ter ligado o fogão e esqueceu de apagar, quase causando um incêndio.	Medo de ser assassinada, muitas vezes ameaçada, de morte. Saiu de casa e só volta para levá-lo comida. Quando o filho recabe alta, não se trata. Uma vizinha vai vender a casa com medo dele. Mensagem: Chamou os filhos para assumirem o irmão. Não suportava mais o sofrimento. O pai nunca assumiu os filhos.	CID10=F29+F20) (definitivo). Inúmeras internações.
10ª	Sexo masculino, 73 anos, solteiro, analfabeto, procedente de Maracanaú	Risco de vida	Alcoolicado	Sem crenças da situação	Acha que lhe trouxeram para tratar enxaqueca, porque a família dizia que estava doído, mas não estava. Porque as pessoas estavam lhe apereando quando chegava do trabalho, limpando prato, lico doído só saindo de casa.	Quando bebe, sai de casa e ganha o mundo, ficou 15 dias perdido. Não quer ajuda de ninguém. Há dois anos não bebia, recaiu e tornou-se violento, recusando comida, perambulando pela rua, sem dormir (Fala do filho e nora). A família procurou cuidá-lo, recusou, dizendo que queriam matá-lo. Expondo-se ao perigo.	CID10 =F10+ Alcoolicismo Crônico(F10).

5.3 Discussão dos casos clínicos

Em alguns casos, os pacientes já se encontram fase de remissão do quadro psiquiátrico e expressavam nítida compreensão de que sua internação naquele momento se fazia necessária. Entretanto, em nenhum momento eram abordados outros meios de tratamento ou cuidados, como opção para que a internação fosse evitada. Fato este, caracterizado como total desconhecimento tanto por parte do paciente, como do familiar da existência de outros meios de tratamento substitutivo preconizado na Lei 10.216/2001, cujo Art.4º, explicita que a internação psiquiátrica em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Nas entrevistas com os familiares, procurou-se entender a razão do internamento daquele paciente, cuja justificativa era a dificuldade no manejo, em situação de crise, com atitudes de desobediências e ameaças à integridade física e das pessoas que o acolhia. Suas falas eram sempre pautadas nos riscos que o paciente e a família estavam correndo naquele momento, devido à dificuldade em conduzi-lo até uma emergência psiquiátrica. Segundo Ramos (2006), o pensamento acelerado pode ser visto nos quadros de mania e orgânicos, sendo este último, devido à intoxicação por substâncias psicoativas. Percebe-se no curso do pensamento, destes quadros sindrômicos (sinais e sintomas), que o conteúdo do discurso, apresenta-se com a fala pressionada e rápida, comprometendo o sentido lógico das idéias e prejudicando a capacidade de entendimento. O inverso acontece nas depressões e quadros orgânicos, em decorrência da lentificação do pensamento, tendo a fala pausada e muito lenta, chegando a prejudicar a entrevista. Nos quadros esquizofrênicos, a lógica do discurso está totalmente prejudicada, não existe nenhuma lógica entre o curso do pensamento e o sentido do conteúdo do discurso, devido ao descarrilamento do curso do pensamento, e da fuga de idéias.

Para se compreender os motivos, justificativas e discordâncias que resultaram na internação involuntária do paciente, foram consultados diversos registros médicos, fala dos pacientes e familiares. O relato, na síntese do Quadro I, apresenta esta realidade. No que se refere à discordância por parte do paciente, tem-se a clareza do nível de comprometimento da capacidade de julgamento e de se

autodeterminar, não existindo um divisor, na escrita expressa pelo médico no momento da internação, entre as duas funções mentais.

Contextualizando-se a multiplicidade de manifestações apresentada por ocasião da internação involuntária, enquanto o médico tomava decisões diante das condições clínicas da (IPI), considerando a resistência do paciente em ser internado, reitera-se o pensamento de Lima (2007), quando coloca a legislação e a legitimidade além do contexto e da ação.

Na lógica do autor, existem duas dimensões a serem levantadas: inicialmente, no que se refere à legislação, seguindo o rigor da Lei, tais como: portarias, resoluções ou instrumentos legalmente constituídos, a partir da Lei 10.216 de 2001. No segundo momento, o autor se refere a uma só questão, do ponto de vista, técnico-científica e ética.

No pensamento de Taborda, Chalub e Abadalla-Filho (2004) as categorias concernentes às questões éticas e morais, nem sempre coincidem, pois existem posturas éticas em desacordo com a lei e a moral. A ética existe, a partir da moral, estabelecida por normas expressas de maneira racional, tendo o sujeito consciência de seus atos e sempre procurando evocar o bem. Nos últimos anos, fala-se muito em ética no campo da clínica médica, no que concerne às questões diagnósticas, às medidas terapêuticas utilizadas, e também, quando se fala da relação médico/paciente, que necessariamente busca uma postura ética. São princípios dentro do campo da medicina sempre em evidencia. Daí surgiu o termo bioética, tão utilizado em nosso cotidiano.

O princípio do respeito à pessoa humano, mais conhecido como princípio da autonomia, significa que se deve conferir valor à vontade da pessoa envolvida no ato biomédico. O paciente deixa de ser objeto e passa a constituir um ser humano dotado de razão e vontade própria, decidindo, conscientemente, a respeito dos procedimentos que lhe dizem respeito.

Nas observações realizadas pela autora, quando feitas às revisões da CRIPI, nem sempre o paciente apresentava condições de compreender o que se passava com ele, devido sua morbididade. Daí, o princípio da não-maleficência ser o mais controverso de todos. Conforme os autores supracitados, este princípio informa

que o médico deve se abster da prática de qualquer ato que possa vir a ser danoso para seu paciente, justificando esta posição por achar que ao evitar o dano intencional do indivíduo, já está na realidade, visando o bem do outro, sendo que para o portador de Transtorno mental, o princípio do entendimento está comprometido. Na lógica de Lima (2007), o momento da internação estão implícitas questões de difícil decisão, podendo surgir conflitos entre o médico, o paciente e ainda a pressão da família, para que seja atendido o seu objetivo.

É sabido que o paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência, como no estado catatônico esquizofrênico, nos quadros depressivos graves, dissociativos, histéricos e mesmo consciente, mas sem capacidade para uma decisão racional, apresentando transtornos delirantes e alucinatórios, faz-se necessária uma intervenção, não necessariamente a IPI. Existem outros recursos substitutivos que merecem ser avaliados, embora a gravidade e emergência do quadro requeiram uma atitude imediata, já que corre risco de auto-agressão, heteroagressão, agressão à ordem pública, exposição social, incapacidade de auto cuidado, revelando uma necessidade de postura do profissional em relação ao conhecimento técnico-científico e ético.

Na opinião do autor, questionar a legitimidade do ato médico, considerando o conhecimento técnico - científico e ético, é a coexistência e superposição destes atributos, em ação e análise, que acaba por legitimar a concretização da Internação Involuntária.

No pensamento de Sartre (2005), o homem necessariamente é responsável pelos seus próprios atos. Não deve se influenciar por situações imprevisíveis, como pressões familiares, questões de gratidão, interesses de alguém, que possam interferir em sua tomada de decisão. Portanto, quando são realizadas as IPI's, o médico plantonista, deverá estar totalmente isento de qualquer influencia externa, e com ética exercer seu livre arbítrio.

5.4 Da violência descabida à legitimidade dos sentidos

No contexto da violência, muito percalço no cotidiano da vida tem-se enfrentado independente do local e da relação do indivíduo com o seu meio ambiente. Atualmente, vivenciam-se atos violentos, em índices de gravidade cada vez maior, sem respostas concretas, nem soluções viáveis.

Nas entrevistas e inspeções, foram constatadas manchas de equimose, na face interna da coxa de uma paciente, que diz ter sido agredida pelo filho. Relata ainda, uma ferida no tornozelo, causada por um objeto perfurante, devido à agressão manifestada pelo vizinho, que se sentiu incomodado, tanto pela sua agitação e humor elevado, quanto por lhe ter causado prejuízo material. Nas reflexões de Costa (2003), o homem violento, pode canalizar o objeto da agressividade, tanto de forma arbitrária, quanto deslocá-lo para alguém que o violenta. É um ato, cujas pessoas podem demonstrar seus impulsos de forma irracional. É o caso da conduta brutal de alguns pais, em relação a seus filhos, quando impulsivamente utilizam da violência descabida para puni-los. Conforme Miranda (1993), os diagnósticos de qualquer natureza apresentam um caráter sintético-explicativo. O primeiro relacionado às etiologias somáticas, e o segundo pressupõe uma etiologia psicológica, cuja patogenia se deve ao bojo da elaboração inconsciente do conflito intrapsíquico. De acordo com este modelo de diagnosticar, os fenômenos mórbidos podem apresentar múltiplos fatores causadores de conflitos que influenciam na estrutura emocional dos indivíduos. Enquanto conceito deve-se incluir a patologia, tanto em sua forma, quanto em seu conteúdo. Em seguida, devem-se analisar os sintomas, a evolução e os fatores etiológicos e patogênicos, e daí definir a conduta terapêutica. Necessariamente, esta paciente precisava de intervenção médica de urgência, diante do quadro visível de maus tratos e inadequação, quanto à forma de conduzi-la até a emergência psiquiátrica. A remoção da paciente deveria ter sido feita por equipes qualificadas e treinadas do corpo de bombeiros, ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como recomenda a Portaria GM, nº 1.863/2003. Em seu art. 2º, esta portaria estabelece que: a Política Nacional de Urgências, composta pelo sistema de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais deve ser organizada, a fim de garantir a universalidade, equidade e integralidade, no atendimento às urgências

clínicas, cirúrgicas, ginecológicas-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas, além das relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violência e suicídios). Quando solicitados estes serviços, os familiares ficam à espera demorada por atendimento, que muitas vezes, não são atendidos. Este fato gera muita ansiedade na família e vizinhança, que teme a agressão do doente. Em alguns casos, é preciso que haja a intervenção do Ministério Público, para intermediar a remoção do paciente até à emergência psiquiátrica. De acordo com a política nacional de atenção às urgências do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, 2006), todo paciente em crise, que demanda atenção, deve ser atendido não pela polícia, mas pela equipe, que possui atribuição na área de saúde e esteja vinculada a uma central de regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades da população de um município ou região, podendo até extrapolar os seus limites.

Ao longo das entrevistas com os pacientes e familiares, constatou-se que uma crise psicótica desencadeia sérios transtornos no seio de uma família. Todos os relatos estão repletos de dúvidas, desespero, sentimentos de impotência, revolta, e tantos outros adjetivos, que comovem e emudecem o coração da entrevistadora, deixando-a perplexa. Este é o cenário que ainda paira no meio destas demandas. A saúde mental segue o caminho, apesar das imensas manifestações de desequilíbrio que vão surgindo na comunidade, como a falta de medicamento, atrelada à miséria, ao desemprego e ao vício. Além do desconhecimento e ignorância das famílias, ainda persistem no meio cultural, forças exauridas, devido às crises de reagudização que se instalam em casa, e novamente entram no círculo vicioso à procura de uma vaga, no hospital psiquiátrico.

A psiquiatria ainda é uma especialidade médica discriminada. Os avanços psicoterapêuticos e farmacológicos trazem alento com resultados exitosos, juntamente, com práticas terapêuticas humanizadas e gente iluminada, dando resultados fantásticos. A indústria farmacêutica, cada dia lança um produto “milagroso”. O custo para bancar determinados tratamentos existe, mas, somente, para quem tem muito dinheiro. O sentimento de desesperança volta àquela família, marcada pela dor, que muitas vezes não têm muita opção, além da internação. Porém, estas famílias desprovidas de recursos tornam-se reféns do poder público,

devido à grande demanda existente e à necessidade de um plano terapêutico para cada paciente. Diante disso, há um comprometimento da qualidade dos resultados esperados, já que não existe nas equipes dos CAPS pessoal suficiente para atender a tanta procura o que chega a prejudicar os princípios de funcionalidade idealizados, para o bom funcionamento destes CAPS.

A criação da rede de serviços de Saúde Mental descentralizada, ligada às ações básicas de saúde em *nível primário* (Programa de Saúde da Família - PSF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, etc.) e *secundário* (CAPS) tem sido genial, porém ainda estão em fase de aprimoramento das ações e não dão respostas satisfatórias a tanta procura.

Pesquisas e publicações em periódicos de 2000 a 2005, encontradas na Rev. Gaúcha de Enfermagem registram avanços na área de saúde mental, a partir da atuação do Programa de Saúde da Família (PSF), o que se confirma realmente que a implantação deste programa tem contribuído significativamente no avanço destas ações e redução destas demandas à procura dos CAPS. A equipe do PSF realizou uma busca ativa na rede básica elevando o número de pacientes diagnosticados com algum transtorno mental, passando de 19 pacientes, para 43. A partir daí, houve uma reorientação de suas ações, oferecendo um atendimento de melhor qualidade a esses pacientes e ao mesmo tempo, desmistificando o cuidado a essas pessoas (JORGE; ABREU; LOPES; MORAIS; GUIMARÃES, 2007).

A instalação desses serviços diversificados requer tempo, para serem assimilados e creditados e terem uma boa resolubilidade. Vontade política e custos são ainda questionáveis, pois impedem o funcionamento em sua plenitude. Outros serviços substitutivos, como *hospital-dia, residência terapêutica, leitos psiquiátricos em hospital geral e CAPS III*, ainda requerem maiores avanços, dentro da rede, para ampliar a oferta destes serviços.

A idéia sobre a criação do NASF aconteceu através da Portaria GM nº. 154/2008, que em seu art. 1º, tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolução, apoiando a inserção da estratégia do Programa de Saúde da Família, na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da Atenção Básica. É composto por equipes

interdisciplinares, e no seu art.4º parágrafo IV § 2º visa à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomendando-se que em cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família exista pelo menos um profissional da área de saúde mental.

Outra perspectiva aguardada com otimismo em nosso meio é com relação ao curso preparatório que está sendo ministrado pela Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, sobre *matriciamento*, cujo objetivo, é reformular o modelo e critérios de atendimento ao paciente com Transtorno mental na atenção básica, tendo como finalidade o encaminhamento do paciente de forma adequada e necessária para os CAPS. A estratégia é de diminuir a grande procura por estes serviços, onde a sobrecarga de trabalho, favorece o distanciamento de um atendimento dentro dos princípios de funcionalidade, estabelecidos para uma boa assistência nos CAPS, passando a funcionar de forma desordenada e com pouca resolubilidade. Entende-se que as mudanças não ocorrem rapidamente, mas à medida que estes profissionais lotados na atenção básica, comprometidos com a saúde em geral, venham se aprimorando quanto ao conhecimento, possam ter motivação para uma melhor abordagem e vinculação com o paciente. Estas equipes multiprofissionais, treinadas para atenderem a uma clientela diversificada e tendo freqüentado curso preparatório sobre apoio matricial e exercitados dentro de uma perspectiva direcionada para este fim, espera-se que estas práticas possam mobilizá-los e sensibilizá-los dentro de uma rede de atenção, pautados na proposta da política de saúde mental do município. Observa-se que ações direcionadas para este tema de grande relevância, têm causando inquietação a todos nós trabalhadores de Saúde Mental, ao longo do tempo.

De acordo com as colocações de Campos e Gama (2008), na edição em novembro de 2003, de uma circular conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03 denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários - Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Este documento começou a delinear algumas diretrizes para a aproximação propondo o apoio Matricial da Saúde Mental às equipes de Atenção Básica, a formação como estratégia prioritária e a inclusão da Saúde Mental no sistema de informações da Atenção Básica. O modelo propõe uma rede

de cuidados articulada ao território com parcerias intersetoriais, possibilitando intervenções transversais de outras políticas públicas.

Fazendo-se uma ligeira retrospectiva sobre a legislação em Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde, nos últimos anos, tem havido avanços significativos na reestruturação da assistência aos portadores de Transtornos Mentais, tendo como marco, a Declaração de Caracas, no processo da reforma da assistência em Saúde Mental das Américas.

5.5 À luz do direito, com suas instâncias e impreviões

Com a publicação da Portaria Ministerial de nº. 305, de 3 de maio de 2002, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial, para atendimento aos pacientes com transtornos, decorrentes do uso prejudicial do álcool e outras drogas, conhecido como (CAPSad). Esta clientela por suas peculiaridades, tanto do ponto de vista do comportamento, quanto da resistência em se tratar, têm criado sérios problemas para os hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS. Chegam a se internarem sem critérios, haja vista a carência destes serviços especializados na rede pública.

Assimilando o pensamento de Costa (2003) ao abordar a questão da saúde, ele faz considerações no aspecto da saúde mental, como sendo produto da educação. Em todo o seu discurso, a educação é tomada tanto no sentido filosófico, de fazer emergir o potencial humano, quanto no sentido restrito à escolarização. Em relação à noção de socialização, que é representada, pela educação doméstica, no sentido de transmissão de valores culturais, verifica-se que a ação educativa na infância, faz parte do processo que acompanha o sujeito em toda sua vida biológico-social. Portanto, o que se precisa fazer, é partir para a ação, informando, educando, instruindo, sensibilizando, orientando, e até cuidando desta clientela que se encontra vulnerável, já que se vivem escravizados pelo medo da violência exacerbada e pelo uso indiscriminado da droga, uma vez que a maioria das internações psiquiátricas involuntárias é originária de portadores de dependência química.

O Chile é o exemplo da América do Sul, que possui uma rede de serviços de Saúde Mental e Psiquiatria, em avançado estado de estruturação e funcionalidade.

Inclui: *serviços de menor complexidade*, em que se realizam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; *serviços de média complexidade*, através dos Centros de Atenção Primária (CAP), que prestam atenção à saúde mental, centros especializados em saúde mental, (Centros comunitários de saúde mental familiar - COSAM) e psiquiatria ambulatorial. Finalmente, a *atenção médica secundária e terciária* é constituída pelos centros de referências de saúde (CRS), que prestam atenção à saúde de especialidades, centro de diagnóstico terapêutico (CDT) geminados a hospitais, e a estrutura e internação para atenção de urgências. Toda esta rede pública encontra-se em fase de credibilidade pela autoridade sanitária (Ministério da Saúde), que além de sua função reitora, fixar norma. O financiamento das atividades efetua-se por meio de transferências fiscais para os dispositivos públicos, e por transferências e contratos ou compra de serviços, desde os serviços públicos aos municípios ou aos privados, junto com uma contribuição parcial das próprias pessoas e de instituições de beneficência (OPAS/OMS, 2004).

Com a promulgação da Lei 10.216 muitos avanços têm ocorrido no âmbito da Reforma Psiquiátrica em nosso país. Porém, mesmo antes da publicação desta Lei, o movimento dos trabalhadores de saúde mental, e a própria mobilização da sociedade, já exigiam ações humanizadoras e mudanças na atenção aos portadores de Transtornos mentais.

No Ceará por muitos anos, existia uma grande demanda desta clientela transferida para a capital, vindos de longínquas regiões do interior do Estado. Eram conduzidos em Ambulâncias ou carros particulares, trazidos por pessoas que desconheciam como transportar um paciente agitado e agressivo. Eram conduzidos sem nenhum critério e cuidado, sem orientação nem uma medicação sedativa prescrita pelo médico, sendo contidos inadequadamente e até maltratados, até o destino que era Fortaleza. Estes pacientes passavam longos períodos nos hospitais e alguns foram abandonados pela família, sendo que se tornaram moradores destas instituições.

De acordo com a Lei 10.216/2001, é direito da pessoa portadora de Transtorno Mental (T.M.), o tratamento com humanidade, respeito e interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação, pela inserção

na família, no trabalho e na comunidade, o que parece não está ocorrendo, conforme revelam os dados aqui apresentados.

Às vezes, devido ao caráter de urgência, onde esses pacientes são atendidos, o diagnóstico inicial, necessita de reavaliação. Novas condutas deverão ser tomadas, sobretudo quando se trata de uma psicose induzida por substância psicoativa, em que se deve encaminhá-lo a um serviço especializado em álcool e droga, evitando-se esquemas medicamentosos desnecessários. Neste caso, seria mais prudente, seguir os protocolos e usar de manejos adequados para atender a esta clientela. Pacientes com sintomas psicóticos que chegam às emergências psiquiátricas, com uma história confusa, sem clareza quanto ao diagnóstico, geralmente, o médico plantonista, coloca o código da CID10, como sendo F29, referente à psicose não orgânica e não especificada. É importante usar este diagnóstico, pois o esquema medicamentoso pode ser feito com mais cautela e com uma observação mais acurada, isso poderia trazer mais benefício ao paciente e evitaria diagnósticos não confiáveis.

Nesta pesquisa, verificou-se que nos dez casos clínicos estudados, onde se buscou informações mais aprofundadas, inclusive, junto à família, percebeu-se que quatro casos de internações involuntárias (IPI's), tiveram o diagnóstico inicial, da CID10= F29, sendo posteriormente reavaliados pelos médicos assistentes, tendo um novo diagnóstico e esquema terapêutico. Daí, a importância um diagnóstico provisório, porque tem psicopatologias que requerem mais tempo para serem observados, sobretudo quando em função do estado atual do paciente, estiverem vinculadas apenas as bases etiológicas, não sendo confiáveis.

As IPI's sempre aconteceram de forma traumática, contrariando os direitos de cidadania. Entende-se que a internação psiquiátrica sempre irá acontecer, em qualquer lugar do planeta, sempre existirão pessoas que adoecerão de Transtorno mental. Medidas preventivas, paulatinamente vão acontecendo, enquanto serviços substitutivos vão-se adequando e reabilitando as pessoas que costumemente se internavam. Acredita-se que os trabalhos das equipes multidisciplinares no conjunto de sua organização hospitalar têm um significado importante, não esquecendo que todas as relações entre seus diferentes

componentes deveriam estar condicionadas às necessidades do cliente principal, porém, o ideal é que estes pacientes não cheguem a ser internados.

Como se expressa Riviere (1983), a doença é a qualidade emergente, caracterizada por uma situação implícita, subjacente, configurada por intermédio do qual se manifesta à situação patológica, que afeta toda estrutura. Uma ordem de fatores, por uma modalidade particular de interação grupal, que é nesse momento alienante. O doente é o porta-voz subjacente que se submete a um processo contínuo de estruturação e desestruturação. Na lógica do autor, a loucura é a expressão da incapacidade para suportar e elaborar certo montante de sofrimento. Quando emerge um transtorno neurótico, ou psicótico, dentro do grupo familiar, um grau de insegurança se instala naquela família, tornando-a impotente. Dentro da dinâmica familiar, um membro do grupo torna-se vulnerável e passa a assumir um maior nível de ansiedade de todo aquele grupo, incorporando os aspectos patológicos dentro de um processo interacional subjacente, comprometendo tanto o sujeito depositário, quanto o depositante, daí se comentar que: numa constelação familiar, “ninguém adoece só”, isto significa que todo o grupo se torna afetado.

No estudo dos casos clínicos, observou-se alguns fatores relativos: a não adesão ao tratamento, devido a uma psicopatologia grave; o preconceito da família com os transtornos mentais; os fatores genéticos e as situações estressantes, como elementos desfavoráveis à evolução dos transtornos mentais.

A existência de psicopatologia gera alterações do funcionamento cerebral e um grande sofrimento ao indivíduo e familiares, conseqüentemente, desorganiza sua vida e destrói sua esperança. Este é o cenário, ainda comum, nos serviços psiquiátricos.

Dentro do universo de casos revisados, dez casos clínicos das (IPI's) foram estudados com mais profundidade. Nos 140 casos de (IPI's) feito revisão pela CRIPi, verificou-se que o diagnóstico inicial das categorias agrupadas em: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes representava 62,9% da CID10=(F20-F29).Verificou-se que o diagnóstico das categorias do agrupamento acima, representava inicialmente, 60% da clientela. Como os estudos dos dez casos clínicos foram reavaliados, considerando-se a evolução da doença, terapêutica instituída e

dados acrescentados da família, os diagnósticos colocados em um primeiro momento, foram mudados pelos próprios médicos assistentes, com uma redução para 40%, dentro desta clientela, referindo-se aos: 1º, 5º; 8º e 9º casos, das categorias especificadas. Vale ressaltar que nem sempre existe confiabilidade nestes diagnósticos.

Em relação aos transtornos de humor (afetivos) encontraram-se 18 (12,9) % da CID10=(F30-F39) (Tabela 8). Dos dez casos clínicos das (IPI's) apenas 4 (40%) compreendiam parte deste grupamento. Após reavaliação, considerando-se a evolução da doença, terapêutica instituída e dados acrescentados da família, os diagnósticos foram alterados e tiveram uma redução para 3 (30%), neste agrupamento. O diagnóstico inicial das categorias representadas pelo agrupamento que reúne álcool e droga correspondeu a 27 (19,3%) (Tabela 8). Ainda no estudo dos 10 casos clínicos, apenas 2 (20%), foram classificados com comorbidades: 8º caso referente a CID 10=F29+F10 e o 10º caso, correspondente a CID10= F03+F10. Nos agrupamentos relativos aos transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, referente à CID10=(F00-F09) (Tabela 8). O diagnóstico inicial deste agrupamento foi de apenas 2 (20%), da clientela; ambos apresentaram mais de uma patologia, (a 1ª epilepsia+Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado(F09+ G40) E o 2º demência não especificada + transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool(F03+F10).

Quanto ao agrupamento de Retardo Mental CID10=F70-F79, encontrou-se apenas um caso (10%) com esta patologia. Conforme Salzano e Cordas (2006), o diagnóstico psiquiátrico oferece confiabilidade maior em algumas categorias e menor em outras.

Observou-se que através da revisão da CRIPI, os 140 casos mostram diagnósticos clínicos distintos durante a revisão das (IPI's). De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10, (1993.p.1-2) cada transtorno é fornecida uma descrição dos aspectos clínicos principais e também de quaisquer outros aspectos associados importantes, mas menos específicos. O diagnóstico psiquiátrico requer tempo para conhecer melhor sua nosologias, causas ou hipóteses explicativas e observar a evolução da doença, conduta terapêutica, obter informações dos familiares, e ainda, realizar a história clínica e exame do estado mental apresentado.

Foram realizadas entrevistas com três pacientes, (1º, 5º e 9º) sendo o 1º Transtorno Esquizoafetivo (CID 10=F 25), Nos outros dois casos (5º e 9º) como sendo Esquizofrenia, ou do mesmo grupo (CID10=F20). Para facilitar a compreensão de como esta doença tem seu curso, fez-se o agrupamento das categorias, que apresentavam características comuns, geralmente por distorções do pensamento, da percepção e por embotamento afetivo, dentre outros sintomas. Estes pacientes não aderiram ao tratamento, porque diziam não estarem doentes. Consequentemente eram pacientes que sempre estavam se hospitalizando.

Como pensa Shiravakawa (1999) acredita-se que as informações dadas ao paciente sobre doenças do cérebro, de maneira sincera e esclarecedora podem ajudar no tratamento da doença, como se fosse o tratamento de uma doença qualquer em outro órgão. O objetivo é reduzir o sofrimento do paciente. Informações aos familiares também deverão ser dadas na presença do paciente, cuja ênfase da importância, caberá ao profissional médico que irá atendê-lo, expressar com firmeza seus pontos de vista. O apoio e interesse deste profissional é um marco importante para o estabelecimento télico desta relação e o caminho mais curto para o sucesso do tratamento.

No primeiro caso estudado, foi perceptível a dificuldade em administrar a resistência do paciente. O sofrimento da família é muito grande, com a desorganização do estado psíquico e falta de cooperação da paciente.

Na fala da paciente, sua ótica é a negação da doença. Na visão da irmã, é porque ela usava o cartão de crédito da mãe para dar esmola ao povo da rua. Deixou as contas de casa sem pagar por três meses, sendo que seu nome foi registrado no Serviço de Proteção ao Crédito (SPC).

O preconceito da família em relação ao transtorno mental, ainda é um agravante, impedindo de tratar a doença, num estágio inicial. Este fato está evidenciado no 1º caso estudado, em que a família declara tomar conhecimento da doença da paciente, com quase 20 anos após a primeira crise. Outra questão que chamou a atenção, é que na mesma família, dois filhos de seus tios paternos, portanto, primos legítimos, com as mesmas características da doença. Entende-se que fatores genéticos têm um peso comum, importante nas doenças, à medida que

atingem com frequência, patologias comuns, numa mesma família. Como afirma Kaplan, Sadock (2008), a abordagem sobre a esquizofrenia, envolve a consangüinidade, pois a incidência nas mesmas famílias é maior do que na população em geral, e a concordância entre gêmeos monozigóticos é maior que em gêmeos dizigóticos.

Como tem sido comum na maioria dos casos estudados, a dificuldade de adesão ao tratamento dos pacientes, é vista através de vários fatores: pensar no desconforto que as drogas podem causar e dúvidas levantadas quanto ao preconceito de estarem usando a medicação recomendada. Além disso, são considerados: a falta de recursos para comprar o medicamento, os dogmas de fundo religioso, no sentido de que a cura poderá vir pela fé, e as determinadas pelas personalidades rígidas e irredutíveis, quando abordadas sobre a necessidade do tratamento. Todos estes eventos podem interferir na evolução do tratamento e sua respectiva adesão (KAPLAN; SADOCK, 2008).

Evidentemente, são muitos os problemas enfrentados pelas famílias que têm um membro, portador de um transtorno mental severo, levando ao difícil manejo e sua adesão ao tratamento, como se observou na fala da protagonista. No interrogatório com a paciente, percebe-se sua crença e o pensamento de conteúdo místico. *Desistiu do emprego para servir a Deus. Ele quer que eu seja religiosa, trabalho para Deus.* Isto mostra a total negação da doença, daí não ter porque se tratar.

Desconhecimento dos serviços substitutivos, crenças e costumes, negando sua morbidez, sonhos, frustrados e fatores econômicos são dados relevantes a serem discutidos, a seguir.

Fazendo-se o agrupamento das categorias diagnósticas relacionado aos transtornos de humor (afetivos) identificados através dos casos: 2º 3º e 4º das IPI's, observou-se que a perturbação fundamental esteve relacionada com as variações do humor ou afeto, representadas por manifestações de mania ou depressão (com ou sem ansiedade associada).

De acordo com o Manual de Psiquiatria Clínica - Kaplan e Sadock (2008), os transtornos de humor (afetivos) são considerados como síndromes, consistindo

de um conjunto de sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses e tendendo a recorrência, apresentando um desvio marcante no desempenho.

Durante a entrevista, na fala da 2ª paciente estudada, verificou-se a sobrecarga de trabalho e impacto emocional da doença prolongada do marido, que evoluiu para paraplegia. Também enfrentava problemas financeiros, pois viviam de uma pequena pensão do esposo; o excesso de religiosidade, acreditando que a fé iria curá-la, postergou a procura por um tratamento especializado. Sabe-se que se fosse tratada adequadamente poderia ter evitado novas crises, e conseqüentemente a hospitalização. A fala da paciente não reconhecia seu quadro mórbido. O excesso de crenças, com discussões com os irmãos evangélicos; a frustração em não ter realizado seu sonho de psicóloga e a história do marido paraplégico que comprometia sua vida sexual, foram fatores estressantes que contribuíram para o desencadeamento da crise psicótica. Na ótica da família, a interferência da família do esposo foi um dos motivos que desencadeou a crise. A família desconhecia atendimento na rede básica – CAPS.

Manifestações psíquicas relacionadas ao humor, são hoje um dos grandes dilemas, na história da psiquiatria contemporânea. O estado do humor pode se mostrar normal, elevado ou deprimido. Conforme os estudos de Cordeiro (2007), os índices de prevalência de depressão no período de um ano, variaram de 3,5 a 9,7%, com maior número em mulheres, variando de 4,7% a 12,6%, enquanto, nos homens a prevalência oscilou de 2,3% a 7,0%. Estudos realizados em São Paulo e Estados Unidos indicam que mais de 26 milhões de pessoas no mundo sofreram de depressão durante a vida. De acordo com o Kaplan e Sadock, (2008), o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV-TR), a prevalência de depressão existente durante a vida, oscila de 10% a 25%, em mulheres e de 5% a 12% em homens, conforme dados da Literatura Americana, relatada pelos autores acima citados.

Outro caso clínico chamou atenção para a não adesão ao tratamento, porque não reconhecia que estivesse precisando se tratar. Havia perdido um filho e tentado suicídio. Estes eventos levaram a paciente ao internamento. No Brasil, a taxa de suicídio cresceu 21% em 20 anos. Ao longo da vida, a pessoa com ideação suicida é de 17,1%, para planos suicida é 4,8% e para tentativas é de 2,8% (BALDAÇARA, 2007).

Neste 3º caso, tratava-se de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Sabe-se que é uma doença crônica que afeta 1,6 % da população em geral, conforme relata Silva e Cordás (2006). Está incluído entre o grupo das doenças diagnosticadas, como transtornos de humor (afetivo). Nos quadros sindrômicos, o que mais despertou a atenção, foi o estado de agitação e o nível de agressividade da paciente. Apresentou várias tentativas de suicídio, chegando a algumas vezes a ficar gravíssima. Em outras ocasiões chegou a desacatar os vizinhos e sem nenhum juízo crítico, com quadros freqüentes de recorrências. Reportando-se ao que Silva e Cordás (2007) pensam, verifica-se que estes pacientes se colocam em situações de risco, tais como: dirigem em alta velocidade, utilizam drogas e álcool e se envolvem em promiscuidade sexual, comprometendo a situação econômica. Nos casos graves, a família ou amigos são quem procuram tratamento médico, já que os mesmos não se julgam doentes. A não adesão ao tratamento pode ser constatada nos 10 casos estudados e obviamente nos 140 internados involuntariamente. Verificou-se que dentre os 253 pacientes internados voluntariamente (IPV), apenas 10 (4,0%), tinham como justificativa na internação, o desejo de se tratar. Quando deprimidos, por risco de suicídio, ou quando estão em mania, tornam-se eufóricos, não percebendo o perigo de se exporem ao ridículo. Reportando-se à Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID 10-1993), a maioria destes transtornos tende a ser recorrentes; o início dos episódios individuais, freqüentemente está relacionado aos eventos ou situações estressantes. Os termos mania e depressão grave são usados nesta classificação, para denotar os extremos opostos do espectro afetivo.

Para Laing (1988), ao “adoecer”, o indivíduo perpassa por um monitoramento, cujas decisões tomadas sob esta luz, já determinam o que se deve fazer. Diante do exposto, não se sabe concretamente o que está se passando dentro do indivíduo afetado. Daí, a necessidade de cuidados, restando apenas opinar sobre como proceder e agir mentalmente e fisicamente, pelas imprevisões, que podem ocorrer diante destes transtornos mentais. Deve-se preocupar com a vida humana, em todos os níveis: espiritual, intelectual, emocional, social e físico; daí, a responsabilidade destes profissionais que lidam com esta clientela. Estudar determinados casos de transtornos mentais, acontecimentos marcantes ocorridos na

vida do paciente, precisam ser investigados com profundidade. Os fatores emocionais e conflitos que venham atingir a alma do indivíduo, não podem ser desprezados.

As “Diretrizes diagnósticas” são então fornecidas na maioria dos casos indicando o número e o balanço dos sintomas usualmente necessários antes que um diagnóstico confiável possa ser feito. Não se deve limitar um diagnóstico apenas baseado no estado psicopatológico apresentado. Vê-se então a importância de mantê-las, com certa flexibilidade, para conclusões diagnósticas no trabalho clínico, principalmente, quando se tem um diagnóstico provisório, antes do quadro clínico estar claro, ou das informações estarem completas. (CID10, p.1).

As colocações supracitadas reafirmam que os eventos traumáticos acontecem na vida das pessoas desprovidas de uma estrutura egóica consistente, desintegrando-se e comprometendo a saúde mental, como um todo. Como exemplo, percebe-se na fala do irmão da paciente, que depois da morte do filho assassinado com requinte de crueldade, ela foi conduzida a um desequilíbrio persistente e não mais teve o humor estabilizado.

Na prática diária do exercício da profissão, é muito freqüente deparar-se com transtornos afetivos graves, pois estas patologias causam muitos problemas na estrutura familiar.

Outro caso estudado teve o abandono do tratamento, a ameaça de está com uma doença estigmatizante como câncer e o rompimento afetivo, foram alguns dos fatores que comprometeram o estado de saúde da paciente, sendo objeto de discussão no topo destes eventos.

Na fala desta paciente, foi feito o diagnóstico inicial, como sendo pertencente ao CID10=F29? +F33 (psicose não orgânica não especificada + Transtorno depressivo recorrente). Percebe-se o grande desespero pela possibilidade de ter uma doença incurável. Segundo os autores Dethlefsen e Dahlke (1983), o corpo é a apresentação ou concretização da consciência, e também de todos os processos e modificações que nela ocorrem. Quando a consciência de uma pessoa se desequilibra, o fato se torna visível e palpável, na forma de sintomas corporais. A sobrecarga emocional vivida pela paciente era de se esperar uma recaída do quadro depressivo, já que não dava continuidade ao tratamento. Na mesma época, esta

hipótese de vir a ter um câncer e um rompimento do relacionamento extraconjugal, levou-a a um estado de crise psicótica, com um profundo agravamento do estado mental. Fatores estressantes, também favorecem a manifestação da doença, comprometendo o prognóstico, portanto, compreende-se assim a fragilidade da paciente. Outro fator considerável é já ter tido um episódio depressivo. Citando Antônio, Moreno e Roso (2006) pode ocorrer um só episódio depressivo na vida da pessoa, porém são mais freqüentes os episódios recorrentes. O risco de um novo episódio ao longo da vida é de 60%, para quem teve a 1ª crise; a probabilidade aumenta para 80 a 90(%), se o paciente já teve alguma crise. Quem teve mais de uma crise, mesmo sendo tratada por especialista, requer cuidado. De acordo com a orientação dos tratados psicofarmacológicos, não se deve abandonar o tratamento sem critérios médicos, pois a incidência de recaídas aumenta consideravelmente. Também uma psicoterapia, com o objetivo de oferecer apoio emocional numa crise aguda, pode melhorar consideravelmente o prognóstico e superação da crise. Alguns tratamentos de manutenção nas doenças do humor são imprescindíveis, evitando recaídas e até cronificações (CORDEIRO; BALDAÇARA, 2007).

No caso desta paciente, o diagnóstico inicial de psicose não orgânica não especificada, e mais transtorno depressivo recorrente, é o mais provável, conforme a classificação da categoria diagnóstica explicitada, na CID10 (1993), pois o primeiro episódio ocorre mais tardiamente, do que no transtorno bipolar, que ocorre em média, no início da 5ª década. Episódios individuais são freqüentes por precipitação de algum evento estressante, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homem de acordo com a mesma classificação internacional das doenças mentais. Percebe-se o enquadramento de sua vida com os indicativos vivenciados pela paciente.

Outro caso estudado tratava-se de esquizofrenia a não adesão ao tratamento caracterizada por uma doença grave sem suporte familiar, além de uma família disfuncional, são situações que serão discutidas, no mesmo espectro a seguir. Na fala do filho, seu pai lhe provoca até tirar do sério para chamar o corpo de bombeiro e lhe internar, enquanto na fala do pai, o filho era agressivo, com impulsos piromaníacos e destruía os objetos domésticos.

Em uma audiência na Promotoria de Justiça em Defesa da Saúde Pública, por convocação da titular, compareceu à Direção do hospital, onde o paciente costuma se internar, a CRIPI, os pais e o paciente. A audiência foi conduzida pela Promotora de Justiça. O pai se mostrava cordato, quando questionado porque seu filho tinha que viver internado. Os argumentos eram sempre de acusação e desobediência; porém, não deixava as pessoas falarem, o que chegava a ser interpelado pela Promotora de Justiça. A condição da esposa era de total submissão. O paciente tentava se justificar, mas era preterido e desqualificado pelo pai. Ficou evidente o autoritarismo e controle do pai, era uma família totalmente desestruturada e considerada disfuncional. A passividade da mãe, a fuga da filha de casa, a imposição em deixar o paciente internado, deixava claro o controle da figura paterna e sua tirania. Para Schneider (1976), são psicopatas insensíveis as pessoas destituídas ou quase destituídas de compaixão, vergonha, sentimento de honra, arrependimento consciência.

Observa-se nesta família, um padrão de comunicação bastante afetado, cujo paciente é muito problemático. Possui o diagnóstico de esquizofrenia, que na linguagem de Satir (1967) é o reconhecido paciente identificado, dentro de uma estrutura familiar disfuncional, tornando-se muito difícil encontrar o equilíbrio, pois a comunicação familiar tem seus pilares a partir dos padrões interacionais da família, sendo esta, responsável pela homeostase do grupo, que quando comprometida, afeta todo equilíbrio e dinâmica familiar. É a partir do vínculo conjugal que se estrutura uma base sólida. Quando há conflitos, geralmente todo aquele grupo fica comprometido, e um membro familiar mais vulnerável, passa a ser considerado o paciente identificado, sendo, portanto, o mais prejudicado.

No estudo dos 10 casos clínicos, os resultados foram 30% para esquizofrenia. Aproximadamente 1% da população é afetada. Segundo Louzã, Azevedo e Macedo (2006), é uma doença progressiva e invalidante. O índice de morbidade chega aos Estados Unidos a atingir cerca de 60% dos pacientes, que recebem benefício por invalidez, após um ano do acometimento. Em nosso meio, é um problema grave que requer cuidados especializados, devido à evolução progressiva e tendência a cronificação, quando diagnosticado e tratado no início, poderá ter um melhor prognóstico.

Em outro estudo de caso, a comunicação tinha característica de um vínculo simbiótico, entre mãe e filho. A mãe com postura invasiva atrapalhava o tratamento e interferia no plano terapêutico. O objetivo era reduzir o sofrimento do paciente com patologia orgânica, que levou a deficiência mental. Na fala do paciente, ele afirma que tem muito medo de agredir sua mãe, sem saber o que está acontecendo “Gosto muito dela”.

No decurso das investigações, ao estudar os casos com suas dinâmicas familiares, observa-se que são três os casos de pacientes, cuja maior permanência se faz nos hospitais psiquiátricos: casos 5º, 6º e 9º. No sexto caso, a fala tanto do paciente, quanto da mãe é de um vínculo de dependência recíproca. É uma relação simbiótica, muito intensa, onde passam a funcionar o que Dias (1994) chama de *função delegada*, que é um tipo de restabelecimento de vínculo compensatório, que perpetua uma convivência inapropriada dos pares. A interferência da mãe dificulta muito a execução de um projeto terapêutico para ser desenvolvido pela equipe multiprofissional do hospital; os profissionais sentem-se prejudicados, pela falta de colaboração da mãe, com suas interferências. O fato do paciente apresentar retardo mental e estabelecer laços afetivos muito fortes com a genitora, torna difícil uma abordagem terapêutica da equipe, pois ocorre um desequilíbrio dificultando o cumprimento de regras e reconhecimento dos limites. Trata-se de uma pessoa muito difícil de conviver, com uma postura anti-social e dominadora. A atitude intransigente e desrespeitosa da mãe do paciente, sem denotar arrependimento, e ainda se dizendo “sou doída e não estou nem aí”, faz lembrar também as personalidades psicopáticas insensíveis Schneider, (1976).

Nos dois casos (5º e 6º) relatados, percebe-se o quanto à comunicação entre o paciente e a família está comprometida. É o tipo de família considerada disfuncional, com padrões de comunicações bastante comuns, em nosso meio. Apresentam conteúdos dos discursos incompreensíveis, explicados no campo da lingüística, por Habermas (1987), em que hermeneuticamente as linguagens incompreensíveis são devidas à distorção de seus conteúdos, ou quando a linguagem se mostra patológica, no caso dos psicóticos, e comprometem além do sentido semântico, as interferências nos significados. Também nos casos extremos, pode chegar a interferir na sintaxe, dependendo do grau de comprometimento do

juízo de realidade. Embora, as patologias destes dois últimos casos descritos, sejam bastante diferentes, existe um padrão semelhante no agir destes progenitores, quando os pacientes se internam. Faz-se mister, a interferência do Ministério Público, para exigir o cumprimento das regras e protocolos definidos pelo hospital, onde se hospitalizam. As invasões, o descumprimento das recomendações hierarquicamente superiores, e o desafio pelo não cumprimento dos acordos, caracterizam-se descaso e desrespeito às regras sociais, compatíveis com transtornos de personalidade, com tamanha inadequação dos pais destes pacientes.

Outro caso que chamou a atenção tratava-se de uma patologia orgânica com epilepsia, malformação congênita, afetando seriamente a estética da paciente, foram fatores que se estudou diante da raridade daquele quadro. Trata-se de um transtorno mental orgânico, deixando grave comprometimento cognitivo com rebaixamento da inteligência. Estudos no Manual de Psiquiatria Clínica, revisado no ano passado com relatos por Kaplan e Sadock (2008) abordam a questão dos transtornos neurológicos em crianças e adolescentes, com retardo mental e epilepsia, mostrando que cerca de um terço tinha transtorno autista, ocorrendo uma taxa de 0,7 % da população em geral.

Schneider (1976) considerava as malformações entre as enfermidades das funções mentais. Estas malformações cerebrais são as causas de muitas oligofrenias congênitas, comprometendo o desempenho das pessoas. Acrescenta ainda, que a epilepsia ocupa uma posição especial dentro das psicoses. Observa-se que o comportamento da paciente é totalmente comprometido, quanto à sua capacidade de julgamento. Um dado relevante é o sentido estético e a apresentação da paciente. A grave deformação de sua aparência, rotulada pelos vizinhos de “bicho”, é muito lamentável. Quanta rejeição humana, esta paciente vivencia em sua comunidade, pois é muito discriminada, e sem nenhuma capacidade de conquista, do ponto de vista relacional. Estão comprometidos os aspectos biopsicosocial e os papéis da vida de relação humana, tornando-a embrutecida.

Um caso bastante comum, caracterizado por negligência familiar, também, tratamento interrompido por falta do medicamento, carência de recursos financeiros e ingestão de bebidas alcoólicas foram alguns dos motivos que resultaram em uma nova crise. Trata-se um transtorno mental, cuja manifestação

primária é um delírio fixo. Fragilidade egóica, baixa tolerância à frustração, suporte familiar inadequado e insuficiente, foram motivos bastante significativos, para manifestar a doença. Seu tratamento foi prejudicado à medida que o paciente ao mesmo tempo ingeria bebidas alcoólicas. Porém, o fator principal, para que fosse internado, foi o CAPS, não dispor da medicação. A Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, no Art. 4º desta portaria, fala do que estabelece o Artigo 1º e itens subseqüentes. No item “e”, está a declaração de que é preciso: realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais, para a área de saúde mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial. Nesta portaria, os recursos destinados aos CAPS, caracterizam uma grande conquista dentro do processo da Reforma Psiquiátrica. Percebe-se o quanto os serviços públicos de saúde ainda precisam melhorar, mesmo com financiamento do Ministério da Saúde, respaldados em leis, ainda demandam de muito empenho e compromisso dos gestores, para que não venha sofrer solução de continuidade nas ações, sendo o usuário o mais prejudicado.

Um caso muito grave observado, foi a agressão e ameaça de morte do filho em relação a mãe, por desconhecimento de sua morbidez. A fala na ótica do paciente é de que a mãe quer se livrar dele. Na ótica da mãe é que reiteradas vezes sofreu várias ameaça de morte. Ao receber alta, não se trata “porque não está doente”. A mãe chamou os filhos para assumirem o irmão. Não suporta mais o sofrimento. O pai nunca assumiu os filhos. A gravidade da psicopatologia (esquizofrenia) como explica Conley e Kelly (2001), é uma das desordens psiquiátricas mais desafiadoras e complexas que afligem a humanidade. As descrições das graves psicoses funcionais crônicas remontam desde o início os registros na literatura.

Nos casos estudados foram plausíveis as dificuldades em lidar com os portadores desta patologia. Neste caso, a falta de entendimento entre o paciente e a mãe, compromete o quadro e leva a um prognóstico sombrio. A partir da comunicação sempre pautada na desconfirmação, evidencia um tipo de comunicação patológica, que nunca consegue chegar a um acordo; daí a insistência

da mãe, em mantê-lo hospitalizado. Para os estudiosos da comunicação humana, os paradoxos acontecem devido às contradições impostas pelos protagonistas, no qual são chamadas de “dupla vinculação”. Uma pessoa vivendo numa situação desta natureza, é passível de se ver punida (ou se sentir culpada) pelas suas concepções corretas e definida como “má” ou “louca”, sem insinuar que existe discrepância entre o que vê de fato e acha que “deveria” ver (WATZLAWICK; BEAVIN, JACKSON, 1967).

Este caso chama a atenção, por ter este paciente feito uso de droga. De acordo com o que já foi comentado por Cordeiro (2000), nos quadros esquizofreniformes, a partir da vivência com a droga, e sua permanência internado, termina levando a um quadro de iatrogenia, pela longa permanência nos hospitais, a partir do diagnóstico, cujo prognóstico se torna sombrio. Como já referiu Louzã (2006), a esquizofrenia é uma doença grave e leva a invalidez permanente.

O quadro de demência e transtornos comportamentais devido o uso de álcool, levando à debilidade física, são algumas questões a serem discutidas, neste caso. Percebe-se o agravamento e a deterioração mental, com a demência instalada. Segue-se ao quadro do comprometimento motor, detectado a partir da dificuldade em articular as palavras, caracterizado por disartria. Assim, o grave comprometimento do estado geral, por desnutrição tem como justificativa para interná-lo, com risco de vida, e não pelas condições clínicas apresentadas, do ponto de vista psiquiátrico. É um paciente com vida afetiva irregular. Juntou-se três vezes e sempre foi abandonado pelas companheiras, devido seu alcoolismo. Na ótica do paciente, foi abandonado porque ao chegar a casa, lhe maltratavam muito, após o dia de trabalho. A seu ver, resolvia a situação, saindo de casa. “*Fico doido, só saindo de casa*”. Com grave comprometimento da cognição, não se lembra quantos filhos tem. Na ótica da família, ao beber, sai de casa e ganha o mundo. Ficou 15 dias perdido. Não quer ajuda de ninguém. Há dois anos não bebia, recaiu e tornou-se violento, perambulando pela rua, sem dormir. A família procurou cuidar dele, mas ele recusou, dizendo que queriam matá-lo. A mensagem da família retrata os cuidados dispensados. “A grande preocupação é com a possibilidade do paciente voltar a ingerir bebidas alcoólicas, após receber alta. Fica uma situação incontrolável”. Dos dez casos clínicos estudados, este foi o mais grave, pois

apresentava risco de vida, tanto pelas condições clínicas apresentadas, quanto pelo estado geral caquético, devido ao alcoolismo crônico. Apresenta síndrome amnésica, caracterizada por um comprometimento crônico e proeminente da memória recente e também da memória remota. Segundo Taborda, Chalub, e Abdalla (2004), o quadro crônico de alcoolismo, é detectado por hipomnésia, fabulação, pensamento confuso, falta de consciência da enfermidade, inquietação motora, desorientação, devido ao estado de carência crônica, induzida por álcool ou droga, que deteriora as funções cognitivas, levando a um quadro de demência, pelo caráter progressivo e irreversível.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa, a partir dos fatores sociodemográficos e clínicos das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI's) estão colocados a seguir, atendendo aos objetivos propostos.

Analisou-se uma população de 2.569 IPI's enviadas à Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária – CRIPI, no ano de 2007. Utilizou-se a amostra de 393 pacientes, constituída por 253 de IPV's e 140 IPI's. O destaque maior foi para os dados sociodemográficos representados por: gênero (masculino (62,4%), de procedência de Fortaleza (75,3%) e estado civil solteiro (72,1%), respectivamente. A idade média foi de aproximadamente 39 anos. Após a estratificação por sexo, a cidade de Fortaleza apresentou maior destaque para do sexo masculino (76,9%); em relação ao estado civil, verificou-se que o grupo de solteiros do sexo masculino era predominante, representando (75,7%). Quanto à idade constatou-se que as mulheres apresentavam idade de 42 anos superior à idade dos homens 37 anos, com uma amplitude de cinco anos.

Estratificando-se quanto ao tipo de internações 253 (64,4%) de (IPV's) e 140(35,6%) de (IPI's), tem-se a análise dos dados sociodemográficos acompanhados dos respectivos indicadores clínicos.

Utilizou-se a amostra citada para atender ao estudo proposto sobre: gênero, procedência, estado civil e idade. Foram obtidos os seguintes resultados: a maioria é do sexo masculino independente do tipo de internação, tanto para pacientes voluntários 185 (73,1%), quanto para involuntários (58,6%). Em relação ao sexo feminino, verificou-se que 68(26,9%) IPV's (41,4%) IPI's, portanto o sexo feminino, o internamento voluntário é inferior ao involuntário. Verifica-se que o tipo de internamento é inversamente proporcional, em relação ao sexo, pois se interna mais homens voluntários que as mulheres. Representaram-se estatisticamente, não significantes quando comparadas com a procedência, ou seja, as IPI's independem da procedência. Porém, o teste de qui-quadrado, mostrou-se estatisticamente significativo, quando se relacionou com o estado civil ($p=0,0001$), ou seja, nas IPI's o

estado civil e o sexo são dependentes, pois há mais internações de mulheres do que de homens, nesta categoria. Comparando-se as idades médias de homens e mulheres, constatou-se que existe diferença entre elas; ou seja, a idade média dos pacientes das IPI's totais, em mulheres é superior à idade dos homens em mais de cinco anos de idade, com praticamente, a mesma dispersão absoluta, representada por menos de um ano de idade.

Concluindo-se, portanto, que o portador de transtorno mental, precisa de cuidados e de atenção, em prol de uma sobrevivência digna para si e para seus familiares. Cabendo, portanto, ao poder público, a responsabilidade do cumprimento de políticas públicas de saúde, que atenda a esta parcela sofrida e desprotegida, da população. Sendo importante de intensificar os trabalhos de ampliação dos serviços na atenção primária, ligados à rede de cuidados em saúde mental, distribuídas entre as ações básicas de saúde. Esta seria uma maneira de conter o fluxo desta clientela, que ao receber alta do hospital psiquiátrico, já estivesse assegurado seu atendimento nos serviços substitutivos e que viesse contemplar esta demanda que fica aguardando por atendimento e novamente procurando as emergências psiquiátricas como porta giratória se tornando um processo infundável, já que esta clientela sem atendimento não pode aguardar pelo surgimento de uma vaga.

RECOMENDAÇÕES

7 RECOMENDAÇÕES

Em face da trajetória desta pesquisa e conclusão alcançada, aqui são feitas algumas colocações norteadoras para os gestores públicos, Ministério Público, Direção dos Hospitais e pesquisadores. Acredita-se que sejam pertinentes: ampliar os serviços substitutivos de caráter extra hospitalar, com intuito de trazer uma nova esperança e proposições voltadas à cidadania. Trabalhar com outra abordagem, longe dos padrões de uma psiquiatria convencional, que nos desencanta e desestimula.

- No campo da pandemia que se está vivendo, por uso de substâncias psicoativas, estimular a efetivação de programas voltados a educar as pessoas a mudarem seus hábitos e costumes, envolvendo a comunidade com propostas de ampliar os movimentos sociais e de resgatar suas próprias identidades.
- Realizar campanhas educativas, envolvendo veículos de comunicação em massa, com orientação efetiva nas escolas e tratamentos eficazes em suas comunidades e famílias.
- Mobilizar grupos religiosos, independente de doutrinas ou dogmas no sentido de conquistar espaços e uma nova esperança, desses jovens que se sentem distantes da realidade vivida.
- Cuidar da complexidade destes portadores de substâncias psicoativas, pressupondo-se a urgência da criação de espaços permanentes para reflexão e construção de paradigmas e modelos de uma clínica individual e especializada, ampliadas por meio de uma abordagem inter-relacional.
- Manter espaços coletivizados na comunidade, envolvendo famílias, grupos, redes, equipes focadas em costumes e instituições voltadas para um mundo pós-moderno, do ponto de vista da família, ciências, religião, com espaços de permanente cuidado e apoio matricial, interdisciplinar, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

- Tratar com rigor o processo dos encaminhamentos dos pacientes que ao receberem alta hospitalar, sejam atendidos nos CAPS, sem que haja solução de continuidade, fator essencial para evitar recaída.
- Não faltar medicamentos essenciais tanto nos CAPS, como Postos de Saúde, Ambulatórios especializados, dentro da rede de assistência em Saúde Mental, já que existe disponibilidade destes medicamentos no SUS.
- Ao Ministério Público sugerir a possibilidade de estabelecer controle, no cumprimento da estimativa de alta, registrada no prontuário, por ocasião da IPI, o mesmo acontecendo no momento da alta. Que toda IPI, tenha seu registro numa rede informatizada, que o Ministério Público possa monitorar as ações relacionadas a cada doente, sintonizado com o hospital psiquiátrico conveniado pelo SUS.
- Concluído o processo de pesquisa e exposição de resultados, a autora sentiu-se gratificada em levar sua contribuição às instituições públicas que mantêm o sistema e controle desta demanda, respeitando os princípios éticos no campo científico em busca do conhecimento e estimulando novos atores a produzirem ciências.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIA

ABDO, C.H.N. **Armadilhas da comunicação**. São Paulo: Lemos Editorial, 2006, p.42-49.

ABREU, N. C.; SALZANO, T.F; VASQUES, F.; CANGELLI FILHO, R.; CORDAS, A.T. **Síndromes psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AMARAL, V. **Reforma psiquiátrica**. 2005. Disponível em: <<http://www.psicopatologia.tripod.com.br/reforma.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

AMARANTE, P.D.C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008.

ANDRADE, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ARANGO-2005

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**. 3. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982. p.16.

(BASTOS, DUQUIA, (2007)

BICHUETTI, J. **Lembranças da loucura**. Belo Horizonte: Vitória, 1999. p.35

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental Ministério da Saúde**. 5. ed. Brasília, DF, 2004. p, 29-127.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de .2001 **Legislação em Saúde Mental Ministério da Saúde** 5ª. Ed. Brasília: DF, 2004. p.29-17.

BRASIL. Lei 12.151 de 29 de julho de 1993 - **Legislação em Saúde Mental Ministério da Saúde**. 5. ed. Brasília DF, 2004. p, 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Cuidar sim, excluir não. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 5. ed. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. **Portaria G.M 251 de 31 de janeiro de 2002.** Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde. 5. ed. Brasília, DF, 2004, p. 118.

BRASIL. **Portaria G.M nº. 457 de 16 de abril de 2003.** Legislação em Saúde Mental Ministério da Saúde. 5. ed. Brasília DF, 2004. p, 177.

BRASIL. **Portaria GM nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Legislação em Saúde Mental Ministério da Saúde. 5. ed. Brasília, DF, 2004, p. 125.

BRASIL. Portarias: Ministério da Saúde. **Portaria G.M 2.391 de 26 de dezembro de 2002.** Legislação em Saúde Mental Ministério da Saúde. 5. ed. Brasília, DF, 2004. p, 166.

BUBER, M. **Eu e tu.** 6. ed. São Paulo: Centauro, 2003. P.60.

CAMPOS, G.W.S, GUERRERO A.V.P, Manual de práticas de Atenção Básica-Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

CAPRA, F. **Sabedoria incomum.** São Paulo: Cultrix, 1988. p.124-132.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ, C.; DIAZ, D. A **Saúde persecutória.** Os Limites da Responsabilidade. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.

CONLEY, R. R.; KELLY L. D. **Tratamento farmacológico da esquizofrenia.** Rio de Janeiro: Publicações Científicas Ltda, 2001.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria.** São Paulo: Perspectiva, 1973. p.38.

CORDEIRO, C.; BALDAÇARA, D. (Org.). **Emergências psiquiátricas.** São Paulo: ROCA LTDA, 2007, p.71.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.p.16.

COSTA. J. F. **Violência e psicanálise.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p.81.

DAHLKE, T. D. R. **A doença como caminho.** São Paulo: Ed. Cultrix, 1983.

FOUCAULT, M. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FROMM, E. **Do amor à vida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1983.

HEIDEGGER, M. **Sobre a essência do fundamento.** São Paulo: Duas Cidades, 1967. p, 14.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ateneu, v. 2, 1979.

- KANT, E. **Crítica da razão pura**. Rio de Janeiro. Brasil Editora S.A, 1966.
- KAPLAN, B.J.; SADOCK, V.A. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- KAPLAN, I.H.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LAING. R.D. **A voz da Experiência**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1988. p.41-43
- LIMA. M.A. **Ética em Psiquiatria**. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. 2. ed. 2007.
- MACHADO, A. **O Alienista**. Rio de Janeiro: Editora Lpm 1975, p.40.
- MACHADO, R. Â.; LOUREIRO, R.; LUZ E K, MURICY. **Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAYS, N. POPE C. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.p.20.
- MELLO. T. **Faz escuro, mas eu canto**. 11. ed. Rio de Janeiro: Ed. Editora. Civilização Brasileira S.A, 1987.
- MINAYO, M.C.S **O desafio dão conhecimento**. 7. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.
- MORENO, J. L. **Quem Sobrevivera?** Fundamentos da Sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama. São Paulo: Dimensão, 1992, p.168.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 1998. Porto Alegre: Artes Médicas. 105 páginas. ISBN 85-7307-326-8.
- PEGORARO, O. A. **Ética e bioética da subsistência à resistência**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- PÉLICIER, Y. **História da psiquiatria**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1971, p.77-94.
- PERAZZO, S. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986, p.70.
- ROTerdan, E. **Elogio da loucura**. Porto Alegre: L& MP Editores, 2003.
- SÁ JR. L. MIRANDA. **O Diagnóstico psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993, p. 176-177.

SAMPAIO, J.J.C. **A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis.** Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1994.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.; ANDRADE, L. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SAMU. 192. **Política nacional de atenção as urgências.** 2. ed. Brasília (DF): Editora MS, 2006.

SARTRE, P.J . **O Ser e o nada.** 13. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005.

SATIR, V. **Terapia do grupo familiar.** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora S.A, 1967, p. 22.

SERRANO, A. I. **O que é psiquiatria alternativa.** São Paulo: Nova Cultural/ Brasiliense, 1986.

SULIANO Filho. **Ocupoterapia na saúde mental.** Imprensa Oficial do Ceará, 1982.

SZAS, T. **A escravidão psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

TABORDA, J.G. V.; CHALUB, M.; FILHO, E. A. **Psiquiatria forense.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 105-107.

Brasil. **Transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília: OPAS/OMS, 2004.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Porto Alegre: Editorial Toma, 2000.p.39-41- 73-76.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana.** São Paulo: Ed. Cultrix, 1967, P.219-222.