

Discurso das pessoas internadas por crise psiquiátrica sobre credibilidade e autonomia no tratamento

Marcos Aurélio Fonsêca¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2453-2792>

Jamile Ferreira dos Santos²

 <https://orcid.org/0000-0002-5215-0380>

Objetivo: descrever a percepção das pessoas em crise psiquiátrica sobre a credibilidade do discurso que emitem e sua relação com a promoção da autonomia no tratamento.

Método: abordagem qualitativa, descritivo-exploratória, a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas em outubro e novembro de 2019, com 12 homens internados em um instituto psiquiátrico público em Minas Gerais, Brasil, selecionados por conveniência. A pesquisa cumpriu os princípios éticos e foi aprovada em setembro de 2019, pelo parecer 3.566.943. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, para tratar os dados. **Resultados:** os participantes referiram percepção punitiva em relação à internação e tratamento, desvalorização de suas falas na construção do Projeto Terapêutico Singular e desconhecimento sobre as implicações dessas percepções para o trabalho da equipe que os acompanhava e para a instituição. **Conclusão:** apesar da reconfiguração do modelo de assistência em saúde mental, o discurso dos usuários ainda está marcado por pouca credibilidade e baixa autonomia no processo terapêutico. Ademais, no âmbito hospitalar, têm-se mantido os desafios para a consolidação do cuidado multidisciplinar e para a participação do usuário em seu tratamento.

Descritores: Saúde Mental; Transtornos Psicóticos; Participação do Paciente; Hospitalização.

Como citar este artigo

Fonsêca MA, Santos JF. The speech of people hospitalized due to psychiatric crisis on treatment autonomy and credibility. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2022 abr.-jun.;18(2):30-37. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.176046>

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Hospitalized people with psychiatric crisis' speech on treatment autonomy and credibility

Objective: to describe people in psychiatric crisis' perception of their credibility of speech and its relationship with treatment autonomy promotion. **Method:** qualitative, descriptive-exploratory approach, based on semi-structured interviews, carried out in October and November 2019, with 12 men admitted to a public psychiatric institute in Minas Gerais, Brazil, selected for convenience. The research complied with ethical principles and was approved in September 2019, by number 3.566.943. Thematic content analysis technique was used to treat the data. **Results:** the participants reported punitive perception in relation to hospitalization and treatment, devaluation of their statements in the construction of the Singular Therapeutic Project and ignorance about the implications of these perceptions for the work of the team that accompanied them and for the institution. **Conclusion:** despite the reconfigurations of the mental health care model, users' speech is still marked by low credibility and low level of autonomy on the therapeutic process. Furthermore, in the hospital environment, the challenges for the consolidation of multidisciplinary care and for the participation of the user in its treatment have been maintained.

Descriptors: Mental Health; Psychotic Disorders; Patient Participation; Hospitalization.

Discurso de las personas internadas por crisis psiquiátrica sobre credibilidad y autonomía de tratamiento

Objetivo: describir la percepción de las personas en crisis psiquiátrica sobre la credibilidad del discurso que emiten y su relación con la promoción de la autonomía de tratamiento. **Método:** enfoque cualitativo, descriptivo-exploratorio, basado en entrevistas semiestructuradas, realizados en octubre y noviembre de 2019, con 12 hombres ingresados en un instituto psiquiátrico público en Minas Gerais, Brasil, seleccionados por conveniencia. La investigación cumplió con principios éticos y fue aprobada en septiembre de 2019, mediante dictamen 3.566.943. Para el tratamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido temático. **Resultados:** los participantes refirieron percepción punitiva con relación a la hospitalización y tratamiento, desvalorización de sus discursos en la construcción del Proyecto Terapéutico Singular y desconocimiento de las implicaciones de estas percepciones para el trabajo del equipo que los acompañaba y para la institución. **Conclusión:** no obstante, la reconfiguración del modelo de asistencia en salud mental, el discurso de los usuarios todavía está marcado por escasa credibilidad y falta de autonomía en el proceso terapéutico. Además, en el ámbito hospitalario, se han mantenido los retos para la consolidación de la atención multidisciplinaria y para la participación del usuario en su tratamiento.

Descriptores: Salud Mental; Trastornos Psicóticos; Participación del Paciente; Hospitalización.

Introdução

As interpretações sobre os sofrimentos mentais e suas repercussões vêm sofrendo revisões importantes nas últimas décadas e apresentam as contradições oriundas do modo singular de existência das pessoas que os vivenciam e de suas interações com o campo social. O modelo hospitalocêntrico de cuidado, historicamente constituído ao longo dos séculos, em que foram se configurando as instituições para o tratamento, teve como desfechos a psiquiatria se tornar campo de práticas segregadoras e o manicômio ser traduzido como o seu símbolo⁽¹⁻²⁾.

Sob a influência das experiências reformistas internacionais, em especial sob a égide da Psiquiatria Democrática Italiana, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve início na esteira dos movimentos sociais da década de 1970, com a participação majoritária de profissionais recém-formados que propuseram romper com o modelo manicomial e dar voz aos usuários, familiares e trabalhadores, além de lançar mão da participação social, ferramenta decisiva para sua implementação⁽³⁻⁴⁾.

Foram criados os serviços nomeados de extra-hospitalares ou substitutivos, como dispositivos de suporte, espaços para acolhimento e cuidado pautados nas interações sociais, sem que seja necessário isolar o indivíduo de seu meio social e/ou de seu cotidiano. O sujeito em sofrimento psíquico passa a ser o protagonista da relação e do seu projeto de vida⁽⁵⁻⁶⁾. No entanto, a estratégia de cuidado que se configura como o isolamento espacial e social da pessoa em sofrimento mental, seja em regime fechado, com a permanência/resistência da internação em alguns hospitais, ou em serviços abertos, com permanência diurna e hospitalidade noturna, tem sido justificada pelas condições clínicas, geralmente avaliadas à luz da organização psíquica, ou ausência dela, e das estratégias de enfrentamento do sofrimento que a pessoa é capaz de utilizar nos momentos críticos.

As evidências relacionadas aos riscos para si e para terceiros, associadas aos episódios de agressividade, manifestadas ou não por atitudes violentas, continuam determinando os afastamentos do meio social. Ainda que aqueles que sofrem não manifestem o mesmo entendimento, os riscos de autoextermínio ou a heteroagressividade continuam sendo registrados nos prontuários como as manifestações mais frequentes na chegada aos serviços e podem ser usados para justificar a internação.

A definição de crise indica tanto o sentido de separação, mudança, desequilíbrio transitório, quanto o de possível ocasião de crescimento. A crise como uma experiência de vida tem sido associada à necessidade de cuidado profissional imediato com base em conhecimento teórico-prático e vinculado a um modelo (psicossocial), para responder às demandas subjetivas,

de ordem prática e social da pessoa que se encontra em sofrimento mental⁽⁷⁾. A crise deve ser compreendida como multifatorial, na medida da apropriação conceitual e contextual dos diferentes sentidos clínicos, históricos e sociais.

Existe ainda a dimensão de que crise é o desencadeamento psíquico que coloca a pessoa no vazio, em um lugar de interrogação⁽⁸⁻⁹⁾. Em alguns casos, são presentes as falas desconexas e confusas, com o uso diferenciado da linguagem; ao se distanciar da linearidade previsível do discurso, o que a pessoa fala pode não ser compreendido ou não ser valorizado. Com a dificuldade de comunicação, resta prejudicada a autonomia, na medida em que necessidades, desejos, emoções e sentimentos não são expressos pela pessoa como em outros momentos.

A resposta à crise advém da urgência que nela se revela e precisa ser criteriosamente avaliada, visando à proposição de medidas proporcionalmente resolutivas, que promovam a continência ao usuário, no sentido de bordas, para que ele possa obter os recursos necessários para lidar com esse momento de rupturas.

A internação deve ser compreendida como uma estratégia-limite de proteção da saúde e da vida daquele que sofre ou do seu círculo de convivência; é uma decisão a ser tomada em momentos de radicalidade da crise, pois afeta dramaticamente o cotidiano e o cuidado da pessoa, ocorrendo por vezes sem o seu consentimento. No modelo hospitalar, o cuidado é orientado sob a ótica psicopatológica, o que repercute diretamente no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Há de se levar em conta também que a rotina hospitalar é a organizadora do cuidado ofertado, priorizando sempre o controle do risco e regulando, por vezes, o contato com o usuário⁽¹⁰⁾.

No modelo atual, os serviços de saúde mental de atenção à crise devem orientar suas práticas pela construção do PTS, com a participação direta do usuário e inclusão de sua rede social, adscrita na perspectiva de território. Trata-se de um conjunto de propostas de cuidados terapêuticos resultante da discussão coletiva, interdisciplinar e/ou intersetorial do caso clínico⁽¹¹⁾.

Esta pesquisa, realizada no momento da internação em um instituto psiquiátrico público, buscou dar voz aos usuários, para compreender as suas percepções sobre a credibilidade de seus discursos e sua relação com a promoção da autonomia no tratamento.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritivo-exploratória, que analisou os discursos dos usuários e, ainda que não almejasse à generalização dos resultados, promoveu suas participações ativas e consistentes, buscando aprofundar a dimensão biopsicossocial existente nos seus discursos⁽¹²⁾.

Adotou-se seleção dos participantes por amostragem não probabilística do tipo conveniência e foram definidos os seguintes critérios de inclusão, baseando-se nos registros dos prontuários: aqueles com diagnósticos de admissão de crise psicótica (presença de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou comportamento desorganizado, com ausência de *insight* quanto ao caráter dos sintomas, ocasionando grande comprometimento do juízo crítico da realidade), concomitante a um período de internação mínimo de dez dias.

Utilizaram-se como critérios de exclusão as seguintes condições: uso de substâncias psicoativas, diagnóstico concluído de deficiência intelectual e possuir curatela judicial. Todos os entrevistados foram representados pela letra P (Participante) e numerados de acordo com a ordem dos encontros, garantindo o anonimato.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, com utilização de um roteiro pré-definido com base nos objetivos da pesquisa, no período de outubro e novembro de 2019. As perguntas elaboradas pelos pesquisadores abordaram: o momento da hospitalização e seus motivos; a relação do usuário com a equipe de referência e com os demais internos; as dificuldades vivenciadas durante a internação e para manutenção do tratamento em saúde mental; a forma em que cada participante identificava o modo como seus discursos eram acolhidos pela equipe de referência, no período da internação.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise dos dados visou à compreensão da história de vida, do histórico das internações e de como o usuário percebia que seu discurso era considerado na construção do seu tratamento, no período da internação. As transcrições foram analisadas com base na técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo⁽¹²⁾, como uma técnica efetiva para interpretação de pesquisa qualitativa em saúde; esta autora refere que as metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar os significados e a intencionalidade como inerentes estruturas sociais, relações, e aos atos, compreendendo-as como construções humanas significativas.

Nesta técnica, verifica-se a frequência dos temas que se repetem no núcleo dos textos analisados. Em seguida, o pesquisador executa três fases: a pré-análise dos dados coletados: leitura flutuante (até esgotar a totalidade) das transcrições da entrevista; a exploração do material: destacando no corpo do texto os temas mais frequentes que emergirem nas transcrições; em seguida, os excertos assinalados são destacados e analisados, depois inseridos nos trechos que se encaixam nos temas que surgirem; e, finalmente, a interpretação dos resultados: os temas que emergiram foram separados em três eixos temáticos e percorridos ao longo do texto⁽¹⁰⁾.

Este estudo foi realizado em um instituto público de referência de atenção à crise em saúde mental em Minas Gerais, Brasil. A pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética institucional, obtendo o parecer 3.566.943, de 11/09/2019. Foram obedecidos os princípios para pesquisa com seres humanos previstos na resolução 466/2012 do CNS, sendo mantido o sigilo e a confidencialidade dos dados e preservada identidade dos participantes.

Resultados

Participaram desta pesquisa 12 homens com idades entre 18 a 29 anos, com escolaridade nos seguintes graus: um usuário não alfabetizado, três com ensino fundamental incompleto, três com ensino médio incompleto, três com ensino médio completo, um com ensino técnico completo e um com ensino superior incompleto. Todos foram diagnosticados como psicóticos pelo referencial da abordagem psicopatológica médica, conforme prontuários.

Os resultados das entrevistas foram organizados, agrupados e apresentados a partir de três eixos temáticos principais, definidos após a análise descritiva dos dados, e permitiram a interpretação das percepções iniciais do usuário sobre a credibilidade do seu discurso e o que ocorre durante o tratamento, ou seja, desde a internação no momento crítico até a alta, e de como a escuta de suas falas pela equipe representa ou não ganho de autonomia. Os eixos temáticos foram estabelecidos como: o momento da crise e a chegada ao serviço; estabilização: a credibilidade do discurso dos usuários no tratamento; e rotinas institucionais, autonomia e alta.

O momento da crise e a chegada ao serviço

As falas dos usuários sobre a experiência da crise, durante as entrevistas, demonstraram que esse momento foi vivenciado de modo particular por cada indivíduo e que as manifestações mais recorrentes registradas no prontuário e que justificaram a internação, caracterizadas pelo prejuízo da crítica e do juízo da realidade e pela negação a serem avaliados, medicados e/ou internados, puderam ser percebidas nas suas falas: *Não sei o motivo de verdade, porque eu estava trabalhando e me trouxeram para cá. Como que foi? Foi ruim, porque eu tive que vir amarrado né, como se tivesse tonto, se [...] então eu pus a mão na consciência e pensei não fazer nada e aceitei me amarrarem e me trazerem até aqui. Você sabe que quiseram aplicar injeção em mim, mas não puderam porque eu tinha ingerido bebida alcoólica...* (P09); *Porque eu estou bem, não tenho vício de nada, não tenho vício de droga, não tenho vício de cigarro, não tenho vício de nada. Eu estou internado aqui porque [...] briga familiar* (P12); *Eu estou internado porque... eu agredi minha mãe, eu fui preso no NAPS (CAPS). [...] O pessoal do NAPS foi ao juiz e mandou o juiz me colocar aqui, aí eu vim para cá* (P08).

A chegada à instituição foi associada a um momento de tensão e de rompimentos, onde as falas tendem a serem substituídas por atitudes, que são classificadas como agitação psicomotora, agressividade com os familiares e terceiros e/ou tentativa de autoextermínio, como revelado nas seguintes falas: *Aí o momento da minha hospitalização? Eu lembro que eu estava na ambulância, aí eu saí que eu queria ir embora né, eu não estava amarrado nem nada... minha mãe estava na secretaria e aí eu fui em direção à portaria querendo ir embora, só que aí eu vi os homens da ambulância atrás de mim, me cercando. Aí, invés de provar para eles que eu estava certo, de que eu não estava tendo surto nem nada, caí na armadilha e peguei em pedra e armei soco... acabei sendo agressivo com eles e aí eles me amarraram e me internaram aqui à força mesmo (P04); Porque eu tomei veneno para me matar, [...] eles me pegaram, botaram mangueira na minha boca, tiraram o líquido hidrogeno (P05).*

Um momento identificado pelo usuário como de desconsideração do seu discurso e mesmo de incompreensão quanto à falta de credibilidade foi o da tomada de decisão sobre a internação; as falas mostraram as enormes dificuldades para argumentar e conseguir propor outras estratégias para o tratamento, como em: *Eu sei que [...] qualquer médico que você for, o médico sempre fala, se você estiver bebendo você não pode receber medicação, como era medicação, eu falei e não quis aceitar. Eles me pegaram à força [...] eu preferia ter tomado comprimido só que [...] pronto, me rendi. Tomei uma, depois tomei outra e outra, eu tomei bem umas duas ou três injeções (P09); Internado... Eu não tenho a informação porque não era para eu estar internado, era para tentar fazer uma cirurgia de fimose, aí eu vim para cá, me deixaram uma semana, falaram que eu tinha que ficar (P10).*

A pesquisa mostrou que, após a admissão no serviço, com o tempo a posição do usuário em relação ao outro mudava, assim como a organização psíquica e as capacidades discursivas. Identificou-se que ele passava a perceber que suas falas têm repercussões nos encontros com os diferentes profissionais, durante a internação. Com a evolução do tratamento e a estabilização do quadro, percebeu-se que a maioria dos participantes ampliou o contato com os profissionais, no sentido de manifestarem o que estavam sentindo e sobre os seus interesses.

Estabilização: a credibilidade do discurso dos usuários no tratamento

Observou-se que o tratamento na internação incluía todas as categorias profissionais e o trabalho ocorria na perspectiva multidisciplinar. Entretanto, para os usuários, não ficava clara a distinção das funções ou a complementaridade do trabalho coletivo dos profissionais, como pode ser percebido nas falas: *Então, os três médicos discutem o meu caso e toda segunda a gente conversa, todo mundo junto da equipe, aí conversa sobre o que está acontecendo, como eu estou me sentindo, isso [...] (P03); Eu não estou tomando as decisões assim. No papel mesmo que o pessoal tem*

administrado, assim em todo meu tratamento, assim de uma forma mais é... psiquiátrica, não da verdade que eu falo assim, estou sem muita atenção, entende? (P02).

A centralidade da assistência ocupada pelo médico foi percebida pelo usuário como concorrente às intervenções do profissional que ocupava a Referência Técnica (RT) no caso, o que repercutia no desenvolvimento do PTS ser comprometido, porque ele não reconhecia o trabalho da RT como relevante para o tratamento, como pode ser percebido nas falas: *É, eu converso todos os dias com o doutor E. mas, com a F., que é a referência mesmo, eu não estou tendo muito contato com ela. É, é um pouco assim [...] ela conversa comigo uma vez na semana, aí não tem muito espaço para eu conversar [...] as coisas que deveriam ter sido conversadas com ela há mais tempo, né? (P02); Falando a verdade sempre para o meu médico e ele sempre me aconselhando e a gente vendo qual que é o meio, vamos supor... de medicamento, se aquele medicamento eu não estou dando muito certo com ele, ele troca e coloca outro medicamento (P01).*

Em relação ao modo como os usuários relataram sua percepção sobre a participação na construção do PTS e o que compreenderam ou não desta experiência, quando perguntados sobre as suas falas serem consideradas pelos profissionais, foi possível constatar que os entrevistados não percebiam a legitimidade das suas falas e participação ativa no tratamento ou que terceiros falavam por eles. As falas indicaram a desvalorização de suas participações, como constatado em: *Ah sim, algumas sim, mas, algumas eles não concordam. Às vezes você fala alguma coisa ou pede alguma coisa, muitas das vezes eles não concordam, entendeu? [...] já que não resolve, então não adianta insistir, né? Tem até as vezes que alguns daqui ficam chateados e não gostam, entendeu? Então a gente prefere não insistir, volta para o quarto e vai se deitar, pronto (P11); Bom, eu não percebo isso muito porque minha mãe que conversa nas reuniões e... acaba decidindo mais por mim, por isso (P07).*

Em alguns momentos, os usuários relataram a necessidade de autorização e/ou validação por parte da equipe quanto às pontuações que eles realizavam durante as discussões e alinhamentos do caso, mesmo para os usuários que aparentemente demonstravam maior clareza sobre suas responsabilidades no tratamento. Identificou-se o poder delegado à equipe pelos usuários, como pode ser percebido nas falas: *Eu tento não esconder nada, não ficar com medo de não receber alta; se eu tiver bem, aí que eu mereço receber alta, se eu não tiver, eu tenho que continuar aqui (P03); Eles me dando o remédio e eu tomando o remédio direitinho e aí eu estou ajudando bastante também, que se eu não tomar o remédio e não contribuir com eles também, aí fica ruim para mim (P11).*

Com o avanço do tratamento e melhora do quadro, concomitante à esperada estabilização, foi percebido como desafio o movimento de retomada e o surgimento de planos para a vida, o retorno à vida cotidiana e à

sociedade. Os entrevistados manifestaram o desejo de poder viver com os demais e de acessar os modos de satisfação triviais, possibilitados pelo convívio social, como pode ser percebido nas falas: *Sair daqui... bem... para o trabalho... O que que eu estou desejando? Trabalho e estudo, muito mais o estudo.* (Longo período de silêncio) *Estou buscando me entender e estou conseguindo e... só* (P07); *Minha perspectiva é sair daqui podendo conviver com todas as pessoas, poder constituir uma família, trabalhar... é isso, eu quero... sair daqui bom* (P01).

Ainda que o uso da expressão *podendo conviver com todas as pessoas* utilizada abra questionamentos sobre quais seriam os impedimentos a essa convivência, as falas indicaram o desejo dos entrevistados de retomar o papel social, quando já existia, ou construir um laço com o tecido social, apesar de não saberem como fazê-lo.

Rotinas institucionais, autonomia e alta

Visando à compreensão de como os usuários percebiam todo o processo da internação e o contexto em que esta ocorria, averiguou-se que a forma como a instituição se organiza desfavorecia a participação efetiva dos usuários no seu tratamento e implicava em uma posição de passividade, como pode ser percebido nas falas: *É isso no geral que eu posso contribuir, fazer o que eles mandam, que aqui a gente tem que fazer o que eles mandam [...] Ah, tipo, eu quero que apaga a luz, eu vou lá e peço e eles apagam a luz, é... posso pedir pátio livre e eles liberam* (P06); *Porque o que eles falarem para mim eu vou ter que aceitar [...] o que eles falarem para mim eu vou aceitar, entendeu? Não tem outro jeito* (P12).

Para os participantes, a internação foi percebida como solução imediata e definitiva e, ao serem perguntados sobre as suas responsabilidades no próprio tratamento, eles responderam: *É porque... o pessoal aqui, o doutor mais a técnica, eles não estão assim me ajudando em algumas partes né? Que seria assim, local para eu ficar. É, eu estou querendo assim me deslocar para um lugar mais longe e eu não estou tendo assim essa ajuda* (P02); *Ah, sobre isso aí (ser incluído no tratamento) eu não percebo, só quando eu vou tomar o remédio; às vezes, o remédio já está lá em cima (da mesa) já, aí eu não sei. Então eu realmente não sei como eles resolvem* (P10).

Foi possível constatar como a instituição era percebida pelos participantes quanto à burocracia, restando pouco espaço para cada um manifestar suas individualidades, como pode ser percebido nas falas: *Acho que seria a burocracia que... tanto os enfermeiros, tanto os médicos têm que lidar por causa do hospital que é muito regrado, né? Tanto nos horários dos medicamentos, como nos horários das alimentações, eu acho que essa é a maior dificuldade* (P04); *[...] a falta de poder... a falta de espaço... Eu me sinto muito preso aqui dentro, entendeu? Às vezes eu vou [...] para o pátio livre [...] e foi até legal, mas, a Dra. B e a Dra. M falaram que iam me levar hoje (mas) eu não sei se vão levar não [...]* (P09); *[...] eu estou agora*

só esperando para fazer uma perícia médica, sexta feira agora, se deus quiser, e aí depois da perícia médica, o médico vai me dar alta para eu ir embora, se deus quiser! Está sendo a maior ansiedade que eu estou (P05).

Pelos discursos dos usuários, o serviço foi percebido como um local burocrático, com o poder concentrado pelos profissionais e com pouco espaço para manifestação de opiniões. A passividade frente às regras foi, para a maioria dos participantes, associada à maior chance de obter a alta.

Discussão

O cuidado ofertado à pessoa em sofrimento mental e que vivencia agudização do quadro pode culminar na decisão da internação ou do isolamento temporário e, como constatado pela pesquisa, com ou sem a sua participação ativa, isto é, por vezes é necessário fazê-lo à revelia do indivíduo^(9,13). Os relatos dos participantes mostraram a posição passiva frente ao serviço e aos profissionais no momento da internação e, antes disso, no campo das relações familiares e sociais. Na mesma direção, a credibilidade do discurso emitido foi evidenciada como muito baixa na chegada ao serviço, o que terminava por influenciar negativamente no seu poder de negociação e na autonomia para fazer escolhas⁽¹³⁻¹⁴⁾. Além disso, a interpretação dos resultados apontou para a percepção punitiva da internação, que foi diretamente ligada à cena na qual ocorreu um comportamento indesejável, quase sempre associado a situações de suposta ameaça ou atitude agressiva a um terceiro ou ao risco de morte.

Os participantes, todos com diagnóstico de psicose, revelaram desconhecer o alcance de seus discursos frente às equipes e manifestaram o sentimento de que suas falas ou não são ouvidas ou são desvalorizadas durante o tratamento e que, por isso, utilizavam estratégias particulares para superar as barreiras institucionais e conseguir o que queriam, ainda que, em certos momentos, a medida mais efetiva era permanecer calado. Admite-se, ainda, a importante consideração de se tratar de enunciações de pessoas com diagnóstico de psicose, quando estavam presentes nas falas algumas características comuns quanto à falta de recursos simbólicos para elaborar o que é dito, que é associada ao modo particular de fazer uso da linguagem e, conseqüentemente das palavras, e à concretude na interação com o outro na psicose⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Para além do uso da linguagem, os participantes revelaram estratégias mais próximas à aceitação e à resiliência, o que contradiz qualquer princípio orientador quanto à participação ativa do usuário no seu tratamento.

Os participantes reportaram desconhecer o cuidado interdisciplinar oferecido pelo serviço durante a internação e destacaram em suas respostas o tratamento medicamentoso e o cuidado centrado na figura do médico⁽¹⁶⁾, indicando a permanência de um modelo tradicional, que ainda não foi superado no imaginário

social, apesar dos avanços propostos a partir do modelo de atenção em saúde mental patrocinado pela RPB. Pelas percepções dos usuários, as discussões dos casos para alinhamento das condutas no sentido da construção do PTS aconteceriam primeiramente entre os médicos e só depois seriam compartilhadas com os demais membros da equipe, usuário e/ou familiares.

A pesquisa evidenciou que o processo de alta foi associado à saída da instituição e ao fim da internação, ao invés de ser compreendido como melhora e estabilização do quadro clínico⁽¹⁷⁾. Pelos discursos dos participantes, percebeu-se que essas pessoas desejavam recuperar ou obter coisas simples e cotidianas, como trabalho, estudo e as relações familiares e sociais. Nenhum dos participantes indicou que a internação promoveu alguma mudança significativa em suas vidas, o que nos permitiu inferir que esse momento funcionou como um intermédio, como um ponto de parada para a recuperação de um estado anterior, mas não no sentido de crise como oportunidade para crescimento.

Na visão dos usuários, a institucionalização era marcante na rotina da internação e eles a nomearam de burocracia; em resposta a essa crítica, cabe aos profissionais criar espaços de negociação, no sentido da abertura à expressão das subjetividades. A discussão permanente sobre a organização dos serviços de saúde mental e dos processos de trabalho deve incluir a reflexão sobre como as relações internas e os diferentes papéis ocupados por cada um dos atores nesse contexto reproduzem as estruturas hierárquicas e de poder⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Esta pesquisa revelou alguns desafios ainda existentes na prática clínica, contribuindo com avanços no conhecimento do campo da saúde mental; o estudo investigou o quanto o serviço e os profissionais valorizavam ou permitiam a expressão da fala e a participação do usuário na construção do seu PTS. De modo complementar, ele trouxe à tona a permanência/resistência da internação psiquiátrica na realidade brasileira, apesar dos inegáveis avanços na construção da rede de serviços substitutivos em saúde mental. Quanto às limitações, esta pesquisa analisou as produções discursivas de um único grupo de usuários e, por se tratar de um estudo qualitativo, que não almeja à generalização dos dados, ela não reflete a totalidade das percepções.

Conclusão

A partir das experiências clínicas dos autores, no contexto de um serviço de atenção à crise e no bojo das atuais concepções em saúde mental, este estudo advoga a garantia da legitimidade do discurso emitido pelo usuário. A pesquisa se mostrou relevante quando revelou, pelas falas dos participantes, como são percebidas as estratégias clínicas institucionais e as práticas profissionais. O objetivo da pesquisa foi alcançado e os resultados permitiram concluir

que os usuários percebem que o discurso que emitem tem pouca credibilidade, tanto durante a crise quanto na estabilização, e que suas falas nem sempre contribuem para a promoção da autonomia durante o processo terapêutico. Os usuários não reconheceram a legitimidade de seus discursos perante a equipe e destacaram a frequência da tomada de decisões por terceiros.

Os participantes enunciaram em seus discursos algumas fragilidades do projeto institucional, quando revelaram a manutenção da lógica do exercício do poder dos profissionais, dentro de uma organização burocrática. Concluiu-se que é oferecida pelos profissionais uma pequena margem de negociação, em especial no momento da chegada, mas também durante todo o tratamento. Os usuários revelaram não discernir os papéis dos profissionais, exceto os médicos, no conjunto das intervenções das equipes, além de não compreenderem de forma clara as próprias responsabilidades no desenvolvimento do tratamento e na construção do PTS. A postura passiva, ou mesmo submissa, caracterizou os discursos dos participantes em várias falas.

Ainda que existam justificativas clínicas específicas para a definição do isolamento de uma pessoa em sofrimento mental, configurado neste serviço pela internação, os serviços e profissionais devem refletir sobre estratégias inovadoras de abordagem à crise, dado que este momento é rico e crucial para as possíveis retificações dos percursos clínicos dos usuários. Com as falas dos participantes, concluiu-se que eles percebiam a internação como um evento inevitável, por vezes contrário aos seus desejos, e atribuíam à adesão ao tratamento medicamentoso a chance de melhora e de alta. O estudo referendou estudos anteriores no sentido de que a instituição deve ter autocrítica permanente para rever as práticas que realiza e deixou em aberto questões a serem respondidas em pesquisas posteriores tais como: as estratégias possíveis para fortalecimento do discurso do usuário e a potência da interdisciplinaridade em saúde mental para consolidar a participação do usuário em seu projeto terapêutico.

Referências

1. Sampaio ML, Bispo JP Júnior. Between cloistering and deinstitutionalization: the mental health trajectory in Brazil. *Trabalho Educ Saúde*. 2021;19:e00313145. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
2. Amorim RG, Lavrador MCC. The perspective of care production by mental health workers. *Psicol Cienc Prof*. 2017;37(2):273-88. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000332015>
3. Oliveira E, Szapiro A. Why psychiatric reform is possible. *Saúde Debate*. 2020;44(Sp Iss 3):15-20. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E302>

4. Emerich F, Onocko Campos RT. Mental health professional education: reflections based on the conceptions of subject, collective and institution. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170521. <https://doi.org/10.1590/Interface.170521>
5. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2067-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
6. Pacheco SUC, Rodrigues SR, Benatto MC. The importance of CAPS user empowerment for (re) construction of your life project. *Mental [Internet]*. 2018 [cited 2021 May 26];12(22):72-89. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v12n22/v12n22a06.pdf>
7. Souza AS, Pinho PH, Vera S, Cortes HM. Strategies for dealing with the psychic crisis by an emergency mobile service. *J Nurs Health*. 2019;9(1):e199109. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i1.15019>
8. Martins AG. The notion of crisis in the mental health field: knowledge and practices in a center for psychosocial care. *Mental [Internet]*. 2017 [cited 2021 May 26];11(20):226-42. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a12.pdf>
9. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Attention to the crisis in mental health: centralization and decentralization of practices. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(2):595-602. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>.
10. Ely GZ, Terra MG, Silva AA, Freitas FF, Leite MT, Brum BN. Perceptions of individuals hospitalized in psychiatric units about living with a mental disorder. *Texto Contexto Enferm*, 2017;26(3):e0280016. <http://doi.org/10.1590/0104-07072017000280016>
11. Silva N, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra ALQ. Challenges in the operationalization of singular therapeutic projects in psychosocial care centers. *Psicoestud*. 2020;25: e49996. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Femdal I, Knutsen IR. Dependence and resistance in community mental healthcare: negotiations of user participation between staff and users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24:600-9. <https://doi.org/10.1111/jpm.12407>
14. Alston M, Bennett CF, Rochani H. Treatment adherence in youth with first-episode psychosis: impact of family support and telehealth delivery. *Issues Ment Health Nurs*. 2019;40(11):951-6. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1630532>
15. Lustoza RZ, Cardoso MJE. The enigmatic experience in psychosis: the elementary phenomena in the light of theory of significant. *Psicol USP*. 2017;28(1):135-43. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150127>
16. Vieira GLS, Cirilo LS, Sousa PF, Maciel SC. Conceptions of users of a center for psycho-social attention (CAPS) about treatment and inclusion. *Psicol Soc*. 2018;(30):e187474. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30187474>
17. Romagnoli RC, Amorim AKMA, Severo AKS, Nobre MT. Intersectoriality in mental health: tensions and challenges in cities of southeastern and northeastern Brazil. *Rev Subjetividades*. 2017;17(3):157-68. <https://doi.org/10.52050/23590777>.
18. Azeredo YN, Schraiber LB. Institutional violence and humanization in health: notes to debate. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2017 [cited 2021 May 26];22(9):3013-22. Available from: <https://link.gale.com/apps/doc/A513515418/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=7601d7bc>

Contribuição dos autores

Concepção e planejamento do estudo: Marcos Aurélio Fonsêca, Jamile Ferreira dos Santos. **Obtenção de dados:** Marcos Aurélio Fonsêca, Jamile Ferreira dos Santos. **Análise e interpretação dos dados:** Marcos Aurélio Fonsêca, Jamile Ferreira dos Santos. **Redação do manuscrito:** Marcos Aurélio Fonsêca, Jamile Ferreira dos Santos. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Marcos Aurélio Fonsêca, Jamile Ferreira dos Santos.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 27.10.2020

Aceito: 20.04.2021

Autor correspondente:

Marcos Aurélio Fonsêca

E-mail: mfonseca@ufmg.br

 <https://orcid.org/0000-0003-2453-2792>

Copyright © 2022 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.