

Querer ficar, querer sair: a ambivalência da internação psiquiátrica

Juliana A. de Oliveira Camilo

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Resumo: A dicotomia entre querer sair e querer ficar no manicômio parece fazer parte da vida de muitas usuárias e usuários de serviços de saúde mental. Neste texto, será discutida essa problemática, destacando os principais impasses relatados por algumas usuárias quando estavam internadas em um hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo, entre 2005 e 2007. A análise do conteúdo foi sustentada com base na perspectiva do construcionismo social. Este estudo conclui que a falta de uma rede de apoio extramuros integrada, além de internações psiquiátricas recorrentes, dificulta a reinserção social e abre espaço para o “querer ficar internado”. No entanto, esse suposto desejo não está isento de sofrimento. As falas, marcadas por rostos entristecidos, lapsos de linguagem ou lágrimas, clamam pela reconstrução de cidadania e autonomia, possível apenas pelas condições propícias para o “poder” sair.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; serviços de saúde mental; construcionismo social; pesquisa qualitativa.

WANT TO STAY, WANTING TO LEAVE: THE AMBIVALENCE OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

Abstract: The dichotomy within the desire of staying or getting out of the hospital seems to be part of many user's life whom are attended by mental health services. Thus, this paper intends to reflect on this issue, highlighting the main problems reported by some users when they were admitted to a psychiatric hospital in São Paulo, between the years 2005 and 2007, and the content analysis sustained from the perspective of social constructionism. It was concluded that the lack of a support network integrated extramural, and recurrent hospitalizations, hinder social reintegration and open space for the “want to stay in hospital”. However, this supposed desire, not without suffering. The statements marked by sorrowful faces, slips of the tongue or tears, calls for the reconstruction of their citizenship and autonomy, the only possible conditions to “can” go out.

Keywords: mental health; psychiatric reform; mental health services social; construction; qualitative research.

QUIEREN QUEDAR, QUIEREN SALIR: LA AMBIVALENCIA DE HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA

Resumen: La dicotomía entre el deseo de salir y el deseo de estar en el asilo parece hacer parte de la vida de muchas usuarias y de usuarios de servicios de la salud mental. En este texto discutirá este problema, destacando las principales dificultades para algunas usuarias y usuarios cuando estaban internadas en un hospital psiquiátrico de la ciudad de São Paulo, entre los años de 2005 a 2007. El análisis del contenido fue apoyado en la perspectiva del construcionismo social. Este estudio concluye que la carencia de una red integrada de apoyo, asociada a internaciones psiquiátricas recurrentes, obstaculiza la reinserción social y abre el espacio para que el “deseo de estar internado”. Sin embargo, este deseo que se suponen, no está exento del sufrimiento. Los discursos, marcados por caras entristecidas, lapsos de la lengua o lágrimas, claman por la reconstrucción de su ciudadanía y autonomía, posible solamente con las condiciones propicias para el “poder” salir.

Palabras clave: salud mental; reforma psiquiátrica; servicios de salud mental; construcionismo social; investigación cualitativa.

Introdução

Será que a sociedade em que vivemos é tão integradora, acolhedora e sem preconceito como se costuma dizer? Quando se amplia essa discussão para a convivência dos usuários de serviços de saúde mental fora dos limites hospitalares, tem-se uma importante discussão à frente. Isso porque, se nos dias atuais parte significativa da sociedade associa a instituição psiquiátrica à segregação social, aos maus-tratos e à opressão, tal associação não parece ter o mesmo sentido para algumas usuárias e usuários de serviços de saúde mental quando apontam o desejo de permanecer no internamento. As razões que levam uma pessoa a optar por essa vida segregada motivaram a iniciação desta pesquisa.

O hospital psiquiátrico banido do tratamento da loucura é reconhecido, em diferentes tempos e por diversos autores, como agente cronificador da enfermidade mental (GOFFMAN, 1974; BASAGLIA, 1995; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, FOUCAULT, 2004). Isso ocorre porque a justificativa da tutela e da submissão do interno promoveria diferentes mecanismos de exclusão e de violência psicológica. Além disso, como agente cronificador, a instituição psiquiátrica condenaria o usuário ao internamento recorrente, dificultando o estabelecimento de relações sociais. Na reflexão feita por Amarante (1996), mais do que uma relação de opressão e violência, a intervenção na vida e as classificações de normal ou anormal constituem-se como a afirmação de um poder médico que se configura como a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

A segregação do usuário também é desenhada quando as pessoas ditas normais parecem se conformar com os passos lentos da reforma psiquiátrica e com a consequente demora para dar fim às instituições manicomiais. Diversas ações, manifestações e reivindicações são realizadas no âmbito dos movimentos sociais voltados à causa anti-manicomial, contudo, em meio a tantas reformas legais e administrativas, a reestruturação da assistência à saúde mental parece ainda passar quase despercebida pela sociedade em geral.

Método

O construcionismo social foi a perspectiva epistemológica que sustentou esta pesquisa, e, com base em seus principais pressupostos, adotou-se, em todo o trabalho, uma postura desreificante, desnaturalizante e desessencializadora, que radicaliza a natureza de nosso mundo e de nossas práticas (SPINK, 2004). Com essa postura, fez-se necessária a constante desfamiliarização de verdades tidas como absolutas, inquestionáveis e imutáveis. Assim, foi adotada, na prática de pesquisa, a ruptura constante com essas verdades, abrindo a possibilidade de novas construções e ressignificações. Contudo, esse procedimento só teria real efeito se o olhar constante ao objeto investigado contasse com o seguinte questionamento: “Por que isso aconteceu dessa forma?”. Esse ponto de partida, além do esforço para a desfamiliarização de conceitos, visou à compreensão histórica do fenômeno pesquisado, situando-o no tempo e espaço e em determinada sociedade e cultura.

A suposta neutralidade científica foi desconstruída no decorrer deste estudo, já que se entende que não há entrada neutra no campo a ser estudado, pois sempre se está vincu-

lado a algo, a alguém ou a alguma ideia (SATO; SOUZA, 2001). Ainda que não tenhamos sido convidados para pesquisar aquele local, alguém permitiu a entrada e convivência, tem poderes e interesses em relação àquelas pessoas, e isso define a posição que ocupamos na visão das pessoas do local, ainda que não compartilhem dos mesmos poderes e interesses dos interlocutores iniciais.

Dessa maneira, o pesquisador, no cenário de pesquisa e no processo de interpretação, exerce influência direta nos resultados da pesquisa e é por ela influenciado. Com isso, o rigor em uma pesquisa qualitativa de cunho construcionista está na maneira como o pesquisador explicita os processos de coleta de informações e clarifica o processo de análise. De acordo com Spink e Lima (2004), a possibilidade de explicitação detalhada dos passos da pesquisa propicia o diálogo, aspecto fundamental de um trabalho científico.

Nessa troca, tem-se o importante papel exercido pela linguagem, como forma de interação e comunicação entre pessoas. Por esse motivo, dá-se destaque especial à linguagem em ação (práticas discursivas), por ser esta a maneira como as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (SPINK; MEDRADO, 2004). Ao tomarmos as práticas discursivas como linguagens em ação, somos direcionados para as consequências da fala, e, dessa forma, quando se colocam em pauta os termos discurso ou práticas discursivas, pretende-se contextualizá-los sob a perspectiva de uma ação enredada a algo ou alguém, dotada de historicidade e cultura.

Para Duarte (2002), a pesquisa assemelha-se ao relato de uma longa viagem, na qual se vasculham lugares muitas vezes já visitados. Nessa viagem, a originalidade estaria no modo como cada pesquisador olha para seu campo de pesquisa e o compreende. A expressão pesquisa de campo é cotidianamente utilizada para explicar a ida do pesquisador ao lugar de sua pesquisa (o campo), que pode ser um hospital, uma escola, comunidade etc. Contudo, em uma perspectiva construcionista, o trabalho de campo começa desde o momento em que o pesquisador pensa em seu tema, indo das conversas informais às observações realizadas com diferentes graus de estruturação (SPINK, 2003).

Ao adotar essa postura, o pesquisador constrói a interpretação junto com as pessoas, tornando o conhecimento dialógico e coconstruído nas relações que se estabelecem ao longo do tempo. A partir dessa experiência, foi possível identificar novas possibilidades de investigação, bem como hipóteses sobre as razões pelas quais os usuários prefeririam permanecer no internamento. Com isso, tal como Ronchi e Avellar (2010), a escrita obrigatória no caderno de registros e a leitura posterior desses apontamentos propiciaram novas e ricas hipóteses de interpretação, que foi reforçada ou refutada por meio de novas experiências e pelas entrevistas realizadas.

Além disso, foi de suma importância considerar os usuários de serviços de saúde mental, como habitantes de diferentes espaços e lugares conectados a uma rede social. Assim, as visitas ao hospital psiquiátrico foram dotadas de dialogia, e o olhar passou a ter diferentes perspectivas e abrangências, sem perder de vista o objetivo da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada ao longo do ano de 2005, após aprovação dos procedimentos metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Protocolo nº 148/2005), seguida da aprovação escrita do diretor do hospital psiquiátrico, cenário deste estudo.

O hospital psiquiátrico selecionado vinculava-se predominantemente ao Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de São Paulo. Foi escolhido por dois motivos: por sua disponibilidade e acolhimento e por ter sido palco de pesquisa anterior, em que se percebeu que alguns usuários alegavam o desejo de permanência na instituição. Trata-se de instituição católica, com cerca de 90% de sua ocupação voltada para o sexo feminino, situada nas margens de uma represa, em um arborizado condomínio fechado, possuindo ainda boa estrutura física interna.

Após o trabalho de integração, observação e conversas com as diferentes pessoas que transitavam no hospital, foram realizadas cinco entrevistas. Os pré-requisitos que direcionaram a escolha dos entrevistados foram: 1. desejar permanecer no internamento, 2. não estar em uma crise aguda e 3. preferencialmente ter histórico de internações recorrentes.

Para iniciar as entrevistas, solicitou-se a indicação da equipe hospitalar (médico, assistente social, psicólogos e enfermeiros) de usuários que seguissem esses critérios. Chamou a atenção o fato de não existir nenhuma indicação do sexo masculino que, segundo os profissionais, ocorreu em virtude de serem as mulheres que naquele momento explicitavam o desejo de permanecer na instituição, além de ser a clientela predominante do local. Para garantia do sigilo e anonimato, o nome utilizado para a apresentação das entrevistadas será fictício. Cabe dizer que todas as usuárias entrevistadas concordaram com a participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Gravaram-se as entrevistas em fitas cassete, que, após a transcrição e análise, foram inutilizadas.

Antes da realização das entrevistas, consultaram-se os prontuários com o objetivo de conhecer a história de vida, o histórico de internação e adoecimento das entrevistadas. O roteiro de perguntas possuía poucas questões e era alterado de acordo com o desenrolar da entrevista, visando a não desencadear uma crise nas usuárias. O roteiro contou com as seguintes perguntas:

- Como é a vida no hospital?
- Do que gosta no hospital?
- Do que não gosta no hospital?
- Como é a vida fora do hospital?
- Gostaria de sair do hospital? Se sim, por quê?
- O que seria preciso para que a vida fora do hospital fosse melhor?

Nas entrevistas, abriu-se a possibilidade de estabelecer troca de informações com as usuárias que supostamente desejavam permanecer internadas. Na análise, considerou-se que os enunciados estão sempre endereçados a alguém e repletos de polifonia (vozes). A noção de Bakhtin (2006) sobre a polifonia permite entender que um enunciado é uma produção compartilhada, pois traz consigo uma variedade de outras vozes para o processo de conversação (entrevista). Outro conceito bakhtiniano que auxiliou a fundamentar essa análise foi a noção de gêneros de fala, pois essa competência comunicativa do dia a dia remete ao modo como os diálogos são atravessados pelos posicionamentos adotados

como entrevistador ou entrevistado. Dar sentido ao mundo implica confrontar diferentes vozes e discursos, em um processo de interação em uma relação negociada e situada social, cultural e historicamente.

Discussão de resultados

No contexto pesquisado, identificou-se a dificuldade na articulação da rede social extramuros dos usuários de serviços de saúde mental, decisiva para sustentá-lo fora ou dentro dos muros do manicômio. No cenário estudado, a configuração da rede compreendia serviços substitutivos de saúde (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos e Hospital Dia); educação e trabalho (Programa “De volta para casa”, cooperativas de trabalho, incentivo para contratação de pessoas com sofrimento psíquico); familiares e relacionamentos sociais (acolhimento e aceitação da diferença); programas de conscientização social; políticas públicas de incentivo à desinternação e habitação. Essa rede seria ainda afetada por influenciadores externos que poderiam, por meio de diferentes ações, modificar a estrutura da rede, como governo, sociedade em geral, meio acadêmico e âmbito jurídico.

Auxiliando nessa ideia, autores apontam que, em outros contextos, a rede social extramuros também apresenta dificuldades de atuação (AMARANTE, 1996, 2005; PITTA, 2001). No cenário pesquisado, constataram-se alguns problemas: serviços substitutivos com falta de pessoal, qualificação profissional inadequada, ausência de atividades educacionais e de trabalho, pouco acesso à cultura, diversificadas situações de preconceitos da sociedade em relação às doenças mentais, escassos programas habitacionais, políticas públicas de incentivos pouco eficientes, além de familiares e relacionamentos sociais desinformados. Tais fatores contribuíram para a desorganização da rede e propiciaram pouca integração entre os envolvidos, além da dificuldade de circulação de saberes entre eles. Da mesma forma, os influenciadores externos pareciam encontrar dificuldades para contribuir na constituição efetiva da rede, pois as variadas necessidades tornaram sua atuação dispersa.

Das cinco participantes entrevistadas, cuja faixa etária variava de 35 a 50 anos, três estavam em internação pelo SUS, não possuíam familiares ou foram abandonados (Vilma, Rosana e Benedita), e duas estavam em internação particular, recebiam visitas de familiares e eram assistidas financeiramente por eles (Paula e Silvia). A atuação profissional segue lógica semelhante: Vilma, Rosana e Benedita eram empregadas domésticas e não possuíam ensino médio completo, enquanto Paula e Silvia haviam cursado nível superior e atuavam como auxiliar administrativa e professora, respectivamente. Quanto à história clínica, os dados presentes nos prontuários apontavam para crises de agressividade e alucinações (Vilma, Rosana, Benedita e Silvia) e depressão com tentativa de suicídio (Paula). Quanto ao tempo de internação no hospital pesquisado, ininterruptamente, temos: Paula e Benedita, de cinco a três anos; Vilma e Rosana, de dois a um ano; e Silvia, seis meses. Cabe apontar que Benedita e Rosana haviam sido entrevistadas recentemente para um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), mas, de acordo com a equipe hospitalar, no dia da entrevista, apresentaram surto psicótico e foram reprovadas por esse serviço.

Vale dizer que, durante a entrevista, Vilma, Rosana, Paula e Silvia mostraram-se fora de momento de crise, já Benedita, mesmo sendo recomendada pela equipe médica e tendo sido vista em conversa descontraída com outra usuária, ao entrar na sala de entrevista, demonstrou vivenciar uma crise aguda.

O curioso na história de Benedita é que, segundo a assistente social, ela agia dessa forma quando temia que alguém fosse desinterná-la, como aconteceu com a responsável pelo SRT, seis meses antes. De sua história de vida pouco se sabe, assim como o sentido que esse hospital psiquiátrico tinha para ela.

No dia da entrevista, Benedita foi convidada para participar pelo psiquiatra em plantão, quando estava conversando animadamente com outras usuárias. Após o pedido do psiquiatra e a apresentação da pesquisadora, Benedita concordou em participar, mesmo demonstrando certa preocupação. Ao longo da entrevista, que durou aproximadamente 15 minutos, a usuária apresentou extrema dificuldade de articulação verbal e concatenação de ideias, o que levou a pensar que se tratava de um momento de crise psicótica, além de um excesso de medicação. Mediante esse cenário, optou-se por não continuar a entrevista. O que se pode pensar, com base na fala dos profissionais sobre Benedita, é que sua dificuldade em lidar com o processo de desinternação estava diretamente relacionada à falta de respaldo da rede social extramuros. A oportunidade que lhe foi oferecida, viver em um SRT, tornou-se uma ameaça, na medida em que ela seria enviada para um espaço estranho e desprovido de sentido. Assim, ela demonstrava se defender, usando o sintoma psiquiátrico para permanecer no espaço protegido e conhecido, evitando, assim, a ameaça de rompimento de seu único lugar de inserção social.

As demais entrevistadas relataram, de alguma maneira, o desejo de querer ficar no hospital, que, de certo modo, era visto como uma proteção da sociedade ou delas mesmas. No entanto, em todas as entrevistas, foi possível perceber a ambivalência e a contradição do desejo de permanência. No caso de Vilma, notou-se inicialmente a gratidão com esse serviço: “Ah, viver aqui é muito bom, os enfermeiros são ótimos, os médicos são ótimos, a comida é ótima, as irmãs são ótimas... Eles cuidam bem da gente aqui... Eu gosto muito de viver aqui...”.

Cabe contextualizar neste momento que a usuária estava em alta médica, e a família se recusava a desinterná-la, além de um abaixo-assinado feito por sua vizinhança, visando à não reinserção dela no bairro. Em relação a isso, a assistente social do hospital contatou o Ministério Público para verificar a legitimidade desse ato e obteve a seguinte resposta: “não há nada que impeça o retorno da usuária. Qualquer ato de discriminação deve ser comunicado à polícia”. Mediante essa resposta, a assistente social ponderou que, antes da desinternação, deveria ser aberto um canal de diálogo e conscientização dos responsáveis pelo abaixo-assinado. No entanto, os responsáveis e os familiares de Vilma não quiseram ouvi-la. Com isso, a assistente social e os demais profissionais, na ocasião da entrevista, ponderavam entre as opções de desinternar Vilma e garantir sua segurança inicial por meio da polícia, mas deixá-la correr os riscos de preconceito, segregação, abandono e possíveis violências ou mantê-la no hospital até encontrar uma forma mais “segura” para sua convivência extramuros, como um serviço residencial terapêutico.

Quando Vilma é questionada sobre o que não gosta no hospital, responde de modo taxativo: “Não tem nada que eu não gosto”. Essa afirmação demonstrou que Vilma evitava falar das contradições presentes na instituição psiquiátrica. Outro ponto a se refletir em sua resposta foi o fato de o hospital assumir a função de casa. Por esse motivo, após essa explanação, perguntou-se: “Como é viver fora do hospital?”, ao que ela respondeu: “Ah, é ruim, viu? Eu queria tá na minha casa”. Essa fala, aparentemente desconexa, mas reveladora de um lapso de linguagem, retrata que sua intenção talvez fosse dizer “é ruim viver fora do hospital porque ela não tem casa” ou que “é ruim viver no hospital, pois ela gostaria de estar em sua casa”.

Se, por um lado, Vilma reconhece e elogia a atuação do hospital, por outro, demonstra sua tristeza em não poder sair em função do abandono familiar:

Ah, eu queria ir pra casa, né? Mas, se eu passa mal, meus tios me interna, minhas prima me interna, eu tenho minha filha, eu passei o Natal aqui sem ver a minha filha [...] Se morrer aqui? Ninguém vai vim aqui saber. A assistente social falou pra mim, eu fiquei muito triste, né? Que ela falou que “eles num queria vê eu”. Tudo bem, eu fica aqui, tudo bem, mas pelo menos vê eu, trazer minha filha pra vê, eu dei o endereço pra todas as enfermeira, pra todos os médico, meu endereço...

Essa fala emocionada e reivindicadora de Vilma ilustra seu desejo de retornar a conviver com sua família, a saudade de seus familiares e, em contrapartida, o abandono e o desinteresse deles. Todo esse cenário pareceu contribuir para que a usuária passasse a “adorar o hospital” como forma de relacionamento social, aceitação e acolhimento. É evidente que esse deslocamento de interesse foi feito com angústia e sofrimento, como se pode notar em sua fala. Sua vontade era ser desinternada e voltar a viver com sua família, no entanto, abandonada e segregada por eles, sua alternativa foi viver no hospital, passando, inclusive, a temer que a desinternação se convertesse em mais um abandono e segregação.

Já Rosana, demonstrando insegurança durante a entrevista, apontou sua relação com o hospital em resposta à pergunta: “Como é viver no hospital?”:

Ah... Aqui... Viver no hospital é... é... Parece que é assim... É... É a gente tem é... Vários... Vários... Várias atividades no dia, né? Então a gente tem, no dia a gente tem é... Como se diz? No dia a gente tem é... Jogos, outro dia a gente tem crochê, outro dia a gente tem é... Alguma coisa pra fazer pra não ficar só naquilo, né? Pra não falar que tá no hospital, né? Então a gente tem é... Parece que é assim... Parece que é bom, é bom, sabe?

Mesmo destacando as atividades como um aspecto positivo de sua internação, Rosana demonstrou ambivalência quando usou o termo “parece” duas vezes ao final de sua fala, aparentando não ter certeza quanto ao adjetivo “bom”. Além disso, observou-se sua visível hesitação, o que parecia esconder sua dificuldade em abordar outros aspectos de sua vida no hospital.

Rosana não possuía nenhum vínculo social e familiar fora do hospital psiquiátrico. Em sua última crise aguda, há cerca de dois anos, voltou ao hospital quando perambulava

pelas ruas de São Paulo, conseguindo somente citar o nome do hospital pesquisado como sua referência de moradia. Ante o quadro estável de saúde de Rosana, a equipe hospitalar tentou direcioná-la para um SRT, mas não obteve sucesso, pois, no dia da entrevista seletiva, Rosana entrou em crise, falando de modo desconexo e afirmando que ninguém a “levaria embora” do hospital. Por esse motivo, a próxima pergunta investiga seu desejo de viver fora do hospital psiquiátrico:

Eu preferiria tá... tá um pouco lá fora e depois voltar pro hospital, porque é perigoso a gente não ter uma atividade pra fazê lá fora certo... E vol... vol... voltar pro hospital só pra se internar, né? Fazer uma coisa assim rapidamente, num dá pra... num dá pra consegui... consigui fazê tudo de uma vez só, também, né?

Aparentando certo temor de que a entrevista pudesse promover sua desinternação, Rosana demonstrou medo e resistência à desinternação, parecendo refletir o receio em sair do local “protegido” que representava a instituição psiquiátrica. É interessante notar que o pedido da usuária se enquadraria na modalidade de hospital-dia ou SRT, exatamente o serviço que a acolheria caso tivesse sido “aprovada”.

O processo de seleção para acesso a um SRT é regulamentado pelo artigo 8º da Portaria nº 106/2000:

[...] ao gestor municipal/estadual [cabe] identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos, dos hospitais psiquiátricos, para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Essa seleção depende mais do número de vagas disponíveis do que das necessidades dos usuários. Tal questão fica evidente quando se considera que, em 2004, existiam 256 SRTs com cerca de 1.400 pessoas atendidas, enquanto a estimava de potenciais beneficiários chegava a cerca de 12.000 usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Em resposta a isso, foi aprovado pela Portaria nº 2.068/2004 o incentivo para a instalação de SRT, criando expectativa de expansão desse serviço em âmbito nacional.

Esse fato levou também à reflexão a respeito da maneira como foi conduzido o processo de entrevista para admissão no SRT, pois, ao que parece, Rosana e Benedita não foram informadas sobre como seriam conduzidos o processo de desinternação e o trabalho desenvolvido nesse serviço. O fato de as usuárias terem repentinamente entrado em estado de crise pareceu evidenciar a angústia ocasionada pela possibilidade de uma “desinternação-abandono”.

Já para Paula, sua relação com o hospital era assim caracterizada: “Então, às vezes, né, eu fico entediada com a rotina que é sempre igual, sempre igual, mas, quando eu me deparo assim com o atraso no café, isso, fico mais irritada do que mantendo uma rotina, eu aguento a rotina”.

Além de seu posicionamento “crítico”, Paula relatou preferir manter a rotina administrada do hospital a conviver com imprevistos. Chamou a atenção o modo como ela criticou a rotina, usando duas vezes a expressão “sempre igual”, mas apontando que, ao deparar com a quebra dessa rotina, irritava-se mais. Essa contradição pareceu sugerir que

a usuária se sentia cansada com o cotidiano vivido no hospital, mas que, ao mesmo tempo, considerava-o positivo na medida em que tornava sua vida administrada e regrada. Quando perguntada sobre o que não gostava no hospital, Paula respondeu:

Eu não gosto é que fique em cima, marcando, né?, que nem hoje teve troca de lençol, né?, então às vezes, porque tinha outras pessoas no chuveiro tal, me atrasa um pouco pra retirar o lençol, porque a primeira coisa que eu faço é ir tomar banho e não tirar o lençol, né?, então às vezes eu me atraso, aí fica em cima: “Não, já tá na hora, vamos rápido”. Essa parte eu num gosto porque num foi parte minha, foi porque se atrasaram no chuveiro né? Então, quando foi outro e falaram que fui eu, eu num gosto.

Colocando-se em uma posição de crítica, ela voltou a citar o tema da administração da rotina no hospital, dessa vez expondo seu ponto de vista de maneira mais livre. Nessa resposta, ela pareceu questionar a relação de poder exercida por alguns profissionais do hospital, reivindicando uma justificativa para as eventualidades que a fazem, por vezes, ser obrigada a quebrar sua rotina. Quanto à pergunta sobre como é viver fora do hospital, ela respondeu: “Também é muito bonito”. Essa colocação, feita de maneira objetiva e sem permitir a continuidade da reflexão, pareceu apontar para a recusa de Paula em lembrar sua vida fora do hospital psiquiátrico. Possivelmente por essa razão, ela tenha empregado o termo “também” para ilustrar a vida extramuros, comparando-a com a vida dentro do hospital psiquiátrico, que pareceu ser a vida “mais bonita”.

No prontuário de Paula, identificou-se que o primeiro registro é feito pela psiquiatra que realizou o atendimento inicial, apontando que a usuária relatava se sentir triste, agitada e desequilibrada, não sabendo explicar os motivos pelos quais fora levada ao hospital. Admitiu ter se “isolado” na casa em que morava sozinha, deixando de fazer tarefas domésticas, além de abandonar seu emprego, alegando estar gripada. Recusava-se a receber visitas de seus familiares, e, por isso, a irmã dela, preocupada com o estado de saúde, entrou à força na casa de Paula, culminando em uma reação agressiva desta e sua internação psiquiátrica. Na entrevista, notou-se que a usuária apresentava marcas de queimaduras espalhadas pelo corpo que, segundo seu prontuário, ocorreram fazia quinze anos (ocasionadas por sucessivas tentativas de suicídio). As indicações do prontuário de Paula relacionam seu estado depressivo com a morte de sua mãe, em 1999, decorrente de um câncer.

Na entrevista, Paula demonstrou pouca expectativa de deixar o internamento, indicando o temor de suas crises depressivas e o conseqüente risco de novas tentativas de suicídio. Nesse sentido, o hospital pareceu assumir a função de lugar protegido e seguro “dela mesma”, que, mesmo com suas contradições, tornou-se um local onde a rotina e as regras passaram a auxiliá-la no controle de suas tentativas de suicídio.

A última usuária entrevistada, Silvia, foi internada por causa de sua dependência química de álcool e medicamentos, que agravou seu estado depressivo e início de processos alucinatorios. De acordo com seu prontuário, chegou ao hospital espontaneamente com familiares, solicitando o regime de internação particular. Relatou que, nos últimos dias, se apresentava extremamente deprimida, bem como abusando de medicamentos e álcool. Em seu prontuário, constavam várias anotações de prescrição de medi-

camentos, quase sempre acompanhadas de uma breve descrição de seu pedido por uma dosagem maior.

O uso de álcool e psicotrópicos apareceu no discurso de Silvia para justificar sua internação:

Eu cheguei até 8 mg de Rivotril; só que daí o Rivotril já não me deixava legal, daí eu resolvi tomar cerveja, porque é a única bebida que eu gosto. Mas no bar de casa tinha uísque, vinho, licor, tudo, tudo, tudo. Mas eu só gostava de cerveja, daí eu tomava seis latinhas de cerveja, 8 mg de Rivotril e dormia. [...] Daí eu falei para os meus irmãos: “Olha, eu não tô aguentando, eu aumentei a dose de remédio, minha depressão tá aumentando, eu não tenho força para nada... Eu quero tirar isso”.

Inicialmente, Silvia pareceu buscar o hospital psiquiátrico para superar sua dependência química e depressão. No entanto, apontou também que, por possuir dinheiro e cigarro, “comprava” a medicação de várias usuárias para alimentar ainda mais seu vício, sendo esta talvez uma das razões para que tenha desejado se internar. É interessante notar sua escolha por uma internação psiquiátrica, em vez de uma clínica especializada, talvez por associar o hospital psiquiátrico a uma maior facilidade para a ingestão de medicações. Essa questão pareceu mais evidente quando Silvia estava em crise de abstinência e quando pedia, no posto médico, mais remédios. Essa hipótese também foi reforçada quando a usuária relatou temer os esquizofrênicos presentes no hospital:

[...] eu nunca tinha visto um esquizofrênico... Meu marido era psiquiatra e falava, mas eu nunca tinha visto... A pessoa está falando com você, daqui a pouco vira para o nada e começa a conversar com ninguém... Gritos, contenção, pacientes violentos...

É interessante notar que, quando a usuária falava sobre expressões “gritos, contenção, pacientes violentos...”, não demonstrava nenhuma crítica à falta de medicação adequada aos usuários ou sobre a violência da contenção, talvez por não se identificar com a posição de uma usuária de serviços de saúde mental. No entanto, após essa resposta, quando perguntada sobre como foi viver quatro meses no hospital psiquiátrico, Silvia relatou o seguinte:

[...] já combinei tudo e tô de saída. [...] Eu já controlo a abstinência... Eu tô tomando neurolépticos para substituir, tem que ter alguma coisa... Eu fiquei um mês abaixando as substâncias, o segundo mês entrei no neurolépticos, no terceiro mês me estabilizando para no quarto sair. Eu já posso me controlar.

Silvia, de maneira segura, alegou estar pronta para sair do hospital, salientando que conseguia “controlar sua abstinência”. No entanto, a necessidade de neurolépticos e as crises de abstinência revelaram a dificuldade da usuária em controlar seu vício. Aqui uma questão ganha relevância: “Será que o hospital auxiliou no tratamento de seu vício ou serviu apenas para que ela conseguisse mais facilmente a medicação?”. Essa discussão pôde ainda ser aprofundada quando Silvia foi questionada sobre como foi viver quatro meses no hospital psiquiátrico:

É como se eu tivesse encontrado aqui a paz que eu não tinha, apesar de tudo isso, os médicos falam para mim, todos eu conheço de cor, as faxineiras, todas eu conheço. Apesar de tudo isso, os médicos falam para mim: “Silvia, você é a única paciente mental que não tem problema mental, você veio tratar a sua desintoxicação com o remédio, uma droga”.

Neste ponto, questiona-se a conduta do hospital em manter internada por quatro meses uma usuária “que não tem problema mental”, ou seja, fora de crise e com queixa predominante de abuso de substância. Além disso, há também uma importante contradição em seu discurso, quando, em um primeiro momento, relatou o temor perante os “esquizofrênicos”, mas depois diz que “encontrou a paz que não tinha”. Esses pontos pareceram ilustrar a ideia de que Silvia não se identificava como uma usuária de serviços de saúde mental e que talvez tenha usado esse espaço para alimentar seu vício de modo assistido.

Quando se analisam as quatro entrevistas, nota-se que a falta de estruturação da rede social extramuros pareceu ter contribuído para que Vilma e Rosana permanecessem no hospital psiquiátrico. Ambas, sem emprego, sem casa, sem estrutura ou apoio familiar, pareceram reivindicar o fortalecimento da rede extramuros, para que, assim, pudessem viver fora do hospital psiquiátrico.

Já Paula e Silvia não aparentaram limitação na rede social extramuros, mas compartilharam do receio de voltar a realizar atos que atentassem contra a própria vida (no caso de Paula, as tentativas de suicídio; e, para Silvia, o abuso de medicamentos e álcool), quando saíssem do hospital psiquiátrico. Dessa maneira, o hospital pareceu funcionar como uma espécie de proteção contra elas mesmas. Sendo atendidas na modalidade de usuários particulares, suas despesas eram pagas por familiares, que, segundo informações da equipe hospitalar, faziam visitas constantes. Mesmo com uma rede social extramuros fortalecida, o receio de Paula e Silvia parecia contribuir para a discussão acerca do papel dos hospitais psiquiátricos, inoperantes quanto ao desenvolvimento da autonomia dos usuários e mantenedores da tutela e dependência destes.

A família revelou ter um papel de extrema importância para a desinternação psiquiátrica. Rosana não tinha familiar; Vilma tinha, mas eles não a queriam por perto; os de Paula pagavam as despesas do hospital psiquiátrico, mas pareciam confortáveis com sua internação; Silvia, a única que estava de saída do hospital psiquiátrico, possuía irmãos que, além de pagar as despesas no hospital, ajudavam em todas as despesas necessárias para a desinternação.

O tempo de permanência no hospital psiquiátrico e as passagens sucessivas por internações também revelaram contribuir para a perda da autonomia e a progressiva institucionalização. Enquanto Silvia estava em sua primeira internação, com permanência de quatro meses, as demais já apresentavam diferentes passagens por internações prolongadas.

No todo, observou-se, no contexto pesquisado, um ambiente problemático: usuários desorientados quanto ao processo de reforma psiquiátrica e temerosos em relação ao futuro de seu atendimento, e alguns que preferiam viver internados em um hospital psiquiátrico a viver em uma sociedade pouco receptiva. No entanto, é importante retomar que, até mesmo na bem-sucedida experiência italiana de Basaglia (1995), dificuldades foram superadas e outras são vivenciadas até hoje, o que permite que alguns manicômios continuem existindo até os dias atuais (RODRIGUES, 2005).

Vale dizer que o processo de democratização da saúde mental brasileira está em pleno processo de construção. A rede que se desenvolve, dia após dia, é criada e recriada por vários segmentos sociais, e seus avanços são nítidos. Dentre elas, podem-se destacar algumas transformações incorporadas à Constituição, no que se refere aos direitos do usuário de serviços de saúde mental, além do redirecionamento do modelo assistencial (AMARANTE, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Considerações finais

Contradições, angústias, críticas e dificuldades, tais expressões sintetizam algumas das manifestações mais utilizadas pelas cinco usuárias entrevistadas que, em maior ou menor proporção, aparentaram relativa angústia quando o assunto era desinternação ou internação.

O resultado da pesquisa aponta para o debate sobre os limites de atuação do hospital psiquiátrico e as possibilidades de intervenção e auxílio dos serviços substitutivos para os usuários internados. Essa convivência, marcada historicamente pelo confronto, mostrou-se deficitária no contexto pesquisado, já que não houve por parte do hospital uma atitude ativa para referenciar os usuários ao serviço substitutivo e, por parte dos Centros de Atenção Psicossocial e do SRT, uma postura dinâmica e questionadora do trabalho desenvolvido pelo hospital. O argumento da direção hospitalar era de que os Centros de Atenção Psicossocial desenvolviam poucos programas de reinserção social, geração de renda e atendimento em saúde, contando com poucos profissionais e estrutura precária. Por essa razão, o encaminhamento de usuários era limitado e ocorria apenas para cumprir a legislação vigente. Sobre o SRT, a crítica residia em seu processo de seleção, incluindo uma entrevista com os usuários, para a “aprovação” no serviço.

Nesse jogo de responsabilidades, há que se enfatizar que, para usuários e familiares, muitas vezes o que importa é o serviço em funcionamento e com possibilidade de atendimento, independentemente da metodologia adotada. É evidente que essa postura contribui para a cronificação da doença mental, além de focar somente a remissão do sintoma por meio de tratamentos medicamentosos. No entanto, é preciso considerar que a população muitas vezes não tem acesso ao debate sobre doenças mentais e sobre a importância dos tratamentos substitutivos e, por isso, muitas vezes acaba sendo capturada pela classificação médica e por seu conhecimento.

Faz-se imprescindível apontar que o suposto desejo de permanência no hospital psiquiátrico esconde a segregação social. O fato de o usuário optar por uma vida administrada, controlada e segregada de um convívio mais amplo ilustra, entre outras coisas, o processo de despersonalização mencionado por Goffman (1974), além de refletir os efeitos do internamento prolongado e o progressivo empobrecimento das relações sociais fora das instituições psiquiátricas.

Assim, destaca-se que as entrevistas contribuíram para um melhor entendimento sobre os motivos pelos quais as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos desejam ali permanecer em detrimento da vida fora deles. A falta de condições financeiras, habitação, trabalho e relacionamentos sociais e as várias passagens por internações psiquiátricas dificultam a reinserção social, também contribuindo para a diminuição da proximidade com a famí-

lia. Além disso, o hospital psiquiátrico acaba por funcionar como um modo de proteção de uma sociedade intolerante a alguns comportamentos demonstrados pelos usuários.

As discussões feitas neste trabalho sugerem que há um longo caminho a ser percorrido, nas diferentes esferas (político, social, jurídico e acadêmico), para o fim efetivo das instituições asilares. A reforma psiquiátrica não pode se reduzir ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mesmo considerando que seu fim já é uma evolução histórica. A vontade de permanecer no internamento vem acompanhada de diferentes angústias e só poderá ser exterminada após o fortalecimento efetivo da rede social extramuros, a partir do contínuo repensar sobre a reforma psiquiátrica e da reconstrução desta.

Referências

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. Tradução Roman Jakobson. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução He-loisa Jahn. 3. ed. São Paulo: Graal, 1995.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 nov. 2010.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. Tradução José Teixeira Coelho. 7. ed. Rio de Janeiro: Perspectiva, 2004.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119>. Acesso em: 18 set. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. **Portaria nº 2.068**, de 24 de setembro de 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2068.htm>>. Acesso em: 18 set. 2006.

_____. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

PITTA, A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de Saúde Mental. In. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:

- CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO, 3., 2001, Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 18 set. 2005.
- RODRIGUES, M. B. Quais são as nossas diferenças? Reflexões sobre a convivência com o diverso em escolas italianas. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 jun. 2010.
- RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71-84, jan./abr. 2010.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.
- SATO, L.; SOUZA, M. P. R. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 mar. 2007.
- SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 93-122.
- SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-61.
- SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822003000200003-&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2009.

Contato

Juliana A. de Oliveira Camilo
Rua Sabiá, 1051, Condomínio New Ville
Santana de Parnaíba – SP
CEP 06509-013
e-mail: jacamilo@pucsp.br

Tramitação

Recebido em junho de 2010
Aceito em outubro de 2010