

C 690970
R 1411314
02/07/01
R\$ 4,00
(R)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CIRCUITOS E MOTIVOS PARA PRIMEIRA INTERNAÇÃO
EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

JONAS SALOMÃO SPRICCCIGO

FLORIANÓPOLIS - SC

1 9 8 3

TESE
610.7368
745/10
1983

CIRCUITOS E MOTIVOS PARA PRIMEIRA INTERNAÇÃO
EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Esta dissertação foi julgada ___dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, ___-provada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação.

DRA. MARIA DE LOURDES DE SOUZA
ORIENTADORA

DRA. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES
COORDENADORA DO CURSO

Apresentação perante a Banca Examinadora
composta dos professores:

DRA. MARIA DE LOURDES DE SOUZA - PRESIDENTE

- EXAMINADOR

- EXAMINADOR

À Eline, companheira e mãe de meus
filhos por compartilhar comigo sua
razão de viver.

À Caroline e Jonas Júnior, pelo des
safio constante em saber viver com
amor.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram com seus erros, acertos, exemplos e desafios que foram estímulo para a produção deste trabalho, registro meus agradecimentos, acreditando que na continuidade de minha formação pessoal e profissional vocês estarão presentes, e em especial:

- À Dra. Maria de Lourdes de Souza, Orientadora, amiga e incentivadora, que acreditou em mim e demonstrou ser possível a realização deste trabalho;
- À Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

S U M Á R I O

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 - Objetivo	6
1.2 - Definição de Termos	6
2. REVISÃO DA LITERATURA	7
3. METODOLOGIA	23
3.1 - Instrumental Metodológico	24
3.2 - Tipo de Pesquisa	26
3.3 - Local e População do Estudo	26
3.4 - Coleta de Dados	27
3.4.1 - Instrumento	27
3.4.2 - Passos seguidos	28
3.5 - Dificuldades Operacionais	29
3.6 - Quantificação e Apresentação dos Resultados	31
4. APRESENTAÇÃO E COMENTÁRIOS DOS RESULTADOS	32
4.1 - Caracterização Sócio-Demográfica	33
4.2 - Conceito Adotado pela Família e o Paciente antes da Internação	48
4.3 - Motivos Apresentados pela Família para Internação do Paciente	63
4.4 - Resumo e Resultados	74

5. CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E RESULTADOS.	77
5.1 - Conclusões	78
5.2 - Contribuições	78
5.3 - Implicações	79
5.4 - Limitações	79
5.5 - Recomendações	80

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . Bibliografias Referenciadas
- . Bibliografias Consultadas

R E S U M O

Este é um estudo exploratório descritivo cujo objetivo foi identificar o circuito e motivos apontados pela família para internação do paciente em instituição psiquiátrica.

Foi utilizado para a coleta de dados a entrevista, realizada com um dos membros das 30 famílias estudadas, guiando-se por um instrumento constituído de três partes: caracterização sócio-demográfica da população estudada, identificação do circuito percorrido e motivos apontados pela família para a internação do paciente.

Foram obtidos os seguintes resultados:

1. Quanto ao circuito, ficou assim constituído para o primeiro recurso buscado: ^(2a.) clínico geral, hospital psiquiátrico, hospital geral, vizinha benzedeira, espírita, macumba, padre, senhor que dá passes, curandeiro, pastor, farmacêutico, psiquiatra e ambulatório psiquiátrico. Para o segundo recurso buscado, o circuito ficou assim constituído: hospital psiquiátrico, clínico geral, psiquiatra, farmacêutico, espírita, vizinha benzedeira, macumba, padre e ambulatório psiquiátrico. Para o terceiro recurso buscado, o circuito ficou assim constituído: hospital psiquiátrico, ambulatório psiquiátrico, psiquiatra, clínico geral, espírita e senhor que dá passes.

2. Quanto aos motivos, os mais apontados foram: Começou a fi-

→ causas e motivos de internação em instituição psiquiátrica

car muito quieto; Falta^o ao trabalho; Não comia; Comia muito pouco; Dificuldade para dormir; Discutia e brigava na rua; Brigava com os irmãos; Gritava; Gritava e brigava com os vizinhos; Dor de cabeça; Dores no corpo; Pensativo; Dizia que ninguém gostava dele; Ria muito; Uma hora estava cantando e outra hora estava chorando e irritava-se com facilidade.

S U M M A R Y

This is a descriptive exploratory study with the objective of identifying the circuit and reasons presented by the family for the internment of patients in psychiatric institutions.

An interview with one of the members of the 30 families studied was utilized in gathering the data. The questionnaire was constituted of three parts: socio-demographic characterization of the population, identification of the patient's circuit and the reasons presented by the family for the patient's internment.

The following results were obtained:

1. As far as the circuit, the first resource sought was: general practitioner psychiatric hospital, general hospital, traditional healer spiritist, candomble, cantor priest, healer, pastor, pharmacist, psychiatrist and psychiatric out patient service. The second resource sought was: psychiatric hospital, general practitioner, psychiatrist, pharmacist, spiritist, madisonal healer, candomble, catholic priest, psychiatric out patient service. Finally, as a third resource the circuit was: psychiatric hospital, psychiatric outpatient service, psychiatrist, general practitioner, spiritist and traditional healer.
2. As far as the reason: presented for internment, the most common were: became too quiet, skipped work, didn't eat, didn't eat enough, difficulty in sleeping, discussed in the streets, had fights with neighbors, headaches, aches all over the body, pensive, said nobody liked him, laughed excessively, alternating singing and crying and easily irritable.

1. INTRODUÇÃO

A atividade psiquiátrica nasce no Brasil com o surgimento das internações de doentes mentais, na primeira metade do século XIX.

Nesta etapa inicial, as internações visavam fundamentalmente retirar das ruas os loucos, não consentir o trânsito de doentes mentais nas ruas das grandes cidades, com isto atendendo ao clamor público e a emergente psiquiatria que buscavam, primeiramente um espaço específico para a reclusão dos indivíduos considerados loucos e para a prática de assistência psiquiátrica que até aquele momento não dispunha de um local que a caracterizasse. Esse espaço foi obtido pela construção do Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, marco da assistência psiquiátrica brasileira e que passa a ser o centro de irradiação do pensamento psiquiátrico. Estes hospitais que se multiplicaram pelo Brasil, apesar do discurso da necessidade de assistir o doente mental, tinham por prática somente a reclusão, não conseguindo atender as necessidades mais elementares dos internos como abrigo e alimentação.

A população destes hospitais era constituída basicamente de indivíduos de classes sociais inferiores, pois os ricos eram recolhidos a aposentos-prisões construídos nos fundos de suas casas. Com esta visão, vários questionamentos são levantados sobre a prática psiquiátrica.

O saber oficial psiquiátrico e suas técnicas tem levado, na maioria das vezes, a uma prática assistencial chamada custodial, basicamente centrada em instituições hospitalares que, utilizando a internação do doente mental, sobre eles fazendo incidir determinadas técnicas, caracterizando-se por assistir a doença, cerceando ^{a participação} do indivíduo do seu meio cultural, servindo para reforçar o alijamento social do ser.

Este saber guarda, portanto, pouca ligação não só com a condição social do homem, mas também com a própria transcendência histórica do saber psiquiátrico atual, uma vez que o conhecimento sobre a "doença mental" é quase que da mesma idade do homem e o saber psiquiátrico, tido como científico, data somente do século XIX.

No curso da história, o que se tem verificado é a diferenciação conceitual da explicação da doença mental, pois se hoje tem relação com o orgânico, psicológico ou social, ela já passou por um período cuja explicação era a interferência de entidades divinas e a expiação de pecados.

A prática assistencial, por sua vez, também tem empregado técnicas diversificadas, delimitadas no tempo cultural, que são exemplificadas no exorcismo, na penitência, na insulino-terapia, na eletroconvulsoterapia e outras, dependendo do estágio de crenças e valores da corrente psiquiátrica determinante.

Este conhecimento, aos poucos foi se difundindo às classes sociais inferiores, e nestas, foram interpretados dentro de um mundo que lhe é própria, muitas vezes sendo fragmentado e incompleto, até mesmo pelo maior envolvimento não com a doença mental e sim com o indivíduo que por muitas razões está e não é doent

te mental.

Para BOLTANSKI(1979) as classes sociais populares utilizam hoje um conhecimento que foi tido como científico em épocas passadas, o que reflete com isso o tempo cultural do saber. Atualmente, na psiquiatria oficial estes aspectos geralmente não são considerados quando da assistência ao "louco", o que a torna distante das práticas populares, tanto no discurso como na própria prática.

Nas instituições oficiais destinadas a assistir o doente mental, é de fácil constatação o fato de que, uma parcela significativa das pessoas que a estes serviços recorrem, estarem há um período de tempo considerável apresentando comportamentos que muitas vezes são os mesmos que justificam a procura destes serviços, sendo que em muitos lugares, os serviços de assistência ao doente mental existem há algum tempo e são razoavelmente conhecidos, a exemplo do próprio INAMPS, que no momento dispensa atendimento nesta área; sugere a interrogação: Por que tais serviços não se apresentam como a primeira alternativa, para resolução de "problemas mentais"? A questão assim posta, pode sugerir vários caminhos desde a alegação da irresponsabilidade ou ignorância; alocando a família com poder de responsabilidade de Estado, de instituição de saúde no seu próprio poder de responsabilidade enquanto sujeito social, a permissividade de grupos ou classes sociais frente aos desvios comportamentais, a negação da doença ou a aceitação da sua incurabilidade até o descrédito ou negação das instituições oficiais.

Muito já se tem comentado e escrito acerca da assistência ao doente mental. Propõe-se um aumento da cobertura à popula

ção, se fazem planos, mas o assunto, sob certos ângulos, permanece pouco explorado.

Em leituras feitas de GOFFMAN (1974, pg. 117), este relata que o indivíduo realiza uma série de transgressões que, apesar de serem denunciadas, não o levam a internação.

SCHEFF, citado por GOVE (1970, pg. 873-84) sugerem que o estereótipo de desordem mental é aprendida na infância precoce e reafirmada inadvertidamente numa interação social ordinária. Ele sustenta que muitas vezes este estereótipo é aplicado a uma pessoa que "transgride" e outras vezes, este não é aplicado.

Para autores como GOVE (1970) em suas investigações concluiu que a hospitalização acontece quando da manifestação de graves sintomas psiquiátricos, com os quais era impossível manejar dentro da comunidade.

Quais são estes sintomas na percepção da família?

GOFFMAN (1974, pg. 117) nos aponta, se referindo a internação: "separando-se as transgressões que poderiam ter sido usadas para a hospitalização do transgressor das que são efetivamente usadas para isso, encontramos um grande número daquilo que os estudiosos de profissão denominam 'contingências de carreira'. Entre algumas dessas contingências de carreira do doente mental encontramos: status sócio-econômico, visibilidade da transgressão, proximidade de um hospital para doentes mentais, recursos disponíveis de tratamento, avaliação pela comunidade do tipo de assistência dado pelos hospitais existentes, e assim por diante".

Estas "contingências de carreira", de certa forma podem determinar o circuito percorrido pelo paciente desde o momento da

identificação da transgressão até a internação.

Neste circuito, o paciente encontrará agentes e agências que terão uma participação decisiva na sua passagem do status civil para o de internado. Dentre os agentes e agências podemos citar por exemplo, a polícia, o psiquiatra, o clínico, o pai, o curandeiro, que, de acordo com a percepção que tiverem sobre "doença mental" recomendaram ou não a internação do indivíduo.

Muita controvérsia existe, mas observa-se que pouco se relata acerca das condições de vida em sociedade de classe das pessoas que chegam a internação em instituições psiquiátricas.

Quais são os recursos que estas pessoas lançam mão frente a uma situação de "desvio comportamental" de um de seus membros, e a relação com o saber psiquiátrico atual?

Partindo dos questionamentos levantados, e considerando indispensável para o atual estágio de assistência psiquiátrica o conhecimento mais ordenado das manifestações comportamentais apresentadas pelo paciente, segundo a percepção da família e os recursos que a família e paciente buscam antes da internação, é que na realidade um estudo, a assistência psiquiátrica é centrada no tratar a doença, e neste processo as condições sociais e as relações dela determinantes, que possa interferir na internação e na provável recuperação da capacidade sadia do ser, em pouco ou nada são levadas em conta, é que emerge a proposta deste trabalho que visa identificar o circuito percorrido pela família e paciente e os motivos apresentados pela família como justificativa para a internação do paciente em instituição psiquiátrica.

1.2 - Objetivo.

Identificar o circuito e motivos apontados pela família para internação do paciente em instituição psiquiátrica.

1.3 - Definição de termos.

.Circuito - Sucessão de recursos buscados pela família e paciente para a resolução do problema sentido a partir da percepção das alterações até a internação do paciente em instituição psiquiátrica.

.Motivos - Razão da internação do paciente apontada pe la família.

.Família - Grupo formado por indivíduos consanguíneos uns dos outros e estranhos admitidos por adoção.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

A questão primeira que se coloca quando da tentativa de abordar a doença mental, é, quem apresenta a doença ou melhor quem é doente mental? Não há opinião consensual sobre o assunto. Boa parte da controvérsia centra-se na noção de doença. FREDSON citado por MILES (1982, pág. 11) estabelece uma distinção entre doença como "estado físico" e doença como "estado social".

O primeiro refere-se à anormalidades no funcionamento biológico do corpo, independentemente daquilo que as pessoas pensam a respeito dela, e estão sujeitas as leis que se aplicam aos seres vivos. Em contrapartida, a doença como estado social está vinculada às crenças, às avaliações e às ações das pessoas.

Na psiquiatria, a determinação do que seja doença tem levantado muitos questionamentos e acusações. Seria a doença mental possível de enquadramento no modelo das doenças físicas?

A partir da década de 1960 à 1970 surge uma corrente denominada antipsiquiatria que formulam muitas críticas à teoria e prática psiquiátrica. Muitos dos autores dessa corrente se posicionam frontalmente contrários ao enquadramento da doença mental no modelo médico de causa, lesão, sintomas e desfecho.

SZAZS (1980; 22-23) afirma que o conceito de enfermida-

de, seja física ou mental, implica desvio de alguma norma claramente definida. No caso da enfermidade física, a norma é a integridade estrutural e funcional do corpo humano. Assim, apesar da conveniência da saúde física, como tal, ser um valor ético, a questão saúde pode ser respondida em termos anatômicos e fisiológicos. Para a doença mental qual é a norma da qual o desvio é considerado doença? Para SZAZS, qualquer que seja a norma, essa deve ser estabelecida em termos psicossociais, éticos e legais. Exemplificando a utilização desses conceitos cita noções tais como "repressão excessiva" e "agindo de acordo com impulsos inconscientes" ilustram o uso de conceitos psicológicos para julgar a assim chamada "saúde" e "doença mental". A idéia de hostilidade crônica, vingatividade são indicativos de doença mental, ilustra o uso de normas éticas, e a opinião psiquiátrica difundida de que somente uma pessoa mentalmente perturbada cometeria um homicídio ilustra o uso de conceito legal como uma norma de saúde mental. O ponto central da argumentação de SZAZS são os vários estados que a psiquiatria ocidental atualmente chama de doença mental não constituem "doença", no mesmo sentido da doença física. Quando da doença mental, SZAZS sustenta que não é possível afirmar, em termos de anatomia e fisiologia, de que modo funciona a mente quando é "normal", nem tampouco demonstrar o que há de errado nos casos de aparente disfunção. É possível tão-somente indicar o modo como uma pessoa se porta ou sente, parece anormal a si mesma ou a seus semelhantes, e esta declaração é um juízo social e ético, e não um juízo médico. Para este autor, as disfunções cerebrais discerníveis que podem causar distúrbios no comportamento e no pensamento são doenças físicas, sustentando que a expressão "doença mental "

aplicada aos casos onde não foi possível discernir as causas orgânicas é totalmente inadequada. Nestes casos, as pessoas têm "problemas de vida", e não estados doentios.

Outro crítico severo do conceito de doença mental e da prática psiquiátrica é LANG. Este autor ocupou-se principalmente da esquizofrenia e seu argumento central é que o comportamento e as comunicações dos indivíduos identificados como esquizofrênicos não são "irracionais", mas antes fazem sentido, quando percebidos da posição em que se encontra o próprio paciente. LANG & ESTERSON (1980) em seu livro *Sanidade, Loucura e a Família* descreveram aquilo que consideram algumas das características típicas de uma "família esquizofrênica". Com base em 11 famílias nas quais um dos membros fora diagnosticado como esquizofrênico, os autores sustentam que a dinâmica de famílias desse tipo, manobram os pacientes para situações nas quais é impossível comportar-se senão de modo aparentemente irracional; em particular, alegam que foram feitas exigências impossíveis e distintivas pelas famílias aos pacientes. Estas famílias, que para os autores seriam como uma "instituição patogênica", submetem um de seus membros, às tensões psicológicas e sociais esmagadoras geradas pelas exigências contraditórias às quais seriam impossível de o indivíduo atender satisfatoriamente. Assim, a posição dos autores é que a única diferença entre as pessoas chamadas esquizofrênicas e todas as demais é que foram feitas exigências impossíveis às primeiras, que, por sua vez, reagiram por meio de um comportamento apropriado, ainda que aparentemente irracional.

A LANG, juntam-se SZAZS e COOPER (1967) que se posicionam quanto a prática psiquiátrica como sendo coercitiva e repres-

sora e que o diagnóstico e tratamento são usados como forma de controlar as pessoas que se tornaram incômodas. Acreditam eles que, ao chamar um indivíduo de doente mental, a psiquiatria compactua com o grupo do qual o paciente é componente, imputando a este, a condição de doente, causando-o grandes danos por sua internação em hospital psiquiátrico, e anistiando o grupo de qualquer responsabilidade.

Uma outra abordagem, que se propõe a ser uma teoria sensibilizadora, uma forma de dirigir a atenção para dados novos, ou para novas maneiras ou perceber dados antigos é proposta por SCHEFF(1964; 401-13).

Este autor, ao desenvolver suas proposições sobre doença mental, fundamentou-se a uma perspectiva teórica conhecida como teoria da rotulação, originalmente, desenvolvida como abordagens ao estudo do desvio social por Lemert. O argumento central da teoria da rotulação é que o desvio é uma função das respostas dos outros a uma ação particular. SCHEFF argumenta que a sociedade tem uma série de reações estereotipadas à violações das normas sociais, isto é, ao comportamento desviante. Rótulos como "mal-educado", "ignorante", "pecador", ou "criminoso" são reações representativas. Quem frequentemente viola as normas sociais tende a ser enquadrado em um desses modos, mas permanece em grupo de desvios variados que são considerados inexplicáveis. Esses tendem a ser atribuídos à feitiçaria, possessão de espíritos ou doença mental, dependendo da sociedade em questão. Nos primeiros estágios, a anomalia tende a ser negada ou minimizada se for transitória e não repetida. Dos desviantes enquadrados no grupo de desvios inexplicáveis, designado pelo autor de "desviantes residuais"

que prosseguem na carreira de delinquência, o fazem devido à reação da sociedade. SCHEFF, assim como GOFFMAN (1974; 116-17) afirmam que muitas são as transgressões que um indivíduo comete, mas que somente um pequeno número delas provoca uma reação exagerada da sociedade; a violação da norma é exagerada, sua extensão e grau são ampliados e os indivíduos são rotulados como doentes mentais por suas famílias, pelo médico ou por outros agentes sociais. Reforçando este ponto de vista, cita o autor que a doença mental ou loucura tem um estereótipo cultural, aprendido na mais tenra infância através da divulgação dentro de um grupo social do perfil do louco segundo este grupo.

Para autores como SULLIVAN, a apreensão de um "comportamento desviante" e possível de ser enquadrado como psicológico, só pode ser compreendido dentro de uma contextualização da ocorrência do fato. KLINEBERG (1972, pág. 413) citando SULLIVAN, relata que a "anormalidade" é social não apenas por ocorrer em situações sociais, mas também por localizar-se na própria estrutura de uma sociedade e só podendo ser compreendida em contraste com o background da cultura em que acontece. BECKER, citado por VELHO (1974, pág. 23-4) relata que os grupos sociais criam o desvio ao estabelecer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicá-las a pessoas particulares, marcando-as como outsiders. Sob tal ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa faz, mas sim, a consequência da aplicação por outrem de regras e sanções ao "transgressor". Esta linha de argumentação nos remete a possibilidade de um indivíduo com um comportamento específico, poder ter tal comportamento aceito como normal em uma sociedade e rejeitada como anormal noutra.

BENEDICT, citado por KLINEBERG (1972, p.415) afirma que os limites entre o normal e o anormal serem culturalmente definidos e de variarem acentuadamente nos diversos grupos.

ERIKSON, citado por VELHO (1974, pág. 24) diz que o comportamento humano pode variar amplamente, mas cada comunidade estabelece parênteses simbólicos em volta de um certo segmento dessa amplitude e limita suas próprias atividades dentro dessa zona demarcada. Esses parênteses são, de certa forma, as fronteiras da comunidade. Formas de comportamentos desviantes, marcando os limites externos da vida do grupo, dão à estrutura interna seu caráter especial e assim fornecem o arcabouço dentro do qual as pessoas desenvolvam um sentido ordenado de sua própria identidade.

Este enfoque levanta o seguinte questionamento: Como perceber esta comunidade, grupo social ou sociedade, sem cair em um monolitismo? BECKER citado por VELHO (1974, pág. 24) comenta que as facções dentro de um grupo discordam entre si e manobram para ver a sua própria definição da função do grupo, aceita. A função do grupo ou da organização, então, é decidida através do conflito político, que não é dado na natureza da organização. Se isto é verdade, então também é verdade que as questões sobre que regras devem ser implementadas, que comportamentos considerados como desviantes e que pessoas marcadas como outsiders devam ser também consideradas políticas. A visão funcional do desvio, ignorando o aspecto político do fenômeno, limita nossa compreensão. Assim, se visto a doença como um desvio, a mesma torna-se passível de sua determinação não só pelas suas características intrínsecas, mas também em termos da percepção social e seus padrões valorativos.

Neste ponto, uma reflexão se faz necessária. A quem é atribuído o poder na determinação de uma doença? A distância social do agente ou agência investido de poder para determinar a doença afeta a determinação da mesma? Com relação a primeira, no campo dos comportamentos tidos como louco, surge a psiquiatria com seus agentes e agências que se dá a partir do instante em que a medicina incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Do processo de medicalização da sociedade surge o projeto de patologizar o comportamento do louco, a partir de então possível de ser medicalizável (MACHADO, 1978: 378).

Sobre as interrogações acima colocadas, autores como SZAZS (1978-1980) GOFFMANN (1974) manifestam que a psiquiatria oscila entre o enquadramento de todos os comportamentos como possíveis de distúrbios mental à confirmação do que um grupo já determinou como doença mental, e que, quando isto não ocorre, a norma a partir do qual o agente determinará o desvio é a norma de sua classe social. Outro aspecto que influencia a determinação de um desvio e sua valoração é a posição do indivíduo em sua unidade social íntima. HAMMER (1968: 243-51) num estudo de 55 pacientes, identificou que a internação de um indivíduo em hospital psiquiátrico está relacionado à posição que ele ocupa nas estruturas das quais participa.

Assim, um indivíduo localizado numa posição crítica, definida como realizações significantes para a manutenção da unidade: geralmente caracterizadas sob a forma de contribuição financeira regular ou cuidado doméstico, tem a probabilidade, quando de alterações comportamentais, que coloquem em risco esta unidade,

ser mais facilmente reconhecido como doente e encaminhado a hospitalização. Alguns comportamentos que levaram a hospitalização, citados pelo autor foram: violência não direcionada, comportamentos altamente bizarros, não-realização e realização pobre.

✓ O comportamento desviante, interpretado como patológico se traduz em problema que necessita uma solução. Para a maioria das pessoas, a primeira medida adequada consiste em consultar o grupo social imediato. Quando alguém tenta atribuir um significado a suas experiências, explicá-las, compreendê-las e decidir o que fazer, recorre aos sentidos e explicações fornecidas por sua cultura. Esta busca de explicações, conselhos, fará por estabelecer um sistema de encaminhamento a algum agente ou órgão considerado competente para lidar com o problema. FREIDSON citado por MILES (1982; 42) descreve que neste sentido, "podemos considerar que a busca e oferecimento de conselhos sobre as questões de saúde entre os leigos, organizam a direção do comportamento, pelo encaminhamento a um ou outro tipo de orientador. Assim sendo, podemos falar num sistema leigo de encaminhamento, que é definido (1) pela cultura ou conhecimento específicos que as pessoas tem sobre a saúde e seus agentes e (2) pelas inter-relações dos leigos de quem são buscado o conselho e o encaminhamento. Existe, portanto, um conteúdo cultural no sistema, seja ele de origem étnica ou sócio-econômica, e uma rede ou estrutura. "Este sistema de encaminhamento leigo de terminar o circuito que o indivíduo percorre na busca de assistência.

A interpretação das mudanças de comportamento e ações estranhas vão determinar o tipo de recurso a ser buscado, que por sua vez é influenciado pelas representações da doença adotada num

grupo ou classe social. Assim, os grupos ou classes sociais que estão em contato mais íntimo com os detentores do saber, têm uma representação da doença mais completa e mais atual.

FREIDSON, citado por MILES (1982, pág. 44), afirma que as pessoas cuja origem da classe social, antecedentes educacionais e ocupação acham-se em níveis semelhantes aos dos clínicos, médicos, isto é, os membros da classe média com realizações educacionais mais elevadas, definiriam o distúrbio mental em termos mais aproximado dos utilizados pelos médicos. BOLTANSKI (1979, pág. 69-89) afirma que "os sujeitos sociais são, segundo a classe à qual pertencem, depositários de um saber mais ou menos evoluído e mais ou menos coerente integrados em torno de alguns princípios fundamentais. Eles utilizam sistema de categorias diferentes e diferentemente datados, e que se prendem a estágios diferentes da evolução do saber".

Se considerarmos a difusão do saber através das classes sociais, identificamos que as classes populares são as que tem um saber mais incompleto e anteriormente datado, determinando o tipo de recurso a ser buscado, muitas vezes centrado na concepção mágico-religiosa da doença.

Desta forma, de acordo com a classe social, a representação da doença de um determinado indivíduo ou grupo fará com que este seja encaminhado ao padre, clínico geral ou especialista.

A correlação entre a classe social e as taxas de doença não está restrita ao distúrbio mental, mas constitui uma característica das estatísticas de saúde e doença de um modo geral. Demonstrou-se com frequência que as pessoas da extremidade inferior

da escala social são as que mais sofrem de doenças e apresentam maior risco de morte prematura. HOLLINGSHEAD & REDLICH, citado por MILES (1982, pág. 154-164), num estudo com o objetivo de verificar a proporção de distúrbio mental nas classes sociais envolvendo todas as pessoas em tratamento com psiquiatria, quer como paciente externos, quer como internos, no período de 31 de maio a 1º de dezembro de 1950, em New Haver, Connecticut, categorizando os componentes do estudo de acordo com um índice de posição social, elaborado com base na educação, ocupação e área residencial e utilizando uma escala de cinco graduações, chegou a seguinte conclusão, expressa na tabela abaixo.

STATUS DA CLASSE SOCIAL E DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES
E NÃO PACIENTES NA POPULAÇÃO.

C L A S S E	POPULAÇÃO (%)	
	PACIENTES	NÃO PACIENTES
I	1,0	3,0
II	7,0	8,4
III	13,7	20,4
IV	40,1	49,8
V	38,2	18,4
	n = 1,891	236.940

Verifica-se que a Classe V contribui com muito mais pacientes do que seria justificado por sua proporção na população e uma concentração de doentes nas classes IV e V, que contribui com 78,3% dos pacientes.

Outra descoberta deste estudo foi que o tipo de tratamento que o paciente recebe varia de acordo com sua posição nas classes sociais. Os tratamentos mais prolongados e dispendiosos eram fornecidos quase que exclusivamente aos pacientes das Classes I e II, enquanto que os da classe V tinham maior probabilidade de receber apenas o atendimento custodial.

Explicações tem sido propostas para a correlação entre índices elevados de doença mental e classe social inferior, como (1) - o "deslocamento descendente" onde o indivíduo acometido de distúrbio mental sofreria um movimento descendente na escala social; (2) - "tensão ambiental", onde existiria uma relação causal entre ambiente em que se dá a vida da classe social inferior e a doença, sendo que a tensão no ambiente das classes trabalhadoras emerge, na maioria das vezes, de fatores econômicos estruturais sobre os quais os indivíduos exercem pouco controle e, além disso, eles contam com menos recursos, em termos de dinheiro e poder, para mitigar as consequências dos acontecimentos tensionantes e, (3) - a rotulação diferencial e tratamento diferencial onde os indivíduos situados no extremo inferior da classe social seriam os que tenderiam a serem definidos como doentes mentais e a encontrar maiores dificuldades para voltar aos papéis sociais normais (MILES, 1982, pág. 157-175).

A doença mental obtém um certo consenso quando da descrição das suas manifestações, mas para explicar o processo, alguns darão ênfase às condições neurobiológicas, hereditárias ou atuais, outros insistirão sobre os conflitos ⁷infrapsíquicos do paciente e outros às condições sociais.

Os que dão ênfase às condições neurobiológicas e conflí

tos intrapsíquicos, privilegiam o indivíduo à coletividade, encaminhando as ações no sentido de modificá-lo ou controlá-lo.

A organicidade das doenças mentais está apoiada em trabalhos onde se evidenciam alterações anatômicas e/ou fisiológicas do sistema nervoso central, e para aquelas doenças onde tal fato não ocorre, se justifica pela pouca precisão e sensibilidade do instrumental disponível. Outro enfoque que é bastante difundido, é o da vulnerabilidade genética. WING (1979, pág. 140-143), resumindo vários autores, expõe^o que a ocorrência de esquizofrenia nos parentes de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) apresenta um índice de aproximadamente 10%, em comparação com 3% em parentes de segundo grau (tios, sobrinhos) e um pouco abaixo de 1% na população geral. Quando ambos os pais sofrem de esquizofrenia, perto de 40% dos filhos tem a doença.

Outros estudos tem mostrado que em pares de gêmeos idênticos em que um já havia sido diagnosticado como esquizofrênico, foi de cerca de 50%, em comparação com perto de 12% em pares de gêmeos fraternos. Filhos de pais esquizofrênicos, adotados ao nascerem, por famílias nas quais nenhum membro era esquizofrênico, a incidência não diferiu do que seria de esperar se devesse sido criadas por seus pais.

Mais recentemente, os trabalhos se voltaram para a bioquímica do cérebro, despertados pelo estado psicótico que determinados componentes químicos produzem. CALIL (1983, pág. 23-28), discorrendo sobre os avanços nesta área, cita que estudos recentes levam a sustentação da "hipótese dopaminérgica da esquizofrenia", segundo a qual essa doença estaria associada a um excesso funcional de dopamina nas sinapses dopaminérgicas, principalmente

no sistema límbico. Esse excesso poderia ser consequência de um aumento de liberação de dopamina, de receptores supersensíveis ou ainda da reabsorção muito lenta do neurotransmissor para dentro da célula. Um dos achados que corroboram esta hipótese é o dos medicamentos antipsicóticos, que quando administrados, se ligam aos receptores dopaminérgicos, bloqueando-os e impedindo a dopamina de exercer sua função, diminuindo as manifestações alucinatórias e delirantes. SCHEIBEL & KOVELMAN (1983, pág. 45), do Instituto de Pesquisa do Cérebro da Universidade da Califórnia, estudando tecido cerebral de pacientes falecidos - todos eles esquizofrênicos -, identificaram uma completa desordem das células e dendritos situadas no hipocampo, denominada células piramidais. A existência de tal defeito, afirmam os pesquisadores, não significa que seu portador será esquizofrênico. Trata-se apenas de uma predisposição para a doença, que pode ser ativada por sobrecargas emocionais ou pelo stress.

Para BIRMAN (1983, pág. 32-36), os avanços nestas áreas ainda não definiu uma causalidade orgânica para a doença mental. Em que pese as pesquisas que permitam a produção de medicamentos capazes de transformar os diferentes sintomas desses quadros mentais, não se tem ainda uma terapêutica etiológica, isto é, um tratamento das causas, de base orgânica, para determinadas formas de loucura. Para este autor, frente as não respostas da causalidade orgânica da doença mental, surge uma corrente que busca explicar a loucura no contexto do conflito psíquico. Esta corrente, psicanalística, afirma que a loucura seria resultante, consequência, da impossibilidade de lidar com conflito psicológico por parte do sujeito. Diante desta situação, a proposta terapêutica é acabar

com um dos polos do conflito, numa tentativa de diminuir ou fazer cessar a angústia provocada pelo conflito. Tal ação se daria centrada no conhecimento da dinâmica do conflito psíquico, que em muitas situações, um de seus polos é silenciado pelo deslocamento para o inconsciente, como forma de nos livrarmos da angústia, mas continuam atuante e buscam se impor, encontrando forças defensivas, e diante da impossibilidade de eliminá-las inteiramente, estabelece-se uma solução de compromisso entre o impulso e a força cujo resultado é o sintoma. Este enfoque oferece uma legibilidade, caracterizando a doença mental, não como algo destituído de sentido, mas ao contrário, com sentido e significação.

Outros enfoques tem surgidos para explicar a doença mental, que apresentaremos a seguir.

JACCARD (1981, pág. 53) nos apresenta uma quadro resumo das abordagens sobre doença mental.

Como podemos observar do quadro exposto a seguir, várias são as abordagens à doença mental, porém, até o momento, nenhuma foi considerada satisfatória. Como afirma SCHEIBEL & KOVELMAN (1983), "uma disposição defeituosa das células piramidais não é condição suficiente para alguém se tornar esquizofrênico, sendo necessário fatores coadjuvantes", fatores estes, que poderiam ser melhor compreendidos se observadas as posições ocupadas pelo homem enquanto elementos inserido num contexto social e as relações desta com as doenças em geral.

QUADRO - RESUMO DAS ABORDAGENS SOBRE DOENÇA MENTAL.

ABORDAGEM	PARTIDÁRIOS	DEFINIÇÃO DA DOENÇA MENTAL	INTERPRETAÇÃO DO COMPORTAMENTO	TRATAMENTOS
1) Médica	Neurologistas e psiquiatras organicistas	As doenças mentais são doenças do cérebro	O comportamento "anormal" resulta de uma desordem biológica mais ou menos grave segundo a doença	Tratamentos de choque, neurolépticos, cirurgia do cérebro
2) Psicanalítica	Partidários de uma psiquiatria dinâmica e todos os que se consideram freudianos	Estado de perturbação afetiva ligado à história (infantil) do paciente	O comportamento é sintomático dos problemas emocionais do paciente	Psicoterapia que permite ao paciente descobrir a origem de suas dificuldades
3) Sistêmica	Certos psiquiatras e certos psicólogos que estudam a patologia da comunicação. A Escola de Palo Alto, Bateson, Bowen, Lidz	A doença mental é consequência de comunicações familiares ou microsociais patogênicas	O paciente reage com sintomas às manipulações de que é objeto	Terapia coletiva de maneira que a família ou grupo tenha um melhor conhecimento de seu funcionamento e possa modificá-lo
4) Sacrifical	Psiquiatras e sociólogos como Laing, Szasz, Goffman, etc.	O rótulo de "doença mental" tem por função estigmatizar e punir o comportamento dos membros da sociedade que se desviam da norma.	O paciente reage com uma "estratégia oblíqua" à sua vitimização e à sua exclusão	Não rotular o paciente. Tratá-lo como um indivíduo com direitos e deveres. Respeitar sua vontade
5) Político	Psiquiatras e sociólogos como Cooper, Basaglia, Jervis, Hollingshead, Redlich	A doença mental é uma doença social, ligada à opressão e exploração do paciente	Reação de revolta ante uma situação considerada insuportável	Lutar para uma sociedade mais justa

Fonte: JACCARD, 1981, pag. 53

3. METODOLOGIA

5.1 SELEÇÃO DO INSTRUMENTAL METODOLÓGICO ADOTADO NO ESTUDO

Inicialmente procedeu-se a identificação de recursos bibliográficos existentes nas bibliotecas da UFSC, tomando-se como referência o Catálogo Geral de Tese, Index Médico para a seleção de obras pertinentes, publicadas nos últimos cinco anos, que tivessem ligação ao circuito do paciente psiquiátrico, motivos para internação, epidemiologia das doenças mentais, doença mental e condição social e econômica.

Ordenada as publicações relevantes encontradas, procedeu-se a localização das existentes na UFSC e solicitou-se, através dos meios disponíveis, as obras não existentes. Procedeu-se posteriormente, a leitura e seleção dos artigos que comporiam a fundamentação teórica adotada no presente trabalho. A posteriori, ocorreram a inclusão de outras obras, não pelo seu caráter específico, mas pelo fato de ^{ter} sido ressaltadas pelos autores inicialmente consultadas como de grande importância. Assim, portanto, as bibliografias que compõem o capítulo de bibliografias consultadas e referências bibliográficas, sofreram inclusão não pelo seu caráter essencialmente técnico mais basicamente pela escolha do autor que permitiu a inclusão de obras de referência, livros, textos mimeografados que consubstanciam a sua prática.

O estudo das publicações selecionadas permitiu identificar a possível diversificação metodológica a ser adotada para um estudo como o presente que pretende verificar o circuito percorrido pelo paciente e familiares, e os motivos apresentados pelos familiares para internação do paciente em instituição psiquiátrica, isto porque, quanto ao circuito, entre as obras consultadas não identificou-se a existência de publicações específicas com este enfoque. Quanto aos motivos apresentados pela família para internação do paciente em instituição psiquiátrica, encontrou-se dois trabalhos, FUKUDA (1978) em estudo realizado em ambulatorios psiquiátricos estatais do Município de São Paulo, entre 39 pacientes esquizofrênicos que tinham estado internados apenas uma vez em hospital psiquiátrico e que tinham recebido alta quatro dias no mínimo e cento e oitenta no máximo, onde buscava-se identificar as principais dificuldades relacionadas com o retorno à comunidade desses pacientes, utilizando entrevistas como forma de coleta de dados, apresenta as manifestações de comportamento dos pacientes descritas pelos familiares, que foram os motivos para internação. STEFANELLI (1978) em estudo realizado em 1976 em três hospitais psiquiátricos governamentais da cidade de São Paulo, entre 178 pacientes que procuraram os ambulatorios citados, pela primeira vez, utilizando entrevistas como meio de coleta de dados, apresenta as principais manifestações de comportamento que levam à procura de assistência psiquiátrica. Tanto FUKUDA como STEFANELLI, apresentam as alterações de comportamento, agrupadas por áreas: atividade, humor, ideação, hábitos pessoais, queixas somáticas, e outras. A partir do que foi apreendido nestes estudos e em outros não diretamente relaciona-

dos com o assunto objeto desta pesquisa, se pode optar pelos componentes metodológicos que se seguem relativos a: tipo de pesquisa; local e população do estudo; coleta de dados; apuração e a-presentação dos resultados.

3.1 - Tipo de pesquisa.

Este é um estudo exploratório-descritivo que visa identificar o circuito realizado pela família e paciente e os motivos apresentados pela família para a internação do paciente em instituição psiquiátrica.

3.3 - Local e população do estudo.

O estudo desenvolveu-se no Município de Florianópolis, obedecendo-se as delimitações geográficas sugeridas pelo IBGE , porque o processo metodológico escolhido requeria a visita domiciliar e porque a região da Grande Florianópolis conta com dois hospitais psiquiátricos, sendo que um deles é estatal, do tipo hospital colônia, com capacidade para mil leitos, o outro é particular com capacidade para duzentos e cinquenta leitos. Ambos mantêm convênios com o INAMPS.

A população constitui-se de trinta famílias de pacientes internados pela primeira vez em instituição psiquiátrica e cuja internação se deram no período de 12 de julho a 12 de setembro de 1982. Este número não foi determinado estatisticamente ,

mas obteve-se a partir da delimitação do período já mencionado , incluindo-se somente aquelas que preenchiam os seguintes requisitos: famílias cujo paciente no momento da entrevista se encontrava internado pela primeira vez em instituição psiquiátrica; famílias residentes no município de Florianópolis, SC., cujo paciente residia na mesma casa ou próximo e com o qual tinham convívio diário.

3.4 - Coleta de dados.

3.4.1 - Instrumento.

Para se verificar o circuito e os motivos apontados pela família para a primeira internação do paciente em instituição psiquiátrica, foi elaborado um instrumento composto de três partes relativas a caracterização sócio-demográfica da população estudada; do circuito percorrido e motivos apontados pela família para a primeira internação do paciente. O instrumento foi desenvolvido a partir de questionamentos pessoais do autor, advindos do campo ^{de} prática e que, tratando-se de estudo exploratório que poderá representar um limiar inicial de pesquisa, o autor decidiu não realizar a validação do mesmo. Esta decisão foi assumida a partir dos estudos consultados os quais não continham instrumentos que pudessem ser aplicados no presente estudo, como também, em sua totalidade não apresentaram o processo de validação, subentendendo que não o fizeram, e se o fizeram, não foi in

cluido no relatório.

5.4.2 - Passos seguidos:

1º - O pesquisador compareceu às instituições psiquiátricas e realizou entrevista com os seus diretores, ocasião em que apresentou o projeto de trabalho obtendo a partir daí autorização para realização do estudo.

2º - O pesquisador dirigiu-se ao setor de internação das instituições procedendo a identificação dos pacientes internados segundo os critérios previamente estabelecidos (item 3.2) que passariam a constituir a lista de pacientes que seriam incluídos no estudo. Repetindo-se este passo a cada três dias de modo que todas as internações cujos pacientes obedecessem os critérios referidos fossem incluídos na listagem dos componentes do estudo;

3º - De posse da lista de pacientes contendo o nome e da unidade de internação, o pesquisador compareceu ao local para realizar o levantamento relativos a data da internação, endereço da família, nome do responsável pela internação e forma de contato;

4º - Com os endereços das famílias e responsável pelos pacientes procedeu-se a localização em mapa do município de Florianópolis. Para aqueles cujo endereço foi possível localizá-lo em mapa ou que contavam com um telefone para contato, procedeu-se a confirmação do endereço e aprazamento da visita domiciliar. Para obten

ção das informações requeridas pelo instrumento, adotou-se a técnica de entrevista por meio de visita domiciliar.

O entrevistador começava por apresentar-se como sendo ligado ao Departamento de Enfermagem da UFSC e explicava que as informações pedidas eram somente para aumentar o conhecimento sobre o processo de hospitalização em instituição psiquiátrica e que não seriam usadas com outros fins além do já apontado. Para a seleção das pessoas da família do paciente a serem entrevistadas, estabeleceu-se o seguinte esquema; paciente casado, entrevista com o cônjuge; paciente solteiro, entrevista com os pais ou irmão⁴ maiores com os quais o paciente convive; paciente viúvo ou separado, membro da família com o qual o paciente convive. Identificado o entrevistado e estabelecido o rapport, procurou-se informar sobre o sigilo com que as informações e informantes seriam tratados. As entrevistas consumiram um tempo médio de quarenta e cinco minutos, tempo este informado antes do início das mesmas, só ultrapassando este tempo quando da solicitação do entrevistado. Como o instrumento continha muitas questões abertas, estabeleceu-se previamente que seria registrado tudo que o informante falasse nos dois primeiros minutos à resposta de cada pergunta. Após o término da entrevista, expressava-se os agradecimentos e as despedidas.

3.5 - Dificuldades operacionais.

Muitas dificuldades foram encontradas para a coleta de dados e que aqui transcrevemos porque consideramos importante que

devam ser~~em~~ levadas em conta quando de pesquisas planejadas com populações projetadas estatisticamente. Entre as dificuldades destacamos as que determinaram a exclusão de prováveis componentes da população de estudo:

1º - informações pouco precisas das instituições psiquiátricas que, quando da entrevista, descobria-se que o paciente já tinha estado internado em outra instituição psiquiátrica;

2º - dificuldade de localização da residência ou mesmo não localização por informação pouco precisa, sem ponto de referência ou mesmo informação adulterada do endereço;

3º - procedência do município de Florianópolis, quando na realidade, algum parente residente no município acompanhava o paciente à internação e ficava como responsável;

4º - endereço da família mas esta há muito tempo não tinha contato com o paciente;

5º - paciente sem família, geralmente levados pela polícia;

6º - paciente que recebia alta antes de a família ter sido intrevistada;

7º - familiares que se recusaram a serem entrevistados.

3.6 - Quantificação e apresentação dos resultados.

Efetuada a coleta de dados por meio de entrevistas, os dados obtidos foram quantificados por processo manual.

Os dados referentes aos motivos determinantes ou desencadeantes da internação referidos pela família foram agrupados nas áreas de atividade, humor, ideação, hábitos pessoais, e apressividade, utilizando-se os agrupamentos apresentados por FUKUDA e STEFANELLI. A apresentação dos resultados será feita em tabelas com frequência absoluta e relativa adotando-se nas mesmas, títulos simplificados, pois todas as informações referem-se somente a população do estudo referido no ítem 3.2.

4. APRESENTAÇÃO E COMENTÁRIOS
DOS RESULTADOS

4. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

TABELA 1

PACIENTES SEGUNDO A IDADE E SEXO

IDADE \ SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 — 20	3	10,0	1	3,3	4	13,3
20 — 30	6	20,0	1	16,7	11	36,7
30 — 40	5	16,7	1	3,3	6	20,0
40 — 50	3	10,0	1	3,3	4	13,3
50 — 60	1	3,3	2	6,7	3	10,0
60 — 70	1	3,4	1	3,3	2	6,7
T O T A L	19	63,4	11	36,6	30	100,0

TABELA 1.

Observando os dados da Tabela 1, verifica-se que quanto ao sexo, o grupo estudado está constituído de 63,4% de homens

e 35,6% de mulheres. Quanto a faixa etária, chama atenção o fato de 13,3% dos componentes do estudo pertencerem a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos. Além disso, constata-se que a maioria (70,0%) tem idades compreendidas entre 10 e 39 anos. Acrescenta-se ainda que 6,7% tem idade superior a 60 anos. Embora com esta tabela se deseje apresentar os componentes do estudo, parece-nos válido relacioná-los a alguns estudos existentes na área. Quanto ao sexo, os resultados encontrados, diferem dos resultados encontrados por FUKUDA (1978, pág. 20) e STEFANELLI (1978, pág. 12). O primeiro, num grupo de 39 pacientes, após primeira internação em Instituição Psiquiátrica do Município de São Paulo, objetivando identificar as dificuldades relacionadas com o retorno à comunidade, encontrou 46,2% de pacientes do sexo masculino e 53,8% de pacientes do sexo feminino. O segundo, realizado em três hospitais psiquiátricos governamentais da cidade de São Paulo, tendo por objetivo identificar as manifestações de comportamento que levam à procura de assistência psiquiátrica, encontrou 43,26% de indivíduos do sexo masculino e 56,74% do sexo feminino. Com relação a idade, FUKUDA encontrou 7,8% do sexo feminino na faixa etária de 10 a 19 anos. A maioria, (71,8%) com idade compreendida entre 10 e 39 anos. STEFANELLI encontrou 12,3% na faixa etária de 10 à 19 anos, 71,3% na faixa etária de 10 à 39 anos e 4,5% com idade compreendida acima de 60 anos. CHANOIT & DOVARIN (1977, pág. 81), em estudos realizados na França sob o título , Doença Mental e Condições Sociais uma abordagem epidemiológica , a respeito de um estudo de longa duração, envolvendo duas populações, a primeira de uma área geográfica denominada mutualista , servida por um hospital psiquiátrico e a segunda, de um setor sô

cio-profissional, encontraram 41% de indivíduos de sexo masculino, 59% do sexo feminino e, 43% de indivíduos do sexo masculino e 57% de sexo feminino respectivamente. WING (1979, pág. 137) fazendo comparação de diversos estudos sobre a ocorrência de esqui-sofrenia cita que a faixa etária de mais alto risco é a compreendida entre 15 e 45 anos. A taxa mais alta entre os homens é no grupo etário dos 15 aos 24 anos depois do qual o risco diminui gradativamente e entre as mulheres, a taxa mais alta ocorre um pouco mais tarde, no grupo etário entre 25 e 34 anos e não cresce tão drasticamente daí por diante.

TABELA 2

PACIENTES SEGUNDO SEXO E SITUAÇÃO CONJUGAL

SITUAÇÃO CONJUGAL	SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado		10	33,3	2	6,7	12	40,0
Solteiro		8	26,7	5	16,6	13	43,3
Viúvo		-	-	3	10,0	3	10,0
Separado		1	3,3	1	3,3	2	6,7
T O T A L		19	63,4	11	36,0	30	100,0

TABELA 2.

Os dados da Tabela 2, mostram que, dos pacientes estudados, 43,3% constituem-se de pacientes solteiros, 40,0% de casados e 16,7% de viúvos e separados. Observa-se que os percentuais obtidos pelos casados e solteiros foi bastante próximo o que não ocorre com os viúvos e separados que perfazem em conjunto menos da metade dos demais grupos. Ao calcular a percentagem segundo o sexo, verifica-se que no grupo masculino 42,1% são solteiros, 52,6% casados e 5,3% separados. No grupo feminino, 18,2% são casadas 46,4% solteiras e 36,4% viúvas ou separadas.

Na literatura consultada verifica-se que STEFANELLI , (1978, pág. 13) identificou que no grupo masculino 63,6% são solteiros, 32,5% casados e, 3,9% viúvos. No grupo feminino 54,4% são solteiras, 41,6% casadas e, 4,0% viúvas. CHANOIT & DOVARIN (1977, pág. 81) encontrou uma maior percentagem de solteiros entre os mutualista e de casados no setor sócio-profissional.

TABELA 3

PACIENTES SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS COM AS QUAIS RESIDE

NÚMERO DE PESSOAS	Nº	%
2	2	6,7
3	4	13,3
4	7	23,3
5	8	26,7
6	5	16,7
7	2	6,7
8	1	3,3
9	1	3,3
T O T A L	30	100,0

Os dados da Tabela 3 mostram que, do grupo estudado, 26,7% residem com cinco pessoas, sendo que, os que residem na faixa de quatro a seis pessoas totalizam 66,7%. Além disso, verifica-se que nenhum paciente reside somente com uma pessoa e que, 20,0% dos pacientes residem na faixa de duas a três pessoas. Segundo dados de FIBGE (Censo 1980) no Brasil, o número médio de moradores por domicílio é de 4,5 e em Santa Catarina é de 4,6 moradores por domicílio.

TABELA 4

PACIENTES SEGUNDO O BAIRRO DE RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA

B A I R R O	Nº	%
Agronômica	4	13,3
Barra da Lagoa	1	3,3
Campeche	3	10,0
Centro	5	16,7
Coqueiros	3	10,0
Estreito	4	13,3
José Mendes	1	3,3
Rio Vermelho	1	3,3
Saco dos Limões	4	13,3
Trindade	3	10,0
Prainha	1	3,3
T O T A L	30	100,0

Na Tabela 4, observa-se que não houve uma concentração de pacientes em nenhum dos bairros.

A maior parcela, 16,7% residem no Centro, sendo que nos bairros de Agronômica, Estreito e Saco dos Limões localizam-se residências de 13,3% dos pacientes respectivamente.

Embora alguns autores mencionem o local de residência como indicativo da condição sócio-econômica, em Florianópolis não identificou-se estudos que classificassem a tendência situacional por área.

TABELA 5

PACIENTES SEGUNDO A RENDA PER CAPITA FAMILIAR

RENDA PER CAPITA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS	Nº	%
0,01 ——— 0,50	5	16,7
0,51 ——— 1,00	15	50,0
1,01 ——— 1,50	4	13,3
1,51 ——— 2,00	3	10,0
2,01 ——— 2,50	1	3,3
2,51 ——— 3,00	1	3,3
3,01 ——— 3,50	-	-
3,51 ——— 4,00	1	3,3
T O T A L	30	100,00

Na Tabela 5, verifica-se que dos pacientes estudados, 80,0% (vinte e quatro) pertencem a famílias cuja renda per capita é de até 1,5 salários mínimos, sendo que 16,7%, tem renda até 0,5 salários mínimos, 50,0% de 0,5 a 1 salário mínimo e 13,3% de 1 a 1,5 salários mínimos. Somente 3,3% (hum) pertence a família com renda per capita superior a 3 salários mínimos. Segundo a FIBGE (censo 1980) a renda média mensal da população brasileira economicamente ativa é distribuída conforme os percentuais que

seguem: 17,6% ganham até 0,5 salários mínimo, 24,1% de 0,5 a 1 salário mínimo, 30,1% de 1 a 2 salários mínimos e 12,6% de 2 a 3 salários mínimos. Em Santa Catarina, 10,0% ganham até 0,5 salário mínimo, 19,0% de 0,5 a 1 salário mínimo, 37,0% de 1 a 2 salários mínimos e 15,8% de 2 a 3 salário mínimo.

Respeitando as limitações próprias do estudo, não se pode inferir os resultados obtidos, no entanto, permitem supor que a situação econômica familiar poderia ser um fator contributório para o desencadeamento das crises familiares, o que abre espaço para os desequilíbrios mentais.

Não há, nos trabalhos por nós consultados, evidência de preocupação em caracterizar socialmente a clientela. A maioria dos trabalhos versa sobre casos clínicos, investigações semiológicas, estudo do sistema nervoso central. São alguns dados esparsos sobre as características sociais dos pacientes internados que permitem se ter um perfil aproximado da população de internos nos hospitais psiquiátricos brasileiros. PINTO (1970, 15-21) num trabalho realizado em Fortaleza, CE, relacionando a condição sócio-econômica de indivíduos neuróticos, atendidos em ambulatórios, nos fornece os seguintes dados: 79% dos atendimentos até o ano de 1973, constituíam-se de analfabetos ou semi-analfabetos, agricultores, operários, "atividades domésticas", motoristas e estudantes.

SAMPAIO & BEZERRA (1979, pág. 20) em análise do trabalho realizado entre operários da indústria castanheira do Nordeste brasileiro cita que a renda dos pacientes estudados é de menos de 1/3 do salário mínimo mensal per capita.

MEDEIROS (1979, pág. 26-50) reuniu informações esparsas sobre a condição sócio-econômica dos indivíduos que se internam nas instituições psiquiátricas brasileiras que pode ser identificada na descrição de MARTINS (1971, pág. 489-491). "Homem entre vinte e quarenta anos, de origem humilde, casado, tendo vários filhos, muitos falecidos ainda pequenos ... semi-analfabeto ou analfabeto, morando em habitação sem conforto na periferia de uma grande cidade, (...) trabalhando como operário não qualificado ou em serviços rústicos, recebendo salário insuficiente para o sustento de toda a família". Trata-se de um retrato do pertencente à sub-cultura da pobreza dentro de nossa realidade social, justamente a fonte de onde se originam os indigentes, hoje caso social; os desvalidos, os baldos da fortuna, todos aqueles com variadas designações, que pertencem às classes desfavorecidas economicamente e para os quais o poder dominante, respaldado num discurso "científico-caritativo" erigiu os hospitais psiquiátricos.

TABELA 6

PACIENTES, SEGUNDO A ESCOLARIDADE DO RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	CONDIÇÕES DO RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA	
	Nº	%
Analfabeto	3	10,0
Sabe ler e escrever	2	6,7
Primário incompleto	6	20,0
Primário completo	11	36,7
Ginásio incompleto	1	3,3
Ginásio completo	4	13,3
Colegial incompleto	-	-
Colegial completo	3	10,0
Superior incompleto	-	-
Superior completo	-	-
T O T A L	30	100,0

Dos dados da Tabela 6, evidencia-se que 10,0% dos responsáveis pela família do paciente são analfabetos, 36,7% concluíram o primário, 13,3% concluíram o ginásio e somente 10,0% concluíram o colegial, sendo que nenhum ingressou no ensino superior.

Com base nas informações do censo de 1980 (FIBGE) po-

de-se calcular as percentagens que demonstram que no Brasil, 25,4% da população com 10 anos de idade ou mais são analfabetos. Dos alfabetizados com idade de 10 anos ou mais, 35,7% estudaram por um período de até 3 anos, 27,5% estudaram por 4 anos, 21,3% de 5 a 8 anos, 10,6% de 9 a 11 anos e somente 4,9% estudaram por 12 anos ou mais. Em Santa Catarina, 14,0% da população com 10 anos de idade ou mais são analfabetos. Já alfabetizados com idade de 10 anos ou mais, 28,9% estudaram por um período de até 3 anos, 40,0% estudaram por 4 anos, 20,3% estudaram de 5 a 8 anos, 8,0% de 9 a 11 anos e somente 2,8% estudaram 12 anos ou mais. Observa-se que a distribuição da escolaridade entre os responsáveis da família do paciente interno em instituição psiquiátricas de Florianópolis, não difere muito da distribuição da escolaridade entre a população catarinense.

TABELA 7

PACIENTES SEGUNDO A CATEGORIA SÓCIO-OCUPACIONAL DO RESPONSÁVEL
PELA FAMÍLIA

CATEGORIA SÓCIO-OCUPACIONAL	Nº	%
<u>CATEGORIA SÓCIO-OCUPACIONAL I</u> - Ocupações manuais não especializadas. - Ocupações manuais especializadas e assemelhadas. Supervisão de trabalhos manuais e ocupações assemelhadas.	24	80,0
<u>CATEGORIA SÓCIO-OCUPACIONAL II</u> - Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas. Posição mais baixa de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais. Proprietário de pequenas empresas comerciais, industriais e agropecuárias.	6	20,0
<u>CATEGORIA SÓCIO-OCUPACIONAL III</u> - Profissionais liberais. Cargo de gerência ou direção. Proprietários de empresas de tamanho médio. Altos cargos políticos e administrativos. Proprietário de grandes empresas e assemelhados.	-	-
T O T A L	30	100

Os dados da Tabela 7, mostram que, dos responsáveis pelas famílias dos pacientes estudados, 80,0% (vinte e quatro) pertencem a categoria sócio-ocupacional I, 20,0% (seis) pertencem a

categoria sócio-ocupacional II e nenhum pertence a categoria sócio-ocupacional III.

Segundo informações do censo de 1980, (FIBGE) pode-se calcular para o Estado de Santa Catarina as seguintes percentagens da população com 10 anos de idade ou mais, economicamente ativas, 56,6% são analfabetos ou estudaram até 14 anos, e estão ligadas a atividades agropecuárias, de extração vegetal e pesca, indústria e transformação, indústria de construção e prestação de serviços, 12,5% estudaram de 5 a 8 anos e estão ligadas a atividades agropecuárias, de extração vegetal, e pesca, indústria de transformação, comércio de mercadorias e prestação de serviços e, 6,6% estudaram de 9 a 11 anos e estão ligadas a indústria de transformação, comércio de mercadorias prestação de serviços e atividades sociais, sendo que 43,5% trabalham de 40 a 48 horas semanais e 33,5% trabalham 49 ou mais.

✓ Observadas as Tabelas 5, 6 e 7, pode-se constatar que o círculo familiar dos pacientes estudados apresentam determinadas semelhanças, quais sejam: renda per cãpita baixa, pouca ou nenhuma escolaridade, ocupação pouco qualificada. Esta tríade provavelmente estará presente na grande maioria das famílias de pacientes que se internam nas instituições psiquiãtricas brasileiras pois, desprovidos do poder de compra, do arsenal de conhecimento e desqualificados ocupacionalmente, portanto, desprovidos de qualquer poder, resta-lhes a opção terapêutica hospitalar tradicional, calcada fundamentalmente numa prática medicamentosa, decorrente da visão organicista e unifatorial das chamadas doenças mentais.

4.2-CIRCUITO ADOTADO PELA FAMÍLIA E O PACIENTE ANTES DA INTERNAÇÃO

TABELA 8

PACIENTES SEGUNDO SEXO E TEMPO DECORRIDO ENTRE O INÍCIO DA PERCEPÇÃO DA DOENÇA MENTAL PELA FAMÍLIA E A INTERNAÇÃO

T E M P O	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 — 6 meses	8	26,7	3	10,0	11	36,7
6 — 12 meses	3	10,0	3	10,0	6	20,0
12 — 18 meses	2	6,7	1	3,3	3	10,0
18 — 24 meses	3	10,0	1	3,3	4	13,3
24 — 36 meses	3	10,0	-	-	3	10,0
36 — 48 meses	-	-	2	6,7	2	6,7
mais 48 meses	-	-	-	-	-	-
(12 meses)	-	-	1	3,3	1	3,3
T O T A L	19	63,4	11	36,6	30	100,0

Na Tabela 8, observa-se que a maioria (56,7%) do grupo estudado foram internados até onze meses após a família ter percebido o início da doença, 23,3% na faixa de doze a vinte e quatro meses e 20,0% na faixa de mais de vinte e quatro meses. A du

ração do período decorrente entre a percepção da doença pela família e a internação do paciente em instituição psiquiátrica podem ser determinados por muitos fatores, como por exemplo, a nível de conhecimento sobre a doença, a proximidade de hospitais psiquiátricos e a avaliação destes feitos pela família, o grau de tolerância da família e comunidade frente as alterações comportamentais do paciente. JENKINS (1966, pág. 549-556) em estudo realizado na Flórida, EEUA, sobre as crenças a respeito de doenças, utilizando o método de Diferencial Semântica encontrou que a doença mental foi percebida como uma doença fraca, lenta, improvável de levar a incapacidade ou a morte, menos provável de transmissão, indolor, relativamente livre de desconforto, misteriosa, não prevenível, de pouca aceitação social. Também foi percebida de uma maneira distintamente separada das doenças físicas. GOVE (1970, pág. 879) numa análise de vários estudos de outros autores sobre o processo de internação conclui que a grande maioria das pessoas que se tornam pacientes, tem um distúrbio sério, e as providências são tomadas apenas quando a situação se torna insustentável. Outro fator que pode estar presente na determinação do espaço de tempo entre a percepção da doença pela família e a internação do paciente é o estigma. JENKINS, acima citado, encontrou que a doença mental é, entre as doenças por eles estudadas, a de mais baixa aceitação social. GOVE (1970, pág. 876) citando investigações realizadas por STAR (1961) NUNNALLI, (1961) sobre a concepção popular da doença mental ^{concluiu que} na qual esta era relacionada com medo, desconfiança, comportamento imprevisível e potencialmente perigoso. Estes estudos indicaram que o povo tem uma imagem altamente estereotipada da doença mental.

SCHEFF (1964, pág. 401-13) formula a teoria da reação social, na qual afirma que a internação ocorre muito mais pelas reações provocadas na sociedade face a determinados atos praticados pelos indivíduos do que propriamente pelas qualidades intrínsecas dos atos em si. YARROW et. al., (1965), REDDIC & COBLE (1973) desenvolveram investigações onde identificaram os receios que a família pode ter com relação à crítica que possa ser feita, a vergonha que surge por ter um membro internado em hospital psiquiátrico e a perda de prestígio social e financeiro.

*2. internação
casos
de internação
e suas causas*

TABELA 9

PACIENTES SEGUNDO O TEMPO DE TRATAMENTO INSTITUCIONAL

TEMPO DE TRATAMENTO INSTITUCIONAL	Nº	%
0 ————— 10	3	10,0
10 ————— 20	13	43,4
20 ————— 30	10	33,3
30 ————— 40	3	10,0
40 ————— 50	1	3,3
T O T A L	30	100,0

Os dados da Tabela 9, mostram que a maioria dos pacientes (86,7%) estavam internados há menos de trinta dias; 53,4% estavam há menos de vinte dias e somente 13,3% com mais de trinta dias.

GREENLEY (1972, 25-27), num estudo sobre a família do paciente psiquiátrico e o tempo de internação, estabeleceu que, independentemente de condição psiquiátrica de um paciente, o desejo da família de trazê-lo para casa parece ser o mais poderoso determinante do tempo durante o qual ele ficará hospitalizado. GOFFMANN (1974, pág. 17) cita que quando uma pessoa é internada um conjunto de circunstâncias ajuda a determinar quando receberá alta, por exemplo, o desejo de sua família para que volte, a disponibilidade de trabalho "controlável", e assim por diante.

TABELA 10

13/02/2016 10:17

PACIENTES SEGUNDO QUEM SUGERIU A INTERNAÇÃO

SUGESTÃO DE INTERNAÇÃO	Nº	%
Paciente	1	3,3
Pai	5	16,7
Mãe	4	13,3
Irmão(ã)	3	10,0
Filho(a)	3	10,0
Marido	2	6,7
Mulher	2	6,7
Cunhado	1	3,3
Amigo	3	10,0
Vizinho	2	6,7
Farmacêutico	1	3,3
Médico	2	6,7
Não soube dizer	1	3,3

Observando-se os dados da Tabela 10, verifica-se que 66,7% das sugestões de internação partiram de membros da família do paciente, sendo que 26,7% foram sugeridas respectivamente pelo médico, amigo, vizinho e farmacêutico e que somente 3,3% foram de iniciativa do próprio paciente.

Embora os dados apresentados na Tabela 10, demonstrem

que a internação foi por decisão dos familiares e suas relações sociais, necessário se faz destacar que estas informações refletem a visão do informante. No modelo assistencial vigente, o único membro legalmente constituído com direito a decidir acerca de internação e tratamento de "pacientes" independentes da doença ou "mal social" é o médico, exceção aos casos em que o poder judiciário toma a si esta responsabilidade ou ação de fato e de direito.

TABELA 11

PACIENTES SEGUNDO A CONCORDÂNCIA DA
INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA E PACIENTE.

CONCORDÂNCIA DA FAMÍLIA	CONCORDÂNCIA DO PACIENTE		SIM		NÃO		NÃO OPINOU		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Família toda	8	26,7	14	46,7	5	16,7	77	90,0		
Família menos a mãe	1	3,3	-	-	-	-	1	3,3		
Família menos a mulher	-	-	2	6,7	-	-	2	6,7		
T O T A L	9	30,0	16	53,3	5	16,7	30	100		

Com os dados da Tabela 11, verifica-se que 53,3% dos pa-
cientes manifestaram discordância quanto a internação, e 16,7% não
opinaram. A concordância da família toda com relação a interna-
ção de um dos membros foi de 90,0% , sendo que somente em 10,0%
das internações houve discordância de um^{dos} membros da família.

Estes dados embora sejam "limitados quantitativamente "
(30 pacientes), convém ressaltar o que possivelmente ocorre na
realidade social (visão empírica), a despersonalização do ser
quando de alterações por doença mental. Provavelmente esta ocor-
rência, perda de "capacidade de decisão", é decorrente do enfoque
social e legal limitante imposto pela sociedade. Tanto é que a
responsabilidade pelo doente mental segundo o Decreto nº 24.559
de 3 de julho de 1934 é da família e do Estado.

Diferentemente da maioria das outras doenças, um indivíduo quando é identificado como doente mental, geralmente perde a sua auto-determinação, passando esta a ser resgatada para ser administrada pelo seu grupo familiar ou pelos agentes e agências com poder de encaminhá-lo ao tratamento. Segundo GOFFMANN (1961, pág. 116), a maioria dos pacientes internados em instituições psiquiátricas, ^{faz} o são contra a sua vontade. O primeiro contato destes pacientes com a instituição se apresenta dentre uma das três formas clássicas: alguns se internam porque a família pede que o façam, ou ameaçam que, em caso contrário, se romperiam os laços familiares; chegam obrigados, com vigilância policial; chegam enganados pelos outros.

MANNONI (1981, pág. 43), cita que aquele que foi identificado como doente mental, lhe é retirado sua identidade e de alguma maneira, seus gestos e suas palavras são taxados de irresponsáveis. Doravante passa a ter sobre o seu estado a opinião de outras pessoas; são as palavras dos outros que acabam por tornar-se a sua palavra única.

O rótulo "louco" apostado num indivíduo, é consequência de uma luta interna entre os membros de um determinado grupo, onde de cada indivíduo busca por meio do poder da palavra, definir o outro. A linguagem torna-se então o apoio de uma coerção mental, coerção essa que visa geralmente a ocultar um conflito familiar ou microssocial e a circunscrevê-lo a um únio dos membros do grupo, designado como agente patogênico (JACCARD, 1981, pág. 38).

Este processo, é muito semelhante ao de sacrificar um "bode espiatório" para salvar o grupo da desintegração e, em consequência, o EU da dissolução (SZASZ, 1978, pág. 129-36).

COOPER (1967, pág. 16-17), discorrendo sobre a esquizofrenia, afirma que esta é uma situação de crise microssocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo "mentalmente doente" de certa maneira e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de "pacientes esquizofrênicos" pelos agentes médicos ou quase-médicos.

MANNONI (1981, pág. 32) nos diz, se a loucura nos interpela, é que ela invoca este outro em nós mesmos, a quem somos tentados a exilar no esquizofrênico, como se desfaz de um objeto ^{o + i + n + s + t + a + b + l + e + t + o} ~~de~~ um objeto tabú. O problema da loucura é inseparável de questão colocada pelo homem sobre a sua identidade. É no que ele diz ser, é no que singulariza como imagem ideal de si mesmo que se apresenta a nós, louco ou são de espírito. Outro fator que pode estar concorrendo na determinação da concordância pela família quanto a internação de um de seus membros, é o fator produção. O fator produção parece-nos de fundamental importância, principalmente em casos como o mostrado na Tabela 5, em que 66,7% das famílias, tem renda per capita de até um salário mínimo. A inversão dos ganhos/gastos que ocorreria com o indivíduo que fosse taxado de doente mental, visto que este, via de regra, é despedido do trabalho ou mesmo abandona o trabalho, passando somente a gastar, se converteria numa alternativa justificável para a família.

TABELA 12

PACIENTES SEGUNDO O RECURSO UTILIZADO ANTES DA INTERNAÇÃO

RECURSOS	PRIMEIRO RECURSO		SEGUNDO RECURSO		TERCEIRO RECURSO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vizinha benzedeira	3	10,0	1	3,7	-	-
Senhor que dá passes	1	3,3	-	-	1	5,3
Curandeiro	1	3,3	-	-	-	-
Espírita	2	6,7	3	11,1	1	5,3
Macumba	2	6,7	1	3,7	-	-
Padre	2	6,7	1	3,7	-	-
Pastor	1	3,3	-	-	-	-
Farmacêutico	1	3,3	3	11,1	-	-
Clínico Geral	9	30,0	6	22,2	1	5,3
Hospital Geral	3	10,0	-	-	-	-
Psiquiatra	1	3,3	3	11,1	1	5,3
Ambulatório Psiquiátrico	1	3,3	1	3,7	4	21,0
Hospital Psiquiátrico *	3	10,0	8	29,7	11	57,9
T O T A L	30	100	27	100	19	100

* O Hospital Psiquiátrico foi incluído no presente trabalho como recurso utilizado antes da internação, visto que, é rotina nessas instituições, o processo de triagem, não significando que todos os indivíduos que a ele recorrem sejam necessariamente internados. No presente trabalho, ocorreu que todos que buscaram o hospital, foram internados.

Com os dados da Tabela 12, visamos mostrar os recursos procurados pelos familiares antes da primeira internação do paciente, sendo portanto, apresentados na primeira coluna a totalidade dos pacientes (trinta), especificando-se as frequências percentuais por recurso utilizado. Posteriormente apresenta-se as frequências percentuais obtidas nos segundo recursos em que 90% (vinte e sete) da totalidade dos pacientes (dezenove) utilizaram, como terceiro recurso, 63,3% dos pacientes utilizaram antes da internação.

Como primeiro recurso, 56,7% (dezessete) da totalidade dos pacientes utilizaram a medicina oficial e 40,0% (doze) utilizaram a medicina popular. Do grupo de pacientes que utilizaram a medicina oficial, o Clínico Geral foi utilizado por 30,0% dos pacientes, Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico foi utilizado em 10,0% respectivamente e, Ambulatório Psiquiátrico e Psiquiatria, foram utilizados respectivamente por somente 3,3% dos pacientes. Do grupo de pacientes que utilizaram a medicina popular, a Vizinha Benzedeira foi utilizada por 10,0% dos pacientes; Espírita, Padre e Macumba foram utilizados respectivamente por 6,7% dos pacientes e os citados a seguir, Pastor e Senhor que dá passes foram utilizados respectivamente por 3,3% dos pacientes.

Como segundo recurso, onde 90,0% (vinte e sete) dos pacientes utilizaram a medicina oficial, foi utilizada por 66,7% (dezoito) dos pacientes e a medicina popular por 22,2% (seis) dos pacientes. Da totalidade dos pacientes que utilizaram a medicina oficial, o Hospital Psiquiátrico foi utilizado por 29,7% dos pacientes, o Clínico Geral foi utilizado por 22,2% dos pacientes, o Psiquiatra por 11,1% e somente 3,7% utilizaram o Ambulatório Psi-

quiátrico. Aos pacientes que utilizaram a Medicina Popular, o Espírita e Farmacêutico foram utilizados respectivamente por 11,1% dos pacientes e, Vizinha Benzedeira, Padre e Macumba foram utilizados respectivamente por 3,7% dos pacientes.

Como terceiro recurso, onde 63,3% dos pacientes (dezenove) utilizaram, a Medicina Oficial foi utilizada por 89,5% dos pacientes e a Medicina Popular por 10,6% dos pacientes. Da totalidade dos pacientes que utilizaram a medicina oficial, o Hospital Psiquiátrico foi utilizado por 57,9% dos pacientes, o Ambulatório Psiquiátrico por 21,0% dos pacientes e Clínico Geral e Psiquiatra foram utilizados respectivamente por 5,3% dos pacientes. Dos pacientes que utilizaram a Medicina Popular, o Espírita e Senhor que dá Passes foram utilizados respectivamente por 5,3% dos pacientes.

Considerando-se que Florianópolis, capital do Estado, é que estão localizadas em sua área geográfica várias instituições que prestam assistência médica oficial, a Medicina Popular foi um recurso bastante usada (40,0%) pelos pacientes. Importante se faz ressaltar o aspecto de que, os dados aqui encontrados, não podem ser generalizados em face de não se ter dados sobre a utilização da Medicina Popular entre aqueles indivíduos que não chegaram a internação em instituições psiquiátricas, e também porque este é um estudo exploratório para uma população específica.

Dentre os indivíduos que buscaram a medicina oficial, observamos que o Clínico Geral e o Hospital Geral, excetuando-se o Hospital Psiquiátrico que caracterizou no presente trabalho a internação, foram os mais procurados. Este fato pode estar ligado a sintomatologia apresentada por muitos indivíduos, que acabam

sendo internados em hospitais psiquiátricos.

HOLANDA & SAMPAIO (1979, pág. 34-35), num trabalho realizado entre 125 castanheiras (operárias da indústria de beneficiamento de cajú - Nordeste brasileiro), relacionaram as queixas mais frequentes: intensa e contínua dor de cabeça, impaciência, explosividade, impulsividade ("só falta é matar as crianças"), insônia, falta de apetite, falta de disposição para o trabalho, desmaio, cansaço, secura e amargo na boca. Outro aspecto, é que talvez a busca do hospital ou clínico geral seja uma tentativa de mascarar ou mesmo negar o fato de desequilíbrio mental por não estarem estes, agências e agentes, identificados com a doença mental e, portanto, com o estigma que pode lhes acompanhar.

Com relação a medicina popular, observa-se que foi utilizada como primeiro recurso em 43,3%; como segundo recurso em 33,3% e como terceiro recurso em 10,5%. WECLLEN (1975, pág. 147), citando AYALA, afirma que na comunidade de Pilsen, em Chicago - (uma comunidade não muito americanizada), entre 60,1% e 80,0% usam o curandeirismo para resolver algumas doenças. O mesmo grupo também utiliza hospitais e clínicas, ambos como alternativa para o mesmo problema ou problemas diferentes que o "doutor sabe tratar".

KIEV, citado por WECLLEN (1975, pág. 146), afirma que o curandeirismo, forma de medicina popular, não é muito útil em tratar problemas com etiologia e tratamentos específicos, mas que o curandeirismo trabalha de maneira razoável em comportamentos com desordens funcionais menores, especialmente as menos severas. Conclui que o curandeirismo é muito mais pessoal e menos desumanizado e, que isto ocorre dentro do contexto de outras relações soci

ais e não em uma forma separada e altamente especializada da relação ordenada pelos critérios universais, racionais e científicos.

Sendo o curandeirismo praticado dentro do mesmo contexto sócio-cultural do paciente e, geralmente por indivíduo da mesma classe social, a percepção da doença em termos da sintomatologia expressa pelo paciente é avaliada dentro dos padrões de morbidade desta classe. BENEDET, citado por KLINEBERG (1972, p. 415), afirma serem os limites entre o normal e o anormal culturalmente definido e de variarem acentuadamente nos diversos grupos. ARENAS et al (1980, pág. 418-419), em estudo realizado no Texas sobre a percepção do psicopatologia envolvendo dois grupos, curandeiro e profissionais de saúde mental, conclui que os dois grupos se diferenciam basicamente na forma de perceberem as psicopatologias.

Os curandeiros preferiram não usar o rótulo de doença mental e também perceberam as pessoas descritas como menos enfermas e menos perigosas a si mesmas.

BOLTANSKI (1979, pág. 61-68) afirma que contrariamente às idéias correntes no meio médico e, em geral, entre "as pessoas esclarecidas", ou seja, essencialmente nas classes superiores e numa parte das classes médias, que veêm na procura do curandeiro o resultado de uma "mentalidade mágica", parece que um dos principais méritos que as classes populares reconhecem ao curandeiro reside, principalmente, no fato de que ele explica ao doente a doença de que ele sofre.

Diferentemente do médico, o curandeiro pertence à mesma classe que o doente, na maior parte das vezes exerce uma profissão manual e, frequenta o mesmo meio social. O curandeiro utili-

za uma linguagem imediatamente acessível aos membros das classes populares e fornece explicações que contêm representações da doença que despertam alguma coisa no espírito dos membros das classes mais baixas; as representações da doença que o curandeiro tem são efetivamente mais próximas das representações latentes dos membros das classes populares, as diferenças sendo mais de ordem quantitativa do que qualitativa. BOLTANSKI (1979, pág. 37-45) afirma que o médico, dono de um saber o qual as classes populares não tem acesso, é visto com certa desconfiança por esta classe, visto que não possuem nenhum critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais deste, diferentemente das classes superiores, que podem procurar os conselhos dos médicos detentores de autoridades entre seus pares. Por isso, a relação entre médico e paciente das classes populares é uma relação de dependência e ansiedade, além de que o médico e o doente das classes populares não falam a mesma linguagem. Os detentores do saber médico veem o doente das classes populares em primeiro lugar como um membro de uma classe inferior a sua, possuindo o mais baixo nível de instrução e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está apto para compreender a linguagem e as explicações e a quem se deve dar ordens em vez de conselhos argumentados.

Além dos aspectos descritos, um outro pode estar contribuindo para a utilização da medicina popular entre o grupo estudado, qual seja, o desconhecimento dos serviços oficiais e a modalidade da assistência oferecida em termos pecuniários, pois o município de Florianópolis conta com serviço de psiquiatria ambulatorial mantido pelo Estado.

4.3 - MOTIVOS APONTADOS PELA FAMÍLIA PARA INTERNAÇÃO DO PACIENTE
EM INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA POR ÁREA DE COMPORTAMENTO.

TABELA 13

MÉDIA DE MOTIVOS POR ÁREA DE COMPORTAMENTO

MOTIVOS POR ÁREA	MÉDIA POR PACIENTE
Atividade	2,4
Hábitos pessoais	1,5
Agressividade	1,1
Somática	0,9
Ideação	0,8
Humor	0,6
MÉDIA TOTAL POR PACIENTE	7,3

TABELA 14

MOTIVOS APONTADOS NA ÁREA "ATIVIDADE"

GRUPO	MOTIVOS
1	<ul style="list-style-type: none"> - Começou a ficar muito quieto - Faltava ao trabalho
2	<ul style="list-style-type: none"> - Só ficava em casa sentado, sem conversar - Vinha muito tarde para casa
3	<ul style="list-style-type: none"> - Ligava o rádio muito alto, não deixando ninguém dormir - Queria que todos obedecessem - Abandonou o emprego
4	<ul style="list-style-type: none"> - Só ficava no quarto com a luz acesa - Não conversava com ninguém - Ficava parado olhando para as coisas - Andava de um lado para o outro, marcava passo - Saía para a rua fora de hora e voltava muito tarde ou no outro dia. - Deixou de ir a escola - Jogava a roupa fora ou vendia - Começou a não cuidar da família - Não obedecia ninguém - Fazia só o que queria - Ficava contando o dia inteiro - Fazia tudo ao contrário do que era pedido - Diminuiu a produção - Não prestava atenção em nada - Saía na rua gritando palavrões

- s e g u e -

(Continuação da Tabela 11)

- 5
- Ficava o tempo todo trancado no quarto
 - Quase não falava
 - Lavava as mãos a cada dois minutos
 - Roubava pequenas coisas
 - Vendia coisas de dentro de casa
 - Andava nũ pela rua
 - Sentia medo de ficar em casa sũ
 - Não queria que as filhas usassem calças compri
das
 - Botou fogo na casa
 - Invadia propriedades alheias
 - Chamava a polícia a toda hora sem nenhum moti-
vo
 - Não escolhia hora para relações sexuais
 - Tinha sempre uma faca sob o colchão
 - Fazia compras sem necessidade
 - Tentou o suicídio
-

TABELA 15

MOTIVOS APONTADOS NA ÁREA "HÁBITOS PESSOAIS"

GRUPO	MOTIVOS
1	- Não comia - Comia muito pouco - Dificuldade para dormir
2	- Comia com a mão - Dormia o dia todo
3	- Fumava muito - Não dormia - Não tomava banho - Não trocava de roupa
4	- Bebia muito - Não se arrumava - Urinava nas calças

TABELA 16

MOTIVOS APONTADOS NA ÁREA AGRESSIVIDADE

GRUPO	MOTIVOS
1	<ul style="list-style-type: none"> - Discutia e brigava na rua - Brigava muito com os irmãos - Gritava - Batia com as portas à noite - Brigava e gritava com os vizinhos
2	<ul style="list-style-type: none"> - Brigava muito com o pai - Brigava com os filhos e mulher - Agredia a mãe - Ficava ⁹ajitado - Batia com as panelas na cabeça
3	<ul style="list-style-type: none"> - Ficava batendo com as portas quando o filho saia com a mulher - Tentou agredir com um martelo os filhos <u>me</u>nores - Fazia ameaças - Quebrava os vidros das janelas - Quebrava os pratos - Tentou agredir com um machado um <u>companhei</u>ro de trabalho

TABELA 17

MOTIVOS APONTADOS NA ÁREA "SOMÁTICA"

GRUPO	MOTIVOS
1	- Dor de cabeça - Dores no corpo
2	- Tonturas - Ataques, caía no chão - Dormência no corpo
3	- Perda da visão - Falta de ar - Tremedeira
4	- Levantar o cabelo - Vômitos - Calafrios - Dor no estômago

TABELA 18

MOTIVOS APONTADOS NA ÁREA "IDEAÇÃO"

GRUPO	MOTIVOS
1	<ul style="list-style-type: none"> - Pensativo - Dizia que ninguém gostava dele
2	<ul style="list-style-type: none"> - Fazia perguntas sem nexos - Dizia ver as coisas diferentes - Acordava gritando porque via bichos - Dizia que todos brigavam com ela - Dizia que ia ficar louco - Dizia que as pessoas falavam dele
3	<ul style="list-style-type: none"> - Dizia que o filho provocou a sua separação - Chamava o irmão que já morreu - Dizia que o marido estava traindo ela - Tinha medo dos colegas - Dizia que ia matar-se - Dizia que tinha matado um homem - Julgava-se perseguido

TABELA 19

MOTIVOS APONTADOS NA ÁREA "HUMOR"

G R U P O	M O T I V O S
1	<ul style="list-style-type: none"> - Ria muito - Uma hora está cantando a outra estava ch<u>o</u>rando - Irritava-se com facilidade
2	<ul style="list-style-type: none"> - Discordava de tudo - Mostrava-se desinteressado pelos filhos - Respondia mal às pessoas
3	<ul style="list-style-type: none"> - Achava que tudo estava errado - Ficou muito apático - Chorava muito

Para maior facilidade da visualização dos resultados encontrados, agrupou-se os motivos segundo as áreas de comportamento, já mencionado na metodologia, e na Tabela 13, apontados somente as áreas com as respectivas médias de motivos por paciente. As Tabelas 14 à 19, apresentam cada uma, os motivos em grupos por área, referindo-se o Grupo I à frequência mais elevada.

Quando da coleta de dados, os registros obedeceram as expressões utilizadas pelo entrevistado, por isto, nestas tabelas se apresentam separadamente, motivos que a princípio poderiam ser agrupados. Tal procedimento visou basicamente à neutralizar as possíveis modificações de seus significados originais, pela interpretação do autor, sendo que os agrupamentos obedeceram somente a frequência com que ocorreram as mesmas expressões.

Na Tabela 13, observa-se que a área atividade foi a que apresentou a maior média de motivos por paciente seguida de Hábitos pessoais, Agressividade, Somática, Ideação e Humor.

✓ STEFANELLI (1978), apresentando os resultados em percentuais encontrou o maior número de alterações na área de Atividade, seguida de Agressividade, Somática, Humor, Ideação e Hábitos pessoais.

Nas Tabelas 14 à 19 que apresentam os motivos apontados pela família para a internação do paciente, nota-se uma extrema variedade de motivos que diferem bastante da imagem pública do doente mental que o vê, principalmente, como um indivíduo agressivo e bizarro.

Os motivos apresentados, se analisados por si só, se apresentam bastante frágeis como motivos suficientes para desig-

nar alguém de doente mental e proceder sua internação.

Tais motivos devem ser vistos dentro de um contexto onde os mesmos se originaram, considerando-se as repercussões que um determinado comportamento expresso por um indivíduo componente de um grupo provoca. Assim, um comportamento expresso, que varia a se tornar motivo para a identificação de "doença mental" em um indivíduo deve ser relacionado à posição do indivíduo em sua unidade social, à visibilidade social, à desintegração dos papéis sociais do indivíduo geralmente os que se ligam ao trabalho e a família e, à intensidade e frequência com que tais comportamentos são expressos.

YARRON et al., (1955; 12 - 24) num trabalho realizado entre 33 esposas cujos maridos haviam sido internados em hospital psiquiátrico relata que em geral, aquilo que alerta alguém para um problema é o reconhecimento, no outro, de algum desvio do padrão de funcionamento pessoal aceito daquele indivíduo, ausência da manifestação da resposta esperada numa dada situação social. MILES (1982; 37) descreve que o reconhecimento de um distúrbio é afetado pela visibilidade social. Quando a instalação de um distúrbio assume a forma de um comportamento que ofende ou perturba as atividades de outrem, levandoos a queixar-se, o relacionamento se segue mais depressa do que aconteceria nos casos de comportamento ocultado. GOFFMAN (1974; 116-117) referindo-se aos tipos de transgressões que levam à hospitalização, cita que das transgressões praticadas por um indivíduo, quando estas não levam a outros tipos de expulsão como prisão, exílio, repúdio, perda do trabalho, se transformam em motivo de hospitalização no que concorda SCHEFF (1964; 401-13). HAMMER (1964; 243-51) num estudo envolven-

do 55 pacientes no Hospital Psiquiátrico Bellevue, EEUU, adotando a entrevista com os pacientes e alguns familiares, como instrumento de coleta de dados, encontrou que os tipos de comportamento que levaram a hospitalização mais rapidamente, aqui apresentado em ordem decrescente foram: comportamentos violentos, comportamentos extremamente bizarros, não-realização e realização pobre. Estes comportamentos estão internamente relacionados a posição do indivíduo. Se ele se encontra numa posição crítica para a manutenção da unidade do grupo, esta funcionará como fator potencializador, levando a identificação do distúrbio mais rapidamente e atribuindo ao comportamento expresso um valor maior do que se o indivíduo não ocupasse esta posição. YARRON et ali, cita que os comportamentos mais frequentes expresso pelos maridos e que despertaram preocupação nas esposas foram: queixas e preocupações com problemas físicos; desvio das rotinas comportamentais; nervosismo, irritabilidade, preocupações; pensamentos estranhos ou bizarros, delírio, alucinações e comportamento estranho.

5. CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES,
IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E
RECOMENDAÇÕES

5.1 - CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos no presente trabalho, guardadas as suas limitações, chegou-se às seguintes conclusões:

1. O circuito percorrido pela família e paciente incluiu agentes e agências da medicina oficial e popular, sendo que para o primeiro caso totalizou 56,7% e para o segundo 40,0% dos recursos buscados em primeiro lugar. Dentre ambos, os mais procurados, em ordem decrescente, foram: clínico geral, hospital psiquiátrico, hospital geral e vizinha benzedeira. Como segundo recurso, os mais procurados foram: hospital psiquiátrico, clínico geral, ambulatório psiquiátrico e macumba; e como terceiro recurso: hospital psiquiátrico e ambulatório psiquiátrico.
2. Os motivos mais apontados pela família para a internação do paciente foram: começou a ficar muito quieto; não comia; discutia e brigava na rua; dor de cabeça; pensativo e ria muito.

5.2 - CONTRIBUIÇÕES

Acredita-se que a incorporação de conhecimentos da realidade sócio-econômica e cultural dos indivíduos submetidos à internações psiquiátricas refletirão profundamente na prática e no ensino da enfermagem.

A medida que se obtiveram maiores conhecimentos acerca de fatores que podem estar atuando como coadjuvantes nos processos de identificação de determinados comportamentos como patológico, as repercursões destes e os meios buscados para revertê-los, a enfermagem estaria melhor instrumentada para empreender uma assistência mais eficaz. Assim, o presente trabalho se coloca como um limiar desta aspiração.

5.3 - IMPLICAÇÕES

O pessoal de enfermagem ligado ao ensino e/ou assistência poderão utilizar este estudo como:

1. Subsídio para estudos futuros, buscando maiores conhecimentos acerca dos determinantes sociais das internações em hospitais psiquiátricos;
2. Indicativo de que fatores sociais podem estar influenciando o processo de internação, e que a assistência deveria considerar.

✓ 5.4 - LIMITAÇÕES

Considerar-se as seguintes limitações para o presente estudo:

1. Os resultados não poder ser generalizados, uma vez que os sujeitos não foram constituídos por metodologia estatística de forma que a amostra fosse probabilística;

2. A escassez dentre a bibliografia consultada de trabalhos exploratórios ou explicativos acerca do tema enfocado, dificultando a escolha do processo metodológico e o aprofundamento dos comentários dos resultados obtidos;
3. A não determinação do tempo de utilização de cada recurso buscado antes da internação.

✓ 5.5 - RECOMENDAÇÕES

Considerando para o presente estudo os resultados, conclusões e limitações, recomenda-se que:

1. Em estudos posteriores seja efetuada a determinação da validade e confiabilidade do instrumento, e em especial, a ampliação dos itens relativos a identificação do circuito em sua abrangência temporal;
- ✓ 2. Desenvolvam estudos que busquem identificar os motivos e circuito de pacientes com mais de uma internação, para a confrontação dos resultados com os de primeira internação;
3. Realizem estudos mais abrangentes, de modo a que os resultados possam ser generalizados;
4. Busquem identificar os fatores que possam interferir no circuito e motivos;
- ✓ 5. Sejam realizados estudos, que ao lado da descrição, expliquem a determinação do circuito e motivos da internação em hospital psiquiátrico.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

- (1) ARENAS, Silveira et al. - Curanderos and Mental Health Professionals: A comparative study on Perceptions of Psychopathology. *Hispanic Journal of Behavior Sciences*. Nº 4, 407-21, 1980.
- (2) BIRMAN, Joel - O Lugar do psíquico na experiência da loucura. *Rev. Ciência Hoje*, 1983, 6:30-36.
- (3) BOLTANSKI, Luc - As classes sociais e o corpo, Trad. Regina A. Machado, Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- (4) CALIL, Helena M. - A Bioquímica da loucura. *Rev. Ciência Hoje*, 1983, 6:23-29.
- ✓ (5) COOPER, David - Psiquiatria e antipsiquiatria. Trad. Regina Schnaiderman, Perspectiva, São Paulo, 1967.
- (6) CHANOIT, P.F. et DOVARIN, J. - Patologie Mentale et Statut social. *Social Psychiatry*, 1981, 16:79-88.
- ✓ (7) FUKUDA, Ilza Marlene Kaue - Dificuldades relacionadas com o retorno à comunidade de 39 pacientes esquizofrênicos após uma primeira internação em hospital psiquiátrico. Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1978.
- ✓ (8) GOFFMANN - Erving - Manicomios, prisões e conventos. Trad. Dante Moreira Leite, Perspectiva, São Paulo, 1974.

- (9) GOVE, Walter R. - Societal reaction as an Explanation of mental illness: an evaluation. American Sociological Review, 1964, 35:873-84.
- (10) GREENLEY, James R. - The psychiatric patient's family and length of hospitalization. Journal of Health and Social Behavior, 1972, 13:25-37.
- (11) JACCARD, Roland - A Loucura, Trad. Waltensir Dutra, Zahar, Rio de Janeiro, 1981.
- (12) JENKIS, D.C. - The semantic Differential for Health - a technique for measuring. Public Health Reports, 1966, 81(6):549.
- (13) HAMMER, Muriel - Influence of small social networks as factors on mental hospital admission, Herman Organization, 1964, 22:243-51.
- (14) HOLANDA, S. & SAMPAIO, José J.C. - Neuro Histórica - Doença da Pobreza. Rádice, Revista de psicologia, 1979, 9: 23-5.
- (15) LINEGERG, Otto - Psicologia Social, 4a. Ed. Fundo Cultural - Rio de Janeiro, 1972.
- (16) LAING, R.D. & ESTERSON, A. - Sanidade Loucura e Família. Trad. Renato Dias Târsia, Interlivros, Belo Horizonte, 1980.
- (17) MACHADO, Roberto et al., Danação da Norma Graal. Rio de Janeiro, 1978.

- ✓ (18) MANNONI, Maud - O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise, 2a. Ed., Trad. Marco Aurélio M. Mattos, Zahar, Rio de Janeiro, 1982.
- (19) MARTINS, C. - Reflexões sobre a assistência psiquiátrica na América Latina. Anais do Congresso Latino Americano de Psiquiatria, 6; Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 1, São Paulo, 1971, 489-491.
- ✓ (20) MEDEIROS, Tácito Augusto - Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.
- (21) MILES, Agnes - O doente mental na sociedade contemporânea, Trad. Vera Ribeiro. Zahar, Rio de Janeiro, 1982.
- ✓ (22) PINTO, G.F. - Condições sócio-econômicas e neurose. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 1970, 19 (1-2) 15-21.
- (23) REDDICK, S.K. & COBLE, P.A. - Discharge and discharge group, I. Psychiatr. Nurs., 1973, 11(5):12-5.
- (24) SAMPAIO, José J.C. & BEZERRA, João B.S. - Assim enlouquecem nossos operários. Rádice - revista de psicologia, 1979, 10:15:8.
- (25) SCHEFF, Thomas J. - The societal reaction to Desviance: Ascriptive elements in the psychiatric screening of mental patients in a midwestern state. Social Problems, 1964 ,

11:401-13.

- (26) SCHNEIBEL & KOVELMAN - Células em desordens. Rev. VEJA , 1983, 399:45.
- (27) STEFANELLI, Magda Costa - Manifestações de comportamento que levam à procura de assistência psiquiátrica. Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1978.
- ✓ (28) SZAZS, Thomas S. - Ideologia e doença mental, 2a. ed. Trad. José Sanz - Zahar, Rio de Janeiro, 1980.
- ✓ (29) _____ - A fabricação da loucura, 2a. Ed. Trad. Dante Moreira Leite, Zahar, Rio de Janeiro, 1978.
- ✓ (30) VELHO, Gilberto - Desvio e Divergência. Zahar, Rio de Janeiro, 1974.
- (31) WECLEW, Robert V. - The nature, Prevalence, and level of Awareness of "Curanderismo" and some of its implications for community Mental Health. Community Mental Healter Journal, 1975, 11:145-54.
- ✓ (32) WING, J.K. - Reflexões sobre a loucura. Trad. Nathanael C. Caixeiro, Zahar, Rio de Janeiro, 1979.
- (33) YARROW et al., - The psychological meaning of mental illness in the family. Journal of Social Issues, 1955, 11:12-24.
- (34) _____ - The social meaning of mental illness. J. Soc. Issues, 1955, 2(4):33-48.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

- (1) BASAGLIA, Franco - A Psiquiatria Alternativa, Trad. Sonia Soianes e Maria C. Marcondes, Brasil Debates, 1979.
- (2) BERLINGUER, Giovanni - Psiquiatria e Poder. Trad. Otho Faria, Interlivros, Belo Horizonte, 1976.
- (3) BERMAN, Joel - Enfermidade e Loucura. Campus, Rio de Janeiro, 1980.
- (4) CANGUILHEM, Georges - O Normal e o Patológico. Trad. Maria T.R. de C. Barrocas, Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1978.
- (5) CAPLAN, Gerald - Princípios de Psiquiatria Preventiva. Tradução Álvaro Cabral, Zahar, Rio de Janeiro, 1980.
- (6) CASTEL, Robert - A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Trad. Maria T. da C. Albuquerque, Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- (7) COOPER, David - A Morte da Família. Trad. Jurandir Craveiro, Martins Fontes, São Paulo, 1980.
- (8) COOPER, David - A Linguagem da Loucura. Trad. Wanda Ramos, Presença, Lisboa.
- (9) FIGUEIRA, Sêrvulo A. - Sociedade e Doença Mental. Campus, Rio de Janeiro, 1978.

- (10) FOUCAULT, Michel - História da Loucura. Trad. José T.C. Netto, Perspectiva, São Paulo, 1978.
- (11) _____ - Vigiar e Punir. Trad. Ligia M. P. Vassallo, Vozes, Petrópolis, 1977.
- (12) FREIRE, Jurandir - História da Psiquiatria no Brasil. 3a. Ed., Campus, Rio de Janeiro, 1980.
- (13) FROM, Erich - A Crise da Psicanálise. 2a. Ed., Trad. Álvaro Cabral, Zahar, Rio de Janeiro, 1977.
- (14) FREUD, S. - Totem e Tabú. Trad. Orizon C. Muniz, Imago, Rio de Janeiro, 1974.
- (15) _____ - O Ego e o Id. Trad. José O. de A. Abreu, Imago, Rio de Janeiro, 1975.
- (16) _____ - Metapsicologia. Trad. Christiano M. Oiticica, Imago, Rio de Janeiro, 1974.
- (17) GOFFMAN, Erving - A Representação do Eu na Vida Cotidiana. Trad. Maria C.S. Raposo, Vozes, Petrópolis, 1975.
- (18) _____ - Estigma. 3a. Ed., Trad. Maria B. de M.L. Nunes, Zahar, Rio de Janeiro, 1980.
- (19) KOUPERNIK, Cyrille - Antipsiquiatria: Senso ou Contra-Senso? Trad. Álvaro Cabral, Zahar, Rio de Janeiro, 1976.
- (20) LANG, R.D. - O Eu Dividido. 2a. Ed., Trad. Áurea B. Weissenberg, Vozes, Petrópolis, 1975.

- (21) LÁNG, R.D. - A Psiquiatria em Questão. 2a. Ed., Trad. Luz Cary, Presença, Lisboa.
- (22) LÈVI-STRAUSS, Claude - Totemismo Hoje. Trad. Malcom Corrie, Vozes, Petrópolis, 1975.
- (23) MELO, A.L. Nobre de - Psiquiatria. Vols. I e II, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1979.
- (24) MERTON, Robert K. - Sociologia - Teorias e Estrutura. Trad. Miguel Mailliet, Mestre Jou, São Paulo, 1970.
- (25) MOFFATT, Alfredo - Psicoterapia do Oprimido. Trad. Paulo Esmanhoto, Cortez Editora, São Paulo, 1981.
- (26) POLACK, Jean Claude - La Mediana del Capital. Trad. Lina Burraza y Eduardo B. Goitisoló, Fundamentos, Madrid, 1971.
- (27) ROSA, F.A. de Miranda - Patologia Social. 4a. Ed., Zahar, Rio de Janeiro, 1978.
- (28) STROTZKA, Hans - Elementos de Psiquiatria Social. Trad. Ari Blanstein, Bloch, Rio de Janeiro, 1968.
- (29) UCHOA, Darcy de M. - Conceito de Psiquiatria. Imago, Rio de Janeiro, 1973.
- (30) VAN DEN BERG, J.H. - O Paciente Psiquiátrico. Trad. Miguel Mailliet, Mestre Jou, São Paulo, 1981.
- (31) VELHO, Gilberto & FIGUEIRA, Sêrvulo A. - Família, Psicologia e Sociedade. Campus, Rio de Janeiro, 1981.

A N E X O I

PESSOAS ENTREVISTADAS, SEGUNDO O SEU
VÍNCULO FAMILIAR COM O PACIENTE.

VÍNCULO FAMILIAR	Nº	%
Conjuge	10	33,3
Filhos	3	10,0
Irmãos	4	13,3
Pais	13	13,4
T O T A L	30	100,0

A N E X O I I

Nº DO PRONTUÁRIO _____

Instrumento para coleta de dados das famílias de pacientes internados pela primeira vez em instituição psiquiátrica e residentes no município de Florianópolis.

Data da entrevista : ____ / ____ / 1982

Hora início: _____ e Término: _____
da entrevista

Nome do entrevistador: _____

1. CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____ Nº registro: _____

Endereço residencial: _____

Ponto de referência: _____

Data internação: ___ / ___ / ___ Idade: _____ Sexo: _____

Situação conjugal: _____ Tempo de tratamento institu-
cional: _____

2. STATUS SÓCIO-ECONÔMICO

2.1 - Ocupação do Responsável pela família:

Descreva a ocupação da pessoa responsável pela família, mesmo que seja aposentado ou esteja desempregado. Procure dar uma idéia do que ele faz, por exemplo; se for operário, funcionário, comerciário, etc. Diga qual o serviço que faz na fábrica, repartição ou empresa onde trabalha; se for comerciário ou industriário, diga qual o ramo do negócio ou indústria; se for agricultor, diga se é sitiante, fazendeiro, meeiro ou empregado; se for professor, diga se é professor primário, secundário ou universitário. No caso de mais de um trabalho, escreva apenas o principal: _____

Está desempregado há quanto tempo ? Por que ? : _____

Qual a situação do responsável pela família ?

- Trabalha por conta própria, sem empregado _____ 1
- Trabalha por conta própria, com empregado _____ 2
- Sócio ou dono de firma comercial ou industrial _____ 3
- Funcionário do Governo, Instituto ou outra Organização
Paraestatal _____ 4
- Empregado de firma comercial, industrial, bancária, etc__ 5
- Outros (especificar) _____ 6

Há outras pessoas trabalhando para a pessoa responsável pela
pela sua família, ou sob suas ordens ?

- | | | | |
|-------------------|---|--------------------|---|
| Não _____ | 0 | Sim, 11 a 20 _____ | 4 |
| Sim, 1 _____ | 1 | Sim, 21 a 49 _____ | 5 |
| Sim, 2 a 5 _____ | 2 | Sim, 50 a 99 _____ | 6 |
| Sim, 6 a 10 _____ | 3 | Sim, 100 a + _____ | 7 |

Local de Trabalho: Bairro _____

2.2 - Renda Mensal de cada Membro Ativo da Família:

Pode informar quanto a pessoa responsável pela família está ganhando por mês, atualmente ?

Alguma outra pessoa que mora na mesma casa tem rendimento ?

Existem outros ganhos mensais da família (aluguel, horas extras, juros, etc.) ?

TOTAL FAMILIAR MENSAL: _____

Qual o número de pessoas que moram efetivamente em sua casa, integrando sua família ? (excluir empregados)

Total mensal por pessoa da família: _____

2.3 - Escolaridade do responsável pela família:

- Analfabeto _____ 1
- Sabe ler e escrever _____ 2
- Primário incompleto (1 ano e +) _____ 3
- Primário completo _____ 4
- Ginásio incompleto (1 ano e +) _____ 5
- Ginásio completo _____ 6
- Colegial incompleto (1 ano e +) _____ 7
- Colegial completo _____ 8
- Superior incompleto _____ 9
- Superior completo _____ 10

3. CARACTERIZAÇÃO DOS MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

3.1 - Você poderia me falar do paciente ?

3.2 - O que o paciente fez para ser internado ?

3.3 - Algum outro motivo ?

3.4 - Quando começou ?

3.5 - Como começou ?

3.6 - Quem sugeriu a internação ?

3.7 - A família concordou com a internação ?

3.8 - O paciente concordou com a internação ?

4. CARACTERIZAÇÃO DO CIRCUITO PERCORRIDO PELO PACIENTE ATÉ A INTERNAÇÃO.

4.1 - Antes da internação foi procurado alguma ajuda ?

4.2 - Qual o primeiro recurso utilizado ?

4.3 - Qual o segundo recurso utilizado ?

4.4 - Qual o terceiro recurso utilizado ?

4.5 - Algum outro recurso utilizado ?

4.6 - Quem transportou o paciente para o hospital ?

4.7 - Algo mais ?
