

JUSSARA ALVES COUTINHO

**O DILEMA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS:  
COMPOSIÇÕES ENTRE BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AUTONOMIA.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS-BRASIL  
2019

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da  
Universidade Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

C871d  
2019      Coutinho, Jussara Alves, 1981-  
            O dilema das internações psiquiátricas involuntárias :  
            composições entre bioética da proteção e autonomia / Jussara Alves  
            Coutinho. - Viçosa, MG, 2019.  
            xi, 92 f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Andréia Patrícia Gomes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Saúde mental. 2. Bioética. 3. Paternalismo. 4. Autonomia.  
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e  
Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.  
II. Título.

CDD 22. ed. 362.20425

JUSSARA ALVES COUTINHO

**O DILEMA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS:  
COMPOSIÇÕES ENTRE BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AUTONOMIA.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 08 de julho de 2019.

---

Rodrigo Siqueira Batista  
(Coorientador)

---

Beatriz Santana Caçador

---

Andréia Patrícia Gomes  
(Orientadora)

## DEDICATÓRIA

À minha família por dar sentido a tudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos participantes da pesquisa que viabilizaram o estudo.

Aos funcionários da UFV por me guiar em caminhos que desconhecia.

À Professora Andréia Patrícia Gomes pela paciência além da expertise.

## LISTA DE ABREVIATURAS

%	Percentual
ACT	Tratamento Comunitário assertivo
CEP/UFV	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTO	Ordem de Tratamento Comunitário
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE TABELAS

### **Artigo 2**

Tabela 1: Profissão dos participantes

Tabela 2: Tempo de profissão e de trabalho no município

### **Artigo 3**

Tabela 1: Profissão dos participantes

## LISTA DE QUADROS

### **Artigo 2**

Quadro 1: Categorias e Subcategorias do questionário

Quadro 2: Categorias e Subcategorias do grupo focal

### **Artigo 3**

Quadro 1: Categorias e Subcategorias do questionário

Quadro 2: Categorias e Subcategorias do grupo focal

## RESUMO

COUTINHO, Jussara Alves, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2019. **O Dilema das Internações Psiquiátricas Involuntárias: composições entre bioética da proteção e autonomia.** Orientadora: Andréia Patrícia Gomes. Coorientador: Rodrigo Siqueira Batista, Deíse Moura de Oliveira e Leandro David Wenceslau.

A assistência psiquiátrica historicamente promoveu a marginalização. Uma nova direção é tomada a partir da reforma psiquiátrica, promovendo o cuidado na comunidade e a valorização da autonomia do paciente. Apesar das leis se adaptarem a essa nova perspectiva de cuidado, com maior valorização dos direitos e da dignidade humana, estudos mostram que a prática é muito mais complexa, expondo os profissionais que lidam com pacientes psiquiátricos a muitas questões éticas, sobretudo dilemas que envolvem as medidas coercitivas. Esse cenário justifica as inquietações que desenharam esse estudo de natureza qualitativa, que objetivou compreender a percepção dos profissionais de a Rede de Atenção Psicossocial de um município no interior de Minas Gerais, sobre os problemas bioéticos relacionados às internações psiquiátricas não voluntárias; ademais, conhecer os aspectos éticos/bioéticos que envolvem tais internações e propor as ferramentas da bioética no processo de tomada de decisão. Os dados foram coletados por questionário e grupos focais e os resultados foram analisados através da análise de conteúdo de Laurence Bardin. Uma revisão de literatura contribuiu para interpretação e construção das categorias. Como resultados, obteve-se categorias relacionadas à percepção dos profissionais participantes sobre os aspectos bioéticos das internações coercitivas. Emergiram dos questionários as categorias: ética da profissão; ramo da filosofia; conceito abrangente; dificuldade em conceituar; envolvimento da família no cuidado; autonomia do paciente; medidas utilitaristas; alocação de recursos; ética profissional; judicialização do cuidado e medicalização. E as categorias que emergiram dos grupos focais: Ética da profissão; Ramo da filosofia; Dificuldade em conceituar; Envolvimento da família no cuidado; Autonomia do paciente; Medidas utilitaristas; e Beneficência sobrepõe à autonomia. Concluindo, que apesar dos participantes apresentarem dificuldade em transitar pelos conceitos da Bioética, reconhecem problemas

Bio(éticos) nas internações involuntárias. Surge ainda, categorias relacionadas à percepção dos participantes sobre a assistência prestada nos serviços que abrangem a rede de atenção psicossocial estudada e a análise temática dos questionários, resultou nas categorias: cabe ao serviço a assistência psiquiátrica; o serviço não está apto à assistência psiquiátrica; o profissional se sente capacitado; dificuldades do profissional; internações voluntárias são necessárias e transgressão de direitos. Como resultado, da análise dos grupos focais, surgiram as categorias: o serviço não está apto à assistência psiquiátrica; dificuldades do profissional; último recurso e deficiência da rede de atenção. Dessa forma, pode-se concluir que a maioria dos participantes enxerga as internações involuntárias de maneira alinhada a outros estudos, mas dão destaque importante à falta de capacitação e formação dos profissionais em saúde mental e na ausência de estrutura e articulação dos serviços. Esse trabalho propõe a bioética como importante suporte na tomada de decisão dos profissionais.

## ABSTRACT

COUTINHO, Jussara Alves, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July, 2019. **Dilemma of the Involuntary Psychiatric Hospitalizations: compositions between bioethics of the protection and autonomy.** Advisor: Andréia Patrícia Gomes. Co advisors: Rodrigo Siqueira Batista, Deise Moura de Oliveira and Leandro David Wenceslau.

The mental health care has historically been exposed to marginalization. A new direction is taken through psychiatric reform, promoting care in the community and enhancement of patient autonomy. Although laws adapt to this new perspective of care, with a greater appreciation of human rights and dignity, studies show that praxis is much more complex, exposing professionals dealing with psychiatric patients to many ethical issues, especially dilemmas involving coercion measures. This scenario justifies the uneasiness that has shaped this study. It is a qualitative study that aimed to understand the perception of the professionals of the Network of Psychosocial Care of a municipality in Minas Gerais about the bioethical problems related to non-voluntary psychiatric hospitalizations, to know the ethical / bioethical aspects that related such hospitalizations and to propose the Bioethics' tools in the decision-making process. The method of data collection was an interview followed by focus groups, and the results were analyzed through content analysis of the Laurence Bardin. A literature review contributed to the interpretation and construction of the categories. As results, we obtained categories related to the perception of the participating professionals about the bioethical aspects of coercive hospitalizations. The following categories emerged from the questionnaires: Ethics of the profession; Branch of philosophy; Comprehensive concept; Difficulty in conceptualizing; Family involvement in care; Patient autonomy; Utilitarian measures; Resource allocation; Professional ethics; Judicialization of care; and Medicalization. And the categories that emerged from focus groups: Ethics of the profession; Branch of philosophy; Difficulty in conceptualizing; Family involvement in care; Patient autonomy; Utilitarian measures; and Beneficence overrides autonomy. concluding that although participants have difficulty transiting the concepts of bioethics, they recognize bio (ethical) problems in involuntary hospitalizations. And categories related to the participants' perception of the assistance provided in the services that comprise the studied psychosocial care network, thematic analysis of the questionnaires resulted in the following categories:

The service is not fit for psychiatric care; Professional difficulties; Last resort; and the category Network disability. Thus, it could be concluded that most participants see involuntary hospitalizations in line with other studies but highlight the lack capacity building and training of mental health professionals and in the absence of structure and articulation of the services. This paper proposes bioethics as an important support in the decision making of the professionals.

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	1
2. INTRODUÇÃO .....	2
3. OBJETIVOS .....	5
3.1 Objetivo Geral .....	5
3.2 Objetivos Específicos.....	5
4. MÉTODOS.....	6
5. PRODUTOS FINAIS.....	10
5.1. Artigo 1.....	11
O Dilema Das Internações Psiquiátricas Involuntárias: Composições Entre Bioética Da Proteção E Autonomia.....	11
5.2. Artigo 2.....	28
Percepção de Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de Um Município de Minas Gerais sobre as Questões Bioéticas que Envolvem as Internações Psiquiátricas Involuntárias .....	28
5.3. Artigo 3.....	49
Fragilidades da rede de atenção psicossocial relacionadas às demandas de internação psiquiátrica não voluntária.....	49
5.4. Oficina .....	72
6. CONCLUSÕES.....	80
7. REFÊNCIAS .....	82
7.1. Introdução.....	82
7.2. Método.....	82
APÊNDICE A.....	84
APÊNDICE B .....	87
ANEXO A.....	88
ANEXO B .....	92

## 1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró – Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução, objetivos gerais e específicos, três artigos científicos, uma oficina de capacitação e uma conclusão. O artigo 1 “*O Dilema das Internações Psiquiátricas Involuntárias: composições entre bioética da proteção e autonomia*” foi formatado de acordo com as normas da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, (Qualis B1), para a qual o artigo foi submetido. O artigo 2 foi intitulado “*A Percepção dos Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de um Município de Minas Gerais sobre as Questões Bioéticas que envolvem as Internações Psiquiátricas Involuntárias*”. O artigo 3 foi intitulado “*Fragilidades da Rede de Atenção Psicossocial Relacionadas às Demandas de Internação Psiquiátrica não Voluntária*”.

## 2. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais têm um histórico ligado às questões sociais e morais, o que justificou, durante séculos, uma assistência psiquiátrica voltada para o asilamento, marginalização e a tratamentos punitivos. As mudanças nesse modelo ocorrem na Europa a partir de meados do século XX; no Brasil, essas mudanças se consolidam na legislação no início do século XXI. (ARBEX, 2013; FOUCAULT, 2017)

Com o advento da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, considerada símbolo das lutas pela reforma psiquiátrica, assume-se uma mudança de paradigma na política nacional de saúde mental no país. Entre outras disposições, seu texto trata sobre a proteção dos interesses das pessoas com transtornos mentais e dá uma nova direção à assistência à saúde mental no país. Para tanto, institui garantias ao indivíduo com transtorno mental, assegurando-lhe o direito à cidadania e a ser visto de forma integral, observando-se os princípios constitucionais e infraconstitucionais, com destaque para aqueles sobre os quais o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se ancorado. Nesse sentido, proíbe-se a institucionalização desses pacientes, salvo nas exceções previstas, quais sejam, as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória. (BRASIL, 2004).

A reestruturação dos serviços de saúde foi normatizada pela Portaria 3088/2011 a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece os pontos de atenção para a assistência aos indivíduos que sofrem de transtorno mental ou necessitam de assistência relacionada ao uso abusivo de substâncias, garantindo a assistência e esse grupo de usuários em todos os níveis de atenção da saúde sendo a Atenção Básica a porta de entrada nos serviços. (BRASIL, 2011)

Nessa perspectiva, ganham destaque serviços como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Serviço de Residência Terapêutica (SRT); os Hospitais Gerais passam a reorganizar sua estrutura para disponibilizar leitos psiquiátricos, bem como os ambulatórios e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem assegurar atendimento aos pacientes em seu âmbito. Desse modo, são fortalecidas as relações intersetoriais dentro da gestão pública, articuladas com redes de apoio comunitárias (BRASIL, 2011).

Segundo DANZER (2016), O histórico de modelos de assistência à saúde mental, baseados na coerção e na ausência de autonomia do paciente e na falta de

dignidade nos tratamentos, contribuiu para a falta de aderência do mesmo aos planos de cuidados oferecidos pelos serviços de saúde mental.

A minha experiência profissional me permitiu observar uma resistência dos profissionais em todos os níveis de atenção, exceto dos serviços especializados em saúde mental, em assistir o paciente portador de transtorno mental.

Em pouco mais de uma década de profissão vivenciei a rotina de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuei em Hospital de Nível I e metade da minha vida profissional me dediquei ao Suporte Avançado de Vida do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), onde a resistência dos profissionais do serviço em se deslocar para as emergências psiquiátricas era evidente, assim como a rejeição dos profissionais que recebiam o mesmo paciente no Pronto Socorro dos Hospitais. A atuação em um CAPSI, no município de Ervália-MG no ano de 2016, me permitiu visualizar a negação dos profissionais da Atenção Básica no cuidado ao usuário que sofre de transtorno mental, sobretudo grave, e nesse mesmo tempo a busca pela internação psiquiátrica, que partia dos familiares; sociedade; instituições; entre as quais se destaca o judiciário, o que levou ao mal-estar que me conduziu a esse estudo. Não raro, o internamento compulsório pela via da judicialização, se deu ainda que à revelia do parecer da equipe multiprofissional, que o considerava a medida desnecessária.

Já em meio acadêmico, como estudante de Mestrado, essas inquietações se encaminharam para os aspectos Bioéticos das internações psiquiátricas coercitivas.

A Bioética e as teorias que a sustentam são relativamente recentes, surgiram pós Segunda Guerra Mundial como necessária para impedir que a ciência e, sobretudo, a biotecnologia, utilizasse o homem como meio e não como fim, justificando atrocidades e desrespeitos à dignidade da pessoa humana. A Bioética da Proteção foi concebida por dois autores latino-americanos, Schramm e Kottow, em 2001, a qual considera a vulnerabilidade como fator importante quando se pensa em autonomia, uma vez que populações com determinantes sociais, econômicos e culturais comprometidos podem estar sujeitos à exploração mascarada pela autonomia própria e inexistente. (REGO, PALÁCIOS E CIQUEIRA-BATISTA; 2014). Schramm (2006) vai além à proposição quando considerada o conceito de vulnerado, ou seja, a vulnerabilidade humana pode ser compreendida como a condição de finitude e fragilidade inerente a todos os seres vivos (ALMEIDA, 2010), mas

vulnerados implica em uma vulnerabilidade mais restrita, são aqueles que diante da injustiça social são excluídos de direitos fundamentais sociais, o que os leva concretamente a uma situação de menos valia, marginalização e os expõe a uma falsa possibilidade de escolha.

Nessa perspectiva, o respeito à autonomia do outro deve considerar suas insuficiências, assim, a autonomia deve ser pensada considerando as vulnerações, entendidas como as fragilidades as quais estão expostos cada pessoa ou grupo. Esse estudo enxerga o transtorno mental grave como uma vulneração que pode afetar a autonomia do indivíduo, cabendo o olhar da Bioética da Proteção como apoio aos seus interesses.

Esse novo ângulo ao qual me propus a enxergar as internações psiquiátricas não voluntárias, trouxe à tona algumas questões que permeiam a construção deste estudo: *qual a percepção dos profissionais da rede de atenção psicossocial (RAPS) acerca das internações psiquiátricas involuntárias? Com relação aos aspectos éticos/bioéticos, como é pensada a internação involuntária? Há como pensar utilizando a caixa de ferramentas da bioética, melhores processos de tomada de decisão e, por conseguinte, decisões mais adequadas?*

Diante deste contexto, questiona-se a internação psiquiátrica coercitiva no Brasil: uma cultura de assistência paternalista, a proteção do indivíduo ou a valorização da autonomia. Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de uma posição (Bio) ética que subsidie as decisões dos profissionais de saúde e até mesmo do judiciário que vivenciam rotineiramente essa questão. Propõe-se, a partir da reflexão fomentada, obter a relevante melhoria na qualidade de vida dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais (sobretudo graves) e/ou estão comprometidos pelo uso abusivo de entorpecentes.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde da rede de atenção psicossocial (RAPS) acerca dos problemas bioéticos relacionados à internação psiquiátrica não voluntária.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Investigar a percepção dos profissionais de saúde da RAPS em face das internações psiquiátricas coercitivas e da participação do serviço de saúde no qual está alocado nesse processo;
- Verificar a percepção quanto às questões Bioéticas envolvidas nas internações coercitivas;
- Discutir as questões (Bio)éticas envolvidas nas internações psiquiátricas coercitivas à luz da Bioética da Proteção e Autonomia.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. Questões éticas**

Entendendo que a ética na pesquisa científica deve preceder qualquer relevância de um estudo, neste trabalho as questões éticas tomam o seu lugar, antecedendo outros aspectos do método. De maneira costumeira tendem a ser descritas em última posição ainda que seja o primeiro compromisso do pesquisador com a população.

Assim sendo, este estudo atende à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Foi apreciado e julgado pelo Comitê de ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Viçosa. Os participantes do estudo foram informados devidamente sobre os objetivos da pesquisa através de uma carta de apresentação lida e explicada a cada informante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado e depois de compreendido assinado pelo informante, o qual foi exposto à baixo risco devido à participação nesse estudo, sendo este o constrangimento em uma eventual pergunta. Todos os participantes foram orientados sobre o direito de recusar a participar do estudo em qualquer tempo sem danos ou prejuízo por esta ação.

O representante do Município estudado teve conhecimento sobre o objeto e o objetivo desse estudo, sendo os dados coletados mediante autorização prévia.

### **4.2. Natureza da pesquisa**

O estudo é de natureza descritiva pautado em uma abordagem qualitativa.

TURATO (2013, p.195) denota o Método Qualitativo como *compreensivo-interpretativo* uma vez que o objeto de estudo do pesquisador, “são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos”. E nessa ótica, considerando que o objeto desse estudo é um fenômeno humano a ser desvelado, o qual não pode ser medido, experimentado ou controlado em um laboratório. O método qualitativo é o que melhor se adequa a esse estudo.

## 4.2. Método de Revisão Bibliográfica

Antecedendo a coleta de dados, foi realizada uma revisão de literatura, onde foram definidos os descritores junto ao DECS ( Descritores em Ciências da Saúde) e submetidos à base de dados PUBMED (U.S. Nacional Library of Medicine): **Bioethics of protection and psychiatry** , **Psychiatric hospitalizations and autonomy**, **Bioética da Proteção e Autonomia**, nas línguas inglês, português e espanhol, com filtros para os últimos cinco anos , de 2012 a 2017, resultando em 43 artigos e após a leitura de títulos e resumos foram selecionados 23 artigos para uma leitura aprofundada dos textos na íntegra.

Após a coleta de dados qualitativa, o conteúdo das respostas dos participantes, exigiu uma segunda revisão de literatura. Foram utilizadas as palavras chaves **bioética e psiquiatria**, **bioética e internação involuntária**, **bioethics and psychiatry and involuntary treatment**, **psychiatric**, para a realização de pesquisa bibliográfica no portal de periódicos da CAPES, sendo estabelecidos como filtro: o período de cinco anos - 2013 a 2018, artigos que fossem provindos de jornais revisados por pares, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, tendo sido recuperados 123 artigos, dos quais após a leitura de títulos e resumos, 29 foram diretamente relevantes para esta revisão. Além desses artigos, a fim de promover uma maior imersão no tema proposto, foram incorporadas ao resultado os livros História da Loucura (Foucault, 2017), Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013) e Bioética para Profissionais de Saúde ( Rego, Palácios e Siqueira-Batista, 2014) além de leis e portarias que subsidiam a assistência psiquiátrica no Brasil.

## 4.2. Campo da pesquisa

O recorte espacial utilizado nesse estudo refere-se à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelecida no município de Ervália, microrregião de saúde de Ubá, macrorregião sudeste (Juiz de Fora), no estado de Minas Gerais, selecionada pela maior acessibilidade. A RAPS de Ervália é composta por oito unidades de Estratégia de Saúde da Família, significando uma cobertura de 100% da atenção básica; CAPS I; CAPS i; Fundação Hospitalar e uma Unidade de Saúde de atenção secundária.

Ervália localiza-se na região da Zona da Mata, de acordo com dados do site cidades.ibge.gov.br acessado dia 20/10/2017, com população estimada de 19.015 habitantes, densidade demográfica 50,2 hab./Km<sup>2</sup>, um território de 357.489 Km<sup>2</sup>, índice de mortalidade infantil de 19,32 óbitos/nascidos vivos.

### **4.3. População / critérios de inclusão e exclusão**

A população selecionada para este estudo corresponde aos trabalhadores das equipes multiprofissionais que atuam na RAPS do município de Ervália.

Os informantes são aquelas pessoas que melhor podem falar sobre um determinado assunto, logo selecionei a equipe técnica de formação superior, devido à complexidade desse tema e pelo grau de responsabilidade que assumem diante das interações psiquiátricas.

Assim, os critérios de inclusão para este estudo correspondem: os trabalhadores das equipes multiprofissionais de formação superior que atuam na RAPS de Ervália, que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles sem nível de escolaridade superior e os que não assinaram o TCLE.

### **4.4. Coleta de dados**

O delineamento dos principais problemas bioéticos relacionados às interações involuntárias, identificados pelos trabalhadores da RAPS do município de Ervália-MG, deu-se em duas etapas: a primeira etapa consistiu na aplicação de um questionário e a segunda etapa na realização de três grupos focais.

#### **4.4.1. Questionário**

O questionário foi aplicado objetivando atingir um número maior de informantes, ocupar menos tempo do participante, foi estruturado com perguntas abertas de modo a evitar respostas rápidas e/ou sem significado, permitindo o pensamento elaborado livremente. Foram entregues 44 questionários, houve 39 participantes. Essa etapa durou três meses.

#### 4.4.2. Grupo Focal

O método qualitativo grupo focal, segundo CARLINI-COTRIM (1996, p.286)) “é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produtos e serviços”. Neste tipo de método de coleta de dados, o moderador (pesquisador) instiga os participantes a uma interação através de roteiro e a partir disso coleta-se os dados. Todos os participantes do questionário foram convidados a participar de três datas distintas de grupo focal, houve 16 participantes, totalizando 121 minutos de gravação.

#### 4.5. Análise de dados

Por fim, os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo à luz de **Laurence Bardin**, o qual em BARDIN (2016, p.42) utiliza uma definição de Berelson que classificou a técnica como “*objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem como finalidade a interpretação dessas mesmas comunicações*”. Desta forma, a técnica foi utilizada de forma sistemática, as informações foram agrupadas por categorias e subcategorias, contribuindo para facilitar a análise dos resultados, através da sistematização das frequências, das características e das associações.

## 5. PRODUTOS FINAIS

Este estudo resultou em três artigos científicos sendo um artigo fruto de uma Revisão de Literatura e dois artigos originais frutos do estudo empírico. E, ainda um modelo de oficina que deverá ser ofertada aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Ervália – MG com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 1: O Dilema das Internações Psiquiátricas Involuntárias: composições entre bioética da proteção e autonomia.

Artigo 2: A percepção dos profissionais da rede de atenção psicossocial de um município de Minas Gerais acerca das questões bioéticas que envolvem as internações psiquiátricas involuntárias.

Artigo 3: Fragilidades da Rede de Atenção Psicossocial relacionada às demandas de internação psiquiátrica não voluntária.

Oficina de Bioética em Saúde Mental.

## 5.1. Artigo 1

O Dilema Das Internações Psiquiátricas Involuntárias: Composições Entre Bioética Da Proteção E Autonomia.

### **Resumo**

A violação dos direitos civis e fundamentais dos pacientes é presente de maneira significativa na história e prática da assistência psiquiátrica no mundo e no Brasil. Assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil significou a mudança de leis garantindo direitos e fortalecendo a atenção psiquiátrica sem exclusão da comunidade, considerando os efeitos estigmatizantes e excludentes das institucionalizações de longa permanência. Apesar das leis e portarias de saúde mental no Brasil respeitarem a dignidade e cidadania do indivíduo, há, ainda, dificuldades no cotidiano do trabalho, sobretudo no que concerne a pacientes acometido por transtornos mentais graves. Tal situação expõe os profissionais frequentemente a dilemas éticos e à tomada de decisão sujeita à transgressão de direitos, mais relevante de comentário o respeito à autonomia da pessoa. Esse estudo de revisão propõe uma discussão bioética diante das internações psiquiátricas involuntárias, promovendo a ampliação do conhecimento com a proposição de que a caixa de ferramentas da bioética consubstanciará o processo de tomada de decisão mais adequado ao maior interessado, ou seja, o paciente, diante de conflitos éticos, priorizando-se a dignidade da pessoa humana, assim como a autonomia do sujeito, protegendo-o e priorizando um cuidado integral e de qualidade.

Palavras-Chave: Autonomia, Bioética, Paternalismo, Proteção.

## Dilemma Of The Involuntary Psychiatric Hospitalizations: Compositions Between Bioethics Of The Protection And Autonomy

### ABSTRACT

Civil and fundamental rights suffer significant transgression in the history and practice of psychiatric care in the world and in Brazil. So, the psychiatric reform in Brazil signified changing laws ensuring rights and fortifying psychiatric care without excluding the community, considering the effects of stigma and exclusion of the prolonged hospitalizations. Although the laws and ordinances of mental health in Brazil respect the dignity and citizenship of the individual, there are still difficulties in the daily work, especially in the case of patients affected by serious mental disorders. This situation often exposes professionals to ethical dilemmas and decision-making power subject to transgression of rights, especially respect for one's autonomy. This review study proposes a bioethical discussion in the face of involuntary psychiatric hospitalizations, promoting the expansion of knowledge with the proposition that the resources of bioethics will substantiate the decision making process best suited to the most interested, the patient, in the face of ethical conflicts, prioritizing the dignity of the human person, as well as the autonomy of the subject, protecting it and prioritizing integral care and of quality.

Keywords: Autonomy, Bioethics, Paternalism, Protection.

## **Introdução**

A ciência e as novas tecnologias deflagram, frequentemente, no âmbito do cuidado integral à saúde, conflitos éticos, deixando um espaço aberto para a reflexão crítica e a proposição de respostas que, mesmo sendo temporárias, podem contribuir para uma atenção mais digna e humanizada aos pacientes. Este trabalho proporá que a Bioética, campo interdisciplinar de saber, poderá, exatamente, se apresentar como ferramenta, visando contribuir para a fundamentação e melhoria de ações de saúde. Tomar-se-á para objeto de investigação o dilema da internação psiquiátrica involuntária<sup>1</sup>. Para tal, descrever-se-á, brevemente, o problema, propondo em seguida, caminhos ou percursos bioéticos para a discussão, com base no estado atual da arte.

A assistência psiquiátrica na história foi marcada por inúmeros abusos, pela animalização do indivíduo<sup>2</sup>, o que só foi questionado a partir de meados do século XX pela reforma psiquiátrica<sup>3</sup>. No Brasil, este movimento ganha força na década de 80 desse século, se concretizando, no entanto, no século XXI com a reformulação das leis de proteção à saúde mental<sup>4</sup>.

Marginalizado pela sociedade, o portador de transtorno mental não se opôs à exclusão pois foi limitado e definido por um transtorno. Forçado a um ambiente arbitrário, o homem, em qualquer condição mental, se adapta às normas da instituição assumindo um comportamento fruto de uma resposta ao ambiente hostil e excludente. O fim da institucionalização significou o fim do que o homem se tornou no cárcere e surge a necessidade de se reconstruir como ser humano através de modelos de atenção na comunidade<sup>5</sup>.

Apesar da mudança de paradigma proposta, passando-se de um modelo de atenção paternalista e opressor para uma crescente valorização da autonomia destes sujeitos, na prática cotidiana, ainda se observam transgressões aos seus direitos, denotando que os anseios de proteção são um desafio permanente e atual, diante ainda hoje das ambivalências existentes no cuidado em saúde mental<sup>6</sup>.

A partir desta perspectiva, o estudo objetiva auxiliar na verificação das propostas de cunho bioético acerca do sujeito que sofre de doença mental, com foco principal no princípio da autonomia, tomando como recorte a internação psiquiátrica involuntária. Com estas reflexões, se pretende subsidiar a discussão bioética diante das internações psiquiátricas involuntárias, promovendo-se a ampliação do conhecimento, entre os profissionais de saúde, dos saberes e teorias, como também estabelecendo uma discussão que seja capaz de auxiliar na verificação de problemas bioéticos, fortalecendo o processo de tomada de decisão e garantindo

a construção da competência ética, que, associada à competência técnica, garantirão o sucesso de um cuidado mais humanizado e efetivo à população.

### **O Método**

Esse é um artigo de revisão de literatura, que está inserido dentro de um estudo maior acerca da investigação de âmbito moral/bioético no cuidado de pacientes com saúde mental. As palavras-chave consultadas no DECS (decs.bvs.br): bioética e psiquiatria, bioética e internação involuntária, *bioethics and psychiatry and involuntary treatment, psychiatric*, foram utilizadas para a realização de pesquisa bibliográfica no portal de periódicos da CAPES, sendo estabelecidos como filtro o período de cinco anos - 2013 a 2018, e definidos como critérios de inclusão artigos que fossem provindos de jornais revisados por pares, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, tendo sido recuperados 123 artigos, dos quais após a leitura de títulos e resumos, 29 foram diretamente relevantes para esta revisão. Além desses artigos, a fim de promover uma maior imersão no tema proposto, foram incorporadas ao resultado os livros História da Loucura (Foucault, 2017), Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013) e, Bioética para Profissionais de Saúde (Rego, Palácios e Siqueira-Batista, 2014), além de leis e portarias que subsidiam a assistência psiquiátrica no Brasil.

Os resultados serão apresentados seguindo as seções abaixo.

### **O Internamento**

Michel Foucault <sup>2</sup>, em sua obra História da Loucura, levanta fatos e propõe reflexões que vão além da trajetória de reconhecimento dos transtornos mentais pela medicina, mostrando que durante séculos a sociedade preocupa-se em segregar os diferentes, sobretudo aqueles que não cabiam nos padrões morais de cada tempo. Assim, coube à moral definir os limites entre razão e loucura e o papel da medicina surge mais tarde, cabendo a ela triar e rotular.

Durante a alta Idade Média destaca-se o isolamento através de estruturas físicas, os leprosários, criadas para banir as pessoas com lepra. Apesar dos relatos mais antigos sobre a Lepra, ela se dissemina a partir das cruzadas o que justifica nessa época a maior marginalização. Em um momento em que todas as coisas se explicavam pela vontade de Deus, o banimento significava a salvação e uma forma de comunhão <sup>2</sup>

Quando a lepra não mais assombrava as estruturas e os “pecadores” haviam sido exilados do convívio dos dignos, as doenças venéreas passam pelo mesmo movimento de segregação, tendo sua ocorrência tomada como crivo entre os justos e os pecadores, ou seja, os sãos e os doentes <sup>2</sup>.

A loucura, diferente das duas anteriormente mencionadas, antes de ocupar a posição de isolamento e exclusão social, foi tida como positiva principalmente durante o período da Renascença, quando o pensamento crítico era manifestado muitas vezes na imagem do louco, que tornou personagem importante em muitas obras artísticas, literatura e teatro <sup>2</sup>. É, somente na Era Clássica Foucaultiana, que a loucura assume o papel de isolamento e marginalização. Exatamente em um momento de miséria, desencadeada por uma grave crise econômica na Europa, surge o sentido para a palavra internamento. As estruturas que foram ocupadas, previamente, pelos leprosos, deram lugar às casas de internamento, criadas para solucionar o problema da pobreza e da desordem das cidades, assim como para justificar a repressão a posturas opostas às crenças vigentes, à transgressão da moral e dos bons costumes da sociedade. No século XVII, mais de 1% da população de Paris havia sido internada <sup>2</sup>.

A consciência médica da loucura surge no cenário das casas de internamento, onde os indivíduos que apresentavam alguma deficiência mental se destacavam pela falta de enquadramento nas regras <sup>2</sup>.

Durante o século XVIII, a miséria tem alta das casas de internação; permanecem internadas as pessoas afetadas pelos transtornos mentais e os criminosos. Alguns teóricos da época questionaram o fato desses dois grupos dividirem as mesmas estruturas. De um lado, os criminosos eram vistos como vítimas ao serem misturados aos alienados, por outro lado defendeu-se a necessidade daqueles que sofriam de transtorno mental<sup>2</sup>.

O final do Século XVIII e século XIX é marcado pelo surgimento dos asilos psiquiátricos e da necessidade de assistência à saúde mental. Pinel na França e Tuke na Inglaterra são os primeiros a soltar as correntes dos ditos furiosos e apostar no tratamento em instituições exclusivas para transtornos mentais. Antes disso, o indivíduo com transtorno mental não havia sido tratado, mas isolado e exposto a todos os tipos de abusos <sup>2</sup>. Apesar disso, esses tratamentos não deixam as correntes dos padrões morais, que continuam a ditar os rumos dos tratamentos.

No Brasil, a realidade do que significou a assistência psiquiátrica não foi diferente da Europa, exceto pelo fato de que no século XX, a cultura de assistência psiquiátrica ainda significava o descaso, a tortura, o trabalho escravo, o genocídio, um verdadeiro Holocausto, como assim se referiu Arbex<sup>3</sup>, quando descreveu a atrocidade que significou a assistência psiquiátrica no Brasil, ao contar a história do maior hospital psiquiátrico do país, o de Barbacena, em Minas Gerais .

O Colônia, como era conhecido, foi inaugurado em 1903 com capacidade para atender duzentos pacientes. Contudo, com pouco tempo, se transformou em um grande depósito de pessoas, substituindo-se leitos por capim, a fim de aumentar a quota de internados <sup>3</sup>.

Apesar da exploração da mão de obra dos pacientes, e da venda de cadáveres para as universidades brasileiras, não havia roupas ou comida. Os pacientes ficavam nus e nas baixas temperaturas do inverno morriam cerca de dezesseis pacientes por dia <sup>3</sup>. A comida era escassa, chamada de ração pelos funcionários, era triturada o que se justificava pela falta de dentes dos pacientes. Para vencer a fome os pacientes alimentavam-se de animais como ratos e pombos. A animalização das pessoas era comum ao que se descreveu na Europa na Grande Internação do século XVII <sup>2,3</sup>.

Semelhantes às internações psiquiátricas da era clássica na Europa, eram os motivos pelos quais mais de 70% das pessoas eram internadas no Colônia: questões morais, políticas, desavenças familiares, ou seja, nenhuma relação com transtornos psiquiátricos. A loucura se instalava ali, envolvida por um cenário de terror; era a segregação e marginalização dos diferentes e daqueles que contrariavam os interesses e os comportamentos de uma sociedade egoísta, patrimonialista, preconceituosa e moralista <sup>2,3</sup>.

Foram mais de sessenta mil mortos no maior hospital psiquiátrico do Brasil, o qual desativou sua última cela em 1994, graças ao advento da Reforma Psiquiátrica, que ganhou força na década de 1980 <sup>3</sup>. A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi uma conquista de profissionais de saúde e intelectuais, culminando com a aprovação da lei 10216 em 2001, proibindo a institucionalização de pacientes psiquiátricos, salvo exceções, e criando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), modelo substitutivo às internações hospitalares. A reforma resultou na diminuição brusca de leitos psiquiátricos e principalmente no significado da assistência em saúde mental no Brasil no século XX <sup>4</sup>.

A legislação brasileira distingue três tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, involuntária e compulsória. A primeira se refere à internação com o consentimento do paciente; a internação involuntária não tem o consentimento do paciente e é definida por terceiros e a compulsória diz-se da internação determinada pelo judiciário <sup>4</sup>.

### **Coerção**

Diante da história do maior hospital psiquiátrico do Brasil, compreende-se a tragédia que pode significar o desrespeito aos princípios de justiça, autonomia, beneficência e não maleficência, o que mostra o desrespeito à dignidade humana, que significaram as internações involuntárias durante décadas no país <sup>8</sup>. A partir da promulgação da lei 10.216 no Brasil, há

uma mudança no paradigma do cuidado em saúde mental, com maior valorização do cuidado na comunidade, buscando a reinserção e reabilitação psicossocial, o que levou a criação de outras normas reguladas por portarias que subsidiaram tais mudanças. Estudos mostram que realidade semelhante ocorreu em outros países como Estados Unidos, China e países europeus como Noruega, Suécia, Suíça, Alemanha, dentre outros<sup>4,9,10</sup>.

A despeito das leis se adaptarem a uma nova realidade valorizando a humanização e o respeito à dignidade humana, a prática da assistência psiquiátrica, sobretudo quando se refere à pacientes com quadros graves, gera situações ambivalentes. Frequentemente medidas coercitivas são utilizadas, como contenção física, internações involuntárias, ordens de tratamento comunitárias (CTO's), além das coerções informais. Tais medidas frequentemente trazem desconforto aos profissionais de saúde ao mesmo tempo em que as veem como necessárias<sup>6,11,12</sup>.

De acordo com o Dicionário Online de Português<sup>13</sup> entende-se por coerção a “ação de coagir, de forçar alguém a fazer alguma coisa, repressão.” Há a distinção de três tipos de coerção quando se refere à assistência psiquiátrica: Coerção formal, informal e percebida como pode ser observado nos achados dos artigos encontrados<sup>14,15</sup>.

A coerção percebida se refere à percepção do paciente com relação às terapêuticas. Apesar de um paciente passar por um processo de internação voluntária, ele pode de forma subjetiva sentir-se forçado a realizar o tratamento<sup>14</sup>. A coerção formal, na maioria dos países, como regra, envolve a judicialização e, portanto, utiliza critérios legais para execução de tratamentos involuntários. A coerção informal refere-se ao uso de ameaças e mecanismos de persuasão aproveitando a desvantagem do paciente com relação principalmente aos profissionais<sup>15</sup>. Um estudo de grupo focal realizado em dez países de regiões socioculturais distintas mostra que apesar dos profissionais se sentirem desconfortáveis com a coerção informal, eles a consideram necessária e eficaz para proteção de si e da comunidade<sup>11</sup>.

Outro estudo sobre a coerção percebida, objetivando determinar como os pacientes expostos à internação involuntária percebem a coerção em relação àqueles que se internam voluntariamente, mostra que ambos percebem a coerção de maneira semelhante. Os primeiros por pressão interna e os últimos por meios judiciais. Homens jovens e dependentes químicos estão associados ao maior nível de coerção percebida. O estudo conclui que internações involuntárias devem ser evitadas e que a orientação do paciente sobre sua condição pode melhorar a adesão ao tratamento proposto<sup>14</sup>.

Observa-se que as internações involuntárias são utilizadas com o fim de controlar os riscos que os pacientes psiquiátricos significam para si ou aqueles a que sujeitam os outros, uma vez que as leis da maioria dos países colocam essa condição para a medida involuntária. No entanto, a eficácia na diminuição dos sintomas psiquiátricos não é tão significativa e não traz benefícios sociais, haja vista que aumenta o estigma e a cronicidade dos transtornos psiquiátricos<sup>16,17</sup>.

Entendendo as internações involuntárias como pouco terapêuticas, a coerção se estende em alguns países; a exemplo dos Estados Unidos e da Noruega, para a assistência comunitária, através das ordens de tratamento da comunidade (CTO's). Esse modelo se aplica a pacientes psiquiátricos diagnosticados com transtornos mentais graves, que podem envolver situações de risco quando não tratados, e não aderem aos tratamentos propostos levando a internações involuntárias frequentes<sup>18,19,20</sup>.

As CTO's condicionam o indivíduo ao controle rígido dos serviços de saúde mental na comunidade, e as internações involuntárias são facilitadas pelo programa caso o indivíduo não aceite os tratamentos<sup>18,19,20</sup>. Nesse modelo de atenção pode-se observar a concretização do que afligia o Basaglia, pensador da Reforma Psiquiátrica: uma vez vista como um problema, a institucionalização pode ganhar uma nova roupagem; se o indivíduo com transtorno mental não tem opção de escolha nos ambientes terapêuticos na comunidade, o sentimento de opressão é semelhante ao provocado pela institucionalização e o agravamento de sintomas psiquiátricos pode tornar-se uma fuga<sup>5</sup>.

### **O Respeito à Autonomia**

A saúde mental é uma área dos serviços de saúde, em que o direito de autonomia do paciente é sempre questionado e frequentemente violado, ao mesmo tempo em que carrega um histórico de tratamentos que desrespeitam a integridade humana<sup>21,22</sup>.

A autonomia na prática da assistência psiquiátrica, ainda hoje, é um grande desafio ético. Pacientes com transtornos psiquiátricos graves, quando afetados por crise que coloque em risco a sua integridade ou a de terceiros, na maioria dos países têm a violação da sua autonomia justificada, em detrimento da proteção com medidas coercitivas, sendo elas vistas como última saída ao tratamento do paciente<sup>21,22,23</sup>.

O filósofo norte-americano Feinberg<sup>24</sup> descreve a autonomia como capacidade de decidir sobre si mesmo, independência na tomada de decisão adequada às circunstâncias. Inere que essa aptidão para tomada de decisão racional não implica necessariamente na condição de

autogoverno, uma vez que em condições de maior vulnerabilidade é comum que a autonomia do indivíduo seja afetada.

A autonomia é um dos princípios da corrente Bioética denominada Princípioalismo, adjunto à justiça, beneficência e não maleficência. Frequentemente na assistência psiquiátrica, a autonomia e a justiça são comprometidas pelo compromisso com a beneficência e não maleficência<sup>7</sup>.

Quando mencionamos os riscos de danos a si, devemos considerar a capacidade do paciente psiquiátrico de tomada de decisão. Um estudo realizado nos EUA com pacientes psiquiátricos graves e pacientes internados em hospitais por doenças somáticas, mostra que a capacidade de decisão dos pacientes psiquiátricos gravemente acometidos pelos seus transtornos é semelhante à de indivíduos internados por doenças somáticas. No entanto, as decisões desses últimos tendem a serem respeitadas ainda que insensatas, enquanto a decisão de pacientes psiquiátricos a não adesão a tratamentos sugeridos, leva frequentemente às medidas coercitivas, independente do conteúdo da decisão<sup>21</sup>.

Certamente, transtornos psiquiátricos graves não tratados podem afetar o comportamento de um indivíduo; no entanto é necessário ter a consciência de que alguns transtornos graves acometem os indivíduos em idades em que eles já têm uma personalidade formada inserida em uma moralidade particular. Diante disso, é importante considerar fatores sociais, culturais, ambientais, dentre outros, em um ato violento cometido por paciente psiquiátrico. O fato de ser psiquiátrico não nega a responsabilidade moral do indivíduo. Um sintoma psiquiátrico que compromete o juízo crítico do indivíduo deve ser considerado<sup>25</sup>.

Além das questões clínicas psiquiátricas que envolvem as decisões sobre a autonomia, consideram-se ainda os fatores culturais. A cultura médica confucionista da China, por exemplo, levanta questões éticas singulares com relação aos pacientes psiquiátricos. Sendo essa caracterizada pelo grande envolvimento das famílias no cuidado de seus membros, não havendo uma autonomia individual, mas familiar. As decisões médicas culturalmente são envolvidas pela família. A mudança de direcionamento com novas leis em 2013, havendo maior valorização da autonomia do paciente, leva profissionais da saúde mental a se adaptar a lei através de transgressões dela, induzindo familiares a provocar ambientes de riscos a fim de justificar internações involuntárias<sup>26</sup>.

Diversas posturas são tomadas de acordo com culturas diferentes. Algumas culturas consideram as decisões médicas acima da moralidade dos pacientes. Há uma tendência, desde

a segunda guerra mundial, a seguir uma linha de atenção à saúde mental com maior valorização da autonomia e inserção do indivíduo na comunidade<sup>27</sup>.

Em 2008 entrou em vigor em mais de 150 países signatários da ONU a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (CDPD), que, dentre outras disposições, defende a não discriminação das pessoas com transtorno mental, afirmando que nenhuma lei pode abonar medidas involuntárias ou desumanas justificadas por uma deficiência; todas as leis devem ser comuns. A pessoa afetada pelo transtorno mental deve ser apoiada em sua tomada de decisão, nenhuma lei deve permitir que alguém tome para si o direito de decidir pelos interesses dos outros. As leis devem ser adaptadas para não discriminar, atendendo a todos de forma geral. Por exemplo, se um paciente psiquiátrico cometer um ato criminoso deve responder às leis de todos, do mesmo modo que uma pessoa sem relato de transtorno mental<sup>28,29</sup>.

A Convenção foi incorporada às leis do Brasil, em 2008. Um estudo americano sobre o impacto da CDPD na assistência psiquiátrica norte-americana mostra que a efetivação da convenção na prática ainda será um grande desafio<sup>22</sup>. É importante que no Brasil surjam estudos que mostrem a validade da lei na prática e seu impacto na assistência psiquiátrica<sup>30</sup>.

### **O Paternalismo e a Bioética da Proteção**

A loucura é isolada das mazelas sociais no século XVIII, e aqueles que sofriam de transtornos mentais, nesse momento, eram tratados dentro de uma ótica burguesa moral e social, sob uma postura de autoridade. Segundo Foucault (p.485)<sup>2</sup> “o asilo manterá o insensato na ficção imperativa da família; o louco continuará menor, e durante muito tempo a razão conservará para ele os traços do pai”.

Essa postura no cuidado em saúde mental se estende ainda no surgimento da figura do médico nos asilos psiquiátricos, no final do século XVIII, e caminha até dias muito próximos refletindo ainda em posturas de cuidado dos profissionais de saúde do século XXI, a exemplo da coerção informal, descrita por artigos atuais<sup>2,19,31</sup>.

O conceito de paternalismo denota impor ao outro o que se acredita ser o melhor para ele, colocando em segundo plano as vontades e preferências dessa pessoa. Há a distinção entre o paternalismo rígido e o paternalismo brando, sendo o primeiro referente aos atos exercidos sobre o indivíduo com a capacidade de tomada de decisão íntegra independente do seu consentimento; como exemplo do paternalismo rígido, podemos citar a medida de saúde pública que levou à obrigatoriedade da vacina contra varíola no início do Século XX no Rio de Janeiro. Quanto ao paternalismo brando, compreende as decisões sobre a vida do outro que apresenta a capacidade de tomada de decisão comprometida, como exemplo podemos citar o

ato de decidir por pessoas que apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência cognitiva<sup>19</sup>.

Um estudo qualitativo realizado na Suécia em onze clínicas psiquiátricas, concluiu que o paternalismo aparenta ter uma perspectiva dominante nos 173 profissionais participantes do estudo, ainda que reconheçam o direito à autonomia do paciente<sup>3</sup>.

Pacientes com transtornos mentais graves com maior frequência estão susceptíveis a medidas paternalistas, que são o princípio de muitas condutas de escolha involuntária. A associação do paciente psiquiátrico grave à violência justifica o paternalismo de forma legal<sup>23, 28,31</sup>.

No início do século XXI dois autores latino-americanos, Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, pensaram a Bioética da proteção, corrente bioética que propõe o empoderamento e a valorização da autonomia de populações vulneradas, fugindo, conseqüentemente, do paternalismo<sup>7</sup>, analisando de maneira racional, imparcial e justa circunstâncias que envolvem conflitos morais na saúde pública e em experiências científicas. Assim, a Bioética se dispõe a analisar aspectos morais relacionados com a relação do homem com o seu habitat, refletindo na tomada de decisão posterior. Na visão de Rego et al (p.60) a proteção nesse sentido não remete a uma figura paternal, mas “contribuir para emancipação de sujeitos e coletividades”, proporcionar ao indivíduo condições para tomada de decisão autônoma justa, considerando as desvantagens sociais, culturais e econômicas ( que o coloca em condição de vulnerado)<sup>7</sup>.

Em 2006 a ONU propôs aos países signatários a Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), que valoriza a autonomia, a dignidade da pessoa humana, a inclusão e participação social, a igualdade de direitos. Para tal, dispõe que as pessoas com deficiência sejam apoiadas em suas decisões autônomas, que não possam essas ser tomadas por terceiros<sup>9,28</sup>.

A CDPD é uma medida protetiva dos deficientes, tanto físicos quanto aos deficientes mentais. Outra ação protetiva é o ACT (Tratamento Comunitário Assertivo), implantado em alguns países, a exemplo os EUA e a Noruega<sup>18</sup>.

O ACT foi criado para apoiar os pacientes psiquiátricos graves que não se adaptam aos tratamentos propostos, com o intuito de diminuir internações involuntárias. Equipes multiprofissionais apoiam os pacientes em questões sociais, econômicas, tratamento e no que for necessário. Desta forma, criam relações de cooperação, adesão aos tratamentos e

engajamento social. As equipes trabalham com poucos casos a fim de garantir o objetivo proposto<sup>18</sup>.

Os Centros de atenção psicossocial (CAPS) no Brasil, também apresentam uma proposta protetiva ao indivíduo afetado por transtornos mentais graves. Os CAPS foram propostos em 2001 pela Lei 10.216 como substitutivo às institucionalizações, oferecendo uma equipe multiprofissional que objetiva apoiar o indivíduo e promover a reabilitação psicossocial e reinserção sociocultural<sup>4</sup>.

### **Discussão**

Posturas coercitivas, sobretudo na comunidade podem significar um paternalismo rígido, uma vez que esse indivíduo pode ter a capacidade de tomada de decisão íntegra, significando maior transgressão do direito de autonomia e o colocando em maior condição de vulnerado<sup>15,16,20</sup>.

A coerção, seja ela formal ou informal, costuma pertencer a culturas de cuidado paternalistas, onde o respeito à autonomia do indivíduo é sacrificado em função da intenção de proteção do indivíduo e da comunidade. Um estudo realizado pelo Centro de Ética Médica da Universidade de Oslo mostra que grupos de reflexão ética dentro dos serviços de saúde mental, podem contribuir para maior cooperação, humanização e construção de uma nova cultura profissional na assistência à saúde mental<sup>15</sup>.

Outro estudo questiona a postura ambivalente dos profissionais e das políticas de saúde nos EUA, com um modelo de cuidado psiquiátrico que utiliza medidas de adesão involuntária aos tratamentos na comunidade, CTO's (Ordens de Tratamento na Comunidade), onde pacientes com transtornos graves e internações involuntárias frequentes são obrigados a realizar o tratamento ambulatorial, pressionados pelo risco de internações involuntárias<sup>22</sup>. A ambivalência se justifica no caráter paternalista de um modelo de tratamento em tempos de grande valorização do direito de autonomia do indivíduo, inclusive considerando a adesão da maioria dos países à Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência<sup>6</sup>.

A validade Bio (ética) das CTO's é questionável em maior amplitude que as internações involuntárias, porque estas últimas geralmente ocorrem em condições de total descontrolo do paciente, enquanto as primeiras o paciente ainda que tenha um transtorno mental grave, pode encontrar-se com o juízo crítico íntegro, logo sua capacidade de tomada de decisão encontra-se mantida. Porém, isso não significa que o indivíduo queira aderir a tratamentos que muitas vezes têm efeitos colaterais diversos (ganho de peso, disfunção sexual, sedação), ou esteja cansado de anos de métodos de atenção repetitivos, podendo comprometer seus horários de trabalho, ou

até mesmo o seu interesse. Se fosse o paciente um sujeito autônomo, todas essas questões seriam consideradas<sup>9,20,23</sup>.

Um estudo baseado em evidência conclui que as CTO's não alcançam o objetivo proposto de reduzir recidivas de internações<sup>20</sup>, além de aumentar o estigma do paciente e o sentimento de incapacidade<sup>9,20</sup>.

A garantia à autonomia do paciente psiquiátrico é um grande desafio porque além da cultura, precisa-se considerar qual a capacidade moral do indivíduo. A postura de separar o indivíduo do comportamento é uma medida simplista, que justifica medidas involuntárias ao mesmo tempo em que nega a responsabilidade do paciente sobre a transgressão de normas cometidas, tudo justificado pelo fato de se ter um transtorno<sup>25,26,27</sup>.

Enquanto nega-se a responsabilidade do indivíduo sobre seus atos, independente da sua capacidade de tomada de decisão, e de sua capacidade moral, alimenta-se o estigma de que todo paciente psiquiátrico é potencialmente violento, ainda que autores mostrem que pacientes psiquiátricos historicamente sofrem mais abusos que cometem<sup>19,21</sup>.

A garantia da autonomia do indivíduo em um surto psicótico, por exemplo, não é tarefa fácil. Por isso a grande necessidade de serviços de assistência na comunidade eficientes na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na saúde mental. A eficiência dos serviços de saúde mental na comunidade pode diminuir a incidência de casos graves, logo, de medidas coercitivas<sup>22</sup>.

É necessária no Brasil a iniciativa de estudos que avaliem o impacto dos CAPS no cuidado à saúde mental e na redução das internações involuntárias. O aumento do número de internações involuntárias pode significar a deficiência da assistência na comunidade.

### **Conclusão**

Modelos de atenção baseados na internação hospitalar mostram historicamente que têm pouco efeito terapêutico, aumentam a estigmatização, promovem a supressão de direitos civis e a cronificação dos transtornos, mostrando que a institucionalização somente encobriu abusos à dignidade da pessoa humana.

O histórico de tratamentos de caráter questionável no cuidado em saúde mental explica, ainda hoje, a dificuldade de adesão aos tratamentos pelos pacientes, tendo como consequência medidas coercitivas como contenção física, internações involuntárias, tratamentos ambulatoriais involuntários, além da coerção informal. Essas medidas sofrem a herança de uma cultura paternalista, patriarcal e de exercício de poder e mostra a deficiência de serviços comunitários.

O paternalismo é justificado ainda hoje pela relação vista entre paciente psiquiátrico e atos violentos de modo a assegurar que a condição do sujeito não traga risco a si e à comunidade. Tratam-se, portanto, de medidas utilitaristas que colocam o bem da maioria acima da qualidade de vida do sujeito.

A Bioética da Proteção pode ser utilizada como um antídoto ao paternalismo dando condições ao indivíduo afetado por um transtorno mental grave à autonomia através de modelos de atenção que dão suporte à tomada de decisão do sujeito.

O respeito à autonomia do sujeito deve ser visto como um direito fundamental tal qual a beneficência, não maleficência e justiça. É necessário que se criem modelos de cuidado à saúde mental que potencializem a autonomia do indivíduo, sobretudo em condições de capacidade de tomada de decisão íntegra, mas trabalhando a prevenção de agravos que a afetem.

É necessário que a garantia de direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana sejam protagonistas de modelos de cuidado em saúde mental, em detrimento da garantia de segurança de terceiros, sendo importante o investimento em estudos de intervenção com relevância direta aos usuários de saúde mental, potencializando a promoção, a prevenção e a reabilitação dos pacientes psiquiátricos, sempre tomando como pauta sua inserção social e seu direito à liberdade e qualidade de vida.

#### **Link Acadêmico:**

**Este artigo faz parte da dissertação de mestrado de Jussara Alves Coutinho do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa.**

#### **Referências**

1. Singh AR, Singh SA. Bioethical and Other Philosophical Considerations in Positive Psychiatry. *Mens Sana Monographs*. [Serial on the Internet]. 2016 Jan- Dec. [Cited 2018 Nov 10]; 14(1): [about 61 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28031624>.
2. Foucault M. *História da Loucura*. 11ª edição. São Paulo: Perspectiva; 2017.
3. Arbex D. *Holocausto brasileiro*. 1ª edição. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental: *Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Basaglia F. As instituições da violência. In: *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1985.

6. Brodwin P. The Ethics of Ambivalence and the Practice of Constraint in US Psychiatry. *Cult Med Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2014 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 38(4): [about 22 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25223766>.
7. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para Profissionais de Saúde*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
8. Lewis, Campbell. Violence and abuse against people with disabilities: A comparison of the approaches of the European Court of Human Rights and the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2017 Jul-Aug. [Cited 2018 Nov 10]: 53: [about 13 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28689626>.
9. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the treatment of institutionalized forensic patients. *Proceedings of the Annual Meeting-American Society of International Law*. [Serial on the Internet]. 2015 Apr. [Cited 2018 Nov 10]: 109: [about 14 p]. Available from: <https://www.asil.org/resources/annual-meeting-proceedings>.
10. Wildeman S. (2013). Protecting rights and building capacities: Challenges to global mental health policy in light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [SYMPOSIUM]. *J Law Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2013 Spring. [Cited 2018 Nov 10]: 41(1): [about 25 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23581657>.
11. Valenti E, Banks C., Calcedo-Barba A, Bensimon C, Hoffmann M, Pelto-Piri K, et al. Informal coercion in psychiatry: A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Serial on the Internet]. 2015 Feb. [Cited 2018 Nov 10]: 50(8): [about 11 p]. Available from: <https://www.qmul.ac.uk/socialpsych/media/socialcommunitypsychiatry/publications/documents/2015---Valenti---Informal-coercion-in-psychiatry---SPPE.pdf>.
12. Hem M, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: A focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2014 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1): [about 67 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25475895>.
13. Dicionário Online de Português. [Acessado 2019 Ago. 09]. Disponível em: [www.dicio.com.br/aurelio-2/](http://www.dicio.com.br/aurelio-2/).
14. Opsal A, Kristensen, Vederhus J, Clausen T. Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Serv Res*. [Serial on the Internet]. 2016 Nov. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1): [about 40 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27846878>.
15. Hem M, Molewijk B, Gjerberg E, Lillemoen L, Pedersen R. (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus group study among health

- care professionals. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2018 Jun. [Cited 2018 Nov 10]: 19(1): [about 35 p]. Available from: <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-018-0297-y>.
16. Giacco D, Priebe S, Abe T. Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. *PLoS ONE*. [Serial on the Internet]. 2016 Mai. [Cited 2018 Nov 10]: 11(5): [e0154458]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865189/>.
  17. Nawka, Alexander, Kalisova, Lucie, Raboch, Jiri at al. Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2013 Oct. [Cited 2018 Nov 10]: 13(1): [about 44 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118928>
  18. Stuen H, Rugkasa J, Landheim A, Wynn R. Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Serv Res*. [Serial on the Internet]. 2015 Set-Out. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1): [about 12 p]. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1083-x>.
  19. Player C. Involuntary outpatient commitment: The limits of prevention. *Stanford Law Pol Rev*. [Serial on the Internet]. 2015 Apr. [Cited 2018 Nov 10]: 26(1): [about 38 p]. Available from: <https://law.stanford.edu/publications/involuntary-outpatient-commitment-the-limits-of-prevention/>.
  20. Lawn S, Delany T, Pulvirenti M, Smith A, Mcmillan J. (2015). A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders. *BMC Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2015 Nov. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1): [about 59 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4635603/>.
  21. Sjöstrand M, Karlsson P, Sandman L, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2015 May. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1): [about 18 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25990948>.
  22. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2015 May. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1): [about 21 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016885>.
  23. Rugkåsa J, Dawson J, Burns T. CTOs: What is the state of the evidence? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Serial on the Internet]. 2014 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 49(12): [about 10 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562319>.
  24. Feinberg J. *The Moral Limits of The Criminal law. Vol. 3 - Harm to Self*. New York: Oxford University Press, 1986.

25. King M, May J. Moral Responsibility and Mental Illness: A Call for Nuance. *Neuroethics*. [Serial on the Internet]. 2018 Jan. [Cited 2018 Nov 10]: 11(1): [about 11 p]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2017-45195-001>.
26. Fan R, Wang M. Taking the Role of the Family Seriously in Treating Chinese Psychiatric Patients: A Confucian Familist Review of China's First Mental Health Act. *J Med Philosophy*. [Serial on the Internet]. 2015 Aug. [Cited 2018 Nov 10]: 40(4): [about 12 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26049082>.
27. Kathryn LH. Family Life and Social Medicine: Discourses and Discontents Surrounding Puebla's Psychiatric Care. *Cult, Med Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2017 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 41(4): [about 41 p]. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/28577111>.
28. Slobogin C. Eliminating mental disability as a legal criterion in deprivation of liberty cases: The impact of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on the insanity defense, civil commitment, and competency law. *Law Psychol Rev*. [Serial on the Internet]. 2016 May-Jun. [Cited 2018 Nov 10]: 40(1): [about 22 p]. Available from: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-477086202/eliminating-mental-disability-as-a-legal-criterion>.
29. Douzenis, Michopoulos. Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2015 Mar-Apr. [Cited 2018 Nov 10]: 39(C):[about 4 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25660351>.
30. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª edição, rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.
31. Peltó-Piri, Veikko, Engstrom, Karin, Engstrom, Ingemar. Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2013 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 14(1): [about 35 p]14-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24314345>.

## 5.2. Artigo 2

### Percepção de Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de um Município de Minas Gerais sobre as Questões Bioéticas que envolvem as Internações Psiquiátricas Involuntárias

#### **Resumo**

As Redes de Atenção Psicossocial foram instituídas no Brasil com o objetivo de garantir uma assistência à saúde mental de forma ampla, abrangendo todos os níveis de atenção à saúde do indivíduo acometido pelo sofrimento mental. Já a Bioética emerge no final da década de 1980 com a redemocratização do país e propõe-se a discutir e conduzir soluções temporárias e efetivas em situações de conflitos éticos, neste caso, a internação involuntária de pacientes psiquiátricos. Assim, este estudo descritivo de natureza qualitativa objetiva compreender a percepção de profissionais da Rede de atenção Psicossocial sobre questões bioéticas nas internações involuntárias. Para tal, foram realizadas duas fases de coleta de dados: a aplicação de um questionário, o qual obteve 39 participantes, e a realização de grupos focais, sendo 16 participantes. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Laurence Bardin e o resultado, da análise temática dos questionários, emergiu as categorias: Ética da profissão; Ramo da filosofia; Conceito abrangente; Dificuldade em conceituar; Envolvimento da família no cuidado; Autonomia do paciente; Medidas utilitaristas; Alocação de recursos; Ética profissional; Judicialização do cuidado; e Medicalização. E as categorias que emergiram dos grupos focais: Ética da profissão; Ramo da filosofia; Dificuldade em conceituar; Envolvimento da família no cuidado; Autonomia do paciente; Medidas utilitaristas; e Beneficência sobrepõe à autonomia. Concluindo que apesar dos participantes apresentarem dificuldade em transitar pelos conceitos da Bioética, reconhecem problemas Bio(éticos) nas internações involuntárias.

Palavras Chaves: Ética, Bioética, Saúde Mental.

## **Perception of the Professionals of the Psychosocial Care Network of a Municipality of Minas Gerais on the Bioethical Issues Involving Involuntary Psychiatric Hospitalizations**

### **Abstract**

The Psychosocial Care Networks were established in Brazil with the objective of guaranteeing a comprehensive mental health care, covering all levels of attention to the health of the individual affected by mental suffering. Bioethics emerged at the end of the 1980s with the country's re-democratization and it was proposed to discuss and lead to temporary and effective solutions in situations of ethical conflicts, in this case involuntary hospitalization of psychiatric patients. Thus, this descriptive qualitative study aims to understand the perception of professionals of the Psychosocial Care Network about bioethical issues in involuntary hospitalizations. For this, two data collection phases were performed, the application of a questionnaire, which obtained 39 participants, and the realization of focus groups, 16 participants. Data analysis was performed through Laurence Bardin's content analysis and the result, through the thematic analysis of the questionnaires, emerged the categories: Ethics of the profession; Branch of philosophy; Comprehensive concept; Difficulty in conceptualizing; Family involvement in care; Patient autonomy; Utilitarian measures; Resource allocation; Professional ethics; Judicialization of care; and Medicalization. And the categories that emerged from focus groups: Ethics of the profession; Branch of philosophy; Difficulty in conceptualizing; Family involvement in care; Patient autonomy; Utilitarian measures; and Beneficence overrides autonomy. concluding that although participants have difficulty transiting the concepts of bioethics, they recognize bio (ethical) problems in involuntary hospitalizations.

Keywords: Ethics, Bioethics, Mental Health.

## Introdução

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída pela portaria 3088, em 2011, objetivando a ampliação da rede de assistência, bem como a acessibilidade de serviços que propõe funcionar de forma integrada e articulada, promovendo a saúde do usuário acometido por transtorno mental ou pela dependência química no Sistema Único de Saúde, SUS.<sup>1</sup>

A portaria 3088/11 enfatiza o respeito aos direitos humanos: autonomia, liberdade das pessoas, serviços comunitários fortificados, o cuidado humanizado dentro de uma perspectiva em que o usuário deve ser assistido de forma singular, almejando a reabilitação e reinserção na comunidade.<sup>1</sup>

Para tal, a RAPS abrange todos os níveis de atenção a fim de garantir uma assistência humanizada àquele que sofre de transtorno mental no Brasil.<sup>1</sup>

As internações psiquiátricas involuntárias caminham em direção distinta do modelo de assistência proposto para a RAPS, uma vez que medidas coercitivas na psiquiatria historicamente estão associadas a abusos dos direitos humanos e transgressão de princípios (Bio)éticos, sobretudo da justiça e autonomia.<sup>2,3</sup>

Todavia, a posição a qual ocupam os teóricos é confortável com relação a dos profissionais que vivenciam na prática essa questão, no cotidiano do trabalho. Neste caso, em particular, a dissociação teoria-prática se faz fortemente presente, afinal é no dia-a-dia que o *habitus* e os saberes-fazer se manifestam de forma plena, o que pode ser verificado quando diversos estudos apontam que a coerção é comumente utilizada nos serviços de psiquiatria com o objetivo de manter a segurança do paciente e da comunidade.<sup>4</sup> A pergunta que, ainda, permanece é como coadunar a proteção do paciente e, também, da sociedade sem interferir no exercício pleno da autonomia? Ou como sopesar de forma mais justa autonomia e risco?

Seguindo nossa reflexão, verificamos que a maioria dos países justificam as internações psiquiátricas involuntárias pelos riscos que o sujeito oferece, considerando o diagnóstico psiquiátrico. Para eles é irrelevante a capacidade de tomada de decisão do indivíduo.<sup>5,6</sup>

Diante disso, a internação psiquiátrica involuntária constitui-se em um verdadeiro dilema ético: transgredir o direito à autonomia do indivíduo, a fim de garantir a segurança da comunidade e/ou do próprio paciente ou, respeitar a autonomia do sujeito, apesar dele manter a sua capacidade de tomada de decisão íntegra, mas não se adequar a nenhum tipo de tratamento proposto, podendo comprometer a sua saúde e até a segurança de terceiros.

Partindo dessa ótica, definiu-se como questão que norteia esse estudo: qual a percepção dos profissionais da RAPS de um município de Minas Gerais acerca dos desafios éticos que envolvem as internações psiquiátricas involuntárias?

Pretendendo responder a essa questão, definiu-se como objetivo geral desse estudo, analisar e compreender a percepção dos profissionais de saúde da rede de atenção psicossocial de um município de pequeno porte da região da zona da mata mineira, acerca dos problemas bioéticos relacionados à internação psiquiátrica involuntária.

Esse estudo se justifica pela necessidade de uma posição bioética que dê suporte à tomada de decisão dos profissionais de saúde que lidam na prática com essa questão, podendo dessa forma ser relevante para a garantia de uma assistência à saúde mental humana e digna, contribuindo para a construção de uma cultura profissional de discussão das questões Bio (éticas), a fim de evitar a infração desnecessária e/ou descabida de direitos.

### **A Bioética e as posturas de cuidado em psiquiatria**

A bioética é definida por Rego, Palácios e Siqueira-Batista (p.34) como “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, que emprega uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar.”<sup>7</sup>

Assim, a bioética age como uma ativista diante das características de procedimentos e questões ligadas às ciências biológicas e da saúde como o aborto, eutanásia, suicídio, ou questões que envolvem a transgressão dos direitos dos pacientes, dentre outros.<sup>8</sup>

A bioética e as teorias que lhe dão sentido surgem em meados do século XX como uma resposta à insuficiência da ética tradicional de fornecer respostas adequadas aos complexos problemas oriundos do desenvolvimento biotecnológico, assim como da percepção das claras atrocidades que seres humanos racionais podiam fazer, sobretudo no que tangia à justificativa do desenvolvimento da medicina e da ciência.<sup>9</sup>

No Brasil a bioética emerge no final da década de 1980 com a redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federativa da República, de 1988, assim como com a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1990, trazendo garantias à universalidade e integralidade do cuidado em saúde; mas, mais ainda, tornando o povo brasileiro provido de igualdade formal ao direito social, sendo garantida a saúde a todos pelo Estado. Com relação à ética em pesquisa há, também, na mesma época a instituição de marco indicativo da valorização do papel dos sujeitos de pesquisa com a Resolução 01/1988 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta, apesar de não ter ganhado força e adequada divulgação, foi fundamental iniciativa para regulamentar as pesquisas realizadas com humanos no país, consolidada pela Resolução

196/1996, que criou o sistema CEP/CONEP e instituiu nacionalmente a normatização da pesquisa.<sup>7</sup>

A primeira corrente da bioética a organizar-se foi o Princípioalismo, proposto por Beauchamps e Childress, que trouxe importantes contribuições à ética biomédica, embasando as ações em quatro princípios fundamentais, não absolutos: a beneficência, a não-maleficência, o respeito à autonomia da vontade e a justiça.<sup>7,8</sup>

O princípio da beneficência implica em promover ações que favorecem o bem-estar dos indivíduos; o princípio da não maleficência implica em não causar danos; o princípio da justiça sugere respeitar a igualdade e equidade, apesar da escassez de recursos, sem nenhum tipo de discriminação e; a autonomia é o princípio de auto gerência. Na assistência à saúde mental, o último princípio é o mais controverso e questionado, exatamente porque implica em respeitar as decisões de um sujeito, ainda, considerado inferior ou inadequado com relação às suas decisões, afinal é portador de um distúrbio mental, o que no senso comum o impossibilitaria de decidir sua própria vida.<sup>7,8</sup>

O cuidado em saúde mental frequentemente envolve a transgressão do direito à autonomia. O próprio diagnóstico de transtorno mental grave comumente é dado como justificativa pelos profissionais, família e pelo próprio Estado na supressão da autonomia do indivíduo; isso explica devido a experiências prévias que envolvem atos violentos cometidos por pacientes psiquiátricos.<sup>10</sup>

Dois podem ser considerados os mecanismos mais utilizados para tornar práticos os princípios da bioética: a especificação e o balanceamento. O primeiro se refere na prática a considerar em determinada questão a melhor conduta ética a ser tomada de acordo com a cultura. Já o balanceamento, refere-se a pesar os prós e os contras, potencializando o que traz benefício e descartando o que gera danos, de forma individual e/ou coletiva.<sup>8</sup>

Aplicando esses conceitos aos modelos de saúde mental na maioria dos países, observa-se que a beneficência e não maleficência são geralmente respeitados, mas que a autonomia e a justiça podem ser comprometidas em nome do bem-estar de uma maioria. Um exemplo claro é a associação de transtornos mentais a atos violentos, justificando medidas coercitivas em proteção à comunidade.<sup>2, 6, 8, 11</sup>

A condição de risco que o indivíduo pode oferecer a si ou a terceiros, sobretudo a terceiros, como pré-requisito para internações psiquiátricas involuntárias é uma postura confortável. Pode-se ressaltar que de uma ótica utilitarista, seria, de fato, recomendável.

O modelo utilitarista julga a ação pelas suas consequências e o objetivo é o bem-estar de uma maioria independente dos direitos individuais. O importante é a soma do bem-estar de um número maior de pessoas. Essa postura se aproxima do cuidado paternalista comum na assistência informal e em alguns modelos formais de cuidado, como as ordens de tratamento na comunidade (CTO's), que são medidas coercitivas utilizadas nos EUA e em alguns países da Europa, garantindo a adesão de pacientes psiquiátricos graves ao tratamento proposto e a “segurança” da comunidade.<sup>7,12</sup>

A Bioética da Proteção “é uma ética aplicada” que propõe analisar e se posicionar diante de conflitos morais, além de propor medidas protetivas enquanto valoriza o empoderamento e a autonomia de indivíduos e populações vulneradas, em relações interpessoais e políticas de saúde pública. Substituindo a visão do Utilitarismo, comum na assistência à saúde mental, a Bioética da Proteção pode se interpor nas relações entre os usuários dos serviços de saúde mental e os profissionais que assistem as RAPS, assim como pode exercer um papel na avaliação dos modelos de atenção e garantia da efetividade de suas práticas<sup>13</sup>.

O Brasil apresenta um modelo de cuidado em saúde mental respaldado por portarias que respeitam a dignidade da pessoa humana, potencializam a autonomia do paciente, propõe medidas de desinstitucionalização e a reabilitação social, além da formação permanente dos profissionais. Todas as mencionadas são medidas que respeitam os direitos humanos e dignificam o sujeito do cuidado; infelizmente tais ações na prática em saúde mental podem significar ainda um grande desafio.<sup>1,14</sup>

### **O Método**

É um estudo qualitativo de natureza descritiva, realizado na RAPS de um município da Zona da Mata mineira, com população de 19015 habitantes e 100% de cobertura da atenção básica, com oito equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I); um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi); uma Fundação Hospitalar com dois leitos de retaguarda psiquiátricos; uma Unidade de Saúde de atenção secundária; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço de Residência Terapêutica (SRT).

As equipes multiprofissionais da RAPS do município foram selecionadas para participar do estudo, que teve como critério de inclusão profissionais com formação acadêmica e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE, sendo orientadas sobre o desenho e objetivo do estudo, o caráter voluntário da participação e que a qualquer instante o consentimento poderia ser retirado do estudo. O termo de consentimento foi lido e esclarecido

entregue uma versão impressa. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (CAAE: 84607617.2.0000.5153).

A coleta de dados foi realizada em duas fases: primeira fase a aplicação de um questionário e segunda fase a realização de grupos focais.

Durante a primeira fase os participantes foram abordados e aceitando participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário foi entregue ao profissional e recolhido dias depois, segundo disponibilidade do participante. O questionário apresentava questões abertas referentes às características gerais do participante, questões sobre a assistência psiquiátrica e sobre a bioética. Houve 39 participantes.

Durante a segunda fase todos os participantes da primeira fase foram convidados a participar dos grupos focais que aconteceram em três datas. Houve 16 participantes totalizando 121 minutos de gravação, com um roteiro que abordava a percepção dos profissionais sobre o cuidado em saúde mental e o conhecimento dos conceitos de ética e bioética e observação de problemas Bio (éticos) na prática em saúde mental.

A análise qualitativa foi realizada através da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Foi obtida uma primeira impressão através da leitura repetida do conteúdo, unidades de significado foram identificadas e classificadas em categorias e subcategorias. A revisão de literatura deu base para a interpretação do material e da formação das categorias.

As categorias estão comentadas conforme o tema aos quais os participantes foram expostos, utilizando as respostas apresentadas no questionário (representadas pelo número do questionário precedido pela letra “Q”) e as falas que foram gravadas nos grupos focais (representadas por um número de ordem a qual o participante aparece nas gravações precedido das letras “GF”).

O resultado da análise teve como fruto dois artigos. Este artigo específico aborda as questões bioéticas que envolvem as interações involuntárias.

### **Resultados e Discussão**

#### *Características gerais dos participantes do questionário:*

Os participantes do estudo apresentam uma média de idade de 35,7 anos, sendo 27 do sexo feminino, os tipos de profissão mais frequentes foram enfermagem seguida da medicina (vide tabela 1).

**Tabela 1. Profissão dos participantes.**

Profissão	N	%
Enfermeiro	20	51,28
Médico	10	25,64
Administrador hospitalar	1	2,56
Psicólogo	2	5,13
Assistente social	2	5,13
Fisioterapeuta	1	2,56
Farmacêutico	1	2,56
Nutricionista	1	2,56
Psicopedagogo	1	2,56

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria dos participantes tem até cinco anos de profissão e até cinco anos de atuação no serviço ao qual está alocado. Observe a tabela 2.

**Tabela 2. Tempo de profissão e de trabalho no município.**

Tempo na instituição	N	%	Tempo de profissão	N	%
< 1 ano	14	35,90	< 1 ano	6	15,38
1 a 5 anos	18	46,15	1 a 5 anos	12	30,77
6 a 10 anos	4	10,26	6 a 10 anos	10	25,64
>10 anos	3	7,69	>10 anos	11	28,20

Fonte: dados da pesquisa.

#### *Análise de conteúdo*

As categorias e subcategorias que emergem dos questionários relativas a esse assunto estão apresentadas no Quadro 1 e pode-se observar que o resultado da análise dos grupos focais gera categorias semelhantes. Quadro 2.

**Quadro 1. Categorias e subcategorias do questionário**

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Ética	Ética da profissão	
	Ramo da filosofia	
Bioética	Conceito abrangente	
	Dificuldade em conceituar	
Desafios Bioéticos	Envolvimento da família no cuidado	Transgressão de direitos
	Autonomia do paciente	
	Medidas utilitaristas	
	Alocação de recursos	
	Ética profissional	
	Judicialização do cuidado	
	Medicalização	

Fonte: dados da pesquisa.

## Quadro 2. Categorias e subcategorias do Grupo Focal

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
Ética	Ética da profissão		
	Ramo da filosofia		
Bioética	Dificuldade em conceituar		
Desafios Bio (éticos)	Envolvimento da família no cuidado		
	Autonomia do paciente		Fator que limita o cuidado
			Transgressão de direitos
		Capacidade de tomada de decisão comprometida	
	Medidas utilitaristas		
Beneficência sobrepõe à autonomia			

Fonte: dados da pesquisa

O tema, **ética**, estimula categorias similares nas duas fases da coleta de dados, no entanto no questionário os participantes tiveram mais tempo para elaborar suas respostas. No grupo focal esse assunto não foi estendido pelos participantes saturando rapidamente as respostas.

### Ética da profissão

A categoria Ética da profissão mostra que alguns participantes entendem o conceito de ética ligado a suas responsabilidades no trabalho e em como lidar diretamente com a população de usuários dos serviços de saúde.

Q02: “É como me comporto no âmbito da minha profissão.”

Q10: “É você ser disciplinada e respeitar as pessoas como elas são.”

Q26: “O que se passa dentro do setor do serviço deve ficar ali.”

GF14: “que é você garantir um serviço de qualidade, uma prestação de serviço de qualidade pra todos independente de qualquer fator socioeconômico (...) é o sigilo é o profissionalismo é o respeito com seu paciente.”

GF15: “E a ética acho que é mais ali o profissional no cuidado com o paciente.”

### Ramo da filosofia

Outra forma de explicar o conceito de ética pelos participantes foi observada entendendo a ética como conceitos morais, condutas estabelecidas por culturas as quais as pessoas tendem a se adequar. Mas observa-se ainda uma diferença no perfil das falas dos participantes no grupo focal e no questionário. As falas no grupo focal demonstram menos segurança sobre o conceito de ética.

Q01: “A ética é um ramo da filosofia que estuda os princípios que orientam o comportamento e as ações dos seres humanos. Pode ser visto como um conjunto de regras e valores.”

Q03: “São princípios morais que norteia a conduta do cidadão.”

Q13: “Ética engloba todos os valores que moldam o comportamento e a postura de um indivíduo no ambiente que vive e/ou trabalha”.

GF9: “É o conjunto de (...) não é regras é... que a gente meio que segue... de... como que eu vou explicar isso...comportamentos que a gente meio que segue... não sei expressar muito bem...não chega a ser um conjunto de regras...”

GF6: “E ética, acho que envolve moral, respeito ao próximo...”

GF2: “(...)eu não sei falar o que é ética, mas sem a ética não tem como viver em sociedade, (...)”

O tema, **bioética**, segue um padrão parecido ao da ética onde se observa que no questionário alguns participantes conseguiram formar conceitos mais abrangentes, já durante o grupo focal foi representada pelo silêncio e pela dificuldade em conceituar.

### **Conceito abrangente**

Do questionário surgem algumas respostas com uma compreensão mais plena do tema bioética.

Q13: “Bioética, para mim, são todos comportamentos e postura de um indivíduo, respaldado por questões éticas e morais, que estão relacionados a problemas e situações que envolve seres humanos e saúde.”

Q42: “Bioética é o estudo dos problemas da conduta humana nas áreas das ciências da vida e dos cuidados da saúde.”

Q43: “É o campo da ética aplicada às pesquisas em saúde e assistência em saúde, ou na pesquisa básica da área biológica que não apresenta, a princípio, aplicação em saúde.”

### **Dificuldade em conceituar**

A maior representatividade no estudo mostra dificuldade em formular os conceitos, durante o grupo focal essa característica foi acompanhada pelo silêncio e por certo constrangimento dos participantes.

Q19: “ética usada para auxiliar nos problemas relacionados a dependência química.”

Q26: “Tema bastante polêmico.”

Q28: “Não sei.”

GF6: “E a bioética envolve a questão de pesquisas, (...)”

GF12: “Bio, quando se refere a área da saúde.”

GF15: “(...) bioética acho que ela entra mais no estudo.”

GF14: “Mais na ética aplicada à saúde (...)”

Um estudo similar realizado na Noruega através de sete grupos focais, totalizando 65 participantes, abordando os desafios éticos, mostram que o dilema autonomia versus paternalismo é uma questão cotidiana e que profissionais têm dificuldade em transitar sobre questões éticas por ausência de conhecimento sobre recursos teóricos da bioética.<sup>15</sup>

A falta de recursos teóricos sobre a ética e bioética foi observada também nessa experiência empírica, relacionada à dificuldade em formular conceitos pela maioria dos participantes do questionário e caracterizado pelo constante silêncio nos grupos focais, pela rápida saturação das respostas e ausência de vocabulário que permitisse o participante aprofundar nos temas.

Apesar dessa dificuldade em transitar pelas questões da bioética de forma fundamentada, a maioria dos participantes do presente estudo enxergam desafios éticos que podem tornar a prática em saúde mental um exercício complexo.

O tema, **Desafios Bioéticos**, foi abordado estimulando os participantes a expor questões éticas percebidas na sua prática com pacientes psiquiátricos graves. Considerando a maior representatividade nos questionários compreende-se o fato desse assunto gerar mais categorias na análise das respostas dos questionários, mas é interessante que todas as categorias emergentes no grupo focal também surgiram nos questionários. Outra informação relevante é que 23 dos participantes do questionário relataram que enxergam algum problema bioético nas internações psiquiátricas involuntárias.

### **Envolvimento da família na assistência**

O envolvimento da família no cuidado ao paciente psiquiátrico é observado na fala dos participantes através da pressão que os familiares exercem para a internação involuntária de pacientes. O papel da família foi descrito como uma experiência negativa.

Q21: “[internação] devido à solicitação da família, sem paciente passar por avaliação de um profissional capacitado.”

Q22: “Já fui pressionada pela família internar paciente sem indicação”.

GF5: “quem decide é a família”

GF10: “Então depende, muitas vezes também a família exagera, fala que tá dando muito trabalho, mas tá estável.”

GF3: “(...), a gente trata aqui, tem o CAPS dia, (...) mas aí a família responsabiliza todo o CAPS de qualquer coisa que venha a acontecer com o paciente fora do CAPS ou com a família, entendeu? Então há uma rejeição muito grande da família com o doente psiquiátrico”.

A dificuldade da família em lidar com os sintomas agudos do transtorno pode ter relação com a não adesão do paciente ao tratamento, ao mesmo tempo em que o comprometimento da família junto ao paciente no tratamento pode sofrer influências culturais. A china, por exemplo, observa uma cultura de apoio das famílias aos tratamentos, mas um estudo mostra a relação entre a dificuldade do cuidado no seio familiar e a pressão para internação; já nos EUA, há o relato de abandono de pessoas com problemas psiquiátricos graves, o que subentende a dificuldade das famílias em lidar com os transtornos psiquiátricos, mas também pode significar uma cultura de negação do cuidado pela família.<sup>3,16,17</sup>

### **Autonomia do paciente**

A autonomia, conceituada por Feingberg<sup>18</sup> como situação real de autogoverno, relacionada ao paciente psiquiátrico, forma uma categoria descrita em três subcategorias importantes: fator que limita o cuidado; transgressão de direitos e; capacidade de tomada de decisão comprometida. O questionário emerge apenas a subcategoria transgressão de direitos. o que pode ser uma limitação do estudo ao tocar em um tema complexo, podendo levar a respostas que o participante acredite que sejam esperadas.

*Fator que limita o cuidado*

Nessa subcategoria emerge o paciente que tem o direito de autonomia respeitado e não adere à terapêutica proposta.

GF12: “(...)a gente procurava o CAPS eles falavam que não tinha o que fazer porque ela não aceitava o tratamento.”

GF3: “Tá, ele tem direito de escolha, ele tem direito de escolha sim, mas você vai perguntar o paciente, você quer se tratar, ele fala não (...)”

O direito à autonomia da pessoa é um desafio na prática da assistência à saúde mental na percepção dos participantes desse estudo. A capacidade de autogoverno confrontada ao direito do paciente recusar o tratamento proposto é um desafio ao cuidado de pacientes psiquiátricos graves também em outras realidades, levando alguns países da Europa e os EUA a criar medidas involuntárias em serviços ambulatoriais a fim de impedir tal postura, ou seja, impedir os riscos de uma fase aguda dos transtornos, mas transgredindo a um direito básico do homem.<sup>19,20</sup>

#### *Transgressão de direitos*

A transgressão de direitos é uma subcategoria que mostra o desconforto de muitos participantes em realizar procedimentos involuntários.

Q09: “Sim, medicalizar paciente psiquiátrico sem seu consentimento, usando força física para contê-lo”.

Q23: “Sim, internação involuntária e/ou compulsória, o indivíduo pode não querer realizar, ser tratado após uma solicitação.”

Q42: “Sim. Às vezes adotamos conduta em pacientes que estão em crise e recusa atendimento, procuramos fazer uma abordagem “forçada”, quebrando assim o seu desejo de se isolar deixando os interesses do paciente em segundo plano”.

GF5: “O paciente vai pro procedimento, ali, o sujeito em sofrimento vai pro procedimento, ficar lá não sei quanto tempo, nem sabe que lugar que é, e... sem perguntar pra ele se ele tem esse desejo, se ele quer realmente passar por isso, se ele quer internar, mesmo ali, né...no momento de crise, se poderia ou não tá perguntando isso para ele, dando essa oportunidade dele decidir, por ele (...)”

GF13: “(...)a gente tinha que administrar uma injeção nele(...) se ele recusou é um direito dele.”

A transgressão dos direitos de autonomia é vista por alguns participantes como um desconforto, ainda que eles enxerguem os tratamentos involuntários como necessários, justificados pela capacidade de tomada de decisão do paciente psiquiátrico grave encontrar-se afetada.

Essa visão é semelhante aos resultados de um estudo europeu sobre a experiência da coerção informal por equipes multiprofissionais, que conclui que apesar do desconforto dessa prática os profissionais a veem como necessária para o cuidado e, o paternalismo é visto como inevitável para segurança da comunidade e beneficência ao paciente.<sup>21</sup>

#### *Capacidade de tomada de decisão comprometida*

Os participantes justificam a necessidade de medidas involuntárias em pacientes psiquiátricos graves que em crise apresentam a capacidade de tomada de decisão afetada pela condição. Observa-se a partir dessa subcategoria que o participante vê as internações

psiquiátricas involuntárias, assim como outras intervenções involuntárias, como necessárias ao tratamento do paciente psiquiátrico grave, prevenindo complicações.

GF6: “(...) se um paciente desse comete um crime, ele é imputado pela lei, então não dá para ele decidi se ele quer ser internado ou não, ele não tem capacidade de definir eu quero, se ele comete um crime ele é imputado, porque para decidir ele pode decidir? Se ele não tem condições de definir o que é certo e o que é errado (...)”

GF4: “Eu acho mesmo que parte, né, do paciente não ter vontade, tem que ter uma intervenção, infelizmente tem que ter, porque ele não tá respondendo por seus atos, então de qualquer forma a gente tem que intervir.”

GF8: “(...) se o paciente não tiver controlado, não tiver respondendo por si próprio, eu acho que não seria antiético porque a pessoa não tem controle de si, não sabe o ato da pessoa, não sabe como agir, a pessoa não sabe responder sim ou não, a pessoa não sabe o certo e o errado, então eu não acho que é errado não.”

GF13: “Porque realmente tem quem vai ser voluntário, mas tem aquele que não responde por si, né, vai ser involuntário mesmo, vai ter que fazer a força, né. [ E esse paciente respondia por ele?] Tava respondendo. Todo mundo que conhecia ele, agente de saúde, né, tava orientado na hora.”

Contrapondo-se à condição de capacidade de tomada de decisão afetada para a internação involuntária, estudos mostram que a capacidade de tomada de decisão de pacientes internados em hospitais psiquiátricos é semelhante a pacientes internados por doenças somáticas. Os psiquiatras que participaram desse estudo relataram que pacientes psiquiátricos graves em sua maioria mantem a capacidade de tomada de decisão, no entanto, a beneficência do tratamento e a prevenção dos riscos potenciais amparam as internações involuntárias<sup>5</sup>. A beneficência também se sobrepõe ao direito de autonomia na percepção dos participantes do atual estudo.

Feinberg, ao mencionar a autonomia como capacidade (*autonomy as capacity*), infere que a condição e o direito de autogoverno (*self-government*) estão sob condição da capacidade de gerenciar a própria vida.<sup>18</sup> Essa capacidade, por sua vez, significa fazer escolhas racionais (*to make rational choices*). Todavia, o que são escolhas racionais, quando resgatamos que, durante séculos, os limites entre a razão e a loucura foram definidos pela moral?<sup>22</sup>

O tema desafios bioéticos ainda promove outras categorias:

### **Medidas utilitaristas**

A categoria Medidas utilitaristas mostra a visão dos participantes que entendem as internações involuntárias como uma medida que alivia os problemas de terceiros em lidar com o paciente psiquiátrico, não havendo foco para a resolução dos problemas do indivíduo acometido pelo transtorno, mas para resolução da desordem gerada por esses transtornos.

Q01: “Sim. Pois na internação involuntária prevalecem os interesses de outras pessoas que vão em direção contrária à do paciente.”

Q04: “Sim, determinação da característica paciente que será internado, às vezes são internados pacientes sem perfil; por decisão, ou melhor, dificuldade dos pais aos cuidados; politicamente há interferência, falta conhecimento poder jurídico”.

Q05: “Sim. Quando estas são realizadas sem critério clínico, não pensando no bem-estar e proteção do paciente, mas sim na facilidade e conforto de terceiros”.

GF6: “Ele é um dependente químico, ele não é tão, tão, vamos dizer assim autônomo, às vezes ele tá, porque que tão querendo a internação dele, porque ele já tá causando um monte de transtorno.”

GF3: “(...) porque ele tá incomodando, ele tá roubando, ele tá fazendo isso, tá fazendo aquilo (...) além dele estar incomodando os outros ele também tá em sofrimento porque se ele roubar ele vai acabar acontecendo outras coisas com ele (...)”

GF10: “Eu já vi casos de que a família procurava o serviço porque o paciente tá incomodando, assim, porque eu quero me livrar, mas ele não “tava” se colocando em risco, ele tinha autonomia, ai sim, tá ferindo o direito dele né, ele não quer ser internado.”

GF13: “(...) é claro que se ele tá fazendo um mal pra sociedade, não respondendo por si, o uso da força pra poder levá-lo, como é que fala... internação, é claro que tem que ser usada, só que eu prefiro não participar, (...)”

O Modelo Utilitarista julga a ação por sua consequência, de modo que é importante “garantir o máximo de bem-estar para o maior número de envolvidos” (p.54)<sup>7</sup>. Dessa maneira, dentro dessa ótica, compreende-se a necessidade das internações não voluntárias na saúde mental, quando se compreende que elas aliviam as dificuldades das famílias em lidar com os usuários e acabam com a desordem causada na comunidade por transtornos não controlados. A internação garante o máximo de bem-estar das famílias e da comunidade, dentro desse pensamento torna-se irrelevante o estudo do Erving Goffman, que descreve o caráter social dentro das instituições, as quais criam um ciclo de eventos que impedem que o sujeito tenha condições de conviver na comunidade, reduzindo-o à instituição<sup>23</sup>.

Basaglia, pensador da Reforma Psiquiátrica, defendeu a liberdade do usuário de saúde mental na comunidade como condição necessária ao tratamento; ainda observa, que a falta de escolha nos tratamentos na comunidade provoca um sentimento análogo ao vivido pelo paciente institucionalizado<sup>24</sup>.

A Bioética da Proteção pode ser uma proposta de modelo substitutiva ao utilitarismo, uma vez que propõe um olhar que valoriza a autonomia dos sujeitos e os interesses da coletividade<sup>13</sup>.

### **Alocação de recursos**

A ausência de recursos para estrutura adequada e educação continuada foram representadas como um problema ético por um participante no questionário.

Q18: “Sim. A falta de estrutura para acolhimento e treinamento da equipe para assistência adequada para os pacientes psiquiátricos.”

Em outro estudo, os participantes inferem que a deficiência da estrutura do serviço psiquiátrico implantado contribui para a tomada de decisão que leva a tratamentos involuntários<sup>25</sup>.

O presente estudo aborda a ausência de formação continuada dos profissionais, assim como de estrutura adequada dos serviços e da rede vistos como um problema ético por si só e por suas consequências. Dentro dessa perspectiva, as políticas de saúde quando analisadas tendo como base a Bioética da Proteção, precisam ser executadas de maneira *pragmática* e avaliadas quanto à *eficácia e efetividade* das ações. Os problemas estruturais ou de ausência de profissionais treinados não respeitam a *moralidade da política de saúde* mental que garante a promoção, proteção e reabilitação em saúde mental<sup>13</sup>.

### **Ética Profissional**

Essa categoria emerge apenas do questionário e foi entendida como posturas profissionais inadequadas na assistência psiquiátrica.

Q13: “Sim, problema principalmente relacionado ao preconceito e julgamento do profissional de saúde perante o paciente, incluindo zombarias e piadinhas sobre a situação e quadro de saúde”.

Q15: “Sim. Nossa política, poucos psiquiatras estão preparados para respeitar os direitos de seres humanos das pessoas”.

Q28: “Sim. O profissional espalhar notícias de pacientes para uma pessoa qualquer sem a permissão do paciente”.

A Ética profissional não foi mencionada nos artigos revisados, mas ela está embutida na ausência de capacitação dos profissionais, inclusive na ausência de formação em bioética, o que poderia além de provocar uma mudança de posturas profissionais, contribuir para a formação do conhecimento nas teorias da bioética, as quais oferecem ferramentas que dão suporte à tomada de decisão dos profissionais. <sup>4,26</sup>

### **Judicialização do cuidado**

A judicialização, compreendida como *intervenção do Judiciário nos atos e atribuições dos poderes Executivo e Legislativo* <sup>27</sup>, de modo que o setor de saúde também é passível de agir por força de decisão judicial, também é observado como um problema ético.

Q1: “Sim. Cumprimento de ordem judicial para internação (...)”.

No Brasil, a internação compulsória se refere àquela internação determinada pelo judiciário e as internações involuntárias determinadas por terceiros.<sup>14</sup> Nesse artigo, a palavra involuntária foi usada no sentido de coercitivo, independente da origem da coerção. Mas aqui, o participante do estudo se refere especificamente às demandas judiciais de internação sem consentimento do paciente e à revelia das decisões da equipe de saúde mental. Estudos mostram

que em outros países qualquer decisão sobre internação não voluntária deve passar pelo judiciário e em todos os artigos encontrados, a demanda surge do serviço de saúde para o judiciário, não menciona o fluxo contrário.<sup>10,19</sup>

A Judicialização da saúde é uma discussão muito atual. No Brasil, está principalmente relacionada às demandas de usuários dos serviços de saúde que necessitam de tratamentos que não são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, SUS, mas se apoiam nos princípios que asseguram o acesso integral, universal e gratuito à população. Essas demandas judiciais geralmente oneram os cofres públicos, comprometendo verbas destinadas à saúde da coletividade<sup>28</sup>. É importante destacar esses fatos, porque neste exemplo ao beneficiar um usuário o judiciário pode afetar toda a população, principalmente de municípios pequenos, que têm verbas reduzidas para a saúde, enquanto no caso das internações coercitivas, compromete a liberdade do indivíduo em função da segurança da comunidade, afora em atos criminosos, os quais, de maneira justa, deveriam responder às leis comuns.

### **Medicalização**

O excesso de medicação foi percebido como um desafio ético. Essa foi à única representação nesse contexto, apesar do excesso de medicações e seus efeitos adversos muitas vezes estarem associados à dificuldade de adesão de pacientes ao tratamento.

Q15: “Vejo muita medicação p/ pouca comorbidade”.

O excesso de medicações é um evento que dificulta a adesão dos pacientes às terapêuticas, geralmente associado aos efeitos colaterais das medicações, principalmente o ganho de peso, as disfunções sexuais, sedação, além dos efeitos extrapiramidais de alguns antipsicóticos<sup>26</sup>. Por outro lado, a adesão do paciente aos tratamentos medicamentosos pode contribuir para a maior harmonia familiar, e ambientes familiares desfavoráveis influenciam de forma negativa no quadro do paciente<sup>3</sup>.

O aparecimento dessa categoria é relevante porque apesar da sensatez do paciente que recusa tais medicações com efeitos adversos que afetam a qualidade de vida, estudos anteriores mostraram que o conteúdo da recusa do paciente psiquiátrico não é considerado, apenas tido como desatino<sup>5</sup>.

### **Beneficência sobrepõe à autonomia**

A beneficência é um dos princípios do Princípio do Princípio bioético assim como a autonomia e nessa categoria observa-se que o benefício da internação é avaliado como superior ao respeito à autonomia, ou seja, a autonomia está em segundo plano por um bem maior ao paciente de controlar a fase aguda do transtorno.

GF12: “(...) olhando pela ética, a gente talvez não tá respeitando o paciente, talvez, talvez, eu tô bem confusa mesmo ainda, mas olhando bioeticamente falando, a gente tá pensando no bem dele, então, seria correto”.

GF2: “Mas se for pro bem do paciente eu não vejo nada de antiético”.

GF13: “(...), mas depois eu falo comigo, tem que segurar a força sim, eu sei que não vai ser nada demais, vai ser pro bem dele, apenas uma injeção (...)”.

GF6: “(...) é pro bem, a gente precisa o que, desintoxicar esse paciente para ele começar racionalizar e aí quem sabe aderir mesmo à questão de quebrar essa dependência (...)”

GF9: “porque né, o paciente precisa daquele tratamento, e é uma coisa que vai ser benéfica a ele, então, desde que seja tomado todos os cuidados para que não haja uma ... uma intervenção que cause mal, eu também (concordo).

O Princípio de Beauchamp e Childress, sugere resolver dilemas morais e conduzir o agir moral através dos princípios de respeito à autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça, sem hierarquia, mas consciente da possibilidade de um princípio sobressair ao outro. Nessa categoria, a visão de fazer o bem ainda que o paciente não autorize é uma visão paternalista culturalmente aceita na assistência à saúde mental <sup>7</sup>.

A beneficência e a prevenção de danos se mostram primordiais na assistência psiquiátrica. Medidas involuntárias com o fim de restaurar a autonomia do paciente, enquanto a autonomia deve estar abaixo da beneficência e da proteção da comunidade<sup>21</sup>. Seria possível? Os tratamentos involuntários caminham de mãos dadas com posturas paternalistas, e essas posturas parecem ser comuns entre os profissionais da saúde mental, o que pode dificultar o envolvimento do paciente no tratamento <sup>29</sup>.

### **Conclusões**

O conflito com a autonomia do sujeito é um evento marcante na prática da assistência em saúde mental, evidenciado tanto nas falas dos profissionais participantes desse estudo, quanto em pesquisa bibliográfica sobre o tema em investigação.

Empiricamente, esse estudo aclara que os participantes têm dificuldades em transitar pelos recursos teóricos da ética e bioética, no entanto tem uma capacidade ampla de perceber os desafios Bio(éticos) que estão expostos na saúde mental.

A ausência de recursos teóricos sobre ética e bioética pelos profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial do município estudado pode ser corrigido com oficinas de capacitação em bioética, e o incentivo à formação de grupos de discussão em bioética nos serviços de saúde mental, uma área suscetível a muitos desafios éticos, podendo contribuir para o empoderamento das decisões das equipes multiprofissionais, evitando dessa forma medidas coercitivas e transgressões de direitos justificadas por pressões externas.

Reiterando a proposta da Bioética da Proteção a grupos vulnerados, propõe-se de forma individual a valorização de práticas que favoreçam o empoderamento do indivíduo e deem

suporte à tomada de decisão. E em um olhar coletivo, é importante que haja avaliação do impacto dos serviços na comunidade e garantia de execução da proposta da política de saúde mental próxima aos aspectos legais.

### **Limitações**

A complexidade e o caráter sensível dos temas abordados podem influenciar as respostas dos participantes direcionando-as para respostas aceitáveis;

O desenho qualitativo não permite conclusões sobre representatividade.

### **Link acadêmico:**

**Este artigo faz parte da dissertação de mestrado de Jussara Alves Coutinho, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa.**

### **Referências**

1. Brasil, Ministério Da Saúde. Portaria GM nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.
2. Nawka, Alexander, Kalisova, Lucie, Raboch, Jiri at al. Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2013 Oct. [Cited 2018 Nov 10]: 13(1):213-257. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118928>.
3. Kathryn LH. Family Life and Social Medicine: Discourses and Discontents Surrounding Puebla's Psychiatric Care. *Cult, Med Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2017 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 41(4):499-540. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/28577111>.
4. Hem M, Molewijk B, Gjerberg E, Lillemoen L, Pedersen R. (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus group study among health care professionals. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2018 Jun. [Cited 2018 Nov 10]: 19(1):1-14. Available from: <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-018-0297-y>.
5. Sjöstrand M, Karlsson P, Sandman L, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2015 May. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1):16-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25990948>.
6. Giacco D, Priebe S, Abe T. Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. *PLoS ONE*. [Serial on the Internet]. 2016 Mai. [Cited 2018 Nov 10]: 11(5): [e0154458]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865189/>.

7. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
8. Singh AR, Singh SA. Bioethical and Other Philosophical Considerations in Positive Psychiatry. *Mens Sana Monographs*. [Serial on the Internet]. 2016 Jan- Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 14(1):46-107. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28031624>.
9. WILLIAMS, RA. Opportunities In Reform: Bioethics And Mental Health Ethics. *Bioethics*. [Serial on the Internet]. 2016 May. [Cited 2018 Nov 10]: 30(4):221-226. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26424211>.
10. Player C. Involuntary outpatient commitment: The limits of prevention. *Stanford Law Pol Rev*. [Serial on the Internet]. 2015 Apr. [Cited 2018 Nov 10]: 26(1):199-237. Available from: <https://law.stanford.edu/publications/involuntary-outpatient-commitment-the-limits-of-prevention/>.
11. Stuen H, Rugkasa J, Landheim A, Wynn R. Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Serv Res*. [Serial on the Internet]. 2015 Set-Out. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1):1-13. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1083-x>.
12. Sandel MJ. *Justiça – O que é fazer a coisa certa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.
13. Schramm, FR. A Bioética de Proteção: uma ferramenta para avaliação das práticas sanitárias? *Ciência e Saúde Coletiva*. [Revista em internet]. 2017 Maio.[Acesso 1 de Agosto de 2019].22(5): 1531-1538.Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1531-1538/pt/>.
14. Brasil, Ministério Da Saúde. Lei nº 10.216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.
15. Hem M, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: A focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2014 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1):15-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25475895>.
16. Landeweer E. Sharing Care Responsibilities Between Professionals and Personal Networks in Mental Healthcare: A Plea for Inclusion. *Ethics and Social Welfare*. [Serial on the Internet]. 2017 Aug. [Cited 2018 Nov 10]:41(2) 147-159. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17496535.2017.1352008?af=R>.
17. Fan R, Wang M. Taking the Role of the Family Seriously in Treating Chinese Psychiatric Patients: A Confucian Familist Review of China's First Mental Health Act. *J*

- Med Philosophy. [Serial on the Internet]. 2015 Aug. [Cited 2018 Nov 10]: 40(4):387-399. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26049082>.
18. Feinberg J. *The Moral Limits of The Criminal law- Harm to Self*. Vol. 3. New York: Oxford University Press;1986.
  19. Rugkåsa J,Dawson J,Burns T. CTOs: What is the state of the evidence? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Serial on the Internet]. 2014 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 49(12):1861-1871. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562319>.
  20. Lawn S, Delany T, Pulvirenti M, Smith A, Mcmillan J. (2015). A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders. *BMC Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2015 Nov. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1):215-274. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4635603/>.
  21. Valenti E, Banks C., Calcedo-Barba A, Bensimon C, Hoffmann M, Pelto-Piri K, et al. Informal coercion in psychiatry: A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Serial on the Internet]. 2015 Fev. [Cited 2018 Nov 10]: 50(8):1297-1308. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720809>.
  22. Foucault M. *História da Loucura*. 11. ed. São Paulo: Perspectiva; 2017.
  23. Goffman E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva; 2015.
  24. Basaglia F. *As instituições da violência*. In: *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1985.
  25. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2015 May. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1):16-37. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016885>.
  26. Lewis, Campbell. Violence and abuse against people with disabilities: A comparison of the approaches of the European Court of Human Rights and the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. [Serial on the Internet]. 2017 Jul-Alg. [Cited 2018 Nov 10]: 53(1):45-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28689626>.
  27. Britto, RC. *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2004. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>.

28. Nunes CFO, Ramos Júnior A N. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cadernos de Saúde Coletiva*. [Revista em internet]. 2016. [acesso 1 de agosto de 2019]. 24(2):192-199. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-192.pdf>.
29. Peltto-Piri, Veikko, Engstrom, Karin, Engstrom, Ingemar. Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2013 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 14(1):14-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24314345>.

### 5.3. Artigo 3

## Fragilidades da Rede de Atenção Psicossocial relacionadas às demandas de internação psiquiátrica não voluntária

### **Resumo**

As internações psiquiátricas são frequentemente questionadas e quando associadas a medidas involuntárias tornam as discussões mais complexas, porque além do impacto que exercem a vida nessas instituições, adiciona-se a percepção da coerção; a transgressão de direitos; e envolve o interesse de terceiros: familiares e comunidade. Historicamente diversos fatores foram associados a esse tipo de internação. Esse estudo descritivo de natureza qualitativa objetiva pontuar as fragilidades da rede de atenção psicossocial de um município, em Minas Gerais, Brasil, que podem influenciar as demandas de internação não voluntária. Para tal, foram realizadas duas fases de coleta de dados, a aplicação de um questionário, o qual participaram 39 profissionais e a realização de grupos focais, 16 participantes. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Laurence Bardin e, da análise temática dos questionários, resultou as categorias: cabe ao serviço a assistência psiquiátrica; o serviço não está apto à assistência psiquiátrica; o profissional se sente capacitado; dificuldades do profissional; internações voluntárias são necessárias e Transgressão de direitos. Como resultado, da análise dos grupos focais, surgiram as categorias: o serviço não está apto à assistência psiquiátrica; dificuldades do profissional; último recurso e deficiência da rede de atenção. Dessa forma, observou-se que os questionários apresentaram categorias com ideias opostas, enquanto o grupo focal chegou ao consenso, e pode-se concluir que a maioria dos participantes enxerga as internações involuntárias de maneira alinhada a outros estudos, mas dão destaque importante à falta de capacitação e formação dos profissionais em saúde mental e na ausência de estrutura e articulação dos serviços.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental, Tratamento Psiquiátrico Involuntário.

## Weaknesses of the psychosocial care network related to the demands of non-voluntary psychiatric hospitalization

### **Abstract**

Psychiatric hospitalizations are frequently questioned and when associated with involuntary measures make discussions more complex, because in addition to the impact in the life of the patient on these institutions, the perception of coercion is added; the transgression of rights; and involves the interest of third parties: family and community. Historically, several factors have been associated with this type of hospitalization. This descriptive study of a qualitative nature which aims to point out the weaknesses of the psychosocial care network of a municipality in Minas Gerais, Brazil, which may influence the demands of non-voluntary hospitalization. To do this, two data collection operations were carried out, one questionnaire which 39 professionals participated, and the holding of focus groups, 16 participants. The analysis of the data was performed through of the content analysis of the Laurence Bardin, the thematic analysis of the questionnaires, resulted in the following categories: The service is fit for psychiatric care; The service is not fit for psychiatric care; The professional feels empowered; Professional difficulties; Voluntary admissions are required; and the category Transgression of rights. As a result, from the focus group analysis, the following categories emerged: The service is not fit for psychiatric care; Professional difficulties; Last resort; and the category Network disability. Thus, it was observed that the questionnaires presented categories with opposite ideas, while the focus group reached consensus, and it can be concluded that most participants see involuntary hospitalizations in line with other studies, but highlight the lack capacity building and training of mental health professionals and in the absence of structure and articulation of the services.

Keywords: Mental Health Services, Involuntary Treatment Psychiatric.

## Introdução

A institucionalização de longa permanência foi durante décadas a principal estratégia de assistência ao paciente psiquiátrico no mundo<sup>1,2</sup>. Os movimentos de reforma psiquiátrica<sup>3</sup> e de maior valorização dos direitos humanos assim como estudos que defenderam o caráter moral<sup>2</sup> e social<sup>4</sup> das internações psiquiátricas de longa permanência, contribuíram para uma assistência psiquiátrica mais humana com prevalência na comunidade.

O Brasil acompanhou essas mudanças com a formulação de leis que favorecem os interesses dos pacientes psiquiátricos<sup>3</sup>, promove um retorno à comunidade de pacientes marginalizados por décadas<sup>5</sup>, e proíbe as institucionalizações de longa permanência com redução brusca do número de leitos em hospitais psiquiátricos<sup>3</sup>.

Erving Goffman, em sua importante obra, *Manicômios, Prisões e Conventos*, destaca o caráter social das internações psiquiátricas, instigando que uma vez extintos os hospitais psiquiátricos, seus verdadeiros clientes; família; órgãos de segurança pública e o judiciário; exigiriam outro meio de institucionalizar os pacientes psiquiátricos<sup>4</sup>.

Assim sendo, nos EUA mais de 20% da população desabrigada é de pacientes psiquiátricos, e é significativo o número de pessoas que sofrem de transtorno mental, encarceradas por crimes de baixa complexidade, não envolvendo violência<sup>6</sup>. No Brasil, em 2017, secretários municipais e estaduais de saúde pactuam nas comissões intergestoras o aumento do número de leitos psiquiátricos<sup>7</sup>. Diante desse fato, nos instiga saber como as equipes multiprofissionais que exercem suas funções na rede de atenção psicossocial de um município do interior de Minas Gerais, percebem a assistência prestada aos usuários do SUS portadores de transtorno mental. Pretende-se dessa forma pontuar as deficiências da rede, na ótica desses profissionais, que podem relacionar as demandas de internação psiquiátrica não voluntária.

Goffman afirma em sua obra que tantas pessoas sofrem por transtornos mentais na comunidade, ou mais, que dentro das instituições psiquiátricas, logo, questões sociais criam as demandas para esses hospitais, com rotinas que negam a individualidade da pessoa, matam suas identidades e os afastam de maneira cíclica da sociedade. Este estudo propõe que dentre os multifatores que levam às internações psiquiátricas coercitivas, as fragilidades dos serviços de atenção psiquiátrica na comunidade influenciam essa demanda<sup>4</sup>.

A relevância desse estudo consiste em promover a discussão do papel dos serviços na prevenção das medidas coercitivas em psiquiatria e sendo a cultura profissional passível de

mudanças, promover a melhoria desses serviços com conseqüente influência na redução das internações psiquiátricas não voluntárias.

### **As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)**

As redes de atenção à saúde se distanciam do hierárquico modelo de assistência hospitalocêntrico, através de uma rede de serviços de atenção à saúde articulados em ações intersetoriais, abrangendo todos os níveis de atenção à saúde<sup>8</sup>.

A portaria 3088, 2011, segue a mesma linha das redes de atenção à saúde, instituindo as redes de atenção psicossocial, ampliando a assistência à saúde mental na comunidade. Antes da Reforma Psiquiátrica, o único caminho para as pessoas que sofriam de transtornos mentais eram as internações em hospitais psiquiátricos, a proibição das institucionalizações de longa permanência e o compromisso com a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do usuário do SUS na comunidade, que além de outras necessidade, sofre de transtorno mental, exige uma rede de atenção articulada, eficiente e protetora dos interesses da pessoa, ampliando a assistência à saúde mental em todos os níveis de complexidade da assistência ao usuário<sup>5,8</sup>.

As diretrizes das redes de atenção psicossocial, garante o respeito aos direitos humanos, autonomia e liberdade dos usuários dos serviços do SUS; promove a equidade; luta contra o estigma e o preconceito; oferece uma assistência integral, através de equipes multiprofissionais, com acessibilidade e qualidade dos serviços; garante diversas estratégias de assistência à saúde, centradas na pessoa; suporte à tomada de tomada de decisão autônoma e promoção da inclusão social e cidadania; ações de Redução de Danos; desenvolve o controle social por usuários e familiares; garante a regionalização da assistência à saúde para garantia da integralidade; desenvolvimento da educação continuada e, assistência às pessoas com transtorno mental e dependentes químicos através da elaboração do projeto terapêutico singular, que propõe condutas terapêuticas através de discussões interdisciplinares e intersetoriais<sup>5</sup>.

No entanto, sendo as RAPS muito jovens, na verdade criança, e considerando uma forte herança curativista/hospitalocêntrica das políticas de saúde, faz-se necessária a observância das práticas de atenção, bem como, da compreensão dos papéis dos serviços na assistência à saúde mental na comunidade, e proteção de usuários vulnerados. Nesse sentido, a Bioética da Proteção corrobora com a proposta das Redes de atenção psicossocial.

### **A Bioética da Proteção**

A Bioética da Proteção nasceu no início do Século XXI, inicialmente com o nome de Ética da Proteção, como uma proposta prática de discussão de problemas éticos enfrentados pela saúde pública. Os avanços da ciência, as novas formas de adoecer, as novas estratégias de

assistência à saúde, promovem desafios éticos que tornaram os modelos da bioética tradicional insuficientes<sup>9</sup>.

A Bioética da Proteção propõe a valorização da autonomia pessoal dentro dos interesses coletivos. Foi criada para “*pensar as políticas públicas de saúde com conteúdos e práticas a serem analisadas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético*” (p.1533)<sup>10</sup>. Aplica-se a populações vulneradas, ou seja, com desvantagens sociais e econômicas que os privam de uma vida digna e os expõe a situações de abuso. Frente àquele que não tem a capacidade de promover a própria proteção, as ferramentas da Bioética, pretendem empoderar e apoiar na tomada de decisão autônoma<sup>9,10</sup>.

Na Saúde Pública, a Bioética da Proteção, ambiciona a promoção e prevenção da saúde e a qualidade de vida da população. A promoção se aplica através da “*avaliação da efetividade das práticas das instituições públicas*” (p.1533)<sup>10</sup>, bem como da restrição do direito à autonomia pessoal quando ela pode comprometer o bem-estar da comunidade, nesse sentido os pensadores da Bioética da Proteção se referem às *epidemias e pandemias*. O maior interesse é a qualidade de vida sem violação de direitos fundamentais<sup>10</sup>.

Nesse contexto, as ferramentas da Bioética da Proteção tomam papel importante na análise do dilema das internações psiquiátricas coercitivas, pois se refere a um grupo de usuários do SUS em condição de vulnerados, seja por condições socioeconômicas-culturais de desvantagem, comuns no Brasil, seja pela condição que os expõem o transtorno mental ou a sociedade, de marginalização. Considerando que esse estudo propõe analisar de maneira qualitativa a percepção de profissionais que atuam em uma RAPS, cabe ainda, à Bioética da Proteção, o olhar sobre a efetividade das práticas de atenção.

### **O Método**

É um estudo qualitativo de natureza descritiva, realizado na RAPS de um município de Minas Gerais, com população de 19015 habitantes e 100% de cobertura da atenção básica, com oito equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I); um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi); uma Fundação Hospitalar com dois leitos de retaguarda psiquiátricos; uma Unidade de Saúde de atenção secundária; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço de Residência Terapêutica (SRT).

Os critérios de inclusão definidos foram profissionais que abrangem as equipes multiprofissionais que atuam na RAPS, com nível de escolaridade superior e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE, os quais foram orientados sobre o desenho

e objetivo do estudo, o caráter voluntário da participação e que a qualquer instante o consentimento poderia ser retirado do estudo. O termo de consentimento foi lido e esclarecido entregue uma versão impressa. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, em observância com a Resolução 466/2012, CAAE: 84607617.2.0000.5153.

A coleta de dados foi realizada em duas fases: primeira fase a aplicação de um questionário e segunda fase a realização de grupos focais.

Durante a primeira fase os participantes foram abordados e aceitando participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário foi entregue ao profissional e recolhido dias depois segundo disponibilidade do participante. O questionário apresentava questões abertas referentes às características gerais do participante, questões sobre a assistência psiquiátrica e sobre a bioética. Houve 39 participantes.

Durante a segunda fase todos os participantes da primeira fase foram convidados a participar dos grupos focais que aconteceram em três datas. Houve 16 participantes totalizando 121 minutos de gravação, com um roteiro que abordava a percepção dos profissionais sobre o cuidado em saúde mental, o conhecimento dos conceitos de ética, bioética e observação de problemas Bio(éticos) na prática em saúde mental.

A análise qualitativa foi realizada através da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Foi obtida uma primeira impressão através da leitura repetida do conteúdo, unidades de significado foram identificadas e classificadas em categorias e subcategorias. A revisão de literatura deu base para a interpretação do material e da formação das categorias.

As categorias estão comentadas conforme o tema ao qual os participantes foram expostos, utilizando as respostas apresentadas no questionário (representadas pelo número do questionário precedido pela letra “Q”) e as falas que foram gravadas nos grupos focais (representadas por um número de ordem a qual o participante aparece nas gravações precedido das letras “GF”).

O resultado da análise teve como fruto dois artigos, um artigo que aborda a percepção dos participantes sobre as questões bioéticas que envolvem as interações involuntárias e, este artigo específico aborda a percepção do cuidado em saúde mental no município.

### **Resultados e discussão**

Os participantes da pesquisa apresentam uma média de idade de 35,7 anos, sendo 27 do sexo feminino, os tipos de profissão mais representativos foram a enfermagem e a medicina

significando 77% dos participantes (Vide tabela 1). A maioria dos participantes tem até cinco anos de profissão e até cinco anos de atuação no serviço ao qual está alocado.

**Tabela 1: Profissão dos participantes**

Profissão	N	%
Enfermeiro	20	51,28
Médico	10	25,64
Administrador hospitalar	1	2,56
Psicólogo	2	5,13
Assistente social	2	5,13
Fisioterapeuta	1	2,56
Farmacêutico	1	2,56
Nutricionista	1	2,56
Psicopedagogo	1	2,56

Fonte: Dados da pesquisa.

As categorias e subcategorias que emergem dos questionários relativas a esse assunto estão apresentadas no Quadro 1 e, é possível observar que o resultado da análise dos grupos focais gera categorias semelhantes, quadro 2.

É importante observar através da análise desses dois quadros, que apesar das duas fases de coleta de dados apresentarem categorias similares, o questionário resultou em um maior número de categorias e subcategorias o que pode ser explicado pela maior representatividade do questionário e pelo maior tempo do profissional com esse instrumento de coleta de dados.

**Quadro 1. Categorias e subcategorias do questionário**

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Competência do serviço	Cabe ao serviço a assistência psiquiátrica	Atribuições legais
		Serviço estruturado
	O serviço não está apto à assistência psiquiátrica	Não é competência do serviço
		Ausência de estrutura e capacitação
Capacitação do profissional	O Profissional se sente capacitado	Habilidade particular
		Experiência prática
		Especialização
	Dificuldades do profissional	Formação acadêmica insuficiente
		Ausência de capacitação
		Controle emocional

\*Continua

\*\*Continuação do Quadro 1.

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Percepção sobre as internações coercitivas	Internações involuntárias são necessárias	Prevenção de riscos
		Tomada de decisão afetada
		Dificuldades da família
	Último recurso	
	Transgressão de direitos	

Fonte: dados da pesquisa.

## Quadro 2. Categorias e subcategorias do Grupo Focal

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Competência do serviço	O serviço não está apto à assistência psiquiátrica	Formação acadêmica insuficiente
		Ausência de estrutura e capacitação
Capacitação do profissional	Dificuldades do profissional	Ausência de capacitação
		Aspectos emocionais
		Estrutura da rede de atenção
Percepção sobre as internações coercitivas	Última alternativa	
	Deficiência da rede de atenção	

Fonte: dados da pesquisa.

O tema, **competência do serviço**, foi abordado a fim de compreender como os profissionais entendem o papel do seu serviço na assistência ao paciente psiquiátrico grave.

Os questionários resultam em categorias com posições contrárias:

### **Cabe ao serviço a assistência psiquiátrica**

Essa categoria representa os participantes que compreendem o papel fundamental da sua instituição de trabalho no cuidado ao paciente psiquiátrico.

#### *Subcategoria: Atribuições legais*

Nesse sentido os participantes demonstram conhecimento sobre as leis que determinam os serviços de apoio à assistência psiquiátrica.

Q01: “Sim, pois a ESF é a porta de entrada dos usuários e onde prestamos cuidados para prevenção dos agravos, promoção da saúde e reabilitação”.

Q05: “Sim. Pois se trata do CAPS, serviço substitutivo ao Hospital Psiquiátrico”.

Q07: “Sim. Após a reforma psiquiátrica a instituição CAPS, surgiu como principal eixo de interligação entre os pacientes de saúde mental, suas famílias e os serviços de saúde”.

Q09: “Sim. Porque o hospital faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, contemplado com 2 leitos de retaguarda da saúde mental, sendo referência para o município em que a instituição se localiza, e mais a 1 município “vizinho”.”

Q20: “Sim, porque o atendimento aos pacientes psiquiátricos graves deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS”.

As respostas estão alinhadas com as leis brasileiras de saúde mental, que determinam o papel de cada serviço, em todos os níveis de atenção à saúde, ampliando a rede de assistência na comunidade e distanciando das instituições psiquiátricas<sup>3,5</sup>.

*Subcategoria: Serviço estruturado*

Essa subcategoria mostra que os participantes percebem o papel da instituição no cuidado em psiquiatria relacionado à estrutura para acolhimento do paciente.

Q02: “Sim. Porque dispões de muitos fatores, desde uma boa equipe multidisciplinar e dispositivos preparados para um bom suporte.”

Q03: “Sim. Porque os profissionais estão preparados para tal situação.”

Q04: “Sim, porque nós temos o CAPS adulto e infantil que nos apoia, sempre nessas ocasiões, trabalhamos em rede”.

Q22: “Sim. Porque tem uma equipe multidisciplinar, tem leito de retaguarda e apoio da secretaria de saúde.”

Q42: “Sim. Apesar dos pequenos ajustes que ainda temos que fazer, é uma instituição que está se fortalecendo e se adaptando a diversos tipos de intervenção. Dispõe de profissionais qualificados e preparados, com o objetivo sempre na melhora do usuário”.

Essa subcategoria emerge, mas não se sustenta. A maioria dos participantes enumeram problemas que se referem a serviços desestruturados, inclusive, quando referem à ausência de conhecimento dos profissionais na saúde mental e de articulação da rede, peças fundamentais para a estrutura dos serviços.

**O serviço não está apto à assistência psiquiátrica**

Os participantes representados nessa categoria não entendem que a instituição a qual representam tem um papel no cuidado ao paciente psiquiátrico grave, ou que a estrutura e formação dos profissionais dificultam a aceitação da demanda.

*Subcategoria: Não é competência do serviço*

Nessa subcategoria o participante não enxerga que é obrigação do seu serviço o cuidado em saúde mental, demonstrando desconhecimento da portaria que determina essa função.

Q06: “Não. Existe o CAPS e o Hospital Municipal para receber tais demandas”.

Q08: “Não. Em crise não. Porque existe um serviço especializado para atender a crise, o CAPS”.

Q10: “Não. Porém muitas das vezes pela dificuldade, é a porta de entrada, a 1ª alternativa que a família encontra naquela situação de desespero e de não saber o que fazer”.

Q26: “Não, temos o serviço CAPS para isso”.

Q44: “Não. É competência hospitalar o atendimento do paciente psiquiátrico em crise”.

É importante destacar que os profissionais nessa subcategoria não conhecem a importância do seu papel no cuidado em saúde mental, direcionando a obrigatoriedade da assistência à saúde mental ao serviço especializado, Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, ou ao Hospital, por absorver emergências. Além dessa postura demonstrar falta de conhecimento sobre as leis e portarias brasileiras da política de saúde mental, pode ser fruto de uma herança cultural dos antigos modelos de assistência à saúde mental.

*Subcategoria: Ausência de estrutura e capacitação*

Os participantes observam que os serviços não estão aptos pela deficiência na estrutura e pela ausência de capacitação dos profissionais.

Q18: “Não. Porque não temos estrutura para receber um paciente nessas condições e a equipe não é treinada para ter uma assistência de qualidade.”

Q21: “Não. A instituição não possui estrutura física, nem equipe preparada para uma assistência adequada e segura, tanto para o paciente quanto para os profissionais.”

Q33: “(...) não há medicamentos dispostos durante crises”.

A estrutura dos serviços da RAPS e capacitação dos profissionais deve ser garantida pelos gestores em observância à legislação brasileira<sup>5</sup>. A ausência de investimento está sujeita ao comprometimento da eficácia dos serviços. Shramm, propõe a Bioética da Proteção como ferramenta de garantia da moralidade das políticas sanitárias<sup>10</sup>, dessa forma, encontramos nessa questão um espaço aberto para discussão em Bioética. A qualidade de vida dos usuários que sofrem de transtorno mental depende da eficácia dos serviços prestados, bem como o desenvolvimento de habilidade sociais e o apoio à tomada de decisão autônoma.

Os participantes dos **grupos focais** quando estimulados a esse mesmo tema só apresentam a categoria: **o serviço não está apto à assistência psiquiátrica**, devido à:

*Subcategoria: Formação acadêmica insuficiente*

Esta subcategoria se refere ao sentimento de insuficiência do conteúdo apresentado nas universidades, refletindo no cuidado em saúde mental.

GF1: “Eu vejo que os profissionais são despreparados para isso, a gente vê que... acha que é até questão de faculdade mesmo (...)”.

GF2: “(...) essa questão da faculdade não preparar o aluno (...) na faculdade geralmente é aquela coisa por cima né, acho que a pessoa para está apta realmente (...) eu não tenho pós graduação em saúde mental (...) mas uma pós graduação viria bem a calhar nesse sentido né(...)”

GF13: “(...) de certa forma a gente vê as questões relacionadas a esse assunto, (...), de forma muito generalizada, o que é a formação de praticamente todos os profissionais da área da saúde (...), dessa forma não nos dá uma competência para poder, é, pegar casos graves (...) então de certa forma quando tem uma formação generalizada, né, muitas vezes a gente pega só o básico. E quando entramos em contato com a realidade, a gente vê que o básico que nós aprendemos, o que é normal em todas as faculdades, não é o suficiente para poder lidar com esse paciente, (...)”.

GF12: “(...)a gente não tá preparado, porque a gente não tem formação específica pra essa área. (...)”

GF7: “Eu acho que eu não tenho competência, nem formação nenhuma, porque até mesmo porque, das vezes que eu tive que atender paciente psiquiátrico eu não conseguia.”

GF14: “Eu acho assim, no meu caso, Psicóloga, eu tenho uma formação em saúde mental, mas não acho que a graduação é suficiente. Não vejo, tanto que quando eu comecei a trabalhar eu vi que muita coisa eu não vi em sala de aula.”

Essa subcategoria destaca aspectos importantes das universidades na formação dos profissionais dos cursos relacionados à saúde, em saúde mental, mas é necessário ter em mente que o profissional que atua na RAPS é corresponsável por sua formação, inclusive é o profissional que assume as responsabilidades do trabalho com a população. Outro fator a se

considerar, é que existem profissionais que atuam na RAPS que não são da área de saúde, como o assistente social, por exemplo, portanto, a competência do profissional também é responsabilidade do gestor, que deve garantir que os profissionais estejam capacitados para exercer suas funções<sup>5</sup>.

*Subcategoria: Ausência de Estrutura e capacitação*

A ausência de estrutura justifica a incapacidade do serviço para a assistência psiquiátrica a pacientes graves.

GF14: “Talvez por não ter aquela equipe preparada para receber uma crise desse porte”.

GF15: “Porque o serviço é destinado pra isso, né, mas vai da questão ali da instituição (...) se for fazer aquele atendimento da crise aqui dentro do CAPS, aí não, não dá”.

Essa subcategoria do Grupo Focal, tem o mesmo sentido daquela que emergiu dos questionários.

O tema **capacitação do profissional** instiga o participante sobre o quanto ele se sente capacitado para assistir o paciente psiquiátrico grave em fase aguda do transtorno. Surgem categorias com sentidos opostos na análise dos questionários:

**O profissional se sente capacitado**

*Subcategoria: Habilidade particular*

O participante refere uma aptidão natural para lidar com transtornos psiquiátricos graves.

Q02: “Sim, porque a minha estratégia é focalizar no intuito de impedir a progressão e uma situação de danos para o sujeito e outras pessoas envolvidas.”

Q03: “Depende da situação, capacitado talvez não, mas preparado”.

Q15: “Enxergando cada pessoa como um ser único. Seu sofrimento único. Não tabelado (...) muitas vezes posso ajudar.”

Q35: “Sim, por todo profissional ser capaz de avaliar qualquer paciente no quadro agudo”.

A habilidade do profissional em lidar com o usuário que sofre de transtorno mental tem influência da sua formação acadêmica, assim como de experiências no mercado de trabalho e de ações de educação continuada.

*Subcategoria: Experiência prática*

A atuação no dia a dia com pacientes psiquiátricos graves capacitou o profissional para tal função.

Q08: “Sim. Porque já tenho experiência na área.”

Q09: “Acredito estar melhor capacitada para assistir o paciente psiquiátrico (psicose, neurose) pela minha experiência profissional em CAPS, porém observo dificuldades na assistência do dependente químico, em relação à manutenção do tratamento.”

Q37: “Sim! Os anos de prática em urgência e emergência tende a nos capacitar através de situações reais.”

Q43: “Sim. Minha formação e experiência me capacitaram para lidar com tais casos.”

Como anteriormente mencionado, a experiência do profissional influencia a habilidade em assistir o usuário dos serviços de saúde mental; adicionado ao conhecimento teórico, orienta condutas e impede a negligência e iatrogenia. Nesse sentido, é importante destacar não só o conhecimento sobre a legislação em saúde ou os diagnósticos e condutas de transtornos e doenças mentais, mas a relevância do papel da Bioética na orientação da tomada de decisão dos profissionais, expostos frequentemente a dilemas éticos relacionados ao respeito à autonomia e questões que envolvem a assistência involuntária<sup>11,12</sup>.

*Subcategoria: Especialização*

A pós-graduação contribui para a habilidade e segurança do profissional na sua prática.

Q05: “Sim. Pois tenho formação na área da psiquiatria”.

Q06: “Sim. Embora não tenha a psiquiatria como especialidade médica, a clínica médica também absorve urgências psiquiátricas”.

A especialização capacita os profissionais para assistir o usuário que sofre de transtorno mental, mas é fundamental o papel da educação continuada, haja vista que existem funcionários que não têm formação em ciências da saúde além de garantir a atualização do conhecimento daqueles formados nessa área de conhecimento.

**Dificuldades do profissional**

Alguns participantes referem suas deficiências na prática da assistência ao paciente grave, em sua maioria relacionada com as deficiências do conhecimento adquirido na formação acadêmica, mas também na ausência de educação continuada. Outra angústia do participante se relaciona aos aspectos emocionais que prejudicam a assistência e podem estar relacionados à ausência de formação e/ou capacitação dos profissionais em saúde mental.

*Subcategoria: Formação acadêmica insuficiente*

O participante relata que o conteúdo dos currículos acadêmicos é insuficiente para o exercício profissional em saúde mental.

Q01: “Não. Pois a formação acadêmica na área de saúde mental para o enfermeiro é muito superficial. Penso que o ideal seria a especialização na área.”.

Q04: “Não, não temos preparação o suficiente, não foi abordado na graduação de forma íntegra, precisamos de capacitação permanente.”

Q14: “Não. Em meu ponto de vista, um período de Saúde mental na graduação é muito pouco não obtive conhecimento para desenvolver habilidades científicas e técnicas para assistir um paciente psiquiátrico e ou dependente químico em crise.”

Q16: “não, seria necessário treinamento, especialização; tema pouco trabalhado na vida acadêmica”.

Aborda questões já mencionadas.

*Subcategoria: Ausência de capacitação*

O participante denuncia nessa subcategoria o não cumprimento da diretriz da portaria 3088/2011 que garante a educação permanente para efetividade dos serviços.

Q07: “No momento, apesar de minha formação, vejo que necessito me aprofundar um pouco mais nos quesitos relacionados ao tema”.

Q13: “Não. Além da pouca experiência profissional nesta instituição e também de vida profissional, não possuo uma especialização em saúde mental. Além disso, cada paciente é subjetivo, aumentando a complexidade da situação”.

Q18: “Não. Requer capacitação para melhor atender um paciente nessas condições. A empresa deveria ser responsável por treinar seus profissionais”.

Q33: “Não, pois não tive nenhum curso de capacitação psiquiátrico.”

A educação continuada é uma ação necessária para a qualidade da assistência prestada ao usuário que sofre de transtorno mental, sobretudo com a consciência da complexidade das questões que envolvem a saúde mental. Há profissionais que exercem funções importantes na assistência à saúde que não tem formação acadêmica, como os Agentes Comunitários de Saúde, ACS, que tem exigência de formação no Ensino Médio. Dentro dessa perspectiva, a educação continuada não deve ser negligenciada pelos gestores, garantindo a atualização e formação dos profissionais que atuam na RAPS.

*Subcategoria: Aspectos emocionais*

O sentimento do profissional que atua nos serviços de saúde mental são fatores que devem ser considerados na qualidade da assistência prestada.

Q20: “Não. Por não ter contato direto com os pacientes psiquiátricos e não lidar com eles no dia a dia, o atendimento em caso de crise causa insegurança e medo”.

Q25: “Nem sempre, pois há situações que posso estar em risco e dessas eu busco me afastar deixando a casa a pessoas aptas a conter o paciente em crise.”

Essa subcategoria emerge de sentimentos negativos, como insegurança e medo, que dificultam a assistência e podem estar relacionadas à ausência de formação e capacitação dos profissionais.

Os grupos focais resultam apenas na categoria **Dificuldades do profissional** relacionada a esse tema, com subcategorias semelhantes, mas emergem outras categorias que vão além das deficiências na formação do profissional, estendendo para as dificuldades na articulação das redes de atenção.

*Subcategoria: Ausência de capacitação*

Emerge aspectos similares aos abordados acima.

GF1: “(...) a gente fala assim, a gente precisa fazer uma capacitação sobre saúde mental, mas quem vai fazer”?

GF8: Mas eu também acho que não estou preparado para estar junto desses pacientes não, mas eu precisaria de uma capacitação mesmo, (...)”

GF10: “Mas assim, eu queria com certeza mais capacitação.”

GF9: “mas eu vejo assim a importância de uma capacitação, pelo menos assim, básica, para a gente ter pelo menos uma noção de como tentar fazer um abordagem inicial quando for preciso, (...)”

GF13: “(...) muito mais capacitações, né, da nossa parte, né, a gente tem que exigir não só melhoria, mas melhoria de nós profissionais também, né? Especialização, de certa forma, não especialização que tem que fazer uma pós e durar dois anos, né, uns treinamentos, né, orientações(...)”

#### *Subcategoria: Aspectos emocionais*

Resgata a mesma insegurança e medo já destacados e haja vista o contexto e as revelações em outras categorias e subcategorias, compreende-se que pode ser reflexo da ausência de capacitação e formação dos profissionais.

GF13: “E o que a gente sente... uma das perguntas... um despreparo. Sim, um despreparo, medo, sente sim, porque (...) é muito difícil(...) a gente é(...) eu no caso não sei como lidar com esse paciente, se ele vai me agredir, se ele não vai me agredir (...)”

GF13: “(...) acaba gerando esses entraves, medo, e rejeição bem entre aspas, não é que eu tô rejeitando o paciente, mas é um medo, um receio, né, a palavra certa seria o receio em atender esse paciente que tá surtando, (...)”

GF11: “Aí do nada deu uns gritos lá dentro, eu mais a agente ficou com medo e desceu a escada correndo”.

GF11: “Então muitas das vezes a gente tem medo (...)”.

GF5: Eu acho que ele desestrutura toda a instituição, (...) é um lugar para crise, pra gente receber a crise e ficar, e trabalhar a crise, aqui é para a crise, mas mesmo assim, aí...cansa.

A representação dessas falas descreve o desgaste emocional dos profissionais que atuam na assistência aos usuários que sofrem de transtorno mental, e além da ausência de treinamento desses profissionais para atender a essa demanda, revela que é necessário considerar o sentimento do profissional frente ao usuário, que certamente influenciará as condutas.

#### *Subcategoria: Estrutura da rede de atenção*

A deficiência na articulação da rede de atenção e a ausência de intersetorialidade são vistas pelos participantes dos grupos focais como dificuldades nos funcionamentos dos serviços.

GF13: “Então a própria rede, né, se ela não funcionar, aí entra em caso a assistência social, entra no caso do CAPS e a própria atenção primária. Muitas vezes isso é muito perceptível aqui, a gente acaba fazendo o serviço do CAPS e o serviço da assistência social (...)”

GF13: “(...) a falha na rede e o acúmulo de responsabilização, que tudo é o enfermeiro do PSF ou tudo é o PSF (...)”.

GF13: “(...)E um diálogo também, com representantes da atenção primária, da atenção secundária, no caso do CAPS e representantes do CRAS também.”

GF12: “Então já começa jogando todos os problemas pra nós, em vez de trabalharmos juntos”.

GF11: “Eu acho que o apoio seria aí, fundamental, (...). Eu tô com um paciente em crise ali na minha área, não sei o quê que eu vou fazer com ele, mas eu liguei eu tenho a quem recorrer, (...)”

GF12: “Eu acho que muito mais do que a gente ser especializado (...), muito mais precisa de um apoio (...)”.

Os profissionais que participaram deste estudo julgam a competência do serviço ao qual exercem suas funções em assistir o paciente psiquiátrico grave, relacionada principalmente à

estrutura do serviço, formação e capacitação dos profissionais, de modo que um serviço sem estrutura, com profissionais sem formação específica, não é visto como um serviço apto à assistência psiquiátrica. Raciocínio semelhante é observado em um estudo qualitativo com psiquiatras suecos, em que os participantes inferem a importância de fatores estruturais e organizacionais na tomada de decisão que leva a tratamentos coercitivos na saúde mental <sup>13</sup>.

É nítida nas falas dos participantes que questões estruturais e de conhecimento dos profissionais são pontos fracos nos elos dessa RAPS, evidenciados pelo modo como essas questões se repetem nas falas e pela angústia demonstrada nos aspectos emocionais que envolvem o cuidado.

A insuficiência no conteúdo para formação universitária é uma questão que pode estimular novas pesquisas e novas posturas na formação de profissionais de saúde, uma vez que a legislação brasileira define o papel de todos os profissionais em todos os níveis de atenção no cuidado em saúde mental, a habilidade em assistir esse grupo de usuários deve ser fundamental assim como as competências com a saúde do idoso, da criança, do adulto, os quais podem estar expostos a transtornos mentais. Mais estudos podem aumentar a repercussão desse tema e levar à avaliação do conteúdo e das práticas na formação dos profissionais de saúde.

Quanto à postura dos profissionais que relacionam a aptidão pessoal e do serviço em assistir ao usuário da saúde mental com uma formação acadêmica insuficiente e/ou ausência de capacitação, é importante destacar que esse fato não nega as responsabilidades legais de ambos, profissional e serviço, com o usuário dos serviços de saúde mental. Todavia, aumentar essa discussão é fundamental para a melhoria da assistência prestada. Essa questão não foi abordada nos achados dos artigos.

Por outro lado, os profissionais participantes que reconhecem as determinações legais que garantem a assistência à saúde mental no âmbito de sua instituição, não aprofundam na eficiência dos serviços prestados, que podem ter influência sobre as internações não voluntárias.

O tema, **percepção dos participantes sobre as internações coercitivas**, também apresenta opiniões contrárias na análise dos questionários, surgindo categorias representadas pela necessidade da internação não voluntária e posições que a entendem como uma transgressão de direitos.

### **Internações involuntárias são necessárias**

*Subcategoria: Prevenção de riscos*

Nesse sentido as internações involuntárias são vistas como necessárias a fim de prevenir riscos à integridade do paciente e de terceiros.

- Q01: “(...) só ser utilizada quando o paciente ofereça risco à vida de outras pessoas e/ou à própria vida”.
- Q07: “Caso a internação seja em prol da estabilização do paciente, sou completamente a favor”.
- Q09: “(...) sendo a internação avaliada dentro das possibilidades de dano imediato/iminente ao paciente ou a outros”.
- Q16: “Quando o paciente representa risco para ele mesmo, ou para familiares”.
- Q19: “devem ocorrer a partir do momento que está causando prejuízos à saúde do paciente e família”.

Essa postura está alinhada com a postura de outros profissionais que participaram de outros estudos. A beneficência dos tratamentos e a segurança da comunidade são consideradas no dia a dia do exercício profissional, justificando a prática da coerção formal e informal<sup>14, 15, 16</sup>, e refletindo em alguns modelos de assistência à saúde mental. Em alguns países a coerção se estende à assistência na comunidade, inclusive em pacientes com aptidão para tomada de decisão<sup>17, 18, 19</sup>.

*Subcategoria: Tomada de decisão afetada*

Essa subcategoria justifica a necessidade de internações involuntárias por julgar a capacidade de tomada de decisão do paciente afetada pelo transtorno.

- Q26: “Concordo. Pois na maioria das vezes a pessoa não tem consciência do que se passa em volta dela”.
- Q27: “Considero que são válidas quando o paciente está em crise e não pode responder pelos seus atos; caso contrário acho válido tentativas de internações voluntárias, abrangendo ações das equipes de saúde.”
- Q28: “Acho correto porque algumas pessoas perdem a consciência do que é certo ou errado (...)”
- Q33: “Sou de acordo, pois um paciente “fora de si” não tem capacidade de ter iniciativa para o tratamento para sua melhora.”
- Q44: “A essência das justificativas de uma internação involuntária está na perda da autonomia do indivíduo decorrente de sua doença mental que o impede de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado.”

A capacidade de tomada de decisão do paciente psiquiátrico é costumeiramente discutida. Há estudo mostrando que a aptidão para tomada de decisão do paciente não é tão afetada quanto julga o senso comum, assim como há estudo que destaca que essa discussão é irrelevante frente à beneficência dos tratamentos e segurança da comunidade<sup>14</sup>.

A autonomia do paciente psiquiátrico é um verdadeiro dilema na atenção à saúde mental, e como o direito à autonomia é frequentemente relacionado à capacidade de tomada de decisão, compreende-se que ela seja questionada. Feinberg, refere que a capacidade de autogoverno não infere na tomada de decisão racional, pessoas muito habilidosas podem tomar decisões equivocadas em diversas áreas<sup>20</sup>. Outra questão importante é que fatores sociais, culturais, ambientais e emocionais imediatos podem afetar uma tomada de decisão. Desse modo, muitos fatores devem ser pesados, inclusive a capacidade moral e a personalidade<sup>21</sup>. Medidas involuntárias afetam a estabilidade inclusive de pessoas sem transtornos mentais graves.

*Subcategoria: Dificuldades da família*

A internação involuntária é justificada pela pressão exercida pela família o que pode ser reflexo de problemas socioeconômicos-culturais e das dificuldades da família em lidar com a fase aguda dos transtornos.

Q03: “Pela internação psiquiátrica involuntária, ou seja, sem consentimento do paciente, penso que este tipo de internação é solicitação de familiares, e nem sequer pensa no que pode vir acontecer com o paciente, ou seja, este tipo”.

Q04: “Depende muito do caso, família, estado de sofrimento que se encontra o paciente (...), mas muitos familiares tendem livrar deles, devido dificuldade de cuidar.”

A família e as pessoas que convivem com o usuário dos serviços de saúde mental, tem papel importante no tratamento quando significam uma convivência saudável, no entanto, a Reforma Psiquiátrica na maioria dos países foi realizada pelos governos sem envolver as famílias nessas decisões, tão pouco orientá-las sobre o seu papel no tratamento<sup>22,23</sup>. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi um movimento das bases<sup>1</sup>, logo seria compreensível que as famílias se envolvessem melhor no cuidado. Outra questão a se considerar, é que enquanto profissional, há uma tendência maior em observar os interesses do usuário do serviço e do ponto de vista da família, o bem-estar de todos os membros é fundamental<sup>21</sup>.

O papel dos profissionais da RAPS é importante na orientação e suporte às famílias dos usuários de saúde mental, mas o relato dos participantes desse estudo deixa evidente as fragilidades na estrutura e organização dos serviços, assim como na aptidão dos profissionais para atuar na saúde mental.

*Subcategoria :Último recurso*

A internação involuntária é um recurso utilizado quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes.

Q09: “Internações feitas sem o consentimento do paciente, somente quando todas outras possibilidades do projeto terapêutico singular se esgotarem (...)”.

Q13: “Quanto às internações psiquiátricas involuntárias, penso que estas devem ser realizadas em casos que não há resolutividade e, conseqüentemente, há necessidade de intervenções imediatas.”

Q23: “A internação involuntária só deve ocorrer quando se esgotou todas as possibilidades de intervenção sobre o paciente com condição mórbida grave (...)”.

Q42: “Acho que se faz necessário, quando esgotados os recursos extra hospitalares para o tratamento ou manejo do problema, ou mesmo perante a gravidade/emergência do caso”.

Q43: “Que elas são necessárias, mas apenas para casos definidos, que devem ter indicação precisa”.

Os achados dos artigos revisados não mencionam essa perspectiva de último recurso utilizado, dão ênfase na beneficência e segurança dos tratamentos. É importante compreender que países mais pobres tem maior dificuldade em promover tratamentos psiquiátricos

basicamente na comunidade<sup>24</sup>, então há o risco do último recurso, internação, ser utilizado pela ausência de recurso.

### **Transgressão de direitos**

De maneira pouco representativa, alguns participantes se posicionaram quanto às internações involuntárias enxergando-as como um direito violado.

Q02: “Refere-se a um procedimento médico, contra o, digo, a vontade de quem pretende beneficiar (o sujeito) (...)”

Q15: “Fere a ética, a liberdade de escolha. Em minha opinião não conheço qualquer clínica que passe dignidade.”

Q30: “Eu não aprovo, pois considero uma violência ao paciente, porém acredito que há casos que o paciente está tão descontrolado que talvez se faz necessário por um período curto de tempo.”

Essa categoria reflete o conflito que significam as medidas involuntárias a alguns profissionais, se por um lado desaprovam, por outro as veem em algumas situações como necessárias, o que é observado em outros estudos<sup>25</sup>.

A análise dos **grupos focais** sobre a **percepção da coerção nas internações psiquiátricas** emerge categorias que justificam a necessidade das internações involuntárias na experiência prática como um último recurso de tratamento ou como fruto da deficiência das redes de atenção instaladas.

### **Último recurso**

No mesmo sentido representado na análise dos questionários o participante frisa que as internações são um recurso necessário.

GF2: “A gente tenta primeira fazer de tudo, depois de não ter jeito, aí infelizmente tem que acionar mesmo”.

GF2: “A coisa mais difícil é tirar um paciente assim da droga (...) mesmo ele tendo ido pra internação ele sai e da aquela recaída. Mas sem a internação, sem aquele passo inicial, que seria a internação involuntária (...)”

GF11: “(...) principalmente na questão de uso de droga, nesse que já tá assim de corpo e alma no mundo das drogas, eu sou a favor, (...) eu acho no que diz respeito ao usuário de droga mesmo, eu acho assim que tem que ser internado mesmo, (...)”

GF15: “(...) pra eles internarem eles esperam o último grau ali assim da crise, quando não tá tendo jeito mesmo, porque é ruim internar e o paciente não aceita de jeito nenhum.”

Apesar da semelhança dessa categoria com a mencionada acima, referente à análise do questionário, há nas falas um tom tênue de recurso indispensável, ou seja, sem a internação não seria possível o tratamento. Retomando ao já mencionado estudo do Goffman<sup>4</sup>, sobre os aspectos sociais, negativos, da institucionalização, e retomando as falas dos participantes que referem com muita repetição a ausência de formação, capacitação e estrutura dos serviços em saúde mental, julga-se a fragilidade desses serviços como reflexo da necessidade da internação.

### **Deficiência da rede de atenção**

Essa categoria levanta uma possível causa para a necessidade das internações involuntárias que é a ineficiência da rede de atenção, das estruturas dos serviços o que inclui a capacitação dos profissionais.

GF12: “(...), mas será que os profissionais que abordaram antes pra chegar à conclusão que a internação seria a única solução, será que eles estão preparados? Agora era caso de internar, agora infelizmente a coitada precisava, será que não teve a falha lá no comecinho para pra poder chegar a esse ponto?”

GF13: “Claro, a internação tem que ser o último recurso, né, o último recurso, aí vem todas essas falhas da rede. (...) de certa forma nós também somos culpados aqui, eles são culpados lá, cada um tem sua responsabilidade (...) o que a gente sempre volta na tecla é que a gente se sente muito sobrecarregado, (...), só que a falha na rede que tá permitindo essa falha mesmo, de, de...chegar no paciente de uma forma errada, então isso tá falhando é desde a falta de recursos, é falta de mobilização, é falta de diálogo, (...)”

GF14: “Então eu vejo muito que se tampa feridas, não trabalha muito a prevenção, porque se tivesse mais esse investimento, reduziria mais o número de internações. Uma instituição realmente preparada, estruturada, talvez daria para reduzir bastante essa necessidade de se internar um paciente.”

A visão dos participantes nessa categoria parece concluir todas as categorias e subcategorias já mencionadas quando lista os pontos fracos da RAPS e os relaciona às internações não voluntárias.

Shramm, ao sugerir a análise das políticas sanitárias na ótica da Bioética da Proteção, resgata o papel da Bioética na avaliação e garantia da efetividade das propostas da política de saúde, nesse caso, de saúde mental. A proteção nesse sentido está presente na criação das políticas assim como na garantia de sua execução no dia a dia, com o apoio da avaliação<sup>10</sup>. A política de saúde mental do Brasil faz um retorno à institucionalização psiquiátrica, com o aumento de leitos psiquiátricos e a inserção dessas instituições na RAPS<sup>7</sup>. Essa questão dá espaço para a realização de estudos maiores que avaliem a eficácia das redes de atenção psicossocial e sua relação com as demandas de internação psiquiátrica.

### **Conclusão**

Essa investigação empírica nos permite concluir que a maioria dos participantes desse estudo enxerga a necessidade de internação involuntária de forma alinhada a outros estudos internacionais, mas nesse estudo em particular os profissionais alegam falta de conhecimento e formação para assistir o paciente psiquiátrico, o que aliado à falta de estrutura dos serviços certamente causará impacto na assistência ao usuário dos serviços de forma negativa.

O investimento na formação continuada dos profissionais da rede de atenção psicossocial e na estrutura dos serviços de saúde é entendido como fundamental na melhoria da qualidade da assistência psiquiátrica no município.

Considerando a complexidade dos serviços de saúde mental, que expõem os profissionais à desafios éticos rotineiros, seria interessante que comecemos a pensar na Bioética como uma estratégia para tomada de decisão dos profissionais, influenciando posturas frente à coerção formal e levando o profissional a questionar as coerções informais, que geralmente são exercidas pelos próprios funcionários dos serviços e familiares. E, o olhar da Bioética da Proteção é de grande valia na proteção dos interesses do indivíduo, ponderando a coletividade. As discussões éticas promovem a consciência dos profissionais sobre desafios éticos e previnem a negligência.

Estudos de avaliação das redes de atenção psicossocial fazem-se necessários, a fim de garantir a moralidade da política de saúde mental brasileira.

### **Limitações**

Apesar da maioria dos raciocínios serem iguais, o desenho qualitativo do estudo não nos permite conclusões sobre representatividade.

Os assuntos têm tópicos complexos de modo que os participantes do estudo podem ser levados a posturas defensivas e a respostas que sejam esperadas.

### **Link acadêmico:**

**Este artigo faz parte da dissertação de mestrado de Jussara Alves Coutinho, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa.**

### **Referencias**

1. Arbex D. Holocausto brasileiro. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
2. Foucault M. História da Loucura. 11. ed. São Paulo: Perspectiva; 2017.
3. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental: Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 9. ed. São Paulo: Perspectiva; 2015.
5. Brasil, Ministério Da Saúde. Portaria GM nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.
6. Player C. Involuntary outpatient commitment: The limits of prevention. Stanford Law Pol Rev. [Serial on the Internet].2015 Apr. [Cited 2018 Nov 10]; 26(1):199-237.

- Available from: <https://law.stanford.edu/publications/involuntary-outpatient-commitment-the-limits-of-prevention/>.
7. Brasil, MS. Nota técnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas. 2019.
  8. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. “Many holes tied together with ropes”: the concept of network for mental health professionals. *Saúde e Sociedade*. [Serial on the Internet]. 2017.[Cited 2019 Aug 1] 26(4):904-919. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/en\\_1984-0470-sausoc-26-04-904.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/en_1984-0470-sausoc-26-04-904.pdf).
  9. Schramm FR, Kotow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Caderno de Saúde Pública*. [Serial on the Internet]. 2001 Jul-Ago. [Cited 2019 Aug 1]. 17(4):949-956. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2001.v17n4/949-956/>.
  10. Schramm, FR. A Bioética de Proteção: uma ferramenta para avaliação das práticas sanitárias? *Ciência e Saúde Coletiva*. [Revista em internet]. 2017 Maio.[Acesso 1 de Agosto de 2019].22(5): 1531-1538.Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1531-1538/pt/>.
  11. Singh AR, Singh SA. Bioethical and Other Philosophical Considerations in Positive Psychiatry. *Mens Sana Monographs*. [Serial on the Internet]. 2016 Jan- Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 14(1):46-107. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28031624>.
  12. Peltó-Piri, Veikko, Engstrom, Karin, Engstrom, Ingemar. Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2013 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 14(1):14-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24314345>.
  13. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2015 May. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1):16-37. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016885>.
  14. Sjöstrand M, Karlsson P, Sandman L, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. [Serial on the Internet]. 2015 May. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1):16-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25990948>.
  15. Giacco D, Priebe S, Abe T. Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. *PLoS ONE*. [Serial on the Internet]. 2016 Mai. [Cited 2018 Nov 10]: 11(5): [e0154458]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865189/>

16. Opsal A, Kristensen, Vederhus J, Clausen T. Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Serv Res.* [Serial on the Internet]. 2016 Nov. [Cited 2018 Nov 10]: 16(1): [about 40 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27846878>.
17. Rugkåsa J, Dawson J, Burns T. CTOs: What is the state of the evidence? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* [Serial on the Internet]. 2014 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 49(12):1861-1871. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562319>.
18. Stuen H, Rugkasa J, Landheim A, Wynn R. Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Serv Res.* [Serial on the Internet]. 2015 Set-Out. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1): [about 12 p]. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1083-x>.
19. Lawn S, Delany T, Pulvirenti M, Smith A, Mcmillan J. (2015). A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders. *BMC Psychiatry.* [Serial on the Internet]. 2015 Nov. [Cited 2018 Nov 10]: 15(1):215-274. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4635603/>.
20. Feinberg J. *The Moral Limits of The Criminal law- Harm to Self.* Vol. 3. New York: Oxford University Press, 1986.
21. Landeweer E. Sharing Care Responsibilities Between Professionals and Personal Networks in Mental Healthcare: A Plea for Inclusion. *Ethics and Social Welfare.* [Serial on the Internet]. 2017 Aug. [Cited 2018 Nov 10]:41(2) 147-159. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17496535.2017.1352008?af=R>.
22. Fan R, Wang M. Taking the Role of the Family Seriously in Treating Chinese Psychiatric Patients: A Confucian Familist Review of China's First Mental Health Act. *J Med Philosophy.* [Serial on the Internet]. 2015 Aug. [Cited 2018 Nov 10]: 40(4):387-399. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26049082>.
23. Kathryn LH. Family Life and Social Medicine: Discourses and Discontents Surrounding Puebla's Psychiatric Care. *Cult, Med Psychiatry.* [Serial on the Internet]. 2017 Dec. [Cited 2018 Nov 10]: 41(4):499-540. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/28577111>.
24. Wildeman S. (2013). Protecting rights and building capacities: Challenges to global mental health policy in light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.[SYMPOSIUM]. *J Law Med Ethics.* [Serial on the Internet]. 2013 Spring. [Cited 2018 Nov 10]: 41(1): [about 25 p]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23581657>.

25. Valenti E, Banks C., Calcedo-Barba A, Bensimon C, Hoffmann M, Pelto-Piri K, et al. Informal coercion in psychiatry: A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* [Serial on the Internet]. 2015 Fev. [Cited 2018 Nov 10]; 50(8):1297-1308. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720809>.

5.4. Oficina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**Mestrado Profissional em Ciências da Saúde**

OFICINA DE BIOÉTICA EM SAÚDE MENTAL

Jussara Alves Coutinho

Viçosa – Minas Gerais  
2019

Jussara Alves Coutinho

## OFICINA DE BIOÉTICA EM SAÚDE MENTAL

Oficina apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Ervália - MG como um dos produtos finais da Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Andréia Patrícia Gomes

Viçosa – Minas Gerais  
2019

## 1. Introdução

O sujeito afetado por um transtorno mental grave, historicamente, esteve exposto ao estigma, ao isolamento, à transgressão de direitos, à tortura; todos os graves abusos ao princípio da dignidade humana. Tal situação encontrava-se diretamente relacionada a modelos de assistência à saúde mental, que não tinham como objetivo o cuidado centrado no indivíduo, mas sim baseavam-se em ações de característica essencialmente excludentes e de ordem punitiva, a fim de excluir e afastar aqueles que eram vistos como marginais e um problema para sociedade<sup>1,2</sup>.

A reforma psiquiátrica promoveu uma mudança de paradigma, possibilitando a implantação dos modelos de atenção que temos atualmente, centrado no indivíduo e preocupado com a inserção na comunidade, na adaptação social e nas condições econômicas de sobrevivência<sup>3, 4, 5,6</sup>.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se efetivou através de leis e portarias que propuseram uma rede de atenção comunitária fortificada, trabalhando com o fim de garantir o cuidado aos pacientes psiquiátricos com base na integralidade, permitindo-se a construção do apoio em todas as instâncias necessárias através das equipes multiprofissionais que assistem o paciente com transtorno mental grave, através das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>6</sup>.

As RAPS foram normatizadas através da portaria 3088/2012 instituindo que os pacientes psiquiátricos devem ser assistidos em todos os níveis de atenção à saúde<sup>6</sup>.

A Bioética é um campo de estudo relativamente jovem, assim como as mudanças nos modelos de atenção à saúde mental, e surgiu após a segunda guerra mundial como tentativa de resposta ao surgimento de problemas contemporâneos complexos com o desenvolvimento da biotecnologia, assim como as questões provocadas pelas próprias pesquisas científicas envolvendo seres humanos. O grande marco do mundo é 1970/1971 com Potter e a publicação de sua obra "Bioética: uma ponte para o futuro". No Brasil, a redemocratização e a chegada da Constituição de 1988 abrem caminho para seu crescimento, já que a importância da relação democrática, dialógica e solidária é de vital importância para as discussões da área<sup>7,8</sup>.

Estudos publicados nos últimos cinco anos mostram que a saúde mental ainda é alvo da transgressão de direitos através de mecanismos formais e informais.

De maneira formal o direito à autonomia do paciente psiquiátrico grave ainda é afetado por medidas paternalistas de cuidados coercitivos, justificados pela redução

da adequada capacidade de tomada de decisão, o que não é referendado pela literatura.

De maneira informal, a coerção ainda incide sobre o sujeito acometido por transtornos psiquiátricos graves, com sintomas controlados, mas que não aderem ao tratamento proposto. Sendo geralmente praticada por profissionais de saúde, esses utilizam sua posição de poder sobre o paciente a fim de inserir o paciente no tratamento<sup>10</sup>.

Além desses desafios aos quais os profissionais das RAPS estão expostos, existem muitas questões a serem discutidas que se transformam em verdadeiros dilemas, uma vez que respeitar o direito à autonomia do indivíduo pode significar consequências importantes<sup>8</sup>.

As ferramentas da Bioética podem ganhar nesse contexto papel importante na tomada de decisão dos profissionais. Infelizmente, tais recursos podem não estar plenamente no domínio teórico dos profissionais, ou também se pode ter a dificuldade de colocá-los na práxis, ou seja, sair do raciocínio moral para “o agir” moral<sup>8</sup>.

Diante do problema apresentado, essa oficina é uma proposta de capacitação, objetivando esclarecer as teorias e ferramentas da Bioética, podendo dessa forma contribuir para uma mudança de cultura profissional e, de forma mais ambiciosa, a formação de grupos de discussão em Bioética que fortaleçam as decisões dos profissionais de forma rotineira. Como objetivo específico propõe construir planos de intervenção para problemas apresentados pelos participantes na prática do cuidado em saúde mental, que sejam passíveis de mudanças pelos profissionais que atuam na rede.

**Resultados esperados:** Espera-se que essa oficina proporcione ao participante a compreensão do seu papel nas RAPS e que visualizem as ferramentas da Bioética como um recurso para tomada de decisão, frente aos desafios Bio(éticos) que rotineiramente podem estar expostos na assistência em Saúde Mental.

**Público-alvo:** todos os profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial.

**Duração:** 16 horas.

A proposta é executar as oficinas em dois encontros de 8h ou adequar à necessidade dos serviços.

**Turmas:** mínimo 15 pessoas e máximo 25 pessoas por turma.

**Metodologia:** serão utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem com priorização de atividades em que o processo de construção do conhecimento esteja centrado no participante e nas suas peculiaridades de protagonista no cotidiano do trabalho<sup>11</sup>. A pluralidade das metodologias, sempre centrada no sujeito, visam à construção de um trabalhador autônomo, capaz de crescer através do processo de aprender a aprender, permitindo uma consequente mudança de sua prática<sup>12</sup>.

### Agenda

#### 1° Dia

Horário	Tema e atividade proposta
8:00h	Abertura e apresentação dos presentes.
8:15h	Apresentação da agenda e objetivos da oficina.
8:30h	Reflexão: Documentário de Elvécio Rattton “Em nome da razão”.
9:00h	Exposição dialogada: O modelo de atenção à saúde mental anterior à Reforma Psiquiátrica e as leis que subsidiam a assistência em dias atuais.
10:00h	Coffee Break
10:20h	A política nacional de saúde mental X a aplicação prática. Os participantes serão divididos em grupos de cinco de maneira aleatória. Os grupos discutirão a aplicação prática das leis, fatores que limitam e potencializam sua execução.
11:00h	Produto da discussão: os grupos terão 15 min para apresentar suas posições sobre o tema proposto às quais serão consolidadas em duas planilhas. Planilha Fatores que limitam o cuidado e planilha Fatores que potencializam o cuidado.
12:00h	Almoço
14:00h	Discussão sobre os fatores que potencializam o cuidado e como aplicar essas práticas na rede. Terá como produto um documento de incentivo a essas práticas.
15:00h	Discussão sobre os fatores que limitam o cuidado e construção de um plano de intervenção.
16:00h	Coffee Break

16:20h	Exposição dialogada: Desafios bioéticos que envolvem a assistência psiquiátrica em aspecto global.
17:20h	Os desafios Bioéticos que envolvem a sua prática de cuidado: discussão em grupos.
18:00h	Encerramento.

## 2º Dia

Horário	Tema e atividade proposta
8:00h	Resumo do dia anterior
8:15h	Apresentação dos desafios Bioéticos observados na prática pelos participantes dos grupos. (15' para cada grupo)
9:15h	Consolidar os desafios percebidos em um único documento e construir um plano de intervenção.
10:15h	Coffee Break
10:30h	Reflexão: Filme Laranja Mecânica.
12:00h	Almoço
14:00h	Discussão sobre o filme
14:15h	Exposição dialogada: Conceitos fundamentais de ética e Bioética; Principais correntes da bioética.
15:15h	Estudos de caso: Serão formados grupos para propor soluções a cada um dos casos apresentados.
16:15h	Coffee Break
16:30h	Exposição das propostas de resolução de cada um dos casos (15' para cada grupo).
17:45h	Encerramento.

## Recursos

- Sala com 26 carteiras;
- Data show;

- 20 cartolinas;
- 100 folhas A4;
- 05 pincéis atômicos de cor azul;
- 05 pincéis atômicos de cor vermelho;
- 01 fita adesiva;
- 200 copos descartáveis;
- 01 galão de 20 litros de água;
- 12 refrigerantes de 2 litros;
- 24 litros de suco;
- Biscoitos.

## Referências

1. FOUCAULT, M. História da Loucura. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.
2. ARBEX, D. Holocausto brasileiro. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp. p. 17-19, 2004.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 9867 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais visando a integração social dos cidadãos conforme especifica. Lex – Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed.amp.p.15-16, 2004.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 10708 de Julho de 2003. Intitui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Lex – Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed.amp. p. 23-25, 2004.
6. BRASIL, Ministério Da Saúde. Portaria GM nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Disponível em : [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 14 de setembro de 2017.
7. REGO, S.; Palácios, M.; Siqueira-Batista, R. Bioética para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 159 p.

8. SINGH, A.R.; SINGH, S.A. Bioethical and Other Philosophical Considerations in Positive Psychiatry. *Mens Sana Monographs*. V.14, n. 1, p. 46-107, Jan./Dec. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28031624>. Cited 2018 November 10.
9. SJÖSTRAND, M.; KARLSSON, P.; SANDMAN, L.; HELGESSON, G.; ERIKSSON, S.; JUTH, N. Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. V. 16, n. 1, p.16-34, May. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25990948> . Cited 2018 November 10.
10. VALENTI, E.; BANKS, C.; CALCEDO-BARBA, A.; BENSIMON, C.; HOFFMANN, M.; PELTO-PIRI, K. et al. Informal coercion in psychiatry: A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. V.50, n.8, p.1297-1308, Feb. / 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720809>. Cited 2018 November 10.
11. CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. V.14, n.1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2018.
12. GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; REGO, S. Epistemological anarchism of Paul Karl Feyerabend and medical education. *Rev. bras. educ. Med*, Rio de Janeiro, RJ, v.37, n.1, p.39-45, Jan./Mar.2013. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100006) . Cited 2018 November 10.

## 6. CONCLUSÕES

A investigação acerca da percepção dos profissionais participantes desse estudo sobre as internações psiquiátricas não voluntárias, desvelou questões que foram além dos achados dos artigos revisados, expondo as fragilidades da rede de atenção psicossocial que afetam a assistência aos usuários do SUS que sofrem de transtorno mental, relacionadas às deficiências estruturais e na articulação da rede; à autodeclaração de ausência de formação e conhecimento em saúde mental; negação do papel dos serviços na assistência ao usuário, exceto serviços especializados, revelando desconhecimento das leis e portarias de saúde mental brasileiras e evidenciada pela percepção que a internação psiquiátrica, inclusive não voluntária, é um recurso necessário.

A adequação de leis para proteção dos pacientes psiquiátricos não são suficientes frente à complexidade dos transtornos psiquiátricos graves. O impacto na sociedade sobre crimes violentos cometidos por indivíduos que sofrem de transtorno mental contribuem para a negação da capacidade de tomada de decisão desse grupo, justificando medidas utilitaristas em proteção à comunidade. Essa mesma complexidade, expõe profissionais que atuam nas redes de atenção à saúde a dilemas éticos, e o conhecimento e domínio das ferramentas da bioética podem constituir uma estratégia para orientar a tomada de decisão dos profissionais de saúde e para evitar a transgressão de direitos dos usuários dos serviços.

No entanto, os participantes desse estudo apresentaram dificuldade em transitar pelo vocabulário e teorias da Bioética, apesar de apresentarem boa percepção sobre os desafios éticos que os expõem a práxis. Alinhados com outros estudos, promoveram a discussão sobre o respeito à autonomia da pessoa que sofre de transtorno mental; sobre a transgressão de direitos; a beneficência das internações psiquiátricas em detrimento da proteção da comunidade e do próprio usuário, mas vão além quando propõem problemas estruturais e de formação dos profissionais como desafios éticos. Os profissionais da RAPS do município estudado percebem as internações psiquiátricas coercitivas como relacionadas à ausência de estrutura dos serviços e da rede de atenção bem como de capacitação dos profissionais.

Uma rede de serviços estruturada ainda sofrerá a complexidade de lidar com as pessoas que sofrem de transtornos mentais graves, mas que negam os

tratamentos propostos, além das influências sociais, culturais e econômicas. Grupos de discussão ética implantados de maneira rotineira nos serviços, semanal e sempre que necessário, poderiam fundamentar a tomada de decisão segura. As ferramentas da Bioéticas e o olhar da Bioética da Proteção podem dá suporte à tomada de decisão dos profissionais, garantir os direitos do usuário do SUS que sofre de transtorno mental, sobretudo grave e promover a qualidade da assistência à saúde mental no município estudado.

## 7. REFÊNCIAS

### 7.1. Introdução

1. ALMEIDA, Eleonor Duarte. **Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade.** Revista Bioética. Brasília, DF, V. 18, n.3, p. 537-548, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/54047/40716>. Acesso em 1 de outubro de 2019.
2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.2016 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 14 de setembro de 2017.
4. DANZER, G.; RIEGER, S. M. Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation. Bulletin of the Menninger Clinic. V. 80, N. 1, p.30-48. 2016. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/bumc.2016.80.1.30>. Access on 14 Sep. 2017.
5. IBGE. Sinopse dos dados demográficos de Ervália- MG acessado através do site: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ervalia/panorama>. Acesso dia 20 de outubro de 2017.
6. REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 159p.
7. SCHRAMM, Roland. A saúde é um direito ou um dever? **Revista Brasileira de Bioética.** V. 2, n.2, p. 187-200, 2006.

### 7.2. Método

1. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo/ Laurence Bardin.** Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012.** Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1. 59 p.

3. CARLINI-CONTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n. 3, 285-293, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013> . Acesso em: 16 nov. 2017.
4. IBGE. Sinopse dos dados demográficos de Ervália- MG acessado através do site: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ervalia/panorama>. Acesso dia 20 de outubro de 2017.
5. MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. 244 p.
6. TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 685 p.

## APÊNDICE A

O DILEMA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA: Composições entre Bioética da Proteção e Autonomia

### I – CARACTERÍSTICAS GERAIS

1) Sexo:      Masculino      Feminino

2) Idade: \_\_\_\_\_ anos

3) Naturalidade: \_\_\_\_\_

4) Profissão: \_\_\_\_\_

5) Formação Acadêmica: \_\_\_\_\_

5.1 Possui pós-graduação? Se sim, Qual curso?

Pós graduação lato sensu

Doutorado

Residência

Pós-doutorado

Mestrado

6) Tempo de exercício da profissão em anos: \_\_\_\_\_

7) Tempo de exercício da profissão nesta instituição : \_\_\_\_\_

### II – O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

8) Qual a frequência que você precisa lidar com pacientes psiquiátricos graves?

9) Na sua opinião, você considera competência desta instituição assistir o paciente psiquiátrico em crise? Por que?

10) Você se considera capacitado para assisti ao paciente psiquiátrico e/ou dependente químico em crise? Justifique.

11) O que você entende por CRISE?

12) Qual a sua opinião sobre as internações psiquiátricas involuntárias?

### III – CONHECIMENTO SOBRE OS CONCEITOS DE ÉTICA E BIOÉTICA

13) O que você entende por ética?

---

14) O que você entende por bioética?

---

15) Você enxerga algum problema ético e/ou bioético nas internações psiquiátricas involuntárias? Cite.

16) Você já viveu algum problema ético e/ou Bioético relacionado a pacientes psiquiátricos e/ou dependentes químicos? Cite.

17) Houve solução para esses problemas? Qual a solução?

18) Quando eu digo: Paciente psiquiátrico grave em crise. Qual a primeira palavra que lhe vem à cabeça?

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

## APÊNDICE B

### Roteiro para o Grupo Focal

- Vocês consideram competência do seu serviço assistir ao paciente psiquiátrico e/ou dependente químico em crise?
- O que vocês entendem por CRISE?
- O que vocês entendem por ética?
- O que vocês entendem por Bioética?
- Vocês enxergam algum problema ético e/ou bioético nas internações involuntárias?
- O que você sente diante do atendimento de um paciente psiquiátrico quando o realiza? Você acredita que teve formação adequada para resolver a situação? O que você acha que melhoraria seu desempenho no atendimento?

## ANEXO A



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O DILEMA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA: Composições entre Bioética da Proteção e Autonomia.

**Pesquisador:** ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 84607617.2.0000.5153

**Instituição Proponente:** Departamento de Medicina e Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.676.761

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto da área da Ciência da Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo formulário online: "Objetivo Primário: •Analisar e compreender a percepção dos profissionais de saúde da rede de atenção psicossocial do município de Ervália/MG, acerca dos problemas bioéticos relacionados à internação psiquiátrica involuntária.

Objetivo Secundário: •Realizar Revisão Bibliográfica sistemática e fundamentar a discussão sobre as internações psiquiátricas compulsórias na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ervália-MG. •Investigar a percepção dos profissionais de saúde da RAPS em face das internações psiquiátricas compulsórias e da participação do serviço de saúde no qual está alocado nesse processo; •Verificar a percepção quanto às questões éticas envolvidas nas internações compulsórias; •Discutir as questões Bioéticas envolvidas nas internações psiquiátricas compulsórias à luz da Bioética da Proteção e Autonomia. •Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente psiquiátrico no município de Ervália."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo formulário online: "Riscos: Os riscos desse estudo correspondem ao tempo dedicado para a resposta ao questionário e/ou do grupo focal, que apesar de curto, pode alterar a

**Endereço:** Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 36.570-900  
**UF:** MG **Município:** VICOSA  
**Telefone:** (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 2.676.761

rotina de trabalho do participante da pesquisa. O risco de constrangimento pode existir porque o participante será estimulado a refletir sobre o problema alvo da pesquisa, o que poderá suscitar, pelo seu caráter relacionado à saúde, reflexões e dúvidas acerca do próprio processo de trabalho desenvolvido. A pesquisadora, a fim de reduzir os riscos possíveis, manterá exato controle do tempo a ser utilizado para o preenchimento, tentando

minimizar o máximo os possíveis atrasos que tragam prejuízo aos participantes. Também, a fim de minimizar qualquer constrangimento oriundo da análise crítica e reflexiva que suas questões possam determinar, manter-se-á todo o tempo disposta a interromper, ou mesmo parar definitivamente a aplicação dos instrumentos de pesquisa, acolhendo os participantes em suas dúvidas, reflexões ou quaisquer outras demandas deflagradas pelo questionário, assim como quando da realização do grupo focal.

Benefícios: Como benefício do trabalho, a pesquisadora apontará a todos a importância e pertinência da participação para auxiliar no processo de tomada de decisão dos profissionais, que lidam com as situações de cuidado a pacientes que necessitam de internação coercitiva e, que a partir do conhecimento gerado pela pesquisa, poderá haver melhora na compreensão do problema e, por conseguinte na atuação da equipe, otimizando a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de transtorno mental."

Avaliação: Adequadamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Para alcançar objetivo o pesquisador aplicará questionário e fará grupo focal com participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou:

- Folha de rosto
- Formulário online
- Autorização do responsável legal da instituição envolvida
- Projeto\_modificado
- TCLE\_modificado\_maio
- Cronograma\_modificado\_maio
- Carta-resposta\_pendencias
- Questionários (Questionario\_ e Grupo Focal\_modificado)

Considerações: Adequadamente descritos.

<b>Endereço:</b> Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes	
<b>Bairro:</b> Campus Universitário	<b>CEP:</b> 36.570-900
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> VICOSA
<b>Telefone:</b> (31)3899-2492	<b>E-mail:</b> cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 2.676.761

**Recomendações:**

Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa ou responsável legal, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha.

Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site [www.cep.ufv.br](http://www.cep.ufv.br)). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1036312.pdf	15/05/2018 14:17:57		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS.pdf	15/05/2018 14:11:35	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_MODIFICADO.pdf	15/05/2018 14:04:30	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO_MAIO.pdf	15/05/2018 13:53:48	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_MAIO.pdf	15/05/2018 13:53:02	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito
Brochura Pesquisa	QUESTIONARIO_MODIFICADO.pdf	13/04/2018 13:15:33	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 36.570-900  
**UF:** MG **Município:** VICOSA  
**Telefone:** (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 2.676.761

Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADOdocx.pdf	12/04/2018 12:04:12	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_digitalizada.pdf	30/11/2017 16:34:00	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito
Outros	Carta_de_aceite.pdf	28/11/2017 21:55:12	ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VICOSA, 25 de Maio de 2018


---

**Assinado por:**  
**HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 36.570-900  
**UF:** MG **Município:** VICOSA  
**Telefone:** (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

## ANEXO B

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> **Ciência & Saúde Coletiva**[\\* Home](#)[/ Author](#)

## Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

**Submitted to** Ciência & Saúde Coletiva

**Manuscript ID** CSC-2019-1717

**Title** O Dilema Das Internações Psiquiátricas Involuntárias: Composições Entre Bioética Da Proteção E Autonomia

**Authors** Coutinho, Jussara  
Gomes, Andréia

**Date Submitted** 13-Jun-2019

[Author Dashboard](#)