

O MANEJO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEU COTIDIANO

*LA GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
OBLIGATORIA POR PROFESIONALES DE SALUD
EN SU CURSO DIARIO*

*THE MANAGEMENT OF COMPULSORY PSYCHIATRIC
HOSPITALIZATION BY HEALTH PROFESSIONALS
IN THEIR DAILY PRACTICE*

Maria Lucia Piccinato Fatureto¹, Gabriela Silveira de Paula-
Ravagnani¹ e Carla Guanaes-Lorenzi¹

¹Universidade de São Paulo, Campus Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, Brasil

RESUMO: As internações psiquiátricas compulsórias (IPC) têm sido amplamente discutidas, ressaltando tensões entre seu aumento expressivo e o que preconiza a reforma psiquiátrica. O objetivo deste artigo é compreender os sentidos produzidos com equipes de saúde mental sobre IPC e seus desafios cotidianos. Para tanto, criamos seis grupos focais com profissionais de um hospital psiquiátrico. Os encontros foram audiogravados e as transcrições analisadas qualitativamente, com destaque aos sentidos construídos sobre IPC e seus desafios no cotidiano. Nossa análise aponta que, embora os profissionais façam uso dos mesmos recursos terapêuticos, a IPC se diferencia no cotidiano pela forma como é feita a admissão, que implica em baixa adesão e prorrogação da internação pela interferência do judiciário. Concluímos que o uso de IPC, para sanar questões sociais, persiste, e que o diálogo entre a justiça e a saúde é fundamental para recuperação dos princípios éticos e humanos que orientam a reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Internação compulsória de doente mental; Pessoal de saúde; Saúde mental; Reforma psiquiátrica.

RESUMEN: Las hospitalizaciones psiquiátricas obligatorias (IPC) han sido ampliamente discutidas, destacando las tensiones entre su aumento significativo y lo que aboga la reforma psiquiátrica. El objetivo de este artículo es comprender los significados que se producen con los equipos de salud mental sobre el IPC y sus desafíos diarios. Para ello, creamos seis grupos focales con profesionales de un hospital psiquiátrico. Los encuentros fueron registrados en audio y las transcripciones analizadas cualitativamente, con énfasis en los significados construidos sobre el IPC y sus desafíos en la vida diaria. Nuestro análisis muestra que, aunque los profesionales hacen uso de los mismos recursos terapéuticos, el IPC se diferencia en la vida diaria por la forma en que se realiza el ingreso, lo que implica una baja adherencia y extensión de la hospitalización por la interferencia del poder judicial. Concluimos que el uso de los IPC, para solucionar problemas sociales persiste, y que el diálogo entre justicia y salud es fundamental para recuperar los principios éticos y humanos que orientan la reforma psiquiátrica.

PALABRAS CLAVE: Hospitalización obligatoria de enfermos mentales; Personal sanitario; Salud mental; Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT: Compulsory psychiatric hospitalizations (CPH) have been widely discussed, highlighting tensions between their expressive increase and what the psychiatric reform advocates. This article aims to understand the meanings that are produced with mental health teams about CPH and its daily challenges. For this matter, we performed six focus groups with professionals from a psychiatric hospital. The meetings were audiotaped and the transcripts were qualitatively analyzed, highlighting the meanings constructed about CPH and its daily challenges. Our analysis shows that, although the professionals use the same therapeutic resources, the CPH differs in daily life by the way in which admission is made, which implies a low adherence and prolongation of hospitalization due to the judiciary system's interference. We conclude that the use of CPH to resolve social issues persists and that the dialogue between the justice and health is fundamental in order to recover the ethical and human principles that guide the psychiatric reform.

KEYWORDS: Compulsory hospitalization of the mentally ill; Health personnel; Mental health; Psychiatric reform.

Introdução

Nos últimos anos, a problemática das internações psiquiátricas compulsórias (IPC) tem sido amplamente discutida, dando visibilidade a tensões que atravessam o campo da saúde mental. Neste artigo, objetivamos contribuir com a produção de conhecimento sobre o tema, apresentando uma pesquisa desenvolvida com profissionais de saúde mental sobre o uso da IPC em seu cotidiano e as implicações para os processos de cuidado.

A reforma psiquiátrica pode ser entendida como um movimento complexo no campo da saúde mental, derivado de estudos, movimentos sociais e ações desenvolvidas no Brasil e no exterior, que sustentaram a substituição da internação psiquiátrica como única forma de cuidado por uma rede de serviços substitutivos de caráter psicossocial. A reforma sustenta-se na concepção de saúde mental baseada no binômio indivíduo e sociedade. As modalidades terapêuticas buscam manter os vínculos afetivos e sociais dos sujeitos, respeitando as características individuais (Amarante, 2007; Lei n.10.216/2001).

Anteriormente à Lei n. 10.216, de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.10.216), as internações eram regulamentadas pelo Decreto n. 24.559, de 1934. Historicamente situado entre as políticas de lógica asilar, esse decreto apresenta concepções sobre quem poderia ser internado em hospital psiquiátrico, sobre a quem caberia o poder de decisão, e sobre as situações em que os sujeitos deveriam ser apartados do convívio social e confinados no hospital psiquiátrico (Decreto n. 24.559/1934).

A lei da Reforma Psiquiátrica aponta para uma direção contrária a essa política asilar, indicando a emergência de novos discursos sobre o cuidado em saúde mental. Com esta lei, houve um maior controle sobre o processo de internação, visando ao fim das internações anônimas e a regulamentação das internações involuntárias, que davam fundamento jurídico ao dispositivo asilar (Dal Poz, Lima & Perazzi, 2012). Na mesma direção, a Portaria n. 2.391, de 2002, estabelece as internações psiquiátricas como último recurso, após esgotadas outras possibilidades terapêuticas e recursos extra-hospitalares. Além disso, prevê que as internações apresentem a menor duração possível (Portaria n. 2.391/2002).

Esta portaria define quatro modalidades de internação psiquiátrica: a voluntária (IPV), realizada com o consentimento expresso do paciente; involuntária (IPI), realizada sem o seu consentimento; voluntária, mas que poderá tornar-se involuntária quando o paciente exprimir sua discordância com a manutenção da internação; e compulsória (IPC), determinada por medida judicial. Apesar destes princípios norteadores, a ênfase recentemente dada à problemática da dependência química tem fomentado a criação de novas portarias e políticas de saúde específicas – o que, de certa forma, tem criado um paradoxo importante no contexto da saúde mental. Entre elas, a Portaria n. 1.190, de 2009, institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas, no SUS, que busca dar conta da atual expansão do consumo de substâncias (Portaria n. 1.190/2009).

Esta preocupação com a dependência química na esfera jurídica e nas políticas públicas vem ganhando repercussão também junto à opinião pública e à mídia. A demanda pela resolução do problema da dependência química e das “cracolândias” tem importante papel na instituição de políticas de tratamentos compulsórios para esta população. Com isso, a discussão sobre IPC tem ganhado força, criando um campo de tensões no debate

sobre ética, liberdade, autonomia, direitos humanos e, numa esfera mais específica, sobre a própria efetividade e resolutividade dos atendimentos nestes casos. Certamente, estas questões criam desafios éticos e práticos importantes para os profissionais de saúde em seu cotidiano.

Conforme a literatura, as equipes que lidam com a IPC enfrentam desafios em seu trabalho, tais como os critérios para encaminhamento e questões éticas do processo de decisão, as condições de trabalho das equipes e a relação com o sistema judiciário.

Em relação aos critérios e questões éticas envolvidas no processo de decisão acerca do tratamento compulsório, a temática da relação médico-paciente ganha destaque, colocando como centro o quanto a decisão do médico pela internação pode se impor à autonomia do paciente. Hoyer *et al.* (2002) afirmam que a centralização na figura do médico gera debates sobre a competência dos pacientes na tomada de decisão quanto ao tratamento e institui uma tensão nas equipes de saúde interessadas em oferecer o melhor tratamento possível, buscando considerar a proteção da liberdade individual e valorizar a competência dos pacientes para essa decisão. Segundo os autores, a crença de que pacientes com transtornos mentais graves são incapazes de compreender a necessidade de tratamento tende a justificar intervenções paternalistas, realizadas em benefício da saúde do indivíduo, mas que, paradoxalmente, podem excluir os sujeitos do processo.

No contexto destes desafios, Tan e Elphick (2002) desenvolveram uma “matriz de competências” para auxiliar profissionais no processo de decisão. A matriz clarifica os critérios das legislações da Inglaterra e País de Gales e avalia se o paciente é competente para decidir sobre o tratamento. Mesmo que seja competente, a internação compulsória é indicada se o paciente oferecer risco a si mesmo ou aos outros. O mesmo vale para os avaliados como “incompetentes”, com o acréscimo de que esses podem ser internados, baseando-se na lei comum (*Common Law*), se for identificada uma situação de emergência.

Alexius, Berg e Aberg-Wistedt (2002), examinando admissões em uma unidade de emergência psiquiátrica sueca, verificaram que a gravidade dos sintomas e risco de suicídio foram importantes fatores na decisão do médico pelo tratamento compulsório. O estudo ressalta que este tratamento pode colocar os médicos em contradição com os princípios da beneficência e da autonomia, e, na análise desses princípios éticos, os médicos que optaram pelo tratamento compulsório valorizaram os benefícios que os pacientes poderiam obter.

Os autores também entrevistaram psiquiatras suecos, investigando questões éticas nos tratamentos involuntários (Alexius *et al.*, 2002). As respostas se dividiam quanto à concordância em prestar um tratamento contra a vontade do paciente. Para os participantes, essa decisão deve considerar o risco que o tratamento involuntário oferece à aliança terapêutica, ponderando-se os casos em que se presume que o paciente pode ser tratado involuntariamente em nome do melhor cuidado. Considerando a questão da aliança terapêutica, Romans, Dawson, Mullen e Gibbs (2004) enfatizam que a dificuldade inicial pode ser superada durante a evolução do tratamento, o que sustenta a possibilidade de uso da IPC em casos em que o benefício à saúde justifique esta forma de encaminhamento. Por outro lado, Sjöstrand *et al.* (2015) afirmam que o vínculo terapêutico em admissões psiquiátricas compulsórias tende a ficar prejudicado, produzindo dificuldades no processo de cuidado.

Em relação à indicação da IPC em casos de risco de suicídio, o estudo de Sjöstrand *et al.* (2015) relata ambivalência entre os psiquiatras entrevistados – para alguns, o risco poderia não ser suficiente para justificar o cuidado involuntário. Os participantes também

afirmam que, muitas vezes, fatores organizacionais levaram a tratamentos involuntários que poderiam ser evitados caso fossem oferecidas formas educativo-organizadoras de cuidado.

As decisões quanto ao tratamento involuntário também envolvem questões éticas. Gías Gil (2013) destaca que a Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina, de 1997, assinala que uma intervenção no âmbito da sanidade só pode ser efetuada depois do livre e inequívoco consentimento do indivíduo. Ademais, pessoas com graves transtornos mentais somente podem ser submetidas a uma intervenção sem o seu consentimento caso o objetivo seja tratar o transtorno e quando a ausência do tratamento for um risco à saúde. A Convenção também define critérios para tratamento involuntário: o sujeito deve ser portador de transtorno mental; seu estado deve se configurar como um risco real de dano grave a si mesmo e a terceiros; e o tratamento deve ter finalidade terapêutica, sendo o menos restritivo possível.

Para os tratamentos coercitivos, Trobec, Herbst e Zvanut (2009) avaliam que há duas abordagens clínicas que guiam a ética dos profissionais de saúde: a abordagem ética dominante e a abordagem ética relacional. A primeira baseia-se no entendimento de que as pessoas têm a capacidade de autogoverno e na igualdade de direitos entre pacientes e profissionais. Essa abordagem procura delimitar influências ou coerções durante o tratamento e definir quais atos transgridem a autonomia, além de desenvolver critérios para classificar um paciente como incompetente e/ou perigoso. A abordagem ética relacional pressupõe que a influência é inerente na relação clínica e que todas as decisões acerca do tratamento são subjetivas. Isso contrasta com a abordagem ética dominante, que prevê apenas um ponto de orientação: o do médico. A abordagem ética relacional considera que médicos e pacientes são pessoas distintas. Assim, a prescrição mais adequada do ponto de vista médico é respeitada, mas é realizada uma forma de negociação quanto à sua indicação para o paciente. Para os autores, a abordagem relacional encoraja os clínicos a avaliarem o uso de influência na relação médico-paciente como uma decisão ética, o que fornece um método real para a prática clínica cotidiana, que exige um manejo específico para cada situação.

No Brasil, considerando questões éticas que entrecortam a IPC em casos de dependência química, Coelho e Oliveira (2014) afirmam que o uso da IPC é fruto de uma interpretação inconstitucional da lei da Reforma Psiquiátrica, afirmando que o dependente químico possui um *status* diagnóstico diferente do paciente com transtorno mental. O uso da IPC, nesses casos, é uma forma de realizar higienismos sociais, retirando dos espaços urbanos populações marginalizadas, acarretando sua estigmatização e segregação inconstitucional (Coelho & Oliveira, 2014; Novaes, 2014). Este tipo de medida pode, ainda, ser insatisfatória do ponto de vista dos profissionais de saúde, percebida como uma violação dos direitos humanos (Coelho & Oliveira, 2014).

Uma vez iniciado o tratamento, os contextos da IPC e IPI podem oferecer condições de trabalho adversas no cotidiano dos profissionais de saúde. Moreira e Loyola (2010), em pesquisa com a equipe de enfermagem de uma instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro, apontaram dificuldades dos profissionais com as IPIs. Ainda que presentes na rotina de cuidados, os profissionais da equipe de enfermagem mencionaram ter pouco espaço diante da equipe multiprofissional, bem como pouca participação no momento da IPI. Também há relatos sobre dificuldades com pacientes que responsabilizam os profissionais por estarem submetidos a uma IPI (Moreira & Loyola, 2010).

Desse modo, estudos já publicados sobre internações involuntárias e compulsórias desnudam diversos desafios presentes no cotidiano das equipes de saúde mental. Compreendendo estes desafios e também as singularidades do contexto brasileiro, o presente estudo inspira-se na necessidade de dar visibilidade para o quanto o recente aumento na demanda por IPC tem afetado o trabalho dos profissionais de saúde mental em seu cotidiano. Como os profissionais têm manejado as situações envolvendo IPC? A construção do cuidado apresenta mudanças em função da determinação judicial sobre a necessidade do tratamento? Quais desafios a IPC traz para a prática profissional cotidiana?

Assim, este estudo tem como objetivo compreender sentidos construídos com profissionais de saúde mental sobre a IPC e os desafios vividos por eles no manejo das situações de IPC em seu cotidiano.

Método

Neste estudo, utilizamos as propostas do movimento construcionista social para a prática de pesquisa em Psicologia. Entendemos que os sentidos são produzidos nas práticas discursivas, a partir da relação dialógica entre as pessoas. Assim, o foco da pesquisa é o processo de produção de sentidos, considerando a fluidez das relações entre pesquisadores e participantes (Spink & Medrado, 1999/2013).

A orientação construcionista social possibilitou compreender como os profissionais produziram sentidos sobre a IPC nas práticas discursivas entre pesquisadora e participantes. Como propõem Spink e Medrado (2013), entendemos que tais sentidos guardam relação com discursos sociais mais amplos, instituídos em diferentes campos do saber e reproduzidos nas relações sociais (tempo longo), com situações da vida dos participantes (tempo vivido), e com o momento interativo da produção de sentidos para a pesquisa (tempo curto).

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu as diretrizes éticas sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012). Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos, metodologia, riscos previsíveis e possíveis benefícios da pesquisa. Resguardamos o sigilo de suas identidades na divulgação do estudo, e ocultamos nomes de pacientes, localidades e unidades do hospital. Todos firmaram a concordância por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram deste estudo 36 profissionais de saúde mental. Todos lidam com a IPC em seu cotidiano, em um hospital público psiquiátrico de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, que presta assistência integral para pacientes em crise aguda, e também desenvolve trabalhos de ressocialização e reabilitação para pacientes de longa permanência. Neste estudo, trabalhamos apenas com setores de pacientes agudos, por receberem a maioria dos pacientes em IPC. Estes profissionais estavam distribuídos em três unidades diferentes: (a) uma unidade mista, para pacientes em primeiros episódios psicóticos com ou sem uso e abuso de substâncias; (b) uma unidade dividida entre masculino e feminino, para pacientes com histórico de doença e crise psiquiátrica que já passaram por internações, com ou sem uso e abuso de substâncias; (c) uma unidade de dependentes químicos exclusivamente masculina, dividida em uma subunidade para tratamento de pacientes com dependência química, e outra para dependentes químicos com comorbidades.

A construção do *corpus* se deu por meio de grupos focais, uma modalidade de entrevista em grupo adequada às pesquisas qualitativas, que possibilita a abordagem de temas polêmicos e desafiadores de forma que, em comparação às entrevistas individuais, os participantes se sentem menos intimidados para expor seus pontos de vista. Ademais, favorece o compartilhamento de situações comuns vividas por grupos semelhantes (Kind, 2004).

Foram realizados seis grupos focais, um com cada uma das duas equipes de cada unidade, baseados em um roteiro semiestruturado com questões sobre a compreensão dos profissionais acerca da IPC, seus usos, desafios e potencialidades. Os encontros foram audiogravados, e transcritos literal e integralmente. Nas transcrições, mantivemos a linguagem coloquial dos participantes. Assim, participaram do estudo:

- Unidade A1: 1 psicóloga, 3 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de enfermagem.
- Unidade A2: 1 enfermeira, 1 assistente social, 3 auxiliares de enfermagem.
- Unidade B1: 1 enfermeira, 1 assistente social, 3 auxiliares de enfermagem.
- Unidade B2: 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermeiro, 1 assistente social.
- Unidade C1: 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 4 auxiliares de enfermagem.
- Unidade C2: 1 psicóloga, 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 3 auxiliares de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem.

As transcrições foram analisadas por procedimentos qualitativos, por meio dos seguintes passos: (a) transcrição; (b) leitura em profundidade; (c) construção do eixo temático “Sentidos de IPC e desafios para o cotidiano”; (d) descrição detalhada dos sentidos produzidos com os participantes; (e) seleção de trechos que ilustram os sentidos; (f) articulação teórica e discussão das informações do *corpus*.

Resultados e Discussão

Os resultados apresentados dão visibilidade aos sentidos construídos com os participantes sobre a IPC, indicando semelhanças, diferenças e desafios envolvidos nesta modalidade de internação. A Tabela 1 apresenta uma síntese das informações discutidas.

Tabela 1 – Síntese das informações discutidas na análise dos resultados

Temas	Sentidos produzidos
IPC: semelhanças e diferenças em relação a outras modalidades de tratamento	Semelhantes em terapêuticas hospitalares, seguimento e encaminhamento pós-alta
Desafios no processo de tratamento em IPC	Admissão: implicações na adesão e aliança terapêutica
	Desafios éticos na preservação da autonomia do paciente
	Alta equacionada pela Justiça: tensões no cotidiano
	Relações de cuidado compulsórias

Primeiramente, apresentamos como os participantes significam a IPC no contexto das práticas em hospitais especializados. De acordo com os participantes, a IPC como ação isolada ou medida de tratamento, não se diferencia dos demais tipos de internação (IPI e IPV), uma vez que os mesmos tratamentos e terapêuticas estão disponíveis para todos os pacientes internados, independente da modalidade de internação. O trecho a seguir ilustra esse sentido:

Enfermeira: As ferramentas que a gente utiliza, eu acredito que são as mesmas da maneira que a gente cuida dos demais, não tem uma diferenciação, né, o trabalho da enfermagem da equipe multidisciplinar, nos grupos, atendimento médico, eu acho que de uma maneira geral é a mesma coisa, né?

Psicóloga: Só não sai ao mesmo tempo, né?...

Enfermeira: É, costuma ficar um tempo maior, a gente costuma tomar mais cuidado às vezes, né, quando, por exemplo, tem uma caminhada, e o paciente se tem um risco de fuga, a gente precisa ter uma atenção especial, mas, de maneira geral, eu acho que as ferramentas de trabalho são as mesmas. (Unidade B2)

Em outro grupo, os entrevistados também afirmam que os tratamentos e terapêuticas disponíveis para tratamentos psiquiátricos hospitalares são os mesmos, assim como as atividades desenvolvidas pelos profissionais independe da forma de encaminhamento.

Assistente social: Meu cotidiano é igual, para todos os pacientes que entram dentro da instituição. A única diferença é forma que ele veio a ser internado, a maneira. E que isso fica muito claro para o paciente desde a entrada dele. (Unidade B1)

Conforme os trechos citados, os recursos utilizados no cuidado dos pacientes em IPC não diferem do trabalho realizado no serviço como um todo. Estas informações relacionam-se com o que apontam Moreira e Loyola (2010), ao afirmarem que ações específicas para estes pacientes, geralmente, não são planejadas. Assim, ainda que perceba as particularidades da IPC, a equipe não destina a esta clientela formas específicas de atenção e cuidado.

Embora indiquem essa não diferenciação da IPC no que tange às formas de tratamento possíveis de serem ofertadas, os participantes afirmaram que a IPC envolve vários desafios e tensões – o que, então, a caracteriza como necessariamente diferenciada das demais formas de internação. Tais desafios são percebidos desde a admissão até a alta do paciente.

Em relação ao processo de admissão, os participantes afirmam que, comumente, o paciente chega à IPC desinformado, sem saber que passará por uma internação, e que esta poderá acontecer contra a sua vontade. Além disso, alguns pacientes são trazidos com escolta policial e em ambulâncias, o que os expõem a situações constrangedoras em relação à sua família, equipe do hospital e outros pacientes. Especialmente em relação aos usuários de substâncias, os participantes afirmam que, muitas vezes, estes não estão dispostos a passar por períodos de abstinência. Neste aspecto particular, pesa o fato de não terem sido previamente informados sobre a internação e suas condições, não tendo sua motivação respeitada nesse momento. Já, em relação aos pacientes em surto ou crise psicótica, o estranhamento inicial tende a ser superado com a evolução do tratamento e

da remissão dos sintomas. De qualquer modo, as especificidades desta forma de admissão costumam ocasionar baixa adesão ao tratamento. Estes apontamentos se relacionam às discussões apresentadas na introdução deste artigo acerca dos possíveis efeitos da IPC na aliança terapêutica.

Estas temáticas são abordadas, por exemplo, na Unidade C1. Os profissionais apontam as dificuldades que a forma de admissão e alta geram no cotidiano do serviço, descrevendo consequências para a adesão e motivação do paciente:

Psicóloga: Eu vejo assim, os pacientes que chegam aqui por ordem judicial, só raríssimas exceções, são pacientes que querem se tratar. Então, qual é a atitude desse paciente perante esse tratamento, né? Ele está hostil, né? Ele nega o tratamento, ele nega participar das atividades, né? Ele nega a ajuda dos profissionais. Então, essa é uma dificuldade muito grande, né? Fica um ambiente agitado, a pessoa está nervosa, ela está abrindo mão de algo, que não é do desejo, da escolha dela, né? E é algo que, muitas vezes, é muito importante para a vida daquela pessoa, ela vem e muitas vezes ela vem enganada, ela não estava preparada para passar por um período de abstinência...

Auxiliar de enfermagem: Então, na hora da entrada já é uma relação difícil, porque o paciente, se ele está internado compulsoriamente, na maioria das vezes ele não quer vir. Então, ele chega agitado, ele chega agressivo, ele tenta fugir, ele consegue fugir, né? Então, esse é um problema que particularmente me incomoda muito, a gente tem muros, mas é... pessoas jovens conseguem de alguma forma fugir e isso me incomoda muito, pensando até no risco que o paciente pode correr quando foge, né? Mas a gente tenta sensibilizar os juízes de que aqui não é uma prisão, né? Que é um lugar de tratamento. (Unidade C1)

Os participantes indicam que a forma como o paciente chega ao serviço traz um impacto em sua adesão e no curso de seu tratamento. A chegada ao hospital, perpassada por enganos e dissimulações, costuma ocasionar atitudes aversivas ao tratamento, como as fugas do hospital. Estes relatos se relacionam com o que a literatura aponta como efeito negativo da IPC. Svindseth, Nottestad e Dahl (2013), investigando níveis de humilhação vivenciados por pacientes em internação hospitalar psiquiátrica, afirmam que o alto nível de humilhação percebido na admissão estava relacionado ao uso da força, perda de *status* diante da comunidade de pertença e fatores do próprio paciente. Para os autores, experiências de humilhação podem alterar as relações sociais do sujeito no pós-alta. Neste sentido, afirmam que a IPC deveria ser evitada, buscando a proteção da autoestima dos envolvidos.

A forma de encaminhamento da IPC também influencia o vínculo e a aliança terapêutica entre equipe e pacientes, interferindo em um cuidado humanizado. O trecho seguinte ilustra como a baixa adesão e ganhos terapêuticos são prejudicados pela forma de entrada no serviço:

Auxiliar de enfermagem: ...a própria colaboração do paciente, para a gente, já é uma vitória, porque você vê melhorar, você vê os sintomas indo embora, o paciente começa a participar das coisas de grupo, de uma conversa às vezes informal, sorri, né? E o paciente, que é uma internação compulsória, a gente não tem isso, muito

pelo contrário, isso vai se perdendo ao longo da internação. Por quê? O paciente cansa e a gente também cansa, entendeu? Porque aí ele não quer fazer nada, ele não tem interesse em nada.

Técnico em enfermagem: Acha que a gente quer o mal dele.

Auxiliar de enfermagem: As rotinas pra ele não importam, porque ele está obrigado...

Enfermeira: Às vezes o paciente está bem para ir embora e a gente não pode dar alta.

Auxiliar de enfermagem: É um serviço longo. (Unidade B1)

Este diálogo tangencia questões éticas referidas pela literatura sobre IPC. Alexius *et al.* (2002) apontam que o tratamento compulsório cria um espaço de cuidado que é compulsório para o paciente e para o profissional, uma vez que a relação de cuidado se estabelece da mesma forma. Na atribuição das suas funções, o profissional deve prestar atendimento mesmo entendendo que ferem os princípios éticos da não-maleficência e autonomia do paciente. O termo “compulsório”, por si só, indica uma situação em que o outro é compelido a determinada ação, ou seja, age sob coação.

Do ponto de vista da relação de cuidado profissional/paciente, o princípio da autonomia garante que o sujeito decida o que é bom para si, com liberdade de pensamento e tendo resguardadas suas alternativas de escolhas e ações. Para o judiciário, garantir a internação é uma forma de cumprir a Lei n. 8.080, no que diz respeito à universalização do cuidado. Todavia, fere-se o princípio da autonomia quando este direito é garantido por meio de uma situação em que o paciente não é informado sobre o processo de tratamento, condições de internação, e sem o consentimento após ter sido esclarecido. Cria-se, assim, um campo de cuidado baseado na judicialização, e não na melhor ou mais adequada forma de assistência.

Este trecho também apresenta outra questão relevante: a alta dos pacientes em IPC. Os participantes afirmam que, comumente, a alta dada pela equipe de saúde não é acompanhada pela alta da justiça. Ou seja, mesmo tendo recebido alta médica, com base nos critérios biopsicossociais considerados, o paciente permanece internado, com outros pacientes em surtos, em enfermarias, que são ambientes estressantes. Para os participantes, essa situação pode prejudicar o estado de saúde mental do paciente em IPC, de maneira que a internação se converte em um recurso iatrogênico – isto é, os ganhos em saúde cessam e a internação pode se tornar um fator prejudicial à evolução do paciente em IPC.

Os participantes relatam casos de reagudização de crises já controladas, de usuários que poderiam estar sendo acompanhados pelos serviços substitutivos:

Auxiliar de enfermagem: o paciente quando ele entra... não tem muita diferença do paciente que está entrando por vias normais, assim de um médico. Só que, ao longo do tempo, quando o paciente vai percebendo, que começa a melhorar dele, que vai influir na alta ou não, nesse momento eu acho que o tratamento já não serve muito. Eu tenho como base um paciente que a gente teve... Chegou uma certa altura que a alta dele não bastava a doutora falar que ele tem condições de ir embora, faltava o juiz...

Auxiliar de enfermagem: Acordar, liberar. Então o que acontecia, ele dormia o dia inteiro, ele não participava de grupo, não participava de caminhada. Então, assim, o tratamento já não tinha mais efetividade nenhuma, porque ele sabia que não tinha nada que nenhum de nós fizéssemos que ele ia ter alta, então, deixa de ser produtivo. (Unidade A2)

Como este trecho ilustra, a melhora do paciente em IPC não é suficiente para que receba alta e siga o tratamento em outros espaços. Esta é uma interferência do poder judiciário nos serviços de saúde mental, que interfere no bem-estar do paciente e no manejo do tratamento pela equipe. Neste sentido, autores afirmam que a IPC cumpriria duas funções – tanto reforça o acesso ao serviço de saúde quanto constitui-se em uma forma de punição, já que isola e priva da liberdade (Salgado, 2014; Scisleski & Maraschin, 2008). O trecho seguinte aborda implicações destas questões no cotidiano da equipe:

Psiquiatra: O problema pra mim, que sou psiquiatra, é realmente a alta, né? Que às vezes... é um entrave para a gente dar alta e manter o tratamento em nível ambulatorial, porque é difícil o paciente ficar trancado em uma instituição. Ele não chega a ser um criminoso, mas ele é encaminhado para um hospital como que preso, né? Essa é a sensação que eu tenho, na verdade. E daí, quando vai ter alta, que o paciente vai ter alta, é um entrave a alta, entendeu?... E isso o fórum não vê, né?

Assistente social: O tratamento fica no limite e a gente fica sem ter o que propor de novo para o paciente, né? A família está trabalhada, eles têm condições de alta, ele tem condições de voltar pro serviço de saúde do município... voltar pro convívio familiar, ele fica aqui, aguardando a decisão do juiz, e não da equipe.

Pesquisadora: Essa clausura é uma coisa difícil, para vocês, de acompanhar?...

Terapeuta ocupacional: Sim, é muito difícil de você ver o paciente.

Assistente Social: É, eu acho que o [nome] é um exemplo disso, o sofrimento dele falar “estou dentro da cadeia”.

Psicóloga: As fugas constantes, né, todo dia. (Unidade B1)

Este trecho indica o esgotamento de recursos e iatrogenia ocasionada pela demora em receber alta. Os participantes citam circunstâncias em que a interferência do judiciário na liberação de altas interfere negativamente na recuperação, e em que a permanência por tempo indeterminado no serviço se torna prejudicial ao paciente que já apresentara melhoras. Além disso, ressaltam que a manutenção da internação do paciente é um desafio, visto que a enfermaria de crise se mostra limitada de recursos terapêuticos para quem já apresenta melhoras. A fuga do hospital é relatada como um problema relacionado a este contexto.

O longo período de internação faz com que a IPC adquira, tanto para a equipe quanto para o paciente, um sentido punitivo, que carrega semelhanças com serviços carcerários. Termos como “prisão”, “criminoso”, “preso”, “trancado” e “clausura” foram utilizados neste e em outros momentos, indicando o aspecto de punição da IPC e da demora na liberação

de altas por parte do judiciário. Alguns autores (Amarante, 2007; Dal Poz *et al.*, 2012; Furtado, Moreira, Nozabielle, Rodrigues, & Montesano, 2013; Oda & Dalgarrondo, 2010) articulam a problemática da demora em conceder altas a discursos sociais que compreendam que o tratamento de doenças mentais deveria ser baseado no isolamento e distanciamento social, indicando como discursos do tempo longo (Spink & Medrado, 2013) entrecortaram a produção de sentidos com a equipe. O diálogo da equipe na Unidade B2 também aborda estes desafios:

Psiquiatra: Eu vejo mais dificuldades para o profissional trabalhar com a internação compulsória, do que facilitadores. Dificuldades porque basta um simples encaminhamento médico para o juiz, e o juiz determina a internação sem discutir se tem indicação específica pra esse serviço que eu trabalho, e, muitas vezes, criando uma dificuldade danada de alta. O tempo da justiça é outro, o montante de papéis é outro, então o paciente, pra mim como médico, o paciente está de alta saindo de hoje pra amanhã; e para a justiça, quando diz que está de alta é pra sair este ano, de janeiro a dezembro, mais ou menos assim.

Enfermeira: Enquanto equipe de enfermagem, a gente que recebe esse paciente junto com o médico é muito complicado, também na maioria das vezes, né? Porque na maioria das vezes é um paciente que não sabe que vem, não quer vir, então são muitos dificultadores sim, com certeza.

Assistente social: Normalmente é uma internação longa, né? Mas eu acho que depende da necessidade dele, principalmente quando é dependente químico. Aí eu acho que é mais complicado ainda, porque passou aquela fase, ele quer ir embora, ele acha que já está bem, e nós ficamos dependendo de papéis, relatório que vai, relatório que vem, e nós ficamos aí, segurando um leito que poderia estar...

Psicóloga: Correndo o risco do paciente piorar, né? Já aconteceu de paciente que está aqui, está bem, como é um setor de crise, todo dia estão entrando pessoas em crise, né? E aquele paciente que já está bem pra ir embora acaba ficando no mesmo ambiente, e é complicado. (Unidade B2)

O trabalho dos participantes com a IPC, ao ser atrelado aos trâmites burocráticos específicos do sistema judiciário, fica sujeito a outros desafios: o período de um tratamento de saúde em contexto hospitalar é distinto do tempo que transcorre um processo na justiça. Tal relação retoma tensões descritas anteriormente, como a reagudização dos sintomas e esgotamento dos recursos de cuidado da equipe hospitalar.

Para N. Couto, Lemos e B. Couto (2013), a interferência jurídica no campo da saúde é uma prática de biopoder que cumpre a função de controle social, assim como no passado. Outros autores afirmam que os dispositivos que regulam a legislação na saúde mental, da forma como estão postos nos dias atuais, permitem que a IPC seja utilizada como forma de controle social (Barros & Serafim, 2009; Fortes, 2010; Macedo, 2006).

Outro complicador citado se refere à Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que vem com a prescrição de que a alta pode não ser dada a critério da equipe, ficando atrelada à determinação do juiz que fez o encaminhamento. Nestes casos, a internação

pode perdurar por um longo período, mesmo que o paciente esteja de alta clínica, quando poderia retornar à comunidade e seguir o tratamento em níveis de atenção de menor complexidade.

O trecho mencionado também indica que os participantes questionam a efetividade de internações de longa duração (muitas vezes, por tempo indeterminado) e sem um plano terapêutico singular. Ressaltam que os leitos para internação psiquiátrica poderiam ser utilizados de maneiras mais adequadas para esta finalidade. Estas reflexões marcam o contraste entre o discurso psicossocial de cuidado e o discurso de internação como forma de tratamento. Segundo Guanaes-Lorenzi *et al.* (2012), estes discursos coexistem no campo prático e social da saúde mental: a lógica dos tratamentos de base comunitária divide espaço com discursos de cuidado baseados na internação e no isolamento, cada um produzindo efeitos específicos no cotidiano dos serviços. As reflexões propostas nesta seção dão visibilidade aos efeitos decorrentes desta segunda forma de compreender o cuidado.

O acesso ao hospital via IPC e processos jurídicos também foi significado como uma forma de sanar questões sociais importantes. Os participantes de nossa pesquisa apontam uma mudança no perfil dos pacientes encaminhados por IPC, assim como outros estudos (Scisleski & Maraschin, 2008; Sjöstrand *et al.*, 2015), indicando que existem casos em que a IPC é negativamente avaliada pelas equipes de saúde. Isso porque as reinternações se tornam frequentes, enquanto as situações que geraram a IPC permanecem em segundo plano ou desassistidas nas agendas de outros setores sociais. Na análise destas questões, os participantes apontam para o desvio da função do hospital e para a falta de treinamento e capacitação da equipe para lidar com situações que fogem de seu domínio:

Enfermeira: Nós temos aqui na Unidade A2 também um paciente, o [nome], um menino menor de idade internado por ordem judicial, é um menor infrator, né? Ele veio da [nome da instituição corretiva], comete pequenos delitos, algumas questões sexuais também. E ele já está com a gente há mais de um ano e não se acha um setor em que ele caiba, porque é o que a psicóloga falou... não é pra cá, não é aqui que ele deve caber, né? Ele não está em crise psiquiátrica para estar aqui em uma instituição hospitalar, mas nós temos que lidar com ele até que a juíza entenda isso. (Unidade A2)

Além de se referir à inadequação do espaço hospitalar, a equipe também indica a necessidade de interlocução entre as instâncias jurídicas e de saúde para encontrar alternativas para populações vulneráveis que se encontram nas instituições psiquiátricas. Os participantes conversam sobre o uso do espaço hospitalar como abrigo para populações refratárias, que não se enquadram ou dispõem de outros serviços, mais adequados às suas necessidades. Esta situação mobiliza os participantes, que conversam sobre usos do hospital psiquiátrico que caracterizam desvios de sua finalidade:

Pesquisadora: Acho que você está falando dessa falta de lugar que esse perfil de paciente tem, né?

Psiquiatra: Falta de perfis, o dependente químico eu sei que se encaixa numa coisa: dependente químico que usa droga e volta a usar droga. Talvez, não sei, devesse ser tratado sobre diversos enfoques, mas em outros espaços que não propriamente

o hospital psiquiátrico, que hoje está voltado pra tratar crises psicóticas, maníacas, depressivas, né? ... Mas eu creio que se fosse estudado haveria um espaço que tem de comunhão em algum aspecto legal e de saúde, né? ... Mas teria que se discutir e fazer planos primeiro, né? O que nós vamos fazer? Junta a justiça, a saúde, acho que da saúde os profissionais das diversas categorias, da justiça, os profissionais das diversas especialidades. O que nós vamos fazer? Mas isso não está nos planos, até hoje o que eu vejo é assim, se possível eu devolvo para justiça, e a justiça pode mandar para mim, né? Vai ser sempre isso, um transtorno. (Unidade B2)

Neste trecho, o participante aponta a ausência de intersectorialidade. Como ressalta o participante, as equipes de saúde recebem pacientes via IPC e não conseguem tratá-los em suas necessidades específicas – seja pela limitação do hospital, seja pela inadequação da clientela ao ambiente hospitalar. Esta situação dificulta a promoção de integralidade em saúde pois, ao destinar recursos do SUS de maneira mais imediatista, como no caso da IPC, deixa-se de investir em ações preventivas de promoção e reabilitação em saúde mental.

Considerações finais

Compreendemos, como aponta Fortes (2010), que a IPC, “como uma medida judicial, não pode ser questionada legalmente ... embora sobre a ótica técnica e ético-moral, mereça discussões profundas” (p. S328). Buscamos, em nosso estudo, participar dessa discussão sobre a ótica técnica e ético-moral dando visibilidade aos sentidos produzidos com equipes de saúde mental sobre a IPC e sobre os desafios que enfrentam em seu cotidiano.

Nossa análise apontou que, embora os profissionais façam uso dos mesmos recursos terapêuticos para cuidar das pessoas que chegam ao hospital via processos de IPC, a forma como é feita a admissão impacta todo o processo de cuidado, influenciando as possibilidades de adesão, de construção da aliança terapêutica e da proposição de uma alta regida pelas necessidades de saúde. Os profissionais também encontram desafios na preservação da autonomia dos pacientes, uma vez que a judicialização do cuidado em saúde mental também impõe um campo de assistência compulsória para os profissionais. Como nossos participantes apontaram, persiste, em muitas situações, um uso da IPC para sanar questões sociais, o que precisaria ser revisto, por trazer um debate ético importante para o campo da saúde.

Além disso, nosso estudo reforça aspectos éticos já apontados: a necessidade de uma maior e melhor interlocução entre o sistema de saúde e o sistema judiciário. Entendemos que o uso excessivo da IPC fere os princípios da reforma psiquiátrica, desempodera a rede de atenção psicossocial e superestima as possibilidades terapêuticas de uma internação psiquiátrica, ao mesmo tempo em que desconsidera seus possíveis danos e iatrogenia.

Nossa pesquisa abordou os desafios que a IPC traz para os profissionais de saúde em seu cotidiano, no contexto específico de um hospital psiquiátrico de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo. Estudos desenvolvidos em outros contextos sociais são necessários, trazendo especificidades locais importantes de serem consideradas na construção das políticas públicas em saúde mental. Da mesma maneira, estudos que abordem esta mesma temática a partir de outras vozes – juízes, profissionais de outros serviços da rede de atenção psicossocial, da família e dos pacientes – podem enriquecer este debate.

Referências

- Alexius, B., Berg, K. & Aberg-Wistedt, A.** (2002). Psychiatrists' perception of psychiatric commitment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 109-117.
- Amarante, P.** (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, D. M. & Serafim, A. P.** (2009). Parâmetros legais para internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 175-177.
- Conselho Nacional de Saúde.** (2012). Resolução n. 466/2012 - Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934.** (1934). Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. Recuperado em 26 de fevereiro de 2013, de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** (2001). Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Coelho, I. & Oliveira, H. B.** (2014). Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde e Debate*, 38(101), 359-367.
- Couto, B. N. A., Lemos, C. S. F., & Couto, B. B. M.** (2013). Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: algumas análises de projetos de lei. *Polis e Psique*, 3(2), 132-50.
- Dal Poz, M. R., Lima, J. C. S., & Perazzi, S.** (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 621-39.
- Fortes, H. M.** (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10 (Supl. 2), S321-S330.
- Furtado J. P., Moreira, M. I. B., Nozabielle S., Rodrigues T. F., & Montesano, F.** (2013). Desenvolvimento de questionário dirigido às condições de moradia de usuários de CAPS. *Saúde em Debate*, 37(96), 62-75.
- Gias Gil, G. B.** (2013). Tratamento ambulatorial involuntário em Psiquiatria: uma revisão desde a bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, 29, 109-121.
- Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C., & Real, E. M.** (2012). A construção de um programa de assistência familiar em um hospital-dia psiquiátrico: desafios e potencialidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 21(43), 54-72.
- Hoyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A.** (2002). Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93-108.
- Kind, L.** (2004). Notas para o trabalho com técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(15), 124-136.
- Macedo, E.** (2006). Por uma política da diferença. *Cadernos de Pesquisa*, 36(128), 327-353.
- Moreira, L. H. O. & Loyola, C. M. D.** (2010). A internação psiquiátrica involuntária: as implicações para a relação enfermagem/paciente. *Revista Enfermagem*, 18(4), 632-637.
- Novaes, P. S.** (2014). O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 342-356.
- Oda, A. M. G. R. & Dalgalarondo, P.** (2005) História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(3), 983-1010.
- Portaria n. 2.391, de 26 de dezembro de 2002.** (2002). Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-gm-ms-2391-2002.pdf>

- Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009.** (2009). Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
- Romans, S., Dawson, J., Mullen, R., & Gibbs, A.** (2004). How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 836-841.
- Salgado, M. A.** (2014). *Como e por quê as internações compulsórias de crianças e adolescentes são decididas? Uma análise de casos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz.
- Scisleski, A. C. C. & Maraschin, C.** (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 457-465.
- Sjöstrand, M., Sandman, L., Karlsson, P., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N.** (2015) Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, 16(37), 1-12.
- Svindseth, M. F., Nottestad, J. A. & Dahl, A. A.** (2013). Perceived humiliation during admission to a psychiatry emergency service and its relation to socio-demography and psychopathology. *BMC Psychiatry*, 13(217), 1-8.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B.** (2013). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41- 62). São Paulo: Cortez. (Original publicado em 1999)
- Tan, J. & Elphick, M.** (2002). Competency in the use of mental health act. *Psychiatry Bulletin*, 26(3), 104-06.
- Trobec, I., Herbst, M., & Zvanut, B.** (2009). Differentiating between rights-based and relational ethical approaches. *Nursing Ethics*, 16(3), 283-291.

MARIA LÚCIA PICCINATO FATURETO

<http://orcid.org/0000-0001-6967-6920>

Psicóloga clínica, mestrado em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP.

Endereço: Programa de Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, 3900 - CEP 14040-901, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP.

E-mail: faturetomalu@gmail.com

GABRIELA SILVEIRA DE PAULA RAVAGNANI

<http://orcid.org/0000-0003-4320-8365>

Psicóloga Clínica, doutorado em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP.

E-mail: paula.gabrielasr@gmail.com

CARLA GUANAES-LORENZI

<http://orcid.org/0000-0001-6263-9078>

Professora Associada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Livre-Docência em Psicologia pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP.

E-mail: carlaguanaes@usp.br

Histórico	<p>Submissão: 29/01/2018</p> <p>Revisão: 02/07/2020</p> <p>Aceite: 21/07/2020</p>
Contribuição dos autores	<p>Concepção: MLPC, GSPR, CGL</p> <p>Coleta de dados: MLPC</p> <p>Análise de dados: MLPC, CGL</p> <p>Elaboração do manuscrito: MLPC, GSPR</p> <p>Revisões de conteúdo intelectual importante: CGL</p> <p>Aprovação final : MLPC, GSPR, CGL</p>
Consentimento de uso de imagem	Não se aplica.
Aprovação, ética e consentimento	<p>Projeto Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP em 26/09/2013, Protocolo CAAE: 16485813 6 0000 5407.</p> <p>Participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.</p>
Financiamento	<p>CAPES Cota Institucional (Demanda Social, 10/2013 - 10/2015, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. FFCLRP-USP.</p>