



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GILSON ALTOÉ JUNIOR

**ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO:
REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA
SAÚDE MENTAL**

Londrina - PR
2023

GILSON ALTOÉ JUNIOR

**ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO:
REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Regina Célia Rezende Machado

Londrina - PR
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Altoé Junior, Gilson .

ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL / Gilson Altoé Junior. - Londrina, 2023.
84 f.

Orientador: Regina Célia Rezende Machado.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental - Tese. 2. Enfermagem Psiquiátrica - Tese. 3. Comunicação Terapêutica - Tese. I. Machado, Regina Célia Rezende . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

GILSON ALTOÉ JUNIOR

**ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO:
REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE
MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Regina Célia Bueno Rezende
Machado
Universidade Estadual de Londrina-PR

Prof.^a Dra. Marcelle Paiano
Universidade Estadual de Maringá - PR

Prof.^o Dr. Adriano Luis Da Costa Farinasso
Universidade Estadual de Londrina - PR

Londrina, 21 de Março de 2023.

Dedico o presente estudo a todas as pessoas que são oprimidas, silenciadas e privadas de usufruírem de seus desejos e liberdade em relacionamentos e instituições perversas e violentas.

AGRADECIMENTO(S)

Agradeço a minha esposa Dayene e aos meus filhos Heitor e Antônio, pelo amor, carinho e dedicação devotados com tanto fervor e paciência.

Agradeço a minha orientadora, pelas palavras de conforto e incentivo nessa caminhada, as quais sempre foram carregadas de carinho e cuidado.

Ao Adriano, pelo companheirismo e amizade de tantos anos, sempre especial e essencial em momentos delicados e nos indelicados também.

Aos colegas que foram fundamentais para a construção do estudo, ao Moisés e à Carol, pela ajuda nas horas mais delicadas, aos colegas que estiveram juntos na mesma caminhada e por terem feito com que eu aprendesse muito com cada um, ficaram marcados no meu coração.

Agradeço também aos meus irmãos Magno, João e Júnia, pelo tempo que passamos juntos na minha formação pessoal, vocês foram importantíssimos, ao meu irmão Júnior que deixou um vazio grande em nossas vidas, mas que o pouco tempo que passamos juntos me faz lembrar de você quase diariamente.

Ao meu pai e minha mãe, por me ensinarem que o carinho, o respeito e o amor são a melhor forma de educar e cuidar.

Eu me lembro, falam na declaração que nascemos livres, livres por iguais, mas não entendo se escolhemos ou se alguém escolheu por nós... (Direitos Humanos - Cólera)

Altoé Junior, Gilson. **Estratégias Autorrelatadas De Comunicação: Reflexões Sobre A Atuação Da Enfermagem Na Saúde Mental.** 2023. 84 folhas. Defesa de Banca de Mestrado/Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina - PR, 2023.

RESUMO

Introdução: é fundamental que os profissionais de enfermagem sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam prestar assistência e utilizar a comunicação junto aos pacientes em sofrimento psíquico. **Objetivo:** compreender as estratégias autorrelatadas de comunicação utilizadas pela enfermagem na assistência às pessoas em sofrimento psíquico em serviços de saúde. **Método:** trata-se de um estudo de natureza qualitativa no qual se utilizou a técnica de grupo focal com uma população composta por profissionais de enfermagem que atuam diretamente na assistência a pessoas em crise aguda relacionada ao sofrimento psíquico. Para o roteiro da entrevista, formulou-se um caso clínico hipotético de atendimento de crise aguda com alteração psíquica, constatando-se a condição de sofrimento psíquico de maior ocorrência, nos serviços em que atuam, de assistência a indivíduos com tentativa de suicídio. Os profissionais participantes do estudo, todos do sexo feminino, com faixa etária compreendida entre 35 e 45 anos, atuam nos serviços de saúde em que estão inseridos há mais de seis meses. **Resultados:** a análise dos discursos permitiu a construção das seguintes categorias: Estratégias Terapêuticas (escuta ativa como ferramenta para o acolhimento e vínculo aos pacientes); Comunicação como estratégia de manejo da crise; Estratégias não-terapêuticas (uso da violência e coerção como estratégia de manejo); Destaca-se o acolhimento e a escuta como formas de intervenções associadas à comunicação terapêutica; a necessidade de maior articulação da rede de saúde para a integralidade e efetividade do cuidado; a menção a manejos não-terapêuticos na realização em procedimentos traumáticos e intervenções verbais, muitas vezes, coercitivas; e a necessidade da busca aprimoramento da formação profissional complementar para uma assistência qualificada às pessoas em sofrimento psíquico. **Conclusão:** ressalta-se a importância da comunicação terapêutica dos profissionais de enfermagem e da revisão constante do processo de cuidado dedicado aos pacientes de forma humanizada e respeitando sua singularidade.

Descritores: Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Comunicação em Saúde.

Altoé Junior, Gilson. **Self-Reported Communication Strategies: Reflections on Nursing Practice in Mental Health.** 2023. 84 sheets. Master's/Dissertation Defense (Master's Degree in Nursing) – State University of Londrina, Londrina - PR, 2023.

ABSTRACT

Introduction: It is essential that nursing professionals have the knowledge, skills and resources that allow them to provide assistance and use communication with patients in psychological distress. **Objective:** To understand the self-reported communication strategies used by nurses in assisting people in psychological distress in health services. **Method:** This is a qualitative study in which the focus group technique was used with a population composed of nursing professionals who work directly in assisting people in an acute crisis related to psychological distress. For the interview script, a hypothetical clinical case of care for an acute crisis with psychic alteration was formulated, noting the most frequent condition of psychic suffering, in the services in which they operate, of assistance to individuals with a suicide attempt. The professionals participating in the study, all female, aged between 35 and 45 years, work in the health services in which they are inserted for more than six months. **Results:** The analysis of the speeches allowed the construction of the following categories: Therapeutic Strategies (active listening as a tool for welcoming and bonding with patients; Communication as a crisis management strategy); Non-therapeutic strategies (use of violence and coercion as a management strategy); Reception and listening stand out as forms of interventions associated with therapeutic communication; the need for greater articulation of the health network for comprehensiveness and effectiveness of care; the mention of non-therapeutic management in carrying out traumatic procedures and verbal interventions, which are often coercive; and the need to seek to improve complementary professional training for qualified assistance to people in psychological distress. **Conclusion:** The importance of therapeutic communication by nursing professionals and the constant revisiting of the care process dedicated to patients, in a humanized way and respecting their uniqueness, is highlighted.

Descriptors: Mental health, mental health care, nursing, psychiatric nursing, health communication.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SM	Saúde Mental
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
AMS	Autarquia Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
DNV	Distúrbio Neuro Vegetativo
IM	Intra Muscular
ECT	Eletro Choque Terapia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema único de Saúde
SPA	Substância Psico Ativa
UBS	Unidade Básica de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
GF	Grupo Focal
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INQUIETAÇÕES PESSOAIS.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Reforma psiquiátrica no Brasil: conquistas históricas.....	20
2.2 Comunicação terapêutica em enfermagem no cuidado em saúde mental.....	26
2.3 Educação popular, Paulo Freire e Brasil.....	47
2.4 Educação popular na contemporaneidade	54
3. OBJETIVOS.....	30
3.1 Objetivo geral.....	30
4. MÉTODOS.....	31
4.1 Delineamento do Estudo.....	31
4.2 Grupo Focal	31
4.2.1 Contexto da Pesquisa	32
4.2.2 Local do Estudo	32
4.2.3 População do Estudo.....	32
4.3 Coleta de Dados.....	33
4.4 Análise de Dados.....	33
4.5 Considerações Éticas	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Estratégias Terapêuticas.....	35
5.1.1 Escuta ativa como ferramenta para o acolhimento e vínculo aos pacientes....	35
5.1.2 Comunicação como Estratégia de manejo da crise	38
5.2 Estratégias não terapêuticas.....	39
5.2.1 Uso da violência e coerção como estratégia de manejo.....	39

5.2.2 Internação Psiquiátrica	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
APÊNDICES.....	53
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
Apêndice B – Transcrição Grupo Focal	56
Apêndice C – Casos hipotéticos para realização do GF.....	76
ANEXOS	77
Anexo A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	78
Anexo B – Carta de Bauru	83

INQUIETAÇÕES PESSOAIS

O presente estudo foi motivado por constatações de alguns elementos da realidade relativos a situações envolvendo a comunicação entre alguns profissionais ou da área da enfermagem e pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais; bem como de experiências pessoais em minha trajetória como enfermeiro.

Em uma ligeira pesquisa em sítios eletrônicos de notícias, pode-se encontrar várias reportagens sobre maus-tratos (físicos ou psicológicos), violências e outras denúncias de acompanhantes e pacientes sobre insatisfações contra a forma como a atenção em saúde mental era dispensada por profissionais de enfermagem no exercício de suas atividades profissionais. Como exemplo, em 18/05/2016, no sítio eletrônico Universo on-line (UOL), veiculou-se uma notícia de técnicas de enfermagem que foram filmadas agredindo um paciente com problemas relacionados ao uso de álcool nas dependências da unidade de emergência de um hospital municipal do interior de São Paulo. Dentre xingamentos e ameaças, segundo a reportagem, pode-se ouvir ruídos de supostas agressões físicas (“tapas”) desferidas contra o paciente, sem que se identificasse na mesma gravação, ainda de acordo com a reportagem, nenhuma palavra proferida por parte da pessoa agredida (UOL, 2016).

Mais recentemente, em 07/12/2022, na cidade catarinense de Brusque, uma família recebeu um telefonema de uma enfermeira alertando que a mãe, que apresentava um quadro de Alzheimer e vinha sendo atendida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para se recuperar clinicamente de uma cirurgia para a retirada de dois coágulos na região da cabeça, teria sido agredida na região da cabeça por um enfermeiro, segundo a denúncia, a fim de que morresse logo (PORTAL DA CIDADE BRUSQUE, 2022).

Outros casos que vieram a público podem ser facilmente encontrados em *sites* de buscas, porém pode haver uma imensidão de outros que sequer são relatados ou conhecidos. Esse iceberg submerso de interações profissionais-pacientes marcadas por práticas de violências ou mesmo por inúmeras formas de maus-tratos, de hostilidade, de indiferença e de inabilidades empáticas como complementares às técnico-assistenciais, devem, portanto, ser admitidas como existentes nos processos de produção de cuidado em saúde, interessando aqui aquele desenvolvido na esfera da SM.

A partir desses fatos, entende-se que a crueza inquietante de alguns modos de atuar e de se comunicar de alguns profissionais de enfermagem, levando-se em

consideração a complexidade dos processos de trabalho em saúde em enfermagem e, especificamente, em enfermagem na Saúde Mental (SM), notadamente nos serviços públicos de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a intensidade e a frequência das demandas que se encontram no rol de atribuições de enfermagem, parece apontar para a necessidade de se voltar a atenção para as maneiras como alguns profissionais de nossa área se relacionam, comunicam-se e se engajam em certas formas de cuidado destinados às pessoas que estão sob suas responsabilidades, nos mais diversos cenários de atuação.

Os elementos da realidade aqui apresentados devem se somar a outros relativos à minha trajetória de atuação profissional na área da enfermagem, inicialmente como técnico e, posteriormente, como enfermeiro, que colocaram no horizonte desta pesquisa um tema que se considerou, como ponto de partida do interesse na pesquisa, oportuno e necessário.

Minhas experiências como enfermeiro em um pronto-socorro de hospital geral e em outros dispositivos que pertencem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram marcantes em minha trajetória profissional e, conseqüentemente, no delineamento do interesse nesta pesquisa. Nesses contextos, surgiram diversas inquietações relativas às referências técnicas e ético-políticas que parametrizassem o acolhimento e a abordagem inicial em enfermagem, além dos cuidados continuados às pessoas em crises psiquiátricas e/ou decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas que acessavam esses serviços, tanto em relação à nossa atuação quanto no tangente à observação de alguns atendimentos de colegas de profissão.

Foi ainda muito determinante no delineamento dessas inquietações a experiência de atuação como auxiliar de enfermagem em um hospital psiquiátrico, no qual enfermeiras/os comumente recorriam à contenção física para controle de inúmeros pacientes, dizendo-lhes se tratar de um mecanismo adotado a “título disciplinar”, a fim de que os demais internos pudessem se acalmar e se submeter, sem resistências, ao controle e às regras institucionais. Nessa experiência, também pude acompanhar, por diversas ocasiões, a administração de medicações não destinadas a determinados pacientes, com o fim de observarem os efeitos da impregnação, além de sabermos e observarmos vários casos de violência física (como no caso de alguns enfermeiros que se dispunham a segurar o paciente enquanto outros o agrediam deliberadamente).

Várias outras violações de direitos e violências no cuidado se deram em minha história de atuação profissional, tanto na SM quanto nos vários serviços de urgência e

emergência em que atuei, onde me deparei com várias oportunidades nas quais profissionais não queriam atender pacientes em crise ou em surto, com tentativa de suicídio ou intoxicados por álcool e/ou outras em uma unidade de pronto-socorro de um hospital, alegando não terem “paciência” para a abordagem desses “tipos de paciente”.

Em um município de pequeno porte onde me encontrava, em certa oportunidade, ao acionar um serviço de urgência e emergência para atender um senhor em uso excessivo de álcool caído ao lado da guia, no asfalto, (chegando a não conseguir se levantar e muito menos formular frases), o profissional do serviço de referência que atendeu à ligação disse que iria deslocar uma ambulância para a ocorrência. Porém, após demora considerável e várias tentativas de contato telefônico, pessoalmente se constatou que a equipe estava na base, assistindo a um jogo de futebol da seleção brasileira. Quando questionados, o retorno foi de que não haviam se deslocado para o local em que o senhor se encontrava por se encontrar “bêbado” e que não teriam como atender um caso grave caso aparecesse para ocuparem a ambulância com um caso ameno. Ao serem indagados sobre qual protocolo de atendimento usariam na definição dos casos que devem ser atendidos ou não, a resposta foi que eles decidiam autonomamente, por não contarem com um fluxo ou mesmo com orientações técnicas.

Essa ideia de decisão sobre o que se deve ou não ser considerado um atendimento a ser realizado ou não sempre foi uma proposta velada de desassistência (ou, minimamente, de desconsideração pelo sofrimento, independente de sua natureza orgânica, psíquica ou comportamental) nos ambientes de atenção em urgência e emergência dos quais fiz parte, desde o que deve ser atendido até como deveria ser. Trabalhei com alguns profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) que prescreviam ou sugeriam para prescrição aos pacientes em franco sofrimento psíquico, com crises de choro e ansiedade – Diagnosticados com Distúrbios Neurovegetativos (DNV) ou, vulgarmente, tendo um “piti” – Injeções Intramuscular (IM) de Dipirona e Benzetacil ou de qualquer outra medicação que, sabidamente, doeria muito em via IM, com o objetivo de fazer com que os pacientes dessa ordem, no caso de apresentarem uma “frescura” similar, não procurassem atendimento naquele mesmo serviço de saúde, com a justificativa de que já eram atendidos muitos casos graves e que “não teriam tempo” para “gastarem com besteira”.

Em outra oportunidade, presenciei um técnico de enfermagem de um hospital psiquiátrico realizar um curativo em um paciente em que ao invés de usar soro fisiológico

para limpar a ferida, tal profissional utilizou álcool 70%, relatando sem constrangimentos que tal medida se daria para que o paciente “aprendesse” a não coçar mais o local da ferida (algo que ele fazia sempre que o ferimento se encontrava em processo de cicatrização). O paciente apresentava um quadro de microcefalia e, mesmo contando com mais de vinte anos de idade, compreendia e se expressava de maneira simples, restrita e infantilizada.

Nesse mesmo hospital psiquiátrico, técnicos e enfermeiros realizavam contenções mecânicas em pacientes no leito por muito tempo para “discipliná-los”, enquanto outros eram submetidos a medicações não prescritas ou indicadas a determinados pacientes para que os profissionais tivessem a oportunidade de observarem efeitos como os de impregnação medicamentosa e, assim, divertirem-se à custa do desconforto alheio. Ainda, participei de sessões de eletroconvulsoterapia (ECT) em pacientes agitados e “revoltados”, com o intuito de acalmá-los, em uma época em que essa prática já era condenada não recomendada.

Tais vivências se encontram no rol de práticas naturalizadas historicamente no processo de cuidado em SM, como marcas inapagáveis em minha trajetória, diante das quais amarguei profundo arrependimento pela passividade e convivência, por não ter denunciado tais fatos e violações aos responsáveis de órgãos competentes. No entanto, como um sino, tais lembranças me serviram e ainda servem de alerta em relação às defesas e às boas práticas em enfermagem de SM, posteriormente encontradas em minha formação e praticadas em minha atuação como enfermeiro de SM na perspectiva da atenção psicossocial, orientada pelos Direitos Humanos e pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Destaca-se, como contraponto, várias experiências exitosas no cuidado em SM, principalmente por parte de enfermeiras/os que tinham essa área como escolha para atuação, que se preocupavam com o oferecimento do melhor cuidado possível para as pessoas no âmbito de suas atuações, despidos de preconceitos e demonstrando uma postura acolhedora e empática. Ressalta-se a atuação em equipe na ativação das potências dos sujeitos, da equipe, da família, da comunidade e da rede de atenção para o cuidado, sem desconsiderar as dificuldades enfrentadas, nem as supervalorizar.

Essas experiências, que também deixaram suas marcas, de cunho humanizado e positivo, nos bons encontros nas relações de cuidado que marcaram e marcam nossa atuação crítica na enfermagem em SM, tem me acompanhado profissional e pessoalmente, fazendo-me reconhecer o valor do cuidado em liberdade, das formas de

comunicação terapêutica e da produção de cuidado humanizado, sem violências e sem atravessamentos de poder, morais, crenças, etnia, gênero ou classe social. Isso se torna ainda mais relevante quando me volto para as histórias de fragilidades, de exclusão e de violações de diversas ordens que impregnam a vida de grande parte das pessoas que, no acesso aos serviços de saúde e/ou demais serviços públicos, tiveram, ao menos em parte, alguns de seus direitos desconsiderados e destituídos enquanto esperavam por apoio e possibilidades de alívio para suas angústias e seus sofrimentos.

A coexistência dessas experiências, que me marcaram de forma tão pujante, faz parte do que incitou minha curiosidade para o desvelamento dos elementos envolvidos nos diversos formatos de comunicação terapêutica realizados por enfermeiras/os. Travellbee (1979) considera a enfermagem como um processo interpessoal, como um serviço comprometido com a mudança e a influência de outros, devendo o enfermeiro ser capacitado a fornecer a assistência de que o paciente está precisando, principalmente porque esse profissional possui um corpo de conhecimento especializado e tem capacidade para utilizá-lo, com o objetivo de manter o máximo grau de saúde possível.

Entende-se, portanto, que parte da relevância de um estudo como este, assentado em minhas experiências pessoais e profissionais, está na possibilidade de se oferecer uma parcela de contribuição para a qualificação das discussões sobre comunicação de cunho terapêutico, referenciada pela humanização do cuidado em saúde e em SM, e por uma atuação responsável em termos técnicos e éticos, inspirada nos princípios e nas diretrizes do SUS, na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial.

Compreende-se que algumas práticas realizadas por trabalhadores e que ficaram marcadas nos colegas e nos pacientes que estavam sendo atendidos podem ser consideradas de alguma forma violentas ou não humanizadas, mas com um intuito (mesmo que desacertado, inconsciente) de cuidado, como se a coerção fosse uma forma de educação e que se o paciente de alguma forma, ao experimentar a dor física ou psíquica, deixasse de fazer aquela ação ou comportamento que o trabalhador julgou ser inaceitável ou errado.

Orientando-se pelo interesse em melhor se compreender alguns elementos envolvidos na comunicação entre profissionais de enfermagem e as pessoas sob seus cuidados, uma das perguntas suscitadas inicialmente no desenvolvimento desta pesquisa foi: as estratégias de comunicação utilizadas por profissionais enfermeiros no atendimento as pessoas com sofrimento mental são realmente terapêuticas?

Esse questionamento parece requerer uma melhor avaliação para que a interpretação não fique equivocada, mesmo porque convém que se reflita sobre qual aspecto e quem determinaria o que é ou não terapêutico: o sujeito, o profissional ou é construído pelos dois? O que é terapêutico pra um é necessariamente terapêutico para outro? Como isso se expressa ou se vincula aos processos de comunicações no cuidado em saúde e SM na prática dos profissionais de enfermagem?

A finalidade deste estudo é compreender as estratégias autorrelatadas de comunicação utilizadas pela enfermagem na assistência em SM, interessando verificar se tais formas de comunicação se encontram na seara de práticas acolhedoras, respeitosas, terapêuticas e promotoras de cuidado ou, de maneira oposta, de acentuação do sofrimento, da hostilidade e da exclusão.

De antemão, defende-se que boas práticas e bons encontros nos processos de produção de cuidado, imbuídos de cunhos terapêuticos, são motrizes de vínculo e de uma relação afetuosa de cuidado, tecnicamente responsável, com uma escuta qualificada e empatia, tratando-se de elementos indispensáveis na construção práticas de cuidado e de atenção mais eficazes. Entende-se que é fundamental que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde (SEQUEIRA, 2014).

Alguns trabalhadores, no entanto, durante a assistência em SM, parecem não utilizarem técnicas de comunicação terapêuticas que, por vezes, assumem caráter coercitivo, desrespeitoso ou mesmo violento, podendo causar algumas limitações e dificultar o acesso do usuários aos serviços em uma nova necessidade de cuidado em situações de crise.

Enfatizando os aspectos comunicativos e levando em consideração o contexto de vida atual, experiências pregressas e histórias de acessos aos serviços de saúde, parece necessário se lançar um olhar: a) para além da centralidade das queixas, dos sinais, dos sintomas e/ou das crises que possam ser verbalizados ou mesmo demonstrados por outros meios; e b) para as intervenções requeridas, necessárias e possíveis por parte dos profissionais de enfermagem, foco de nossa atenção neste trabalho.

Nesse sentido, teve-se interesse pelas particularidades das formas de aproximações, abordagens e experiências, sobretudo acerca da comunicação entre alguns profissionais de enfermagem e pacientes com os quais tenham tido vivências

enquadradas na área da SM. Tal fim tem como “pano de fundo”, sob a luz da humanização, a consideração de que, no Brasil, a atenção dispensada às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais historicamente foi (e é) marcada por reclusões, exclusões, violências físicas e mentais, negligências, mortes e inúmeras violações dos direitos humanos.

Colocou-se, portanto, no escopo desta pesquisa, a necessidade de se identificar alguns elementos implicados na definição de modos de comunicação na prática da enfermagem, para melhor se dimensionar o alcance de possíveis rebatimentos históricos de práticas de saúde violentas, opressoras, controladoras e segregacionistas; para se contribuir com a divulgação de formas exitosas de aproximação, de comunicação e de cuidado em SM e, com isso, fortalecer a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial e a defesa intransigente do cuidado em liberdade.

Com esse objetivo, elencou-se elementos extraídos da experiência de alguns profissionais participantes de um grupo focal (GF) realizado em 16/09/2022, em um município do norte paranaense de pequeno porte (a serem aqui posteriormente apresentados), se considerando a necessidade de contínuas discussões a respeito: a) da importância da comunicação e manejo terapêuticos (de cunho empático, respeitoso, atencioso, com uma escuta que compreenda e acolha o sofrimento do usuário do serviço de saúde); b) do enfrentamento de manejos não-terapêuticos (caracterizados por manejos verbais ou não-verbais violentos, coercitivos, impeditivos, tutelares etc.); c) da escuta ativa (como capacidade e dedicação que o trabalhador tem em ouvir e compreender os sofrimentos, vontades, dificuldades e particularidades dos pacientes); d) do acolhimento (escutar, aproximar-se, criar vínculo, entender o sujeito); e) do vínculo (estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança); f) de uma boa articulação da rede de atenção psicossocial (como uma rede de serviços e cuidados articulados que visa assegurar e garantir às pessoas com sofrimentos/transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, atendimentos integral, humanizado e resolutivo); e mesmo da orientação e da responsabilização familiar (considerando-se a família como geradora de cuidado e atenção coparticipativa com a equipe de saúde e o usuário do serviço).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Em 1961, em sua obra *História da loucura na idade clássica*, o pensador francês Michel Foucault (1926-1984) narrou criticamente as transformações na condição social dos loucos desde a Idade Média, explicitando os modos de definição dos que seriam dotados de razão e aqueles que não, assumindo os médicos a tarefa de categorização dos “doentes mentais” e de prescrição de tratamentos, delineando a medicalização histórica dos hospitais. O autor também apresentou, na obra mencionada, os meios de exclusão (ou “tratamento”) empreendidos, posicionando-se criticamente quanto ao encarceramento da loucura.

No Brasil, também na perspectiva manicomial, de isolamento e restrição da liberdade, encontram-se registros de práticas violadoras, de maus-tratos e de procedimentos desprovidos de referências humanizadas e de garantia de direitos aos usuários de SM no tratamento asilar (denunciado, combatido e, em alguns aspectos, superado). Um deles foi apresentado pela jornalista Daniela Arbex em seu premiado *Holocausto brasileiro*, livro que lançou no ano de 2013 e se tornou documentário de impacto produzido em 2016.

O Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, recebia diariamente uma miríade de pessoas tidas como *doentes mentais*, bem como aquelas a quem se atribuíam comportamentos socialmente “desviantes” e/ou moralmente indesejáveis, vinculados a aspectos sexuais, ao uso de álcool, a aspectos sociais e mesmo neurológicos (como no caso de epilepsias), dentre outros aspectos, incluindo fenômenos e fatos comuns da vida em sociedade (vinculados à sobrevivência, ao mundo do trabalho e às diversas dimensões da existência humana expressas psiquicamente através de complexos pensamentos, comportamentos e expressões cognitivas e emocionais ou afetivas), tomados não somente como ocorrências de ordem quase exclusivamente médica, sobretudo impregnadas de um teor de psiquiatrizante.

Com esse “pano de fundo” da concretude social e material que imprime nas pessoas diversos modos de ser e de existir, sob a tutela do estado e vigiadas por profissionais que deveriam lhes oferecer cuidado em saúde, pessoas consideradas anormais do ponto de vista dos padrões desejáveis – que se concorda que em diversos momentos de suas vidas possam mesmo ter demandado assistências intensivas e continuadas em saúde e em SM – não tendo sido compreendidas, tão pouco acolhidas e respeitadas em suas peculiaridades de vida, sofreram violências de várias ordens, do

silenciamento à morte. Somente no hospital Colônia se contabilizou ao menos sessenta mil óbitos, refeedados mediante movimentações de pessoas que se responsabilizaram por denúncias de violações a partir da década de 1960, como bem destacou Arbex (2013) ao retratar a dureza do considerado holocausto em solo brasileiro.

2.1 Reforma psiquiátrica no Brasil: conquistas históricas

Historicamente, decorrendo ou não de quadros clínicos comportamentais associados aos chamados transtornos mentais, com base em parâmetros científicos convencionados e envolvidos de uma neutralidade muitas vezes apenas pretendida, indicava-se um tratamento clínico e farmacológico, em ambiente asilar, às pessoas categorizadas como loucas (portanto, indesejáveis e inadaptadas ao convívio social, além de supostamente incapazes de contribuir com a sociedade do ponto de vista produtivista).

De dentro dos manicômios, o tratamento dirigido às pessoas loucas se dava na perspectiva médica de cunho biologicista e sob uma lógica adaptativa, ainda que se providenciassem apoios e intervenções multiprofissionais de psicólogos, assistentes sociais, dentre outros profissionais acionados com o fim de favorecerem habilidades de adequação de diversas ordens, desde a capacidade de se manterem controladas em situações de crises psíquicas importantes, de cuidarem de suas higiênes pessoais, de observarem e seguirem regras (como horários de sono e para alimentação, e mesmo para uso de medicações), além de conseguirem dar continuidade aos seus tratamentos médicos e técnicos indicados, dentre outras “responsabilidades”.

Ao término de suas internações psiquiátricas, muitas vezes de longa duração, pessoas diagnosticadas com alguma desordem psiquiátrica retornavam para seus domicílios e/ou territórios de vida, para uma rotina que pouco poderia ter mudado desde o início de suas internações, uma vez que nem sempre os elementos cotidianos de convívio social eram cogitados ou mesmo abordados no processo de acompanhamento especializado e/ou de internação psiquiátrica. Tal lacuna na contabilização dos fatores cotidianos implicados no processo de adoecimento psíquico nem sempre levaria à busca pelo envolvimento de diversos atores sociais no processo de reabilitação psicossocial dos sujeitos, como aqueles ligados ao convívio familiar, às relações pessoais, comunitárias, ao acesso a condições favoráveis de manutenção da vida, de educação, de trabalho, de esporte, de lazer, de cultura, enfim, da saúde em sua integralidade.

A atenção dispensada às pessoas comportamental e psicologicamente “transtornadas”, na história da psiquiatria, também em nosso país, tem se pautado grandemente na exclusão, no isolamento institucional, na violência, no controle, no adaptacionismo, na coerção, na subjugação, ou seja, em vertentes de atenção desumanizada.

Segundo Amarante (2007), foi em decorrência dos efeitos dessa forma de “cuidar” pouco implicada e apartada de qualquer senso ético-político e de responsabilidade técnica e afetiva pelas pessoas que, sob inspiração técnica e filosófica da experiência italiana, ocorreu em nosso país um movimento de questionamentos, de denúncias e também de proposições no escopo de uma reforma nas práticas psiquiátricas até então adotadas. Tal reforma, por sua vez, afinava-se com o corrente movimento, à época, de reforma sanitária no Brasil, a fim de se constituir em uma “contraproposta” ao atendimento dispensado às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e outras drogas, aos rejeitados sociais (como adversários políticos e pessoas em situação de rua).

Como contexto conjunto, cabe apontar que o movimento de Reforma Sanitária brasileiro provém de crises vividas no fim dos anos 1970 e que se relacionavam ao saber-fazer médico, ao cenário político e social ilustrado pelo autoritarismo e negação de direitos básicos, às condições sanitárias precárias em que grande parte da população brasileira vivia e, por último, relaciona-se também à crise pela qual passava o sistema de prestação de serviços de saúde. Tendo isto como pano de fundo, o movimento da Reforma Sanitária visava a efetivação do SUS que seguiria caminhos diferentes daqueles traçados pelos sistemas anteriores de saúde. Nas palavras de Fleury (2009, p. 750, apud DIMENSTEIN e MACEDO, 2012), o SUS caminhava em “direção à outra lógica que, por ter o usuário como central ao sistema de saúde, garante à exigibilidade de seus direitos, a humanização do acolhimento e a eficácia e a resolutibilidade do cuidado” (Ibidem, p. 234).

Disso em diante, em cenário brasileiro, a saúde passou a ter um significado de processo singular e subjetivo em um campo social e o SUS organiza-se em diferentes níveis de atenção, objetivando a qualificação do processo de trabalho e o funcionamento dos serviços, bem como o enfrentamento às desigualdades sociais e às diferentes necessidades de saúde específicas em cada contexto.

A Itália estava se configurando como o primeiro país a prescrever o fim e garantir o fechamento de manicômios, revestindo-se o movimento da psiquiatria

democrática italiana de forte conotação política e de crítica social, sob liderança do psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980). No Brasil, por ocasião do *I Simpósio brasileiro de psicanálise de grupos e instituições*, em 1978, esse médico italiano, pensador orientado por uma nova forma de cuidado (em liberdade!), rumo à extinção dos manicômios, veio pela primeira vez para nosso país.

Precursor da reforma psiquiátrica na Itália – que no Brasil tem servido de referência para a reformulação dos serviços, atendimentos e cuidado em saúde mental na lógica da atenção psicossocial, como um contraponto aos tratamentos em instituições fechadas – Basaglia compreendia o manicômio como componente de um sistema hierárquico-punitivo, sendo necessário a construção de um antimodelo que fosse capaz de destruir a tendência à acomodação dentro de novos esquemas de referência contrapostos aos tradicionais (PASSOS, 2018).

Na realidade brasileira, à custa do trabalho implicado de trabalhadores de serviços públicos, notadamente de saúde, e da luta dos movimentos sociais, visando-se o enfrentamento de processos segregacionistas, tutelares e psiquiatrizantes, no cenário brasileiro, muitas discussões, reivindicações, manifestações e fóruns compostos por movimentos populares foram organizados, com a ativa participação de familiares, usuários dos serviços de SM e demais cidadãos tocados pela realidade dura dos tratamentos destinados aos loucos em solo nacional, discordando da maneira como era realizada a atenção aos pacientes com transtorno mentais.

Tal movimento popular organizado, iniciado na década de 1980, em pleno contexto reformista sanitário e de promulgação da Constituição brasileira de 1988, não se limitou a oferecer denúncias, mas reivindicou novas abordagens e formas de atenção em saúde mental, para além dos recursos que o modelo psiquiátrico tradicional oferecia até então.

Em 1987, um ano antes da formalização da “constituição cidadã”, dedicada à seguridade social, no entanto, era redigida aquela que se considerou um marco para a causa do cuidado humanizado em saúde mental: a Carta de Bauru (anexo B). Nesse mesmo ano, criou-se alguns dispositivos para atendimento da população com sofrimento psíquico, sendo o primeiro deles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na capital paulista.

Já em 1989, na cidade de Santos, criou-se o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), ao qual logo se somaram outros quatro. Destaca-se que se tratou tal momento na história da saúde mental de um período de administração municipal

conduzida na perspectiva do Partido dos Trabalhadores (PT), tendo ativa participação de Telma de Souza e do sanitarista David Capistrano da Costa Filho, então secretário municipal de saúde, dentre outros trabalhadores ética e politicamente implicados com o cuidado em liberdade.

No dia três de maio desse mesmo ano, ainda foi destaque a conhecida intervenção na Casa de Saúde Anchieta, considerada o marco inicial da luta pela reforma psiquiátrica, ficando sob intervenção municipal até ser totalmente desativada em 1996¹. Após o estabelecimento dos primeiros NAPS e CAPS, outras iniciativas começaram a surgir, constituindo-se de serviços que cumpriram a função inédita de oferecer cuidado intensivo (em liberdade) a usuários com quadro psiquiátrico grave (AMARANTE e NUNES, 2018).

Somou-se à importância histórica desses eventos mencionados a aprovação da ainda vigente Lei nº 10.216, em 06/04/2001, assinada pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso. Tal lei foi disposta sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Em seu Art.1º, são assegurados os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, "(...) sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra" (BRASIL, 2001). Além do acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde e de outros direitos, destacando-se o direito a ser "(...) tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade", devendo essas pessoas serem protegidas "(...) contra qualquer forma de abuso e exploração", "ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis" e "(...), preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" (BRASIL, 2001).

A radicalidade dessas proposições, na garantia de direitos constitucionalmente previstos, correspondeu à luta socialmente organizada, a fim de que fossem levadas em conta, nos processos democráticos de acesso à saúde integral, as necessidades, as demandas e os interesses das pessoas em um cenário diverso do atual, quando se saía dos auspícios de uma ditadura civil-militar rumo à busca pela abertura econômica e democratização do país em termos republicanos.

¹ O imóvel desativado e abandonado foi ocupado por centenas de famílias, recebendo o nome de "ocupação Anchieta", a qual tive a possibilidade de conhecer há alguns anos.

Tal luta, de natureza antimanicomial, conforme se entende, precisa ser atualizada, no sentido de ser transposta para os dias de hoje, para que se enxergue com lentes progressistas a atenção em saúde mental, e a fim de que seja providenciada uma assistência humanizada e implicada no desenvolvimento do cuidado em saúde, através de meios e de mecanismos amparados técnica e cientificamente, chancelados pelas boas práticas de cuidado em SM, orientadas pela defesa intransigente da garantia da humanização em saúde.

Por mais que se desejasse ou pensasse que práticas excludentes e limitadas e a ameaça à garantia de direitos dos usuários de SM tivesse permanecido com lamentáveis registros históricos em tristes capítulos da história da saúde mental em nosso país, como aqueles relatados por Daniela Arbex ao longo dos últimos anos, em nosso país, têm sido notado o desmonte do SUS e de suas políticas públicas na área da SM.

Tem-se presenciado rebatimentos orçamentários nos serviços de saúde de natureza comunitária e substitutiva, alinhados às diretrizes e aos princípios da reforma psiquiátrica, cuja ênfase se encontra na defesa do cuidado em liberdade e no enriquecimento de vida como dimensões do cuidado na lógica psicossocial. Em contrapartida, serviços de cunho ambulatorial e/ou dedicados a tratamentos centrados no isolamento social e na oferta de serviços médicos e de medicamentos têm sido agraciados com vultosos investimentos públicos, como no caso de diversas comunidades terapêuticas. No centro desse franco fortalecimento da perspectiva manicomial, compreendida como uma contrarreforma psiquiátrica, perspectivas classificatórias e formas excludentes de tratamento voltam como atraente possibilidade com o fim de se fazer frente aos adoecimentos psíquicos e comportamentais.

Tais mecanismos parecem alertar para a força do caráter individualizante e para a primazia biológica nas formas de compreender processos de constituição das pessoas e de seus sofrimentos e que se intervenha neles, o que se mostra como forte expressão da biologização, da psiquiatrização e da medicalização dos processos de saúde e doença, se desconsideram as influências econômicas e sociais nos processos de saúde e de adoecimento, com repercussões nos modos de se compreender e atuar no cuidado às pessoas com intenso sofrimento psíquico, mesmo aqueles eventualmente decorrentes de condições orgânicas.

Tal retomada da tendência à manicomialização – ou seja, do “tratamento” referenciado pela lógica queixa-conduta, em serviços fechados destinados a pessoas com intensos sofrimentos psíquicos e que colham significativos prejuízos sociais,

econômicos, relacionais, laborais e outros, decorrentes ou não de alguma condição psiquiátrica e/ou do uso de substâncias psicoativas (SPA) – mostra-se como uma barreira à produção de cuidado em liberdade. Ainda, parecem distantes medidas que tenham como alvo a produção de autonomia e de responsabilidade nas pessoas cuidadas em seus territórios de vida, em comunidade, com o apoio das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mesmo dos demais serviços em rede.

Tendo esse cenário como fundo, entende-se a necessidade de se posicionar política e ideologicamente em defesa do SUS e das diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica, assumindo-se o papel ativo de uma enfermagem crítica que contribua com o fortalecimento da rede de cuidados em saúde integral (que garante a saúde mental em termos de prevenção, de promoção e de atenção na lógica psicossocial), tendo como base a articulação do cuidado ordenado estrategicamente pela Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas à garantia do cuidado em liberdade, de base territorial e comunitária, com ênfase na centralidade dos usuários, no apoio aos familiares e no suporte técnico, político e pedagógico às equipes envolvidas por parte dos serviços especializados em SM.

Em contraposição à manicomialização e à farmacologização dos processos de adoecimento psíquico, tem-se a defesa da humanização no cuidado em saúde, como apresentam Anacleto, Checchetto e Riegel (2020). Para os autores, prescindindo da caridade e filantropia, a humanização no campo sanitário se relaciona ao direito à saúde e ao desenvolvimento do cuidado nos serviços de saúde que almejam a qualidade da assistência, entendendo a autonomia dos sujeitos e seu protagonismo em um contexto de consideração da cidadania.

Tal consideração se torna relevante ao se deparar com o fato de que, historicamente, como se tem visto, pessoas com diagnósticos de transtornos mentais têm sido negligenciadas em muitos de seus direitos, principalmente ao acesso adequado e humanizado aos serviços de saúde, sendo “depositadas” em manicômios ou hospitais psiquiátricos em busca de uma pretensa cura. Essa noção de possibilidade de cura, conforme se compreende aqui, só pode ser estimada a partir de uma defesa de que seria orgânica, biológica e individual, a base do sofrimento e do adoecimento das pessoas, dentro de uma perspectiva epistemológica médica dominante na área da saúde.

Tal postulado, no entanto, parece insuficiente para garantir parâmetros que favoreçam formas de cuidado e de atenção em saúde e em SM na perspectiva ampliada,

integral, à pessoa com diagnóstico transtorno mental, contabilizando a multiplicidade de suas dimensões de vida (convívio social e familiar, lugar no mundo produtivo e do trabalho, nível de renda, acesso a bens e serviços comunitários, relacionamentos afetivos e rede de suporte social etc.).

Justamente se deparando com a insuficiência de modos de entendimento e de intervenções atadas, sobretudo, aos aspectos organicistas e de medicalização do adoecimento que, há algumas décadas, em nosso país, trabalhadores, usuários e familiares começaram a denunciar e exigir um cuidado mais humano, no coração da reforma psiquiátrica, com o intuito de reivindicarem a reformulação da assistência e da substituição das formas como eram tratados, passivamente, os usuários de serviços de saúde no modelo de assistência manicomial.

O que se buscou paralelamente aos processos históricos de exclusão social com o fim de superá-los foi uma resignificação do cuidado em SM, da organização e da condução de ações na área que dessem lugar a uma nova compreensão da loucura como sendo a existência de sofrimento que requer atenção integral, qualificada e humanizada (NASCIMENTO et al., 2020).

Sabe-se, porém, que tal objetivo não se sustenta sem amplo compromisso das diversas categorias, desde o planejamento de etapas até a implementação do cuidado compartilhado, destacando-se o protagonismo dos profissionais da enfermagem no acompanhamento e no aprimoramento desse formato de atuação que, entrelaçando vivências, reflexões e análises por parte de diversos atores, como trabalhadores (saúde, educação, assistência social, entre outros) e gestores locais.

2.2 Comunicação terapêutica em enfermagem no cuidado em saúde mental

O verbo comunicar, de origem no latim *communicare*, significa “colocar em comum”. Assim, a comunicação pode ser compreendida como um instrumento através do qual os indivíduos se relacionam entre si e com o ambiente em que estão inseridos, de maneira a produzir a significação dos símbolos e reproduzi-los através de mensagens verbais e não-verbais (PORTELA et al., 2020).

De acordo com Haddad et al. (2011), enquanto a comunicação verbal é apresentada por meio da oralidade e da escrita das palavras, através de símbolos, letras e códigos, dividindo-se essa forma de comunicação em três grandes grupos: expressão, clarificação e validação, a comunicação não-verbal não é obtida e expressa através de

palavras, mas através de gestos, a utilização do espaço ao redor, o toque, a distância entre os atores, a disposição do ambiente e as roupas e adornos usadas pelo comunicante.

A associação dos aspectos verbais e não-verbais da comunicação é de grande relevância no momento de se estabelecer as relações interpessoais, por servir para reforçar atitudes de humanização e ética na assistência de enfermagem. Essa comunicação deve ser acolhedora, provedora de cuidados e fornecedora de informações relevantes para o processo de cuidado na relação com a pessoa cuidada (HADDAD et al, 2011). Assim, a prática da comunicação, compreendida como o alicerce das relações interpessoais, configura-se, como um elemento essencial ao se associar intimamente ao cuidado (BROCAL e FERREIRA, 2012).

A comunicação é compreendida como a mais importante ferramenta de construção de vínculo entre profissional e a pessoa atendida, o que reserva a possibilidade de um relacionamento interpessoal de natureza terapêutica, demandando, por sua vez, para uma satisfatória comunicação, estratégias relacionais calcadas na empatia, na escuta não punitiva e isenta de atravessamentos pessoais, morais, raciais, classistas e de gênero, dentre outros inviabilizadores do cuidado e aditivos no sofrimento expresso pela pessoa cuidada. Na assistência em saúde, a escuta ativa dos profissionais de enfermagem envolve o interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala no intuito de identificar a real demanda da pessoa em sofrimento. Assim, essa modalidade de atendimento surge como ferramenta de cuidado leve, voltada ao acolhimento e à humanização da assistência em saúde. Essa escuta vincula o assistido ao sistema e aos profissionais tornando o tratamento mais resolutivo (OLIVEIRA et al., 2018).

De acordo com Sequeira (2014), as principais técnicas de comunicação verbal e não-verbal na comunicação terapêutica seriam: escuta, toque, distância, posicionamento, olhar, informação, aceitação, silêncio, parafraseamento ou acentuação, questionamento, explicação, focalização, confrontação, assertividade, empatia, humor, validação, síntese, anamnese associativa, reformulação, orientação e *feedback*.

Quando a comunicação é empregada de forma terapêutica, além de propiciar segurança ao paciente e um cuidado humanizado, ela permite identificar as reais e potenciais necessidades do cliente e ajudá-lo a enfrentar a situação de doença e de hospitalização nas quais está inserido. A comunicação terapêutica em enfermagem

permite que o profissional procure ajudar os pacientes a se adaptarem melhor às situações, identificando e atendendo suas necessidades de saúde, além de transmitir-lhe confiança, a fim de que se sintam satisfeitos e seguros, diminuindo o medo e a ansiedade, permitindo participar do seu tratamento (PETERSON e CARVALHO, 2011).

Ainda, para se ter uma comunicação terapêutica, são necessários elementos básicos que vão possibilitar uma interação entre os envolvidos no diálogo, como: a empatia entre os comunicadores, a escuta, a atenção às emoções do cliente, o respeito mútuo, o acompanhamento do cliente em suas reflexões, a ajuda do cliente para aumentar sua dignidade, a autorreflexão e a auto-observação. Todos eles vão contribuir para que seja uma comunicação terapêutica ou não (HADDAD et al., 2011).

A apropriada identificação e o devido entendimento dos problemas, dos interesses, das necessidades e das demandas das pessoas, no âmbito dos serviços de saúde, podem, assim, facilitar a interação e oportunizar formas mais claras e exequíveis de acompanhamento e de envolvimento das pessoas em seus processos de cuidado, considerando-se que nos utilizamos da comunicação em todos os momentos e ações de nossas vidas, sendo por meio dela que dividimos as experiências e podemos modificar a nós mesmos e os contextos em que se estamos inseridos (STEFANELLI, 1993).

A comunicação de cunho terapêutico, no âmbito de um relacionamento interpessoal técnica e afetivamente responsável, pelo modo como aqui tem sido entendido, constitui-se não apenas de ferramenta útil, mas necessária à produção do vínculo, à angariação de informações relevantes e ao favorecimento do engajamento da pessoa em sofrimento e/ou de seus familiares nas orientações e sugestões oferecidas, ligadas diretamente ou não à tecitura de um plano de cuidados em saúde na lógica da integralidade.

Observa-se, dessa forma, uma mudança significativa no papel do usuário que conquista maior liberdade e autonomia nas etapas da assistência por meio da comunicação terapêutica como fator de valorização “do outro, da sua história de vida, de seus valores e sentimentos e de suas expressões da realidade” (BERTACINI, 2012).

No campo da saúde pública brasileira, o SUS tem abrigado a superação de práticas tutelares, caritativas e filantrópicas pelo conceito de humanização e pelas práticas de cuidado que dela derivam. Esse processo tem favorecido o deslocamento dos saberes e práticas de cunho biomédico para as demandas, necessidades e interesses apresentados pelos usuários dos serviços de saúde de modo menos ou mais oportuno, apropriado e resolutivo, bem como tem colocado em destaque habilidades de

contratualização, de corresponsabilização, de incentivo ao engajamento no autocuidado, dentre outros elementos, dos quais se destacam, neste trabalho, a comunicação como “coração” do trabalho em saúde, notadamente em SM.

No intuito de se propiciar, na perspectiva da integralidade, o acesso aos serviços de saúde (garantido, inclusive, por mecanismos de ordem legal) e a qualificação da assistência, a adoção de práticas humanizadas, considerada um avanço, tem como objetivo produzir “(...) mudanças no modo de gerir e cuidar”. Esse afã tem se consolidado, em nosso país, desde 2003, quando foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003).

No escopo deste trabalho, destaca-se a comunicação efetivamente terapêutica não apenas como central, mas como a principal estratégia na produção do cuidado enfermagem na área da SM, atrelando-se essa forma de comunicação com a qualificação da atenção e do cuidado compartilhados em casos de crise e de sofrimento psíquico intenso, associados ou não ao uso de álcool e/ou outras drogas, a partir do que ocorre às pessoas em suas vidas familiares e comunitárias, na perspectiva da humanização em saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender as estratégias autorrelatadas de comunicação utilizadas pela enfermagem na assistência a pessoas em sofrimento psíquico em serviços de saúde.

4. MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo de campo, exploratório, de natureza qualitativa.

Segundo Minayo (2009), a pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares e se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Na pesquisa qualitativa, a realidade é múltipla e subjetiva (Ontologia), sendo que as experiências dos indivíduos e suas percepções são aspectos úteis e importantes para a pesquisa. A realidade é construída em conjunto entre pesquisador/a e pesquisado/a por meio das experiências individuais de cada sujeito que denominamos de epistemologia (PATIAS e HOHENDORFF, 2019).

4.2 Grupo focal

O grupo focal pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço, em geral, não é considerado adequado para estudar a frequência com que determinados comportamentos ou opiniões ocorrem (LERVOLINO e PELICIONI, 2001).

O GF é usado em pesquisas científicas e em intervenções, ressalta-se as educativas, terapêuticas, intervenções sociais entre outras. Sua utilização demonstra um potencial em gerar dados que contribuam para ações de mudanças, bem-estar e qualidade de vida (SOUZA, 2020).

No GF é utilizada a interação grupal para produção de dados e insights. Uma de suas vantagens é a interação a cerca de um tema ou situação em um período limitado (BARBOUR, 2009; SOUZA, 2020).

4.2.1 Contexto da Pesquisa

4.2.2 Local do Estudo

Utilizou-se o município de Ibiporã - PR como local para a realização do GF e coleta de dados. Ele possui uma população de 49.111 habitantes, segundo o censo demográfico de 2010. Está localizado na região metropolitana de Londrina - PR, tem como principal fonte de economia a agricultura, pecuária, piscicultura e suinocultura.

O município conta com nove UBS que atendem a população em geral e também casos relacionados à SM com baixa complexidade, uma UPA responsável pelos atendimentos de urgência e emergência do município, tendo o SAMU acoplado e funcionando no mesmo prédio, um CAPS1 que realiza cuidados e atendimentos aos pacientes com transtorno mental ou sofrimento psíquico maiores de 18 anos e um CAPS infante juvenil, que cuida de pacientes em sofrimento psíquico, transtornos mentais e dificuldades relativas à infância e juventude até os 18 anos de idade, onde os trabalhadores desses dispositivos foram convidados para participar dessa pesquisa, além de outros serviços de referência médica, odontológica, serviço social e farmácia, os quais não fazem parte desse estudo.

4.2.3 População do Estudo

A população foi constituída por profissionais de enfermagem que atuam diretamente na assistência ao indivíduo em crise aguda relacionada ao sofrimento psíquico em serviços de saúde do município de Ibiporã.

Participaram do processo de coleta de dados no GF: 1 enfermeira do Caps infantojuvenil, 1 enfermeira do Caps 1, 1 enfermeira do UPA, 1 enfermeira da UBS, 1 técnica de enfermagem da UPA e 1 técnica de enfermagem do Caps infantojuvenil. A profissional técnica de enfermagem do SAMU não pôde participar, pois, no momento da realização do grupo, ela havia saído para uma ocorrência. Pode-se observar que a população é composta, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino, com faixa etária de 30 a 45 anos de idade, com formação profissional variada entre instituição pública (4 participantes) e instituição privada (2 participantes).

Os critérios para a inclusão foram: ser profissional enfermeiro(a) ou técnico de enfermagem, atuar em um dos cenários convidados por pelo menos 6 meses e aceitar o convite.

Os critérios para exclusão foram: não querer ou concordar em participar do estudo, não ser profissional enfermeiro(a) ou técnico de enfermagem, atuar nos cenários convidados por menos de seis meses.

A população que participou da técnica de GF foi de profissionais de enfermagem que atuam diretamente na assistência ao indivíduo em crise aguda relacionada ao sofrimento psíquico em serviços de saúde do município de Ibiporã. A recomendação da literatura sobre a quantidade de participantes é a partir de 3 a 12 pessoas. (BARBOUR, 2009).

4.3 Coleta dos Dados

O convite para a participação dos profissionais no GF ocorreu após ocorrerem todas as autorizações da Secretaria de Saúde do município, das coordenações imediatas e da aprovação do comitê de ética. Realizou-se contatos telefônicos aos serviços: Caps infantojuvenil, Caps 1, UPA, UBS e Samu.

O GF foi realizado em uma sala de reuniões da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no dia 16 de setembro de 2022 no período das 15h às 17h. O local garantia fácil acesso aos profissionais e ofertava um ambiente silencioso.

A condução do GF contou com o pesquisador como o facilitador e participação de dois observadores devidamente treinados. Ao término do GF, os observadores e moderador se reúnem para discutir os dados para a análise (KIND, 2004).

O roteiro para condução do GF foi constituído por três casos clínicos hipotéticos, formulados pelo pesquisador, de atendimento de crise aguda com alteração psíquica (Apêndice B). O GF foi gravado e posteriormente transcrito na íntegra (Apêndice C).

4.4 Análise dos Dados

Os materiais empíricos resultantes da transcrição das falas foram considerados com base na Análise de Conteúdo pelo referencial de Bardin (2011), a qual é realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

Realizou-se uma leitura flutuante da transcrição do grupo focal e foram separados os sentidos, os quais foram agrupados em algumas categorias, onde os relatos dos participantes recorrentes dos casos hipotéticos em relação à assistência e às intervenções de comunicação utilizadas por profissionais de enfermagem a pacientes em crise aguda relacionada à sofrimento psíquico permitiram a realização de uma interpretação e um melhor resultado dos dados obtidos.

Com os dados interpretados, estes foram separados em sentidos e, posteriormente, classificados em categorias, das quais foram agrupadas algumas categorias que possuíam sentidos parecidos. Após esse último agrupamento e uma última definição das categorias, as falas foram separadas e contextualizadas com referenciais teóricos e fizemos as discussões que pensamos ser as que melhores elucidam os temas.

4.5 Considerações Éticas

A realização deste estudo respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob CAAE número: 58125322.2.0000.5231, Parecer nº 5.413.924.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos dos participantes recorrentes dos casos hipotéticos, no que diz respeito à assistência e intervenções de comunicação utilizadas por profissionais de enfermagem a pacientes em crise aguda relacionada à sofrimento psíquico, permitiram organizar a apresentação em categorias.

A fim de estabelecer as relações desenvolvidas, serão apresentados trechos das falas dos enfermeiros, as quais estão identificadas pela letra E, com numeração arábica, de acordo com a denominação dada a cada participante. Por meio de análises dos discursos/falas, construiu-se as seguintes categorias: **estratégias terapêuticas (escuta ativa como ferramenta para o acolhimento e vínculo aos pacientes; comunicação como estratégia de manejo da crise) e estratégias não-terapêuticas (uso da violência e coerção como estratégia de manejo e da internação psiquiátrica como violenta).**

5.1 Estratégias Terapêuticas

5.1.1 Escuta ativa como ferramenta para o acolhimento e vínculo aos pacientes

Identificou-se nas falas e discussões dos profissionais, ao prestarem cuidado ao paciente em crise aguda de sofrimento psíquico, a categoria de escuta e acolhimento, como estão apresentadas abaixo:

[...] Qual o objetivo nessa tentativa, era aliviar o sofrimento ou tirar a própria vida ou não estou sabendo lidar com alguma coisa pontual, um fim de relacionamento, morte de familiar? Eu só consigo isso no momento que eu paro e escuto [...]. (E2)

[...] Não é o médico só fazer a parte dele, a gente da enfermagem também fazer a nossa, fazer a escuta [...]. (E3)

[...] Mas ele não se abre no começo tem que dar espaço para ele falar [...]. (E1)

[...] Sempre procuro para conversar, sempre procurar entender [...]. (E4)

[...] Estar atento que ele está falando [...]. (E1)

[...] É o espaço dele, ouvir sem interromper, mostrar que tá atento ao que ele está falando [...]. (E1)

Durante o atendimento em saúde, a escuta ativa é envolvida pelo interesse do que está sendo dito, da aproximação corporal quando necessário e não invasiva e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala no intuito de identificar a real demanda do paciente (OLIVEIRA, 2018).

A escuta ativa (terapêutica) pode traduzir uma atitude ou uma demanda à aquisição de competências de comunicação terapêutica (SOUZA; RIBEIRO; TAVARES, 2021). Para Oliveira (2018), a escuta ativa, mesmo sendo uma tecnologia leve (ou seja, dependente somente da pessoa para ser realizada), oferece muitos benefícios para o paciente e para o profissional, embora seja uma intervenção ainda não amplamente utilizada pelos profissionais que atuam na assistência hospitalar.

Pelos discursos analisados, aponta-se a noção de que a escuta se constitui de uma ferramenta terapêutica que proporciona ao paciente se expressar, tornando-se fundamental para a coleta de informações necessárias para o cuidado a ser realizado, algo que os participantes do GF deixaram assim registrado:

[...] Fazer um acolhimento, procurar saber a causa, se está sozinha, coloca o adolescente em espaço reservado. (E4)

[...] Faz o acolhimento já junto na triagem [...]. (E1)

[...] Tem que ver, conversar bastante, fazer acolhimento [...]. (E1)

[...] Deixa que a gente acolhe o paciente [...]. (E2)

A necessidade de se discutir com a equipe de trabalho todo o processo de acolhida do paciente, desde o atendimento inicial até o fim de seu cuidado, bem como meios e mecanismos para se realizar esse processo de uma forma terapêutica parece relevante, uma vez que se relaciona àquilo que levará inúmeros benefícios para os trabalhadores de saúde, assim como para seus pacientes (ROCHA, 2019).

De acordo com Costa, Garcia e Toletto (2016), acolher é uma ação técnico-assistencial, ou seja, um processo de escuta qualificada direcionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e usuário, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo o paciente como eixo principal e participante ativo.

O acolhimento é somente uma parte da triagem, tratando-se de um processo que deve ser executado por todos os profissionais da saúde, mediante treinamento

exclusivo e a utilização de protocolos pré-estabelecidos nas instituições. O acolhimento se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o SUS estabelecendo uma mudança na forma e no resultado do atendimento do usuário. É, portanto, o acolhimento, um instrumento de humanização ao atendimento (BIFFI; DE MELLO; RIBEIRO, 2018).

Destaca-se ainda, na relação com o acolhimento, a ambiência, definida como a preservação do espaço no cuidado do paciente. A ambiência compreende o espaço físico do serviço de saúde, no qual são estabelecidos os processos interpessoais e assistenciais de forma a viabilizar a segurança assistencial e humanização (BRASIL, 2017).

Com relação ao vínculo, etimologicamente se trata de um vocábulo de origem latina que significa algo que ata ou liga pessoas, indicando interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. Quanto a esse aspecto, os participantes relataram suas experiências, como as encontradas a seguir:

[...]De pouco em pouco, fui fazendo um pouco do vínculo [...]. (E1)

[...] Quem for mais próximo com ele que vai construindo o vínculo [...]. (E1)

[...] A gente não possa quebrar esse vínculo com ele [...]. (E1).

[...] Nos casos mais difíceis no primeiro atendimento você consegue pouca coisa você vai conseguir lá para um mês [...]. (E5)

[...] Você consegue, porque você cria vínculo e se ele conseguir falar com você ótimo [...]. (E5)

A formação de vínculos pode ser abordada sob vários aspectos, dentre os quais: a continuidade no tempo e no espaço, a singularidade na atenção, o cuidado centrado na pessoa, a reciprocidade entre familiares e profissionais; e a resolutividade dos problemas (REICHERT et al., 2016).

Segundo Araújo e Silva (2007), no momento em que o profissional se comunica com o paciente que vivencia a terminalidade de maneira adequada, fortalece o vínculo, adquire confiança e, quase sempre, consegue decifrar informações essenciais e amenizar-lhe a ansiedade e a aflição.

Para Reichert et al. (2016), um dos aspectos mais importantes na formação do

vínculo é a oferta de uma atenção singular e de uma abordagem individualizada e humanizada.

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE et al., 2011).

5.1.2 Comunicação como estratégia de manejo da crise

Esta categoria, compreendida como uma das mais relevantes nesta pesquisa, teve sua importância destacada nas práticas cotidianas de cuidado dos participantes, sendo devidamente reconhecida, legitimada e mesmo utilizada, como se vê nos trechos a seguir:

[...] então na maioria dos casos a gente consegue a reinserção dele no grupo, na comunicação terapêutica. (E2)

[...] Estratégias a tentar convencê-lo [...]. (E2)

[...] Normalmente nas crises, o que a gente faz também esse manejo verbal pega um profissional que tem mais vínculo, conversando, mais esse suporte [...]. (E2)

Preciso conversar para saber o que tá acontecendo com a adolescente, reservada e às vezes conversar com ela sem a presença da mãe. (E1)

[...] Eu fui por 2,3 anos eu que fazia a medicação nela, depois de 6 meses ela tomando a medicação ela ficou bem [...]. (E1)

No âmbito dessas discussões sobre comunicação terapêutica em todas as suas nuances de atenção e de cuidado às pessoas que apresentam sofrimento psíquico, decorrente ou não do uso de álcool e/ou outras drogas, classificadas ou não no campo das manifestações clínicas psiquiátricas, parece admitido e necessário que se recorra ao uso de alguns recursos comunicativos e interativos, como atenção cuidadosa, escuta acolhedora (humanizada, empática, isenta de juízo de valor), demonstração de interesse e assunção de responsabilidade técnico-afetiva por parte dos profissionais de saúde, especialmente na área da enfermagem.

Tais elementos, aqui valorizados, devem encontrar lugar tanto nos procedimentos ligados à triagem e à consulta de enfermagem, quanto no oferecimento do cuidado, atuando-se em um serviço de SM especificamente ou se havendo com demandas de SM nos mais diversos serviços de saúde, como Unidade Básica de Saúde (UBS), UPA ou na assistência hospitalar. A comunicação terapêutica é, então, uma dessas ferramentas a serem consideradas na produção cotidiana do cuidado, incluindo formas de educação em saúde.

Ainda, a forma como os pacientes são atendidos pode vir a fazer muita diferença no cuidado que ele aceitará durante seu acompanhamento terapêutico nos serviços.

Assim, nas mais variadas formas, a comunicação terapêutica tem um papel significativo na atenção humanizada, sendo que, para tal, enfermeiros(as), assim como as demais categorias profissionais da equipe de saúde, precisam estar dispostas/(os), e envolvidas(os) no estabelecimento de relações cuidadoras, partindo do princípio de que é primordial reconhecer as pessoas sob nossa responsabilidade profissional como ativos e como o centro da relação e da comunicação terapêuticas.

A escuta ativa, o respeito à liberdade individual, aos desejos e vontades do paciente e o cuidado humanizado podem fazer uma diferença muito grande no resultado da atenção proposta ao sujeito.

5.2 Estratégias não terapêuticas

5.2.1 Uso da violência e coerção como estratégia de manejo

Alguns sentidos extraídos das experiências e falas dos participantes, tais como violências verbal ou física, julgamentos pessoais, atendimento hostil, ameaças e coerção, expressões de significativa falta de empatia e de importantes equívocos técnico-assistenciais (que escapam às normas éticas no exercício profissional na área da enfermagem) foram agrupados na categoria de manejos não terapêuticos.

[...] Já fiz questionamentos: Por que você fez isso? Com um tom de voz alto, hoje sei que tem que ter cuidado de como falar [...]. (E4)

[...] Quando o profissional fala alto, o paciente ficou fechado, não quis falar com ninguém mais [...]. (E5)

[...] Mais grossa mais dor a SNG, mais traumatizante [...]. (E2)

[...] Já vi colega puncionando o paciente com abocath 16, 14 pra doer e não voltar mais aqui [...]. (E5)

Já chegou paciente pra mim no Caps Infantil falando: Ah tia eu nunca mais vou tomar aquele tanto de remédio, Deus me livre, passaram uma sonda desse tamanho lá na UPA no meu nariz, nunca mais eu vou pra lá, desse jeito, então, quer dizer, ficou uma situação traumática pra ele. (E3)

[...] Ele mudou o pensamento dele, se eu tomar remédio eu vou pro UPA e passam essa sonda, mas se eu me cortar eles não passam a sonda [...]. (E3)

[...] Olha a partir do momento em que você não está tomando o remédio, está se colocando em risco, nós vamos ter que fazer um encaminhamento pra internação nesse momento porque você está se expondo [...]. (E5)

A crise em SM a casos de sofrimento psíquico, frequentemente correspondente associados a manifestações psiquiátricas agudas, intensas e com alguma gravidade de sintomas (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020), entende-se se tratarem, em muitas ocasiões, tanto a compreensão da crise, como as formas de sua abordagem como reflexo da inadequação de uma postura profissional técnica, insuficientemente instrumentalizada para as especificidades do cuidado em SM.

Na esfera comunicativa (como ameaças, impaciência e inassertividade), equívocos podem ocasionar situações na quais tentativas de suicídio sejam pouco valorizadas pelos profissionais, que podem recorrer ao uso de frases pejorativas como “não tentou da maneira certa” ou “a pessoa só quer chamar a atenção”, conforme apareceram tanto nos compartilhamentos de experiências e das reflexões das participantes como na literatura especializada.

Para Freitas e Borges (2017), por exemplo, tentativas de suicídio seriam, muitas vezes, tomadas como atos manipulativos que “atrapalhariam” a rotina do serviço, sendo o adequado atendimento aos pacientes que chegam aos serviços de saúde por tentativa de suicídio determinante para a recuperação e para a prevenção de novas tentativas. Ainda, as práticas em saúde existentes nas emergências não respondem às necessidades dos pacientes de SM, que requerem maior disponibilidade por parte dos profissionais, o que se relacionaria ao fato de que o quadro psicológico (emocional) das pessoas possa ser considerado uma demanda tão legítima de emergência quanto o infarto e o acidente vascular cerebral (FREITAS e BORGES, 2017).

Pôde-se encontrar a coerção nas falas extraídas, usando elementos na tentativa de que o paciente faça uma determinada ação ou um tratamento que o trabalhador ou a família julgam ser o adequado, usando para isso ameaças e coerções, causando dores físicas e psíquicas. Uma tentativa de troca onde os dois pontos de escolha do paciente é a negação do desejo e, em alguns casos, da liberdade.

E essa questão de medicar em vários locais para doer a questão do calibre grosso da mesma situação quer dizer para controlar para quê o paciente não retorne ao serviço. (E4)

Não a gente vai ter que discutir outras estratégias ou se vai ser a medicação injetável ou se a gente vai internar porque você está se expondo. (E5)

[...] Faz uma Dipirona no músculo que nunca mais ele volta [...]. (E2)

A coerção, segundo Sidman (2003), seria o controle de ações por reforçamento negativo ou punição. O reforçamento negativo está presente quando "nos livramos, diminuímos, fugimos ou nos esquivamos de eventos perturbadores, perigosos ou ameaçadores.

Um grande número de pacientes psiquiátricos, de acordo com Taborda (2002), apresenta alguns prejuízos cognitivos no momento da hospitalização ou do cuidado em saúde, o que poderia prejudicar sua capacidade para perceber comportamentos coercitivos ou entender o significado desses eventos, reforçando a ideia de que se a equipe de saúde aperfeiçoar sua habilidade de ouvir os argumentos do paciente e de levá-los em consideração, isso, por si só, diminuiria o sentimento de que foram coagidos (TABORDA, 2002), contrapondo-se à possibilidade de que a coerção, em um sentido amplo, liga-se de modo indissolúvel à cura/tratamento da doença mental (CARDANO et al., 2020).

Em suma, algumas práticas com base somente no saber psiquiátrico tradicional parecem guardar estreita ligação com a coerção, porém não se trata de uma ligação necessária. Em muitos casos - alguns dizem em todos - é possível conter a crise do paciente psiquiátrico sem a utilização do recurso coercitivo (CARDANO et al., 2020). Sendo assim, em muitos pontos a coerção pode não ser percebida tanto pelo sujeito passivo como pelo sujeito ativo da ação de coerção, o que não invalida o ato em si, dificultando a inserção do sujeito como um ator corresponsável pelo seu tratamento.

Práticas de atendimento coercitivas precisam ser reconhecidas e, assim, enfrentadas, para se deixar de se colocar a relação de cuidado como uma “moeda de troca”, onde o sujeito tem que escolher entre tomar o remédio ou ser internado, sem a empatia para entender o sofrimento, as dificuldades, os sentimentos e as vontades por trás de decisões. Eventualmente, aos olhos de alguns profissionais, esses aspectos seriam prejudiciais, sem ao menos se tentar entender porque razões o autocuidado do sujeito não estaria preservado.

Tal moeda de troca tem sido cara demais: para algumas pessoas em situação de cuidado, que podem se sentirem pressionadas; para a família, que se sente na necessidade de pressionar ainda mais o sujeito; e para a relação profissional-paciente. No entanto, essa moeda pode se tornar em algo muito barato, servindo de desculpa para alguns trabalhadores, eventualmente culpando o paciente pelo insucesso do projeto terapêutico, como se os serviços de saúde e demais dispositivos da rede tivessem ofertado tudo que tinham em mãos no processo de cuidado.

5.2.2 Internação Psiquiátrica

Uma categoria que foi exemplificada, mas que, por decisão nossa, foi separada da categorização da coerção, por se entender a necessidade de se discorrer um pouco mais, a da internação psiquiátrica como método de punição, ou de uma tentativa, por meio da coerção, da aceitação da terapêutica proposta pelos trabalhadores, demonstrando na fala dos participantes de que a internação é algo ruim e punitivo.

[...] A família diz que foi para o caps que é para internar [...]. (E2)

[...] o que eu faço agora? Interna essa disgrama [...]. (E2)

[...] propor outro tipo de tratamento que se não der certo daí a gente faz a internação. (E6)

[...] Já chegou com a família assim, olha tem que internar [...]. (E5)

Mas se mesmo assim ele não consegue perceber o tratamento a gente manda o ministério público e diz assim, ó, tem um paciente aqui que está se colocando em risco é melhor internar. (E2)

A partir de dezembro de 2017, os hospitais psiquiátricos que não se configuravam como dispositivo da RAPS para a compor, mesmo sem nenhuma

discussão ou algum diálogo com a população e com órgãos da sociedade civil, tais como a Associação Brasileira de Saúde Mental. Esse retrocesso (tratado pela maioria das associações) faz com que o acesso a esse dispositivo seja cada dia mais facilitado e com um grande aporte financeiro, principalmente proveniente de financiamento público, a maior parte desse aumento se deve à alta demanda e a facilidade de acesso, em contrapartida, o acesso às vistorias se tornou mais difícil.

No dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) reuniu-se e foi aprovada, sem nenhum tipo de discussão, a Resolução nº 32, a qual introduziu, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os ambulatórios de saúde mental e os leitos em hospitais psiquiátricos (HPs) (SOUZA e JORGE, 2019).

Com essa facilidade de acesso e com a fragilidade e diminuição dos financiamentos dos outros dispositivos da RAPS, a internação psiquiátrica passou a ser a primeira opção em muitos serviços que deveriam ser substitutivos a essa premissa.

Para Cardano et al (2020), criou-se um circuito psiquiátrico que não se refere apenas ao hospital psiquiátrico, mas, sim, ao paradigma cultural de referência.

A Portaria nº 2.391 de 2002, no seu artigo 2º, 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.

Endossado pela própria família, onde vê na internação psiquiátrica uma forma de se livrar, mesmo que por um curto período de tempo, do familiar que não segue as normas da normalidade.

Esse paradigma está enraizado na forma como nos relacionamos com os pacientes ditos mais difíceis e como a família contentora ou geradora de crise pensa em uma forma do que sempre foi levado ao senso comum como uma forma de cuidado. Talvez por falta de conhecimento de todos os lados, a primeira ideia que se tem, quando em um atendimento de crise ou uma negativa do paciente, seja a internação requerida.

Para o trabalhador, essa tentativa de barganha entre o que ele deseja e o que pode vir a ser uma consequência ao paciente é até certo ponto protetiva, pois se esconde atrás do véu de que fez e ofereceu todo o tratamento de que dispunha, ficando a cargo do paciente a aceitação de algo que ele não desejava em detrimento de uma punição a não aceitação.

Em algumas ocasiões, é mais fácil e menos trabalhoso novamente internar o indesejável ao invés de propor um cuidado diferenciado e custoso de recursos emocionais, físicos, temporais e humanos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado para tentar aplacar inquietações derivadas de uma trajetória profissional, com marcas no aspecto pessoal que me perseguem há muito tempo, desde dos anos 1990, quando trabalhei como auxiliar de enfermagem em um hospital psiquiátrico e, como inicialmente apresentado, presenciando inúmeras situações de violência e violações de direitos humanos praticados por profissionais da enfermagem.

Tais ocorrências, refletidas e reconsideradas ao longo de minha trajetória, buscam por recursos teóricos e práticos que qualificaram minha forma de compreender e de atuar em saúde e em SM, e me moldaram como trabalhador e como pessoa, a partir da constatação de que nem sempre a empatia e a humanização se faziam presentes naquele ambiente manicomial.

Posteriormente, atuando em serviços de urgência e emergência, deparei-me com outras formas de violência e contenções, principalmente com os pacientes de SM, usuários de SPA ou mesmo casos em que não se identificava nenhum histórico de transtorno mental, mas que, em uma ocorrência de crise, necessitaram do serviço de saúde para atendimento.

Diante do vivido e do refletido, algumas perguntas sempre estiveram me inquietando: as pessoas são perversas? As instituições tornam as pessoas perversas? As pessoas reproduzem essa perversidade em outros ambientes institucionais? A ideia de poder sobre os corpos, sobre as pessoas, sobre suas vontades, sobre suas necessidades, assim, fez-me acreditar que, em nome de uma terapia ou uma atenção dispensada, seria “justificada” qualquer forma de violência e cerceamento de liberdade.

Parece-me, no entanto, ser absolutamente surreal imaginar a necessidade de um processo de capacitação em humanização de enfermeiros, sendo que isso é exaustivamente trabalhado na formação em SM na academia. Pode-se notar, nas falas de todos os participantes que sentiram terem sido insuficientes ou falhos, essa percepção da humanização na formação profissional na área da enfermagem e da saúde. Vale ressaltar também a importância dada pelos participantes das capacitações, das pós-graduações, da educação continuada e permanente.

Destaca-se uma percepção dos observadores quanto às reações físicas e às mudanças nos semblantes e comportamentos dos participantes quanto a um evidente desconforto e silêncio quando tratados de temas delicados, tais como: violências

praticadas por colegas ou por elas mesmas, talvez por se verem novamente naquela situação, não querendo revisitar isso ou talvez nunca tiveram contato com essa prática que estávamos investigando.

Os processos e conceitos de humanização, de empatia, de cuidado, de atenção, de vinculação devem ser constantemente revisitados, assim como também a atuação profissional para que os profissionais possam garantir uma oferta de cuidado mais respeitosa e humana, esperando-se que os processos de trabalho não sejam tão automáticos e que cada sujeito seja respeitado na sua singularidade.

A atenção dispensada aos pacientes de SM nos vários dispositivos de atenção em saúde são de sentimentos variados, observamos bons encontros e práticas de cuidado humanizadas, principalmente nos dispositivos de SM, a saber: os CAPS; em contrapartida, foram relatadas práticas violentas, coercitivas, de agressões físicas e verbais, que culminam com a manifestação de exclusão, de isolamento, de desesperança, dor e o sentimento de não mais acessar determinado serviço, mesmo que seja o único dispositivo em caso de crise aguda. Tal conduta realizada por profissionais que possuem uma formação acadêmica diferenciada, mas, no âmbito do ambiente e no desgastante exercício profissional, acabam por realizar ações impensadas e automatizadas.

Em decorrência disso, parece que se faz necessário sempre a revisitação dos processos de trabalho e de atendimentos aos pacientes de SM com capacitações para uma humanização contínua nos atendimentos para que não sejam cercados de preconceitos, julgamentos morais, coerções e violências. Vale lembrar o juramento da enfermagem, o qual indica a não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano.

Então, espera-se que se possamos exercer a todo instante o que juramos no dia em que nos tornamos enfermeiros, a todo instante, reconhecendo-se o valor das formas de comunicação terapêutica e de produção de cuidado, sem violências e sem atravessamentos de poder, morais, de crenças ou de preconceitos de raça/etnia, de gênero ou de classe social.

Segundo o que se pôde compreender aqui, torna-se ainda mais relevante quando atentamos para as histórias de fragilidades, de exclusão e de violações de diversas ordens que impregnam a vida de grande parte das pessoas que, no acesso aos serviços de saúde e/ou demais serviços públicos, tiveram, ao menos em parte, alguns de

seus direitos desconsiderados e destituídos enquanto esperavam por apoio e possibilidades de alívio para suas angústias e seus sofrimentos.

Entende-se, assim, que social e historicamente - ainda que não de modo deliberado ou consciente - temos edificado uma nova forma de contenção que identificamos e, no escopo de nosso trabalho, temos denominado de *contenção psíquica*. Tal nuance se destaca de outros meios de contenção (embora com a mesma finalidade), e é compreendida aqui como produto da violência física, verbal, psicológica, da coerção, da ameaça, do cinismo, de todas as formas de violências isoladas ou combinadas, da chantagem e várias outras formas de manipulação, controle, vigilância sobre o outro, não em nome de seus desejos, demandas, necessidades e/ou interesses, mas em prol de eventuais vantagens e manutenção de controle na mão do agente coercitivo.

O produto dessa contenção psíquica se materializa em condutas, narrativas e expressões afetivas, por parte do contido, na forma de subordinação, de renúncias, de obediências, de subserviências, e, dentre outros elementos, de esforços para se “adequar”, mesmo que isso não seja o desejo e muito menos a necessidade ou interesse do sujeito menos ou mais passivamente contido.

Um fenômeno que, na aparência, se trataria de cooperação ou compreensão por parte daquele que foi psiquicamente contido, como uma submissão voluntária às regras institucionais, por exemplo – que se poderia tomar como tal expressão de sucesso no manejo do paciente em situações específicas – pode não resistir a uma análise mais minuciosa.

Tal fato aparente está a revelar a perversidade de uma abordagem que, em nome do cuidado, mostra seu potencial de controle, aniquilação, anulação e invalidação dos sentimentos, dos pensamentos, das ações, das perspectivas e dos intuítos da pessoa. Nesse sentido, cooperar não passaria de uma ação não autônoma e imbuída de reflexão, autoconsciência e autocontrole em prol de um pretensão pertencimento, acolhimento, aceitação, necessidade, cuidado, entre outros.

Amparados por Foucault, quando fala em suas obras sobre as relações de poder das pessoas e o papel das instituições em vigiar e punir, adicionamos a essas relações uma força contentora.

Entende-se o “inquietar-se” como importante nas reflexões formativas dos profissionais de enfermagem em SM e como algo que só se daria mediante a admissão de dificuldades comunicativas e relacionais nos processos de cuidado em enfermagem.

De maneira igualmente importante, ainda, coloca-se a necessidade de que os profissionais de enfermagem reafirmem a busca cotidiana nos modos de comunicação em saúde e em SM, com o desenvolvimento e a consolidação de meios e de mecanismos (organizativos, institucionais, formativos etc.) com vistas à qualificação da assistência em SM através do aprimoramento contínuo de habilidades comunicativas implicadas nas práticas do cuidar.

Com a admissão de certos equívocos na atuação, entende-se ser possível se pensar a enfermagem para além de suas possíveis dificuldades, com vistas a contribuir com debates e mesmo com formas de produzir cuidados que se constituam como contraponto a eventuais práticas desrespeitosas, violentas, opressoras ou mesmo insuficientes do ponto de vista dos relacionamentos interpessoais e comunicativos e saúde e em SM.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P., Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANACLETO G.; CECCHETTO F.H.; RIEGEL F., Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp.**, 9(2), 2020, p. 246-254. Disponível em:
<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2737>

ARBEX, D., **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP.**,41(4), 2007, p.668-674. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pCsdGFyV45fnyQmNpTGh5Bz/?lang=pt>

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, P. R. C. B.; MAZZAIA, M. C., A percepção de enfermeiros acerca da ambiência na saúde mental Braz. **J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2322-2342, jul./aug. 2019. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1694/1619>

BIFFI, D.; MELO, M.F.R.; RIBEIRO, V.R., Acolhimento de enfermagem á saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. **R. Perspect. Ci. e Saúde.**, 3(1), 2018, p.83-97. Disponível em:
<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/187>

BRASIL. CASA CIVIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**, 2001. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2391/GM Em 26 de dezembro de 2002**. Política Nacional de Humanização, 2002. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/15791.html>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** (2ª ed., 5ª. Reimpressão). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca virtual em saúde. Política Nacional de Humanização, 1ª. ed. 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: 2017. Disponível em: https://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf

BROCAL, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe De Enfermagem E Comunicação: Contribuições Para O Cuidado De Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v.65, nº.1, Brasília, jan./feb., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rxxwHhHCKzBzGpD9M47DjDxp/?lang=pt>

CARDANO, M. et al. Contextos culturais e organizativos da utilização da contenção mecânica pelos serviços psiquiátricos da região do Piemonte, **Itália Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e64591110120, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10120>

COSTA, P. C. F. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico **Texto Contexto - Enferm.** 25 (1), 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3GvY54tXyc38jRr5kdbNyhj/?format=pdf&lang=pt>

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em Saúde Mental: Centralização e Descentralização das Práticas, **Opinião Ciênc. Saúde Coletiva.**, 25 (2), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt>

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão.** 32 (num. esp.), 2012, p.235-245. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hn8vJgNwvG7dLQG3433WTqd/?lang=pt>

FAMÍLIA alega que paciente idosa do Hospital Azambuja foi vítima de agressão. **Portal da Cidade de Brusque**, 2020. Disponível em: <https://brusque.portaldacidade.com/noticias/cidade/familia-alega-que-paciente-idosa-do-hospital-azambuja-foi-vitima-de-agressao-5307> Acesso em 25 de fev. 2023.

FERREIRA, B. R. S. et al. Projeto Sim Para A Vida: Depressão Não É Frescura, É Doença! **Revista UFG**, Goiânia, v.17, nº.20, p. 112-131, jan/jul., 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/51756>

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares, **Estudos de Psicologia**, 22(1), 2017, p. 50-60. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006

HADDAD, J. G. V. et al. A Comunicação Terapêutica Na Relação Enfermeiro-Usuário Da Atenção Básica: Um Instrumento Para A Promoção Da Saúde E Cidadania. **O Mundo da saúde**, São Paulo. 35, nº.02, 2011, p.145-155. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/558/498>

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia, **Ciênc. saúde coletiva**, 16 (7), jul .2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?lang=pt>

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde, **Rev. esc. enferm.** USP: 35 (2), jun. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kFzCC9Dfbfv7WzPNQbJZVmF/abstract/?lang=pt>

MINAYO, M.C.S., **Pesquisa Social-Teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, 2009.

NASCIMENTO, J. M. F. et al. Escuta Terapêutica: Uma Tecnologia Do Cuidado Em Saúde Mental. **Rev enferm UFPE online**. 14:e244257, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/ramelo/Downloads/244257-162912-1-PB.pdf>

NETTO, L; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Prática Reflexiva e Formação Profissional: Aproximações Teóricas no Campo da Saúde e da Enfermagem, **Reflexão, Esc. Ana Nery**, 22(1),2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4PmZBWVqVGydRV7xpKtGCNP/?lang=pt&format=pdf>

OLIVEIRA M. J. S. et al. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, 6(2), 2018, p. 33-38. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328061073_A_escuta_ativa_como_estrategia_de_humanizacao_da_assistencia_em_saude

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: Inquietações Para A Reforma Psiquiátrica Brasileira **Argumentum.**, Vitória, v. 10, nº. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V., Critérios para artigos de pesquisa qualitativa, **Psicol. Estud.**, v. 24, dez., 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/43536>

PETERSON A. A.; CARVALHO E. C. Comunicação Terapêutica Na Enfermagem: Dificuldades Para O Cuidar De Idosos Com Câncer. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jul-ago; 64(4): 692-7, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3QRhrYZwXdztSfJSpWtpTSk/?lang=pt>

PORTELA, G. et al. Percepções Da Enfermagem Acerca Da Comunicação Terapêutica Em Saúde Mental: Uma Revisão De Literatura, **Revista Interdisciplinar em Saúde**. Cajazeiras, 7 (único): 289-303, 2020. Disponível em: https://www.interdisciplinaresaude.com.br/Volume_28/Trabalho_22_2020.pdf

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros, **Ciênc. Saúde Colet**. 21 (8) Ago, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gXPM8SGrGWN4XrNLyvgYpSs/abstract/?lang=pt>

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2003.

SEQUEIRA, C. Comunicação Terapêutica Em Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, nº 12, dez., 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf

SOUSA, C. H. P.; RIBEIRO, L. V.; TAVARES, C. M. M. A escuta ativa no processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem. **Debates em Educação**, Maceió, v. 13, nº. 31, p. 845-863, jun., 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/11647>

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental, **Trab. Educ. Saúde**, 17 (1), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZXdDcTXSsJjtXbph5SZHwcr/?lang=pt>

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, M. D. Integrative Review: What's It?: How To Do It?. **Einstein**. São Paulo, v. 8, nº. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=en>

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2ª. ed.. São Paulo: Robe Editorial; 1993.

TABORDA, J. G. V. **Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1578>

TÉCNICAS de enfermagem flagradas maltratando paciente em SP são afastadas. Portal UOL, 2016. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2016/05/18/enfermeiras-flagradas-maltratando-paciente-em-paulinia-sao-afastadas.htm> Acesso em 25 de fev. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Prezado(a) Profissional de Enfermagem:

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa "**ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL**", o objetivo da pesquisa é compreender as estratégias autorrelatadas de comunicação utilizadas pela enfermagem na assistência em saúde mental. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: 1. O convite para sua participação será feito por contato telefônico e/ou mensagens de celular; 2. Após o aceite, será agendado um local e horário de fácil acesso aos participantes para realização do grupo focal; 3. O grupo focal será coordenado pelo pesquisador e terá duração de até uma hora e será admitida a realização de encontros adicionais até que a saturação dos dados seja atingida. A reunião do grupo focal obedecerá às seguintes etapas: a) Apresentação dos objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) Discussão de acordo com os objetivos da pesquisa por meio de pergunta aberta disparadora; c) Encerramento/agradecimento. Informamos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins deste estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos, ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garanto, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. O estudo considera que os riscos são mínimos e caso algum participante possa apresentar qualquer alteração emocional advinda da participação do estudo no grupo focal, o pesquisador garante uma assistência psicológica de forma voluntária e sem custos. Os benefícios esperados serão proporcionar a identificação das estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de enfermagem no atendimento as pessoas com sofrimento mental e se são realmente terapêuticas; de forma a

proporcionar condições para o manejo adequado dos profissionais. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Gilson Altoé Junior, fone (44) 9999-0692 e-mail: gilson.altoe.junior@uel.br; ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC-Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

LONDRINA, 16 DE SETEMBRO DE 2022.

REQUISITADOR RESPONSÁVEL

Eu, _____,
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA): _____

DATA: _____

APÊNDICE B - Transcrição Grupo Focal

Vamos ler junto? Eu posso fazer uma leitura e a gente vai acompanhando? Sim. Se vocês quiserem fazer alguma anotação. Exatamente do que ocorre a vocês enquanto vocês tão lendo, enquanto a gente tá lendo, impressão que vocês tem, algumas ideias, porque às vezes até passaram a na hora de compartilhar, pode ser que algum elemento escape, né? Então se vocês quiserem tomar nota, fiquem à vontade, tá bom?

Então, vamos pro caso.

Caso 1

AMD dezoito anos, dá entrada no serviço por terem ingerido duas cartelas de remédio chorando, sentindo tontura e enjojo, diz que não quer mais viver. Médico atende, prescreve intervenção medicamentosa e lavagem estomacal.

Com a experiência que você já adquiriu como que você analisa a intervenção dispensada ao paciente nesse caso que talvez deveriam ser considerados pra esse atendimento, lembro que as respostas servirão pra gente compreender melhor os processos de trabalho, né? Relacionados ao cuidado com a saúde mental, então a nossa intenção, é pra gente compreender como se dá esse processo na prática, né? No cotidiano, né? como que se trabalha no caso de modo geral, de alguma forma em relação a saúde mental. Lembrando também que não nos cabe aqui, né? Como pesquisadores julgar se está certo, se está errado, se ficou bem elaborado ou não, que não é pra isso que a gente está aqui. A gente quer realmente compreender como que as coisas se dão na hora do plano e na hora que o bicho pega É o que que vocês é e tem possibilidades de fazê-lo. Então é uma reflexão sobre sobre isso e digo isso no sentido de que não se sintam constrangidas.

Entrevistado 1: É, eu queria começar. Então vamos lá. E adolescente é? Ela tá sozinha? Tá acompanhada? Então, na verdade é eu acho que isso entra em que outros elementos. O que a gente sempre fala sempre lá no infantil. Que nem sempre

quando encaminha pro CAPS infantil a família leva, então nós gostaríamos que sempre fosse comunicado o Conselho Tutelar. Nem que fosse por escrito pra ter uma cobrança. Porque aí esse adolescente ela tenta várias vezes e ela tenta e ela vai pra casa e ela continua tentando. Então ela fez uma tentativa mas ela não tem noção, ela queria realmente se matar, ela tinha algum problema que ela não conseguiu resolver? e ela foi sabe, pontual e aí fica, vai e volta o tratamento. Então, acho que o primeiro ponto era também comunicar ao órgão tem que fazer uma notificação, né?

Interlocutor: Só pra pra eu entender nesse caso qual é a contribuição do conselho tutelar?

Entrevistado 1: Isso daí cobrança no tratamento.

Entrevistado 2: eu acho também que vai abrir porque no momento que a pessoa chega num quadro desse que ela gritou de alguma forma tem que descobrir o motivo. Foi numa crise, ela está tendo um conflito que eu não tô sabendo lidar, né? Tô num risco de novamente ter nova tentativa, já fiz outras vezes? Qual que é o meu objetivo nessa tentativa aliviar o sofrimento ou tirar a minha vida ou porque eu não estou sabendo lidar com alguma situação pontual de fim de relacionamento, de morte, de né? E eu só consigo isso a partir do momento que eu paro e escuto ela e pergunto, h só tomou remédio, ah mas quem vai se matar com uma cartela de paracetamol? Né?

Entrevistado 3: Não importa, as vezes ela achou que ia ser eficaz

Entrevistado 4: Então, assim, quem já tá em tratamento, tem outras medicações que são controladas, muito mais eficazes e letais, né? Com agravantes. Agora, quem não tem ainda, tá tentando um meio de pedir ajuda e talvez ela viu de querer enxergar bem isso.

Entrevistado 1: E essa historinha é até pra ir pro encaminhamento certo. Que às vezes assim é esse caso eu não posso mandar pra casa. Esse caso não, já fez várias tentativas.

Entrevistado 5: A ideiação vai para o hospital para Hospital Cristo Rei, o Hospital Cristo Rei regula pra uma vaga de internação também tem acesso lá, porque vai muito caso pra casa, não é? E a hora que acaba chegando no serviço, passou quinze dias. Ficou aquela lacuna.

Entrevistado 1: Quando a gente vai ser acionado quando esse adolescente chegar para nós. Ah mas chegou Ofício, mas nossa com dois meses, depois de muitos dias quer dizer, todos esses dias ela ficou ali susceptível a qualquer outra coisa que ela quisesse e pudesse tentar.

Entrevistado 6: Igual a Andreia disse, é o recurso que ela tinha era tomar essa cartela de Paracetamol, vamos supor. Mas nesses quinze dias, olha quantas outras coisas ela teve acesso que ninguém se preocupasse com isso, sem ela poder ter se aberto, externado, verbalizado, aquilo que tava afligindo ela naquele momento. E daí ela chegou e novamente não foi, só foi tratada com uma lavagem, medicada e liberada, pronto vai para casa resolveu e às vezes passa uma sonda muito grossa para machucar para que o paciente possa aprender com isso para nunca mais tentar fazer isso.

Entrevistado 6: E aí fala assim. Ah, você não tá mais com dor não tá mais com náusea, vai para casa. O certo seria encaminhar para o serviço para realmente ver se ela tem mais pensamento com isso. Se foi uma coisa pontual, iniciar um tratamento precoce na atenção primária ou no próprio CAPS.

Entrevistado 5: Retirar às vezes daquele meio que tá ali.

Entrevistado 3: Outro dia a UBS me passou um caso, passou toda a história. Diferente de você receber lá avaliação e conduta, eu acho que nosso também quando a gente encaminha para o UPA e não vai uma história, vai chegar lá eles já falam paciente de caps. A gente tem que estar se policiando, as vezes você fala só, avaliação e conduta. Mas vamos ser sinceros . Faz muita diferença. O que chega para nós, o paciente e a família às vezes nem sabe porque que foi ali? A genitora as vezes fala assim, eu não sei, me mandaram para cá.

Entrevistado 1: Aí a gente tem que fazer uma uma investigação, aí é Cras é creas é Conselho Tutelar, é relatório de escola e fuça Facebook. Para tentar tirar alguma informação do histórico daquela pessoa já que não mandaram nada aqui.

Interlocutor: De onde vocês acham que sai esse não saber? O que está acontecendo no meio do caminho que essa pessoa vai acessando e de alguma forma, quais elementos vocês acham que pode estar envolvido com isso sabe da mãe chegar aqui e não sabe o porque?

Entrevistado 1: E às vezes o próprio conflito mesmo, a dificuldade no relacionamento familiar. Eu não sei o que tá acontecendo com a minha família. Eles não tem comunicação tem muitas famílias que não se comunicam e os pacientes estão lá se auto mutilando adoecendo mas não existe uma comunicação. Ah mas eu dou comida para ela, que que tá acontecendo tem muitas histórias assim.

Entrevistado 2: E tem também a parte que a gente não pode esquecer de famílias muito simples. Quê? Não entendi, não entendi a gravidade do quadro mesmo bem desenhado. A mãe ainda tem aquela fragilidade em aceitação na verdade, né do caso.

Entrevistado 5: Ah mas por que que ela fez isso? Acha que é frescura.

Entrevistado 1: Por isso a importância de encaminhar e de quando chamar a família já dizer para família, olha agora é isso que vai acontecer, tem coisa que a família não tá entendendo nesse caso aqui você já mencionada sobre a descrição sobre a lavagem como as estratégias que foram adotados nessa experiência de vocês. Assim vocês acham que vocês não viram aí se alguma forma acontecer de alguma forma,

Eu peguei umas duas vezes, uma vez fizemos a lavagem e encaminhou para o caps. E aí a gente só passou uma sonda e a gente já fez a triagem.

Entrevistado 1: Faz o acolhimento já junto na triagem, sempre tem que ter esse contato para saber como é melhor forma de encaminhar. Eu faço isso e penso se a

pessoa tentou e não sei se ela vai sair daqui vai tentar de novo. Tem que ver, conversar bastante, fazer acolhimento.

Entrevistado 1: Preciso conversar para saber o que tá acontecendo com a adolescente, reservada e às vezes conversar com ela sem a presença da mãe.

Entrevistado 2: Leva ela para a Emergência, faz o procedimento deixa em observação, fica um bom tempo a observação. Liga para o CAPS, avisa Conselho Tutelar faz eletro, faz tudo.

Entrevistado 3: Eu tô aqui na UPA a 5 anos e 23 na prefeitura, eu vejo assim que hoje que a gente tem aqui hoje a equipe comprometida com a situação, não é só o médico fazer a parte dele, mas a enfermagem também fazer a nossa, a escuta.

Entrevistado 3: Porque eu tenho mania de perguntar para eles.

Entrevistado 3: Semana passada a gente teve uma, aí eu perguntei para ela você tem ideia de fazer de novo, aí ela ficou sem resposta, eu vi que ela já tava com alguma coisa na cabeça, aí a gente já passa para o caps e às vezes tem medo de falar perto da mãe.

Interlocutor: Deixa eu perguntar. Desse lugar de vocês como técnico enfermeiro, eu entendi assim precisa qualificarmos os encaminhamentos, precisa finalizar esse diálogo entre os dispositivos, que é necessário que tem que ter uma abordagem da família. É isso que eu tenho entendido aqui?

Entrevistado 1: Abordagem da família a gente tem que deixar bem claro que só quebrar o sigilo do paciente quando realmente for necessário para que a gente não possa quebrar esse vínculo com ele. Quem for mais próximo com ele que vai construindo o vínculo.

Entrevistado 2: Que se eu falo para a mãe daqui a pouco tá todo mundo sabendo tudo.

Entrevistado 2: E a criança e o adolescente novamente se coloca em risco, se corta, automutilação, a gente tem que falar para adolescente, olha você está se colocando em risco. E eu preciso te proteger. Você pode confiar em você, mas é outras coisas que eu não vou falar no atendimento. Mas você está se colocando em risco e isso eu preciso te proteger.

Interlocutor: Mas eu quero fazer uma pergunta mas no dia a dia de vocês. Como é que vocês fazem pra realizar o procedimento?

Interlocutor: Que características ou atitudes pessoais que você como enfermeiro ou como técnica que vocês utilizam nessa aproximação? Que estratégia vocês recorrem nesta abordagem com adolescente?

Entrevistado 1: Eu atendo o sujeito, acolho para lá, mas ele não se abre no começo tem que dar espaço para ele falar. Estar atento que ele está falando, passar segurança para ele ganhar segurança, é o espaço dele, ouvir sem interromper, mostrar que tá atento ao que ele está falando.

Entrevistado 3: Estava ali para ele.

Entrevistado 3: Tá ajudando ele para ele se abrir para você poder ajudar essa questão conforme vai ter a conversa. Você vem investigando os riscos, os históricos todo contexto que tá levando aquela situação ali com ele.

Entrevistado 3: Tentando não invalidar.

Entrevistado 4: Porque para você uma coisa muito pequena, mas para ele é uma coisa muito grande. É um grande problema, porque às vezes penso assim. Nossa, isso dá para resolver, mas para ele não dá.

Entrevistado 5: Nos casos mais difíceis no primeiro atendimento você consegue pouca coisa você vai conseguir lá para um mês, paciente depressivo grave adolescente vai demorar um mês para ele falar. Agora aqui no atendimento no caps, você consegue, porque você cria vínculo e se ele conseguir falar com você ótimo.

Interlocutor: E quando vocês não conseguem muito como é que vocês ficam para com essa sensação?

Entrevistado 4: Sensação difícil na verdade, eles não querem falar então a gente não tem como obrigar, sempre procuro para conversar, sempre procurar entender.

Entrevistado 2: Tirar toda informação do paciente até coisas muito pessoais que não vão ajudar eu já vi trabalhadores que falam com julgamento de direito com julgamento de moral, fala que isso não tá certo que a pessoa é tão linda, por que que vai fazer isso que a mãe tá sofrendo agora.

Entrevistado 6: Tem que dizer que não valeu a pena que tem que seguir em frente para ver isso várias vezes, entendeu? Cada vez que chega assim, eu me coloco no lugar dele.

Entrevistado 1: A primeira coisa que eles falam assim é: você não pode me ajudar! Aí eu falo posso te contar uma coisa? Aí eu dou conselho tudo. Aí ele sempre saem mais seguros também, falo eu sei que você tá sofrendo o que significa, passei por isso, já passei por isso também. Que você sofreu. A gente tem que tentar se colocar no lugar da paciente para tentar entender o que aconteceu com ela.

Entrevistado 1: Uma coisa que eu vejo que quebra muito barreira, assim, com a gente aqui, é assim com adolescente.

Entrevistado 1: Por que a gente pega bastante criança com corte aqui, mas a gente fala assim que essa dor aí dele passa mas que a dor da alma ainda continua doendo.

Entrevistado 3: Mas você não vai poder me ajudar, eles falam assim. Você precisa de ajuda, talvez eu possa te ajudar, talvez eu não consigo te ajudar, mas eu sei quem pode te ajudar, na percepção de vocês, não digo agora mas ao longo desses anos todos dessa história tudo mais vocês percebem que essa abordagem que vocês estão defendendo é a melhor.

Interlocutor: Vocês percebem que isso é uma coisa que os trabalhadores se convencem de que é uma boa estratégia ou vocês são assim como água no deserto?

Entrevistado 1: Já passou muita gente lá, já tive profissional que falava assim: se quisesse se matar, se matava sim. Já teve outros trabalhadores que falavam, isso aí é só frescura, falta de apanhar do pai da mãe, falta de Deus, mas a equipe que tá hoje a gente tem conseguido falar mais de saúde mental, mas no começo eu vi era muito essas quisesse mesmo o profissional de invalidar. Hoje. Eu já não vejo mais assim, eu já vejo mais pessoas com outros sentimentos, já vi umas coisas bem difíceis.

Entrevistado 4: Já vi que não sei o que fazer vou ignorar que é mais fácil para mim quer se matar se mata.

Entrevistado 6: Não tá sabendo lidar com aquilo, ela não sabe lidar. Então como que ela vai defender essa maneira que quer, se quer se matar se mata.

Entrevistado 2: Para a gente fazer esse acolhimento humanizado a gente se desgasta muito e às vezes é muito mais fácil deixar o paciente para lá.

Entrevistado 3: Na saúde mental o atendimento com paciente é como carregar saco de arroz nas costas, o tempo todo você compartilha essa ideia de que os trabalhadores talvez uma certa abordagem, com certeza tem bastante trabalhadores que não compartilham a realidade de um atendimento humanizado.

Entrevistado 6: Às vezes mecanizado, tem muito da cultura de cada um.

Entrevistado 5: Tem a cultura mas tem também os serviços que os profissionais estão sobrecarregadas é um atrás do outro.

Entrevistado 3: Tem outros na porta batendo então assim é difícil, mas isso aí em toda a nossa rede, infelizmente. Quando eu fui para o CAPS eu fui pensando que tá

no céu que eu não tinha nada para fazer porque na concepção que tinha no caps não se fazia nada.

Entrevistado 1: Na minha concepção de UBS Capes infantil não faz nada não, que que vai fazer no caps infantil? A gente só sabe quando a gente se coloca no lugar do outro, então a gente só sabe das dificuldades que a pessoa que fez a tentativa que está pedindo ajuda, só vai realmente saber se a gente se colocar no lugar dela e esse ciclo de se colocar no lugar é difícil, é o trabalhador tem que fazer isso.

Interlocutor: Eu gostei muito disso que vocês foram traçando estratégias positivas, do silêncio, e se colocar no lugar dela, tem alguma abordagem ou alguma estratégia que vocês entendem como sendo não indicada que vocês talvez já tenham feito ou que tem o visto? Se questionamento, por que você fez isso?

Entrevistado 2: O tom de voz que se usam as vezes a própria família já chega para mim já chega avisando que é frescura, a própria mãe já tem um preconceito da pessoa com relação aquilo.

Interlocutor: Na vivência de vocês já presenciaram ou em algum outro momento, já tiveram alguma atitude, uma abordagem que depois vocês perceberam que não foi ideal, que poderia ter feito de outro jeito, já aconteceu com vocês.

Entrevistado 1: Eu acho assim que é uma situação de vida aquela pessoa que tá ali e ela já tá sofrendo e você chega com tom de voz de acusação. Eu já presenciei muito isso de trabalhador vindo com tom de voz de acusação e isso não faz bem não mudou o paciente em nada, não ajudou, Já cegou com os dois pés no peito do paciente.

Interlocutor: Você já visualizou isso e como foi a reação do paciente?

Entrevistado 2: Paciente ficou fechado não quis falar com ninguém mais.

Entrevistado 4: Tá querendo chamar atenção.

Interlocutor: Já vivenciou algum profissional da área de medicina fazer algo assim também?

Entrevistado 5: Essa pessoa começou a falar das coisas que ela era médico e isso e aquilo e o paciente falou que não tem medo de ir para cadeia, não deu bom, mas assim como a tentativa de intimidar com tudo que eu sou. O pessoal da Copa abordar uma pessoa tendo uma atitude preconceituosa com aquela situação. Já vimos também.

Entrevistado 4: Sempre chama atenção de que sempre tem aquele burburinho, nós temos acesso ao prontuário, a gente não precisa discutir no corredor, a gente vai no prontuário vê o que aconteceu e pronto, mas os que não têm acesso ficam de conversas. Eu vou compartilhar para que isso é uma coisa que eu Já presenciei você não pensa na Coitada da sua mãe, você não pensa não, coitado do seu pai.

Entrevistado 6: Dizem pra pegar uma sonda, a mais grossa que tem aí passa nela. É para aprender tem que doer para não fazer de novo.

Entrevistado 6: Sempre aquela pessoa que acha que a vida dela é perfeita e que é do outro não vale nada.

Entrevistado 5: Já chega apontando o dedo a fez isso, mas de novo. Pegando essa a sonda e depois que levar dor no nariz vai aprender.

Entrevistado 6: Depois que levaram a sonda no nariz vai aprender.

Entrevistado 3: A pessoa já está com, vou deixar passar aqui um pouquinho para ficar com dor um pouquinho. Faz uma Dipirona no músculo que nunca mais ele volta. Dá uma dó já que ele se entrega, e vem alguém e ala: faz um Fenegan que ele dorme e não dá mais trabalho. O que seria dá trabalho? tem que escutar o paciente dá trabalho são agressivos.

Entrevistado 3: Ficam no automático, vou fazer o que me mandar vou dar injeção e vai embora.

Entrevistado 1: Olha eu tenho um divisor de águas, olha enquanto eu técnico da UBS, talvez eu teria uma abordagem mais difícil porque na verdade ele é um paciente desse para nós na UBS é uma bomba, a gente realmente não sabe o que faz, a gente não tem estrutura a gente não tem estrutura física, não tem médico ali, não tenho psicólogo disponível não tem outros suportes. Esse paciente está sozinho, então aquilo para nós é uma bomba a qualquer momento vai explodir. Hoje mesmo a pouco tempo no infantil, graças a Deus consegui evoluir bastante, dentro da nossa equipe não existe isso todo mundo está qualificado nessa perspectiva de cuidado porque o paciente chegou ali para nós a gente abraça, não temos para onde ir é nosso e pronto acabou não, tem que empurrar para mais ninguém.

Interlocutor: Se você fosse para UBS hoje, você acha que você voltaria daquele jeito?

Entrevistado 4: Nada, de jeito nenhum porque na verdade é uma mudança de vida.

Entrevistado 2: Já passou técnico lá no Capes adulto e quando eles vêm eles vem de um jeito, quando eles voltam para a UBS, Eles voltam de outra forma com outro cuidado para o paciente. Eles olham de outra forma os pacientes. Olha o paciente está aqui tá assim, eles ligam para nós já falando diferente, eles já tem aquela sensibilidade.

Entrevistado 1: O que a gente passa aí para gente comprometida assim que vendo aqui a gente abraça, a gente cuida. Então graças a Deus dá para perceber que tem mais gente comprometida.

Interlocutor: Eu queria fazer uma pergunta quando essa questão aqui a passar uma abocath mais grosso, essa sonda mais grossa. Como que o paciente fica nessa situação?

Entrevistado 1: Ele já tá naquela situação, né? Ainda tem uma abordagem dessa ele fica muito mais complicado os procedimentos, mais grossa mais dor, mais traumatizante para ele. Já chegou paciente para mim lá no Caps infantil falando, ah

tia eu nunca mais vou tomar aquele tanto de remédio não, Deus me livre passar uma sonda desse tamanho lá no UPA, nunca mais eu vou para o UPA.

Entrevistado 4: Eles tem que reclamar.

Facilitador: Então, quer dizer fica uma situação traumática para ele?

Entrevistado 1: Ele mudou o pensamento dele e se eu tomar o remédio eu vou para o UPA, mas eu me cortar eu não vou receber essas sondas.

Entrevistado 1: Mas já chegou lá na porta já falando assim Deus me livre, nunca mais eu volto para UPA.

Entrevistado 4: E a gente não tem como dimensionar a intenção de pessoa que passou essas ondas se ela tinha intenção de passar para punir para doer ou não?

Entrevistado 2: Um exemplo é um caso de eu aceitar vai chega os outros lá que não sabe como lidar com esse caso e deixa que a gente acolhe o paciente, é como que se essa cadeira já fosse nossa.

Entrevistado 5: Isso que ela falou é legal, do que a gente é da saúde mental quando a gente chega nos outros serviços o pessoal já fala: aí o cara chegou tão trazendo problema para nós, eu vou chegando assim como se fosse uma coisa difícil e eu não vou conseguir resolver.

Entrevistado 6: E a gente só devolve os mais brandos para UBS os classificados bons vão para o UBS.

Caso 2

32 anos dá entrada ao serviço desmaiada com nistagmo movimentos voluntários de ambos os olhos com resposta a estímulo doloroso é a quarta vezes na semana que procura atendimento pelo mesmo motivo, nas outras vezes a médica disse que era

dnv, foi medicada e liberada a unidade está lotada de outros casos como você analisa a intervenção dispensada a esse caso?

Interlocutor: já tiveram um caso assim?

Entrevistado 6: Sim todo dia sim, medicamos todos os dias a rotina é essa medicar e liberar. Porém tem que esse dnv tem que ver e checar o que tá causando esse dnv, ela tá querendo chamar atenção? ela qual o problem tem que ser encaminhada para o psicólogo ou psiquiatra.

Entrevistado 5: Tem que tudo ser investigado, nunca é só o dnv, ver as pessoas que a gente vê assim chegar na cadeira assim, parece que tá morrendo e na verdade não é nada.

Entrevistado 4: E quando tem que vir para o caps tomar remédio. E aí quando você vai investigar é o marido colocou chifre na na na na e aí chega aqui querendo chamar atenção.

Entrevistado 1: Teve um caso de uma mulher que tava sendo traída pelo marido e a gente achou que ela tinha tomado o remédio da filha, ela ligou para nós e falava sobre a situação, eu vou resolver a situação, e a gente achou que ela ia tomar o remédio da filha e aí ela tomou o haldol, impregnou e ficou um mês na clínica das Palmeiras e o paciente nosso era filha e não era não ela.

Entrevistado 3: Mas aqui nesse caso essa paciência não tem intenção de morrer, mas ela tá chamando atenção para alguma coisa e ela pode vir a ter necessidade de morrer. Se ela não for tratada não for amparada.

Entrevistado 4: E essa questão de medicar em vários locais para doer a questão do calibre grosso da mesma situação quer dizer para controlar para quê o paciente não retorne ao serviço.

Interlocutor: A frequência com que a pessoa vai acessar futuramente serviço vai mudar?

Interlocutor: Mas vocês acham que essa conduta de medicar e liberar, a pessoa sai contemplada ou a pessoa sai do mesmo jeito que entrou?

Entrevistado 2: Sai do mesmo jeito que entrou ou até mesmo Pior e ela fica passando foi cinco vezes no mesmo lugar e não sai diferente, é por isso que eu tô aqui, às vezes essa sensação que ela tem. Para aquele momento ali o serviço na verdade não acolheu a paciente e não verificou quais as necessidades dela, mas aqueles também que tem dor crônica. Nossa direto, mas aqueles também que tem dor crônica que a gente orienta. Olha esse aqui é só um paliativo hoje, só fez um cuidado agora o momento e vocês precisam retornar ao serviço que possa cuidar melhor de vocês.

Entrevistado 4: Aqui é emergencial, pronto atendimento, vai no posto faz tratamento, faz acolhimento passa por consulta a gente vê com os médicos se pode passar um remedinho até ir para o Caps.

Entrevistado 4: Porque às vezes demora eu não sei como que é lá no CAPS.

Interlocutor: E quando o paciente é criança e ele não quer tomar o remédio, qual abordagem que vocês acham mais adequada?

Entrevistado 3: Tentamos essa situação, olha se você não quer toma, mas sempre colocar ele na posição de tomar o remédio, sabe nesse momento você não tá tomando você tá se colocando em risco.

Entrevistado 5: Não a gente vai ter que discutir outras estratégias ou se vai ser a medicação injetável ou se a gente vai internar porque você tá se expondo.

Entrevistado 6: Depende muito do quadro. Pode ser que eu consiga na conversa, mas é difícil ainda se for adolescente.

Interlocutor: Como vocês lidam com isso com os adolescentes?

Entrevistado 1: A gente manda o Ministério Público que deve acionar o pai, por que a responsabilidade é da família. Que a gente pode fazer? A gente tá dando tratamento se eles não querem tomar?

Entrevistado 1: O pai e a mãe vai ter que responder por isso se tem alguém que pode obrigá-lo é a mãe e pai, nós não, o Conselho Tutelar não e a polícia não pode pôr a mão, então infelizmente a mãe e o pai vai ter que usar de algum recurso, em caso algum direcionamento alguns limites, mas vocês vão ter que fazer alguma coisa, infelizmente a gente não tem o que fazer.

Interlocutor: No adulto como é que vocês lidam com isso?

Entrevistado 5: É muito assim, mandamos para casa a gente não interna muito é muito raro internar é mais em casa mesmo. Eles é mais voluntariamente. Quando eles vêm que não vão dar conta ainda mais o uso de álcool e drogas. Porque não tem suporte da rede, porque está com prejuízo em todos os aspectos da vida laboral e da vida social, familiar né e Clínico também, né!

Entrevistado 2: E o caso clínico, ele percebe que não vão conseguir parar o uso. Eles ficam muito comprometidos muito debilitados então na maioria dos casos a gente consegue a reinserção dele no grupo, na comunicação terapêutica da família, né e estratégias a tentar convencê-lo porque tem que aceitar o tratamento.

Entrevistado 2: Mas se mesmo assim ele não consegue perceber o tratamento a gente manda o ministério público e diz assim, ó, tem um paciente aqui que está se colocando em risco.

Entrevistado 2: Ele não entende e a família não entendi, esse ano mesmo a gente fez uma internação compulsória de um paciente que não queria o tratamento. Foi totalmente atípico.

Entrevistado 2: Mas normalmente a família vem junto ou paciente percebendo que ele não está dando conta.

Entrevistado 2: Isso é uma conduta extrema em último caso. Normalmente nas crises. O que a gente faz também esse manejo verbal pega um profissional que tem mais vínculo conversando, mais esse suporte.

Entrevistado 2: A maior parte dos pacientes pelo menos o que eu vejo no Capes adulto.

Entrevistado 2: Por falta de informação que eles acabam não aderido ao tratamento, ou fica resistente a tudo aquilo.

Entrevistado 2: Quando ele coloca o pé no caps, na conversa a família faz isso a família diz que foi para o caps que é para internar.

Entrevistado 6: Até a gente explicar que a internação não é o que funciona propor outro tipo de tratamento que se não der certo daí a gente faz a internação.

Entrevistado 5: Já chegou com a família assim, olha tem que internar. E ele fala: eu não sou louco, eu não quero vir ao Caps.

Entrevistado 1: Adolescente fala assim, eu não quero ir ao Capes, eu não sou louco.

Entrevistado 3: Até quando vai tomar uma medicação para se acalmar para ficar tranquilo, eles acham que vai dopar eles para levar internado e até mesmo algumas medicações que mexem com a libido anda mais para homens, eles não querem tomar.

Entrevistado 6: Às vezes não quer ir internado porque em alguma internação já foi abusado.

Entrevistado 4: Tem paciente que quer fazer o tratamento para nunca mais ir internado e tem outras que querem ir internado sempre, porque diz assim que lá é

bom que tem comida lá eu vou tomar banho, lá vou ter condições melhores que a minha casa tem, tem gente que não quer sair de alta.

Entrevistado 6: Tem paciente que diz interna que eu quero ficar uns dias, que eu quero tomar um banho que eu quero ficar de boa, já ouvi muitas vezes.

Entrevistado 6: Paciente que já chega armado, arisco, bravo.

Entrevistado 6: Chegar arisco com tom de voz alterado Às vezes a gente tem que tentar se colocar no lugar do outro.

interlocutora. Como você percebe que o paciente já chega no serviço armado, arisco com isso por conta de outros serviços?

Entrevistado 1: Os pacientes já chegam falando. Ah lá no outro, lá no UPA lá no UBS. Eles eram assim, não quiseram falar comigo não conversaram comigo.

Entrevistado 1: Assistir já teve mãe que chegou para nós e falou assim aí eu não quero levar para o psicólogo não. Eu quero ir para o caps.

Entrevistado 5: Aqueles pacientes que falou que é dnv e que chegou no serviço só chora, olha para gente choram é chorão.

Entrevistado 6: Aí você começa a especular e ela começa a contar para você e ela já contou isso 40 vezes e tem que contar sempre a mesma história.

caso 3

RV 29 anos usuário de álcool e Outras Drogas a guarda municipal o trás até o serviço algemado por estar muito agitado, nervoso e pouco solícito disse que quer pegar o cara que bateu nele na rua, novamente a unidade está lotada de casos e com pouco efetivo de trabalhadores como você analisa essa intervenção dispensada?

Entrevistado 5: Aguarda agenciando a entrada no serviço de saúde.

Entrevistado 5: A polícia vai vir aí, mas a polícia vai ficar ali fora.

Entrevistado 5: Às vezes o policial quer entrar aqui dentro, ele se intromete no diálogo da gente com paciente diz que ele é sem vergonha.

Entrevistado 2: E toda vez que eles fazem isso a gente fala: dá licença que a gente está atendendo o paciente.

Entrevistado 5: Tem que aguardar ali fora.

Entrevistado 5: A gente fala para eles aqui, vocês não mandam nada.

Entrevistado 3: Já teve caso do paciente, vir aqui com a polícia e ir embora daqui a pouco voltar pior quase morrendo, de tanto apanhar.

Entrevistado 3: A mesma pessoa que veio no nosso período voltou à noite quase morto, de tanto apanhar, e a polícia diz a caiu de uma altura. E você percebe que a marca é de agressão.

Entrevistado 4: E a gente tenta ser o mediador deles. Cidade pequena sabe como é, todo mundo se conhece.

Interlocutor: Se a gente se colocar na posição de exigir algo para cuidar a gente também não vai poder se colocar na possibilidade de ser cuidado, então colocar essa cultura de cuidar sem julgar é preciosa.

Entrevistado 2: Não foi aqui, mas eu peguei uma situação em outra instituição, o paciente chegou, Foi trazido pelo 192 e dito que ele era bipolar, ele chegou todo contido daí resolvi tirar ele lá para soltar ele da prancha, ele tava bem agitado transtornado, daí o técnico que tava levando ele falou para ele assim: você cala a boca, senão eu te amarro de novo, daí que ele ficou mais bravo ainda e ele falou

que ia quebrar tudo, aí eu falei assim: e agora o que eu faço? Interna essa desgraça.

Entrevistado 1: Tem uma experiência que me marcou muito quando eu trabalhava na UBS eu fazia PSF e em uma das visitas para uma idosa que não frequentava muito o posto, então a gente é de praxe ir na casa fazer exame de diabetes, verificar pressão fazer uma visita. Eu descobri uma filha que morava dentro dessa casa que era esquizofrenia no 20, só que eram moradores novos, tipo a 6 meses nesse município e era totalmente sem tratamento, ela jogava Comida fora, ela judiava da mãe, ela maltratava os animais, ela ficava trancada, ela tinha hábitos de higiene ruins, fazer cocô e xixi em baldes e deixar empilhado no banheiro. Totalmente desorganizada, demorou mais ou menos um mês para conseguir acesso a essa paciente porque eu chegava no portão e ela jogava água, jogava pedra, jogava o cachorro em cima. Acionamos o caps e o caps também não conseguiu acesso a paciente, de pouco em pouco, fui fazendo um pouco do vínculo. Fui fazendo visita e daí nós conseguimos que o pessoal do caps poderia fazer uma visita, mas ela só aceitava que eu fizesse a medicação, deixavam a medicação na UBS comigo. Eu fui por 2,3 anos eu que fazia a medicação nela, depois de 6 meses ela tomando a medicação ela ficou bem, para mim era muito satisfatório chegar na casa dela ela estar de banho tomado, de batom na boca a casa limpinha ela cuidando da mãe idosa, era muito gratificante isso.

Entrevistado 2:A gente vivencia muita coisa, já peguei gente jaula, tudo isso gente, já passei por isso eu pegar uma pessoa vivendo em jaula sem roupa, sem luz, sem água, sem nada, animalizados mesmo

Interlocutor: do ponto de vista da formação de vocês, vocês acham que a enfermagem marcou vocês na formação, apresentou o recursos para fazer esse apoio humanizado, elementos tanto na teoria quanto na prática?

Entrevistado 3: Para a saúde mental não!

Entrevistado 6: Acho que no escrito é muito bonito, mas na prática fica desejar. Mas é isso do papel do enfermeiro é muito bonito que a gente aprende na faculdade, mas no dia a dia...

Interlocutor: Vocês acreditam que a enfermagem traz elementos para que esse trabalhador que se percebe nesse processo de atuação? Aquele que faz uma atuação um pouco mais aqui equivocada?

Entrevistado 6: Eu acredito que é uma coisa de caráter mesmo.

Entrevistado 6: Vai saber se também não tem as vezes um transtorno de ter prazer no sofrimento do outro.

Entrevistado 4: Eu concordo muito com ela, acho que tem coisa que não tem como justificar por um sofrimento, eu acho que é uma questão mesmo de ser gente, tem gente que é mesmo escrota.

APÊNDICE C - Casos Hipotéticos para Realização do GF

Caso 1

AMD dezoito anos, dá entrada no serviço por terem ingerido duas cartelas de remédio chorando, sentindo tontura e enjoô, diz que não quer mais viver. Médico atende, prescreve intervenção medicamentosa e lavagem estomacal.

Caso 2

32 anos dá entrada ao serviço desmaiada com nistagmo movimentos voluntários de ambos os olhos com resposta a estímulo doloroso é a quarta vezes na semana que procura atendimento pelo mesmo motivo, nas outras vezes a médica disse que era dnv, foi medicada e liberada a unidade está lotada de outros casos como você analisa a intervenção dispensada a esse caso?

caso 3

RV 29 anos usuário de álcool e Outras Drogas a guarda municipal o trás até o serviço algemado por estar muito agitado, nervoso e pouco solícito disse que quer pegar o cara que bateu nele na rua, novamente a unidade está lotada de casos e com pouco efetivo de trabalhadores como você analisa essa intervenção dispensada?

ANEXOS

ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS AUTORRELATADAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SAÚDE MENTAL

Pesquisador: GILSON ALTOE JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58125322.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.413.924

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de uma estudo Transversal, qualitativa, exploratória, por meio de grupo focal. A finalidade do estudo é compreender as estratégias autorrelatadas de comunicação utilizadas pela enfermagem na assistência em saúde mental e analisar tais estratégias a luz das teorias de comunicação terapêutica de Travelbee e Stefanelli. A população do estudo será constituída pelos profissionais de enfermagem que atuem na Unidade de pronto atendimento (UPA), centro de atenção psicossocial (CAPS) infantil e adulto, SAMU do município de Ibiporã – PR .O número de sessões de grupo focal será delimitado de acordo com a saturação dos dados, ou seja, quando novas informações não forem adicionadas no discurso dos sujeitos. O grupo focal será coordenado pelo pesquisador e terá duração de até uma hora e será admitida a realização de encontros adicionais até que a saturação dos dados seja atingida .A reunião do grupo focal obedecerá às seguintes etapas: 1) Apresentação dos objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) Discussão de acordo com os objetivos da pesquisa por meio de pergunta aberta disparadora; 3) Encerramento/agradecimento. Reunião será gravada em áudio com anotações em diário de campo. Os resultados esperados são proporcionar reflexões acerca do cuidado prestado a pessoas com sofrimento mental ; proporcionar a identificação das estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de enfermagem no atendimento as pessoas com sofrimento mental e se são realmente terapêuticas; de forma a proporcionar condições para o manejo adequado dos profissionais."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as estratégias autorrelatadas de comunicação utilizadas pela enfermagem na assistência em saúde mental.

Objetivo Secundário:

- Identificar, por meio de grupo focal, as estratégias autorrelatadas de comunicação no contexto de assistência em saúde mental por profissionais de enfermagem;
- Analisar tais estratégias a luz das teorias de comunicação terapêutica de Travelbee e Stefanelli (1993).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

O estudo considera que os riscos são mínimos e caso algum participante possa apresentar qualquer alteração emocional advinda da participação do estudo no grupo focal, o pesquisador garante uma assistência psicológica de forma voluntária e sem custos.

Benefícios:

Espera-se que o estudo possa proporcionar:

- Reflexões acerca do cuidado prestado a pessoas com sofrimento mental ;
- Revisitar as práticas exitosas de cuidado;
- E proporcionar a identificação das estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de enfermagem no atendimento as pessoas com sofrimento mental e se são realmente terapêuticas; de forma a proporcionar condições para o manejo adequado dos profissionais.
- Esperamos verificar se as formas de comunicação terapêuticas utilizadas pelos profissionais de Enfermagem estão sendo emancipadoras, cuidadosas, acolhedoras, que possibilitem uma vinculação do paciente com a equipe de saúde e possa auxiliar na melhor recuperação em um momento de vulnerabilidade física e psíquica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do assunto proposto. O projeto apresenta relevância social e científica devidamente justificados, os materiais e métodos empregados são pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

QUANTO À FOLHA DE ROSTO:

- A folha de rosto contém a assinatura do pesquisador responsável;
- Contém a assinatura do responsável pela instituição onde se realizará a pesquisa - Coordenação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

QUANTO AO TCLE:

- O TCLE está construído de acordo com as resoluções vigentes.
- A redação está em forma de convite com linguagem clara e acessível apropriada aos participantes;
- Apresenta o título, nome do responsável pela pesquisa, local de realização da pesquisa objetivos, detalhamento dos procedimentos e métodos a serem utilizados, benefícios da pesquisa, riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa juntamente com providências de acolhimento e formas de minimizar, reduzir ou evitar os riscos;
- Está garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete em qualquer ônus ou prejuízo ao participante;
- Está garantida a manutenção do sigilo e da confidencialidade dos voluntários preservando a sua identidade durante toda a pesquisa;
- Foi garantido ao voluntário o direito ao ressarcimento das possíveis despesas decorrentes da pesquisa;
- Consta no TCLE informações referentes ao e-mail, telefone pessoal e endereço do responsável pela pesquisa, bem como informações do e-mail, telefone e endereço do CEP-UEL;
- Garantia que TCLE será em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra que ficará com pesquisador.

QUANTO À DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE:

- A declaração de autorização foi apresentada;
- Apresenta o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal;
- Informa o que será realizado na instituição coparticipante;
- Informa o período em que os dados serão coletados;
- Apresenta a assinatura do responsável pela instituição: Secretária Municipal de Saúde de Ibiporã;

- Indica que a coleta de dados somente ocorrerá após a aprovação

do projeto pelo CEP-UEL. QUANTO AO CRONOGRAMA:

- Está adequadamente descrito, indicando cada fase do estudo;

- A coleta de dados está prevista para o período de 31/05/2022 a 10/06/2022;
- Indica que a coleta de dados terá início apenas após aprovação do CEP.

QUANTO AO ORÇAMENTO:

- A pesquisa apresenta o orçamento detalhado, no valor de R\$ 135,00, com financiamento próprio;
- Há coerência entre o método e o orçamento apresentados.

FORMULÁRIO

- Foi apresentado um formulário para registro de dados sociais e laborais.

PROJETO DETALHADO

- Devidamente apresentado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;

- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos

créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1834731.pdf	26/04/2022 09:03:45		Aceito
Outros	dadoscaracterizacao.docx	26/04/2022 09:00:21	Regina Celia Bueno Rezende Machado	Aceito
Declaração de concordância	autorizacaoinstituicaoprotocolo.pdf	26/04/2022 08:59:44	Regina Celia Bueno Rezende Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/04/2022 08:59:24	Regina Celia Bueno Rezende Machado	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	26/04/2022 00:02:45	Regina Celia Bueno Rezende Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.docx	26/04/2022 00:01:43	Regina Celia Bueno Rezende Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 17 de
Maio de 2022

Assinado por:
Adriana
Lourenço Soares
Russo
Coordenador(a)

ANEXO B - Carta de Bauru

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma

sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.