

Respeito à autonomia do doente mental: um estudo bioético em clínica psiquiátrica

Respect to the autonomy of the mental ill: a bioethical study in psychiatric clinic
respecto a la autonomía del enfermo mental: un estudio bioético en clínica psiquiátrica

José Raimundo Evangelista da Costa*

RESUMO: O presente estudo teve como objetivos conhecer o pensamento de auxiliares e técnicos em enfermagem a respeito da autonomia do doente mental e demonstrar a importância do respeito ao doente mental pelo profissional de enfermagem para um cuidado adequado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, mas aproveitou-se para explorar também alguns dados quantitativos, possível pelo tipo de formulário que foi aplicado na coleta dos dados. A pesquisa foi realizada numa instituição psiquiátrica de pequeno porte e envolveu 25 profissionais da saúde mental, 13 auxiliares de enfermagem e 12 técnicos em enfermagem. Não foi utilizado nenhum critério de exclusão. No estudo, ficaram evidenciadas algumas condutas indispensáveis para que o doente mental possa ser respeitado e correspondentemente cuidado em clínica psiquiátrica. Esta pesquisa procurou contribuir com as discussões acerca do respeito à autonomia do doente mental, colocando no centro a Bioética; e procurou verificar como tais percepções mais amplas se podiam traduzir em atendimento respeitoso e humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética - autonomia. Doente mental. Clínica psiquiátrica.

ABSTRACT: The present study aimed at knowing how nursing assistants and technicians regarding the autonomy of the mentally ill and at demonstrating the importance of this respect for the nursing professional to offer an adequate care. It is a qualitative research, but it has also explored some quantitative data due to the kind of form applied in data collection. The research was carried through in a small size psychiatric institution and involved 25 mental health professionals, thirteen nursing assistants and twelve nursing technicians. No exclusion criterion was used. The study showed to be some indispensable behaviors for mentally ill persons to be respected and well cared in psychiatric clinics. This research aimed at contributing to debates concerning respect to the autonomy of mentally ill persons, placing in the center Bioethics, and it also aimed at verifying how such broader perceptions could translate in respectful and humane assistance.

KEYWORDS: Bioethics - autonomy. Mentally ill persons. Psychiatric clinics.

RESUMEN: Este estudio ha tenido como objetivos conocer el pensamiento de auxiliares y técnicos de enfermería acerca de la autonomía del enfermo mental y demostrar la importancia del respecto al enfermo mental por el profesional de enfermería, con vistas a un cuidado adecuado. Aunque sea una investigación cualitativa, aprovechó para estudiar también algunos datos cuantitativos suministrados por el tipo de formulario aplicado en la recolección de datos. La investigación ha sido realizada en una institución psiquiátrica de pequeño porte y ha involucrado 25 profesionales de la salud mental, trece auxiliares de enfermería y doce técnicos de enfermería. No se utilizó ninguno criterio de exclusión. En el estudio se han volvido evidentes algunas conductas indispensables para que el enfermo mental pueda ser respetado y correspondentemente cuidado en la clínica psiquiátrica. Esta investigación ha intentado contribuir para las discusiones acerca del respecto a la autonomía del enfermo mental, colocando la Bioética en el centro; y trató de verificar la manera cómo esas percepciones más amplias se podrían traducir en un atendimento respetoso y humanizado.

PALABRAS-LLAVE: Bioética - autonomía. Enfermo mental. Clínica psiquiátrica.

* Psicólogo Clínico pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – UnFMU/SP. Psicanalista pelo Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade – CLIN-A/SP. Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo de São Paulo. Doutorando em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. E-mail: raievan@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Bioética, doença mental e ser humano são três realidades que podem ficar distantes das percepções humanas, mas que, de fato, devem ser vistas como muito próximas e entrelaçadas por quem se propõe a desenvolver procedimentos éticos.

A bioética é apresentada como um dos novos saberes da contemporaneidade que tem evoluído significativamente. A sua história é recente, ao menos desde o momento em que foi explicitada nestes termos em 1970, quando Van Rensselaer Potter, oncologista norte-americano, introduziu o neologismo “bioética”¹.

A doença mental, ao longo da história, recebeu, por sua vez, diversas interpretações; durante muito tempo foi explicada por meio de paradigmas pré-científicos, suposições infundadas e pressupostos mágico-religiosos. Atribuíam-se, por exemplo, as doenças mentais ao castigo dos deuses e a possessões demoníacas.

Com a abordagem científica da loucura, já no século XVII, os médicos começaram a revelar seus conhecimentos a respeito dos sujeitos desviantes com descontrolo emocional. A psicopatologia ainda não estava suficientemente desenvolvida para oferecer uma fundamentação sobre as diferentes formas de loucura.

A partir desse simples aceno, já se pode pontuar o encontro com a vulnerabilidade humana. E esta se mostra de duplo modo, ou seja, todos os seres humanos se encontram expostos à loucura e, conseqüentemente, às formas de tratamento em instituições psiquiátricas; e que são todos limitados a compreender e lidar com tal limitação humana.

Assim se justifica este estudo bioético em clínica psiquiátrica, pela importância de se entender como os doentes mentais são tratados pelos profissionais auxiliares e técnicos em enfermagem.

É importante ressaltar que a doença mental, aqui entendida como esquizofrenia, é um sofrimento concreto, manifesta-se em distintos níveis de gravidade, gerando uma maior ou menor alteração na relação consigo mesmo, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente.

Hoje se fala na desinstitucionalização dos doentes mentais. Com tal desinstitucionalização, o doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, torna-se livre, longe dos muros que o prendia no hospital psiquiátrico. Entretanto, algumas questões podem surgir com

a desinstitucionalização, como, por exemplo, para onde vão os doentes mentais que não têm família ou são rejeitados pela família e pela sociedade? Quem vai acolher aqueles que necessitam de cuidados especiais?

Percebe-se uma situação conflituosa entre o desejo da desinstitucionalização do doente mental e a realidade em que ele está inserido; uma sociedade excludente e abandona doentes mentais, restando-lhes, como único caminho, a solidão e, como morada, as ruas e praças.

Corroborando com esse fato, a bioética tem papel relevante neste trabalho, pois ela vai transitar no campo do conflito e da dúvida em relação ao doente mental.

Nesse sentido, o princípio da autonomia requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente, assim como seus valores morais e crenças. O respeito, diferentemente da responsabilidade legal, deve ser estendido a todos os pacientes, independentemente da sua capacidade de tomar decisões.

É neste amplo contexto que se insere o presente estudo. Dentro das indispensáveis delimitações, ele estará focado no estudo de exigências da bioética relacionadas com a autonomia do doente mental em clínica psiquiátrica.

Mais precisamente, o presente estudo tem como objetivos: conhecer o pensamento de auxiliares e técnicos em enfermagem a respeito da autonomia do doente mental e contribuir para ressaltar a importância do respeito ao doente mental por parte do profissional de enfermagem em um cuidar adequado.

Embora, como se verá, os resultados finais não tenham confirmado inteiramente, tomou-se como hipótese de trabalho que a qualidade dos serviços prestados pelos auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem pode ser significativamente melhorada à medida que levarem mais em consideração a subjetividade, a afetividade e a vulnerabilidade do doente mental. Os profissionais da saúde mental (auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem) que prestam assistência aos doentes mentais internados em psiquiatria encontram dificuldades em respeitar as diferenças, com base sobretudo em preconceitos que excluem e segregam o doente mental. Portanto, a bioética pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade moral do atendimento dispensado por profissionais ao doente mental em clínica psiquiátrica; o que não quer dizer que os referenciais da bioética já não estejam presentes no desempenho de muitos profissionais, como se perceberá mais adiante.

Como é de se esperar, muitos limites deste estudo são inevitáveis. Deve-se reconhecer, entre tantos outros, que a amostra da pesquisa de campo se refere a uma instituição de pequeno porte e, por isso, é mais fácil de ser monitorada. Não se escondeu a inquietação sobre o que se passa em clínicas de maior porte e correspondentemente com maior fluxo de doentes e de profissionais. É importante, ao mesmo tempo, reconhecer a complexidade de um estudo bioético em clínica psiquiátrica, seja pela amplitude do tema, seja pelo constante desafio em traduzir referenciais teóricos em práticas concretas, para o que a bibliografia específica ainda se mostra exígua.

Entretanto, com este estudo bioético em clínica psiquiátrica, acredita-se lançar, nesta própria trajetória reflexiva, algumas bases para desenvolver a bioética na área e, ao mesmo tempo, oferecer por meio deste estudo incentivo ao aproveitamento da contribuição da bioética para a própria qualidade do atendimento a ser dispensado aos doentes mentais em clínica psiquiátrica pelos profissionais da saúde mental.

BIOÉTICA

Como “ciência da sobrevivência humana”

Foi Van Rensselaer Potter quem primeiro usou o termo *bioethics* (bioética). Chamou a bioética de “ciência da sobrevivência humana”, traçou para ela uma agenda de trabalho que vai desde a intuição da criação do neologismo, em 1970, até a possibilidade de encarar a bioética como uma disciplina sistêmica ou profunda, em 1988¹.

Uma breve análise da “pré-história” da bioética pode esclarecer os problemas que desde a origem da bioética persistem até os dias de hoje.

Entretanto, as questões da bioética conquistaram o pensamento contemporâneo porque representam conflitos de primeira grandeza no campo da tecnologia e dos valores humanos básicos, de modo especial aqueles que têm a ver com a vida e a saúde. Observa-se que há um crescimento rápido do campo da bioética, graças à abertura ao trabalho multidisciplinar, especialmente em matérias que dizem respeito a aspectos individuais e sociais do comportamento humano.

Sabe-se que uma das correntes da bioética é o principlismo. Beauchamp e Childress² procuraram construir um modelo de ação que pudesse evitar o dilema: uma imposição deontológica e o consequencialismo.

Os princípios apresentados pelos autores acima são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Neste estudo, discorrer-se-á sobre o princípio da autonomia, que tem relação direta com o tema estudado.

Assim, o respeito à autonomia das pessoas relaciona-se com a maneira de guiar-se nos juízos sobre como tratar agentes autodeterminantes.

No entanto, o respeito à autonomia exige o direito de não ser interferido e, correlativamente, a obrigação de não restringir uma ação autônoma. Não determina o que se deve fazer, mas apenas expõe as condições.

Autonomia

O termo “autonomia” deriva do grego *auto-nomia* (lei própria), significando autodeterminação, autogoverno; o que, sendo referido às atividades pessoais, pode significar o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais.

São vários os significados possíveis que se podem conferir à autonomia, variando de acordo com o olhar que se propõe a estudá-la, ou como respeitá-la nas pessoas.

De acordo com Cohen e Marcolino³, o respeito a um sujeito autônomo acontece quando se reconhecem as capacidades e as perspectivas pessoais, incluindo o direito de ele examinar e fazer escolhas, para tomar atitudes baseadas em suas convicções e valores pessoais.

A autonomia é uma decisão racional, expresse ou não a preferência; a autonomia é uma decisão que exprime a preferência, seja ou não racional. A esse princípio fica associado o consentimento informado no contexto da consulta profissional.

De acordo com Cautella Junior⁴, “ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem pública”.

Entretanto, além da liberdade de optar, a ação autônoma também pressupõe a liberdade de ação, requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as suas escolhas feitas e as decisões tomadas. Dessa forma, a pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas, para escolher entre as opções que lhe são apresentadas.

A conquista do respeito à autonomia é um fenômeno histórico bastante recente, que vem deslocando, pouco a pouco, os princípios da beneficência e da não-maleficência como prevalentes nas ações de assistência à saúde.

O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Existem pessoas, porém, que, de forma transitória ou permanente, tem sua autonomia reduzida, como no caso das crianças, dos doentes mentais entre outros.

Nesse sentido, o doente mental é estigmatizado, e por carregar o rótulo de “louco”, deixa de exercer sua autonomia, pois não é reconhecida pela sociedade.

Bioética como prática de atendimento

De acordo com Reinaldo⁵, a psiquiatria atinge diretamente o corpo das pessoas; é uma realidade que desempenha um papel de transformação do sujeito, assumindo o encargo de sua vida, guiando sua existência, impondo uma norma de conduta a um comportamento desregrado.

Nesse sentido, Rocha⁶ fala das rotinas no hospital psiquiátrico e cita como exemplo algumas atividades em psiquiatria, como: café já servido com leite e açúcar, mesmo que a pessoa não gostasse de leite; encerramento do horário da TV às 22 horas, mesmo se o filme estivesse quase terminando. Percebem-se tais comportamentos extremamente descabidos e empobrecedores.

Entretanto, quando se fala da autonomia na assistência de enfermagem em saúde mental, a ênfase está no pressuposto de que o doente mental seja um ser único, com as suas peculiaridades e potencialidades de crescimento por meio de um relacionamento de ajuda.

Assim, o respeito à autonomia é um referencial que procura estabelecer entre as pessoas a garantia de que sejam tratadas como seres autônomos, e para aqueles que têm sua autonomia reduzida, como no caso dos doentes mentais, estes sejam tratados e protegidos de forma especial, sejam cuidados respeitosamente.

Quando aqui se fala de cuidado em psiquiatria, refere-se principalmente à comunicação terapêutica, medidas de segurança, alimentação, higiene pessoal e aparência, ocupação e lazer, entre outros.

No cuidado ao doente mental, não se pode esquecer de falar de humanização, pois “não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética”⁷.

De acordo com Bettinelli⁸, os profissionais da saúde “muitas vezes esquecem a ética no cuidado, de sorte que o comércio da doença se sobrepõe à dignidade da pessoa [...] na ação de cuidar, acabam por vulgarizar o valor e o significado da vida do ser humano”. O autor ainda diz que,

o grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual com competência tecnocientífica e humana⁸.

Assim, quando aqui se fala de bioética como prática de atendimento, deve-se ter em conta que a bioética é interdisciplinar, possui uma abordagem necessariamente pluralista imposta pela complexidade e diversidade das sociedades que levantam questões, embora reconheçam que elas dizem respeito a toda a humanidade e não se lhes pode dar resposta suscetível de ser legitimamente monopolizada por um grupo ou pessoa.

Nesse sentido, uma vez que os doentes mentais são vulneráveis à exploração e injustiças, cabe aos profissionais zelar pelo melhor interesse dos pacientes.

Entretanto, mesmo sendo defendida a autonomia do doente mental baseada no seu próprio pensamento acerca de si e do meio que o circunda, às vezes se torna impossível, pois estes têm às vezes percepções violentas, hostis e opressivas da realidade.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada numa instituição psiquiátrica de pequeno porte. A finalidade dessa instituição passa por um atendimento humanitário, que pressupõe internações psiquiátricas de curta duração. A instituição localiza-se na zona oeste da cidade de São Paulo.

A instituição atende pacientes neuróticos graves, psicóticos e toxicofílicos, exclusivamente adolescentes e adultos do sexo masculino.

Na instituição, o serviço de enfermagem preocupa-se com os cuidados primários e genéricos de saúde, valorizando a integridade do ser humano e diferencia sua assistência de acordo com os diagnósticos dos pacientes e conforme suas necessidades básicas, acompanhando-os desde a admissão até a alta com o registro de todos os procedimentos técnicos em prontuário.

O quadro de enfermagem conta com treze auxiliares de enfermagem e doze técnicos em enfermagem. Foram convidados todos os 25 auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem que atuam na instituição, sem discriminação de sexo, idade ou etnia. Não foi utilizado nenhum critério de exclusão.

O instrumento utilizado foi uma entrevista semidirigida para a coleta de dados, com um roteiro norteador que constava de apresentação de dois casos e questões abertas que versavam sobre o respeito à autonomia e vulnerabilidade do doente mental.

Optou-se por dois casos e questões abertas, pois assim os profissionais poderiam desenvolver melhor suas respostas em cima dos casos. Para a elaboração dos casos e do questionário, foram consideradas duas hipóteses: a primeira é que a qualidade dos serviços prestados pelos auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem pode ser significativamente melhorada à medida que levarem mais em consideração a subjetividade, afetividade e a vulnerabilidade do doente mental; e a segunda é que os profissionais da saúde mental (auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem) prestam assistência aos doentes mentais internados em psiquiatria, mas encontram dificuldade em respeitar a diferença e são inundados de preconceitos que excluem e segregam o doente mental.

Assim, num primeiro momento, uma carta-convite foi entregue à instituição em que se solicitava autorização para a pesquisa. Após a aprovação da instituição, os auxiliares e os técnicos em enfermagem foram convidados verbalmente para participar da pesquisa e foi-lhes solicitada uma hora para a entrevista.

Posteriormente, foi entregue àqueles profissionais que aceitaram o convite para participar da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi realizada a entrevista da seguinte forma: inicialmente apresentou-se um caso e em seguida, foram feitas as perguntas. A entrevista foi acompanhada de gravação de voz. Esse procedimento foi utilizado em dois casos de estudo.

É importante registrar que todos os profissionais aceitaram participar da entrevista de forma livre e esclarecida, mediante participação interessada e espontânea.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já mencionamos, a pesquisa foi realizada numa instituição psiquiátrica com todos os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, com um total de 25 profissionais. Dos 25 profissionais, 12 eram técnicos em enfermagem e 13 eram auxiliares de enfermagem; observa-se que a diferença entre ambos é considerada irrelevante.

Quando comparados os técnicos por distribuição de sexo, 6 são do sexo feminino e 6 do sexo masculino; já os auxiliares: 5 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

Dos 12 técnicos, 8 são casados; 8 têm filhos; 8 dizem não trabalhar em outro emprego; 6 dizem trabalhar com doente mental por prazer em ajudar essas pessoas; e 4 têm parentes com diagnóstico de doença mental. No grupo dos 13 auxiliares, 10 têm filhos, 4 são casados e 7 são solteiros; 7 profissionais dizem que trabalham em mais de um hospital e 9 têm parentes com diagnóstico de doença mental.

Sobre o principal motivo da escolha de trabalhar com doente mental, 6 profissionais dizem que foi por prazer e 7 dizem que foi a oportunidade de trabalho que tiveram. Ainda no grupo dos auxiliares, há certa predominância de parentes com diagnóstico de doença mental; eles têm mais de um emprego, são solteiros e a grande maioria tem filhos.

Entretanto, após um contato global com o conjunto dos conteúdos das entrevistas, foram identificadas algumas categorias que facilitaram a organização da leitura do tipo de conduta dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem diante do atendimento dado ao doente mental.

As categorias identificadas foram: o bem do doente, necessidade de analisar e compreender, a percepção da vulnerabilidade do doente e seus apelos, condutas relacionadas com a autonomia do doente mental, as racionalizações, concepções de políticas sociais no cuidado a doentes mentais, recursos de um bom atendimento e a descrença na recuperação. Assim, dentro de cada categoria, procedeu-se a leitura dos dados.

Considerando que as conjunturas pessoais não parecem interferir diretamente para diferenciar condutas e atitudes, nos resultados qualitativos serão consideradas as respostas dos 25 sujeitos pesquisados, sem distinção entre os profissionais.

Um objetivo geral: o bem do doente

Pôde-se observar que os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem levam em consideração a necessidade do paciente, pois, no discurso de alguns profissionais, percebe-se a preocupação em atender o paciente de forma que ele se sinta bem e não agrave o seu quadro.

Nesse sentido, devem-se facilitar os meios necessários para que a reflexão ética esteja presente nas ações dos profissionais no dia a dia e se transforme em novas vias de pensamento e que dinamizem o fazer do profissional na assistência ao doente mental. Veja, como exemplo, a fala do profissional: “*a gente tem que dar atenção [...] quando ele não recebe essa atenção ele pode até ficar agressivo [...]*” (AEX06-A1).

É importante que o profissional adote uma conduta de acolhimento e um vocabulário que o doente se interesse em compreender os motivos que o levaram a uma clínica psiquiátrica:

o paciente solicita alta constantemente, e é uma coisa que a gente tem que saber falar com ele, como ele deve conversar com a médica, o procedimento que ele deve fazer sobre tentar conseguir a alta. A gente tenta conversar e se ele não aceita, a gente pede para a médica conversar (TEY22-A2).

Ainda pensando no bem do doente mental: “*se o paciente estiver desorientado, confuso, não sabe nem o que ele está fazendo, cabe a avaliação do médico*” (TEY23-B3). Assim, os profissionais devem se manter próximos ao paciente para orientar ou intervir quando for necessário.

Necessidade de analisar e compreender

Percebe-se que grande parte dos sujeitos entrevistados foram analíticos, ou seja, procederam analisando o doente mental. O profissional da enfermagem, “*dada a sua proximidade mais constante com os pacientes, tem a possibilidade de compartilhar seus anseios em relação a determinados tratamentos e possui o poder paralelo de influência em relação a eles*”⁹.

Observa-se que a análise tem destinações diferentes. Alguns visam à compreensão da situação do doente mental, em vista de um atendimento adequado, a partir de tal situação: “*os psicóticos não sabem o que fazem, eles ouvem vozes. Quando ele está em crise, não adianta você falar, porque se ele diz que está vendo alguma coisa, ele está vendo [...]*” (AEX08-A1).

Tal análise nos depoimentos dos profissionais sugere que os doentes mentais sentem a necessidade de projetar nos profissionais suas “dores”. Como, por exemplo, a culpa: “*geralmente, eles acham alguém para jogar o que seria a culpa deles. Então, eles culpam alguém e passam o que é deles para outras pessoas [...]*” (TEY23-A1).

A importância do referencial para compreender o doente mental é enfatizada de modo a estabelecer como uma espécie de jogo entre dois mundos, que, entretanto, se relacionam:

elas nunca aceitam a patologia, nunca aceitam que aquilo que eles estão vivendo é o irreal. A patologia por si só já diz que é um mundo de fantasia, um mundo de sonho, de coisas que não são reais para quem está do lado de fora, mas para ele é real. Então ele não vai aceitar que

está doente, não vai aceitar que aquilo que eu falei para ele que não existi, não exista mesmo. Ele vê, ele toca, ele sente. Ele vai tentar te convencer e não você convencê-lo, na verdade, ele vai tentar te convencer de que aquilo acontece, mesmo você sabendo que não acontece [...] (TEY25-B2).

Existe, por outro lado, uma conduta analítica sobre a situação do doente mental que vem associada a uma crítica a quem não entende ou não leva em conta tal situação:

é um paciente esquizofrênico, aparentemente, porque ouve vozes, tem delírios e a gente percebe que ele tem dificuldade de se socializar com os outros pacientes, não é entendido pela equipe de enfermagem e está se sentindo um pouco rejeitado do mundo [...] (TEX02-A1).

A percepção da vulnerabilidade do doente mental e seus apelos

O ponto central da atuação profissional é saber articular a técnica com a afetividade do encontro interpessoal em que as pessoas em situações de máxima vulnerabilidade necessitam. Saber equilibrar a razão e a emoção, velando pelo seu desenvolvimento, autonomia e vida digna:

o paciente está ali para ouvir coisas boas e ter o tratamento. Por mais que os meus pacientes estejam agitados, eu converso, dou atenção, tanto que é difícil um paciente agitar comigo. Tem que ter paciência e saber o que fala porque qualquer palavrinha, para um paciente psiquiátrico, derruba mais ainda [...] (AEY19-A3).

Contudo, o profissional necessita ser cauteloso com o que diz para não dificultar o tratamento do paciente: “*você pode considerar o paciente louco, mas ele sabe muito bem o que você está dizendo e isso pode agravar o tratamento dele [...]*” (TEX18-A3).

Considerando a vulnerabilidade do doente mental, o profissional deve zelar para tratar os doentes “respeitando suas necessidades intrínsecas; e considerando sua autonomia nas escolhas”⁸.

Condutas relacionadas com a autonomia do doente mental

Por meio das respostas dos entrevistados, pode-se inferir que alguns profissionais não reconhecem a autonomia do doente mental. Assim, “a autonomia do doente corre risco é quando decisões são assumidas por familiares sem consultar o paciente e, mais ainda, quando isso é fei-

to com a convivência dos profissionais da saúde”⁷. Assim, há profissionais que acreditam que “[...] *tem que conter o paciente, e não dizer nada [...]*” (AEY05-A3). Outro comentário em que se percebem claramente a desconfiança do profissional e sua incerteza diante do tratamento do doente mental:

o doente mental, a gente nunca sabe o que ele pode fazer depois que sair. É por isso que ele deve ser acompanhado. Jamais ele pode sair desacompanhado. Aqui, ele pode falar que está bem, mas sai e, lá fora, ele pode se matar ou alguma coisa assim [...] (TEY07-B3).

Nesse sentido, o cuidado do profissional aparece como um domínio sobre o doente mental: “*ele precisa de auxílio da enfermagem, porque nós somos as vozes deles aqui dentro do hospital [...]*” (TEY17-A2).

Os profissionais da saúde técnicos e auxiliares de enfermagem têm papel importante na vida do doente mental, que é acolher o paciente, prestando-lhe cuidados e atendendo às suas necessidades, mas alguns arriscam em opinar sobre quem tem ou não condições de internar-se sozinho:

eles têm um lado que eles acham que é importante para eles. Tem uns que sabem da doença [...] o G., a gente sabe que é crônico, mas ele tem algo de especial. Ele quer ir embora, ele fala que tem muitas coisas para fazer lá fora. Eu acho que ele não teria condições de vir e se internar, mas eu acho que ele tem condições de conversar com alguém e falar: “Eu não estou bem” [...] (AEX24-B2).

Assim, no cotidiano, os profissionais vão percebendo a resistência dos pacientes em aceitar a internação em clínica psiquiátrica. Nesse sentido, a resistência do paciente não deveria distanciar o profissional do paciente, pois há profissionais que acreditam que: “*é muito difícil um esquizofrênico procurar uma clínica porque é muito difícil ele aceitar uma internação [...]. Geralmente eles não aceitam [...]*” (TEY22-B2).

Entretanto, um outro grupo reconhece a autonomia do doente mental e, de acordo com Martin⁷, mesmo colocando bastante ênfase sobre o respeito à autonomia, reconhece-se que a liberdade não é um valor absoluto, mas é um valor que dignifica a pessoa e a promoção da autonomia do doente, nesse caso o doente mental. Veja o exemplo que segue:

infelizmente, pela quantidade de pacientes que nós temos na unidade, não dá para dar o atendimento que eles merecem. A verdade é essa. Por exemplo, o paciente

recusa a medicação naquele momento; “Eu não quero porque essa medicação não está me fazendo bem”; “Eu não quero essa comida porque eu não me sinto bem com ela, eu não estou bem, meu estômago não está legal”. O que eu vou fazer? “Tudo bem, você não quer agora, eu vou chamar o médico e ele vai conversar com você” [...] (TEX20-A2).

Assim, quando se fala de direitos humanos universais, estes são para todos e devem ser reconhecidos também ao doente mental, assim, como relata um profissional: *cada um tem o seu espaço, desde que não invada o espaço do outro ou do profissional, desde o momento em que não seja imposta alguma coisa. Ninguém gosta de trabalhar sob pressão, ninguém gosta de agir sob pressão. Todo mundo tem direito à liberdade, o paciente tem direito à liberdade, o colega de quarto tem direito à liberdade, o profissional tem direito de agir com liberdade. O paciente tem liberdade de escolha do seu tratamento, se ele não quiser o tratamento, não quiser tomar o remédio, participar da terapia é um direito dele, tem que ser respeitado. Essa é a minha opinião* (TEY25-A2).

Ao mesmo tempo, a inclusão torna-se essencial o fato de o sujeito ser esquizofrênico não quer dizer que ele não seja humano, não tenha direitos, e seja um cidadão: “*ele pode ser esquizofrênico daqueles mais controlados, daqueles mais compulsivos, daqueles que sabem se organizar melhor. Nesse caso, se ele estiver em casa e se sentir mal, ele pode procurar ajuda sim [...]*” (TEY17-B2). Da mesma forma, relata outro profissional: “*muitos pacientes esquizofrênicos têm muita insônia, outros têm muitos pesadelos à noite, isso já começa a incomodar. Eu creio que eles podem sim procurar ajuda, internar [...]*” (TEX04-B2).

As racionalizações

As racionalizações aparecem quando os profissionais justificam suas atitudes, como se isso fosse trazer o reconhecimento dos outros. A justificativa às vezes pode ser um mecanismo que encobre sentimentos agressivos contra aquele sujeito que só traz trabalho e angústia. É o que pode ser observado nos discursos dos profissionais entrevistados, como:

quando é um paciente que ele toda hora, toda hora, toda hora pede alguma coisa, nós como profissionais, temos que ver até que ponto ele quer aquilo mesmo ou ele está sentindo falta de alguma coisa. Às vezes não tem o preenchimento de alguma coisa, porque seria bom que ele

tivesse um monte de atividade [...] Eu penso que por eles não terem uma atividade, eles ficam solicitando aquele cigarro. Aquele cigarro os preenche. Existe paciente que a gente tem que cortar, tem que conversar [...] eu sinto aquele vazio, aquela coisa, eles ficam no corredor para lá e para cá. Alguns pacientes ficam lá na enfermagem, eu quero aquilo, eu quero, eu quero roupa (AEX24-A2).

Os profissionais da saúde mental deparam-se com situações aparentemente simples do seu cotidiano, mas às vezes se torna difícil fazer as vontades dos pacientes por motivos diversos:

muitas vezes eles querem usar o orelhão fora de hora, à noite, para ligar para a família e é difícil a gente deixar e, muitas vezes, isso cria revolta neles [...] a gente não tem só um paciente, são vários e é difícil atender a todos. A gente atende dentro do possível (TEX02-A2).

Nesse sentido, alguns profissionais defendem que o paciente só deve sair acompanhado da instituição psiquiátrica; isso, pensando no “bem dele”, mas também, pensando no seu próprio bem:

a gente só libera o paciente, aqui, acompanhado, por uma questão de segurança para ele e para nós também. Mas, existe paciente que faz o tratamento sozinho, no ambulatório, vai sozinho, organiza suas medicações, ele têm todos os horários. Não são todos que tem a necessidade de ter um acompanhamento 24 horas. Depende muito de doença e da gravidade (TEX18-B3).

O sofrimento acompanha a doença mental; a paciência e a compreensão deveriam acompanhar a formação dos profissionais, assim se falaria sempre de instituições e cuidados humanizados: *um paciente que vem de instante em instante, na porta, pedir Dipirona, ou pedir Buscopan, se a gente, a todo instante, for dar Dipirona para ele, a pressão dele vai aos pés e a gente sabe que ele vai passar mal (AEY 14-A2).*

Concepções de política social no cuidado a doentes mentais

No Brasil, a reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo há algumas décadas, mas, precisamente, a partir dos anos 70. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única opção de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais, os quais são vulgarmente conhecidos como “loucos”. Nesse sentido, quando se fala de política social no

cuidado a doentes mentais, lembra-se de formas de atendimento em que o doente é respeitado como ser humano.

Observa-se que muitos profissionais da saúde mental valorizam o confinamento. Aham que no hospital eles estão bem, comem, dormem e tomam a medicação:

alguns pacientes, por exemplo, passam por várias internações e quando saem, que recebem alta, saem chorando. Então, você está acostumado com o tratamento, porque lá fora é diferente. O tratamento que ele tem aqui, ele não vai receber lá fora, até mesmo em outras clínicas (TEY07-B2).

Ainda, nesse sentido, pode-se observar o discurso de outro profissional, que afirma: “*esse paciente não pode ficar na sociedade, ele tem que ficar em tratamento [...] tem que ficar sob constante vigília dos profissionais de saúde*” (TEY11-A1).

Recursos de um bom atendimento

Alguns dos entrevistados valorizam o diálogo; acreditam que uma boa conversa pode ajudar na relação profissional-paciente:

a gente acaba de dar banho no paciente, trocou e em cinco minutos ele quer tomar banho de novo, ele quer se trocar. Então, você tem que ter uma conversa, um diálogo com ele, tem que tentar fazer com que ele entenda que já tomou banho, já se trocou (AEY19-A2).

Entretanto, a doença não ocorre de um dia para o outro; o adoecer é um processo que se desenvolve no tempo, mas o paciente pode chegar a ficar desorientado, sem saber ao certo onde está e o que faz em uma instituição psiquiátrica:

há casos de pacientes que entra e você percebe que eles estão desesperados, assustados e perguntam “Onde eu estou, o que vão fazer comigo?” [...] Muitas vezes, o que mais deixa a gente triste é a questão de você não ter muito tempo para dialogar com o paciente. Às vezes você está conversando com o paciente e um chama, o outro chama e são vários também (TEX20-A3).

Mas com o diálogo e a paciência do profissional, o paciente se sente mais tranquilo; ele só quer ser ouvido e às vezes ouvir uma palavra que o motive a continuar “lutando”: “*você ouvir, conversar com ele, ameniza muita coisa e, com diálogo, a gente acaba ajudando o paciente*” (TEX21-A3).

A esquizofrenia produz alterações tanto no pensamento, como na linguagem, no comportamento e nos

afetos, modificando a vida social e pessoal do sujeito. Alguns pacientes podem perder a calma e até chegar a ponto de agredir os profissionais cuidadores: “*ele deveria ter falado para o paciente se acalmar, que quando ele estivesse mais calmo iria conversar com ele*” (TEX01-A3).

Entretanto, quando se fala do vínculo que o profissional estabelece com o doente mental, observa-se que, a partir desse relacionamento, se cria uma margem, que se chama limite ou respeito pelo outro e por si próprio. No entanto, “o vínculo entre o profissional e o usuário deve possibilitar o respeito ao querer deste, que pode não ser o querer da equipe, lhe proporcionado um espaço para que possa exercer sua autonomia nessa relação com os que estão assistindo”¹⁰.

A doença mental é mais uma circunstância da pessoa. Vale lembrar que sua dignidade permanece íntegra, do mesmo modo que as suas capacidades de decisão e ação, sempre que estas não estejam claramente influenciadas por sintomas psicóticos. Assim, pode-se destacar: “*o paciente chega em crise e, conforme vai normalizando, conforme vai tomando a medicação, chega a um ponto, que ele estabiliza [...]. Num hospital, o paciente age de uma forma. Em casa, às vezes, ele age totalmente diferente [...]*” (TEX04-B1).

À medida que o doente mental vai conseguindo formar um vínculo mais saudável, no qual as diferenças podem se expressar por meio do diálogo, diminui o risco de o paciente isolar-se, excluir-se:

é um esquizofrênico e não deve ser excluído da sociedade, deve seguir o tratamento e ter ajuda. Quando ele estiver muito isolado, procurar puxar conversa com ele, tentar se aproximar dele. Com alguém ele vai ter um vínculo, se tiver dez pessoas, uma delas vai ter um bom vínculo com ele (AEX13-A1).

Acreditamos que a ética pode contribuir significativamente para melhorar o ambiente psiquiátrico, para práticas que respeitem a condição de sujeito dos seres humanos. Nesse sentido, um profissional afirma:

na nossa área, nós temos que saber o que falar, ter ética, ter uma postura, porque nem todos que estão internados em uma Psiquiatria tem o mesmo distúrbio. Uma pessoa normal pode ter um surto, ela pode ter um surto de repente. Às vezes têm pessoas que são muito caladas, vêm de muito sofrimento, vêm passando por muito sofrimento e elas são caladas, mas tem um tempo da vida que não suportam e têm esses tipos de coisas (AEX24-A1).

A ética torna-se necessária no atendimento em clínica psiquiátrica, pois entre paciente e profissional acontecem

“coisas”, e, nesse momento, o profissional necessita ter, como base os princípios éticos e de aspectos intrínsecos ao significado da vida do paciente. “*São lamentáveis as coisas que acontecem, não só na Psiquiatria. Isso acontece no cotidiano [...]. É antiético, é desumano, é inaceitável*” (TEY25-A1).

Apareceu no discurso de grande parte dos profissionais que o doente mental necessita de limites. Alguns acreditam que o “limite” é importante para reeducar o doente mental, mas em psiquiatria o limite é imposto, na maioria das vezes, em forma de punição. Nesse sentido, o profissional afirma: “*tudo tem que ter limite e na psiquiatria não deixa de ser assim [...]. Nós temos um paciente agora que, quando ele não consegue o que quer, ele quebra os vidros, manipula e vive agitado também*” (AEY05-A2). Assim, um dos limites estabelecido pelo profissional é a punição: “*ele tem que ter um limite [...]. O paciente vai ter que ficar sem telefonar à noite*” (AEX06-A2).

No entanto, acredita-se que o limite só deve ser estabelecido em situações de necessidade e por pessoas especialmente preparadas, sempre com o objetivo de limitar manifestações de comportamento:

nem sempre tudo o que ele solicita tem que ser atendido. Principalmente o doente mental tem que ter limites. Geralmente, o doente mental fica em vários hospitais e cada hospital tem um ritmo, uma rotina [...]. O limite é importante para reeducar o doente mental naquele momento que ele está em crise. Eu acho que existe a educação e existe a doença. Muitos são educados e muitos não. Muitos se aproveitam da doença para fazer o que querem e não se ajudam, não colocam limites nos problemas, acham que tudo se resolve na agressão, se são contrariados, xingam, agridem (AEY15-A2).

O profissional da enfermagem deve estar preparado para agir diante das situações, como conhecer as normas da instituição e os limites da sua profissão:

se o paciente pede alguma coisa que não está dentro do serviço, a gente não pode abrir mão de uma coisa que vai deixá-lo cada vez pior. Um vai ser o bonzinho, outro sempre vai ser o ruim, então deve todo mundo falar a mesma língua para o mesmo paciente (TEY23-A2).

É importante pontuar que profissional e paciente devem respeitar as normas estabelecidas pela instituição: “*tem que respeitar as normas e rotinas da instituição [...]*” (TEX18-A2).

A descrença na recuperação

Um dado relevante que aparece na pesquisa é que vários profissionais apresentam descrença na recuperação do doente mental, mas parece sensato associar os limites da recuperação com necessidade persistente de tomar-se medicação por toda a vida, como consta na fala deste profissional: “*a pessoa que tem esquizofrenia tem que tomar a medicação o resto da vida, não pode parar. Tem que continuar com a medicação, vai diminuindo com o tempo, mas não pode parar de tomar remédio [...]*” (TEX02-B1).

Um outro profissional afirma:

é um paciente que vai ficar em Psiquiatria o resto da vida porque ela vai regredindo cada vez mais e mais. Cada médico tem um tipo de medicação, tem um acerto de medicação para paciente. Tem paciente que você dá uma medicação e não melhora e você tem que passar para outro. Então, eu acho que ela não tem mais jeito, não (AEX24-B1).

Pode-se afirmar que a doença mental é mais uma circunstância do sujeito, sua dignidade permanece íntegra. Assim, fica difícil concordar com o que o profissional afirma do esquizofrênico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da bioética ao bom atendimento a doentes mentais

Reconhecer a importância do respeito à autonomia do doente mental é inevitável. Neste estudo, buscou-se conhecer o pensamento de auxiliares e técnicos em enfermagem a respeito da autonomia do doente mental e contribuir para ressaltar a importância do respeito ao doente por parte do profissional de enfermagem em um cuidado adequado.

O objetivo acima exposto foi atingido, na medida em que os profissionais envolvidos no estudo expressaram suas opiniões a respeito do tema proposto.

Foi possível notar que as percepções dos profissionais, no que se refere às referidas categorias de bioética, o bem do doente, necessidade de analisar e compreender, a percepção da vulnerabilidade do doente e seus apelos, condutas relacionadas com a autonomia do doente mental, racionalizações, concepções de políticas sociais no cuidado a doentes mentais, recursos de um bom atendimento, para o atendimento a doentes mentais, são percepções mais ricas do que inicialmente se imaginava. Mesmo que

se devesse descontar certa dose frequente de representação dos profissionais em suas respostas, parece que o referencial da bioética, a autonomia, se mostra presente em suas asserções.

De fato, no conjunto dos conteúdos das entrevistas, algumas categorias colhidas dos referenciais da bioética e identificadas nas respostas obtidas nas entrevistas contribuíram para a organização da leitura dos dados da conduta dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem diante do atendimento dado ao doente mental, como por exemplo, que 13 dos 25 profissionais têm parentes com diagnóstico de doença mental.

Grande parte dos sujeitos envolvidos no estudo demonstra respeito à autonomia do doente mental. Por outro lado, um pequeno grupo não reconhece a autonomia do paciente e acredita que o doente mental deve ficar sob constante vigília, pois não confia no doente.

No que refere à autonomia do doente mental, tomada como um referencial nesta pesquisa, os profissionais parecem reconhecer que o exercício da autonomia não é um valor absoluto isoladamente, mas um valor partilhado que dignifica tanto a pessoa que cuida quanto a que está sendo cuidada pelo profissional. De fato, o doente mental é merecedor de idêntica consideração e respeito que qualquer outra pessoa, porque nenhuma doença, por pior que seja, tira a dignidade da pessoa.

Entretanto, os profissionais levam em consideração a necessidade do paciente de ser respeitado em sua autonomia, pois, no discurso de alguns profissionais, percebe-se a preocupação em atender o paciente de forma que ele não se sintam marginalizado e segregado por ser um doente mental.

Assim, o ponto central da atuação profissional é saber articular a técnica com a afetividade do encontro interpessoal de que as pessoas em situações de máxima vulnerabilidade necessitam, saber equilibrar a razão e a emoção, velando pelo seu desenvolvimento, autonomia e vida digna.

Um dado que cabe pontuar é que alguns profissionais se mostraram incondicionalmente a favor do confinamento. Alguns relataram situações que denigrem a imagem do doente mental, como se todo “louco” (esquizofrênico) apresentasse perigo para a sociedade, justificando o confinamento em clínica psiquiátrica; assim, o preconceito de alguns profissionais no atendimento ao doente mental pode ser observado.

Pode-se concluir pela importância do referencial da bioética, como a autonomia para o atendimento de doentes mentais em clínica psiquiátrica.

Ao se colherem os principais frutos deste estudo, primeiramente ficam ressaltadas as interrogações que a bioética levanta sobre o atendimento ao doente mental de modo geral; e a seguir se colocam algumas principais linhas de compreensão do doente mental, que facilitem a sua inclusão nas relações humanas, não obstante suas vulnerabilidades. A partir dos frutos conseguidos no estudo desses dois primeiros passos, foi possível colher também

alguma verificação em torno dos procedimentos de profissionais no atendimento a doentes mentais em clínica psiquiátrica.

A bioética pode contribuir significativamente para melhorar o ambiente psiquiátrico, por práticas que respeitem a condição de sujeito dos seres humanos, podendo ser feitas por meio de formação continuada e grupos de reflexão.

Esta pesquisa procurou contribuir para as discussões acerca do respeito à autonomia do doente mental, colocando no centro a ética e a dignidade da vida humana no seu mais amplo sentido.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L. Bioética das instituições pioneiras – perspectivas nascentes aos desafios da contemporaneidade. *Rev Bras Bioética*. 2005;1(2): 145-63.
 2. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
 3. Cohen C, Marcolino JAM. *Relação médico-paciente*. 3a ed. In: Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2002.
 4. Cautella Junior W. *Uma prática psicológica em instituição psiquiátrica: atenção a inclusão e cidadania [dissertação]*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2003. (Mestrado em Psicologia).
 5. Reinaldo A. O princípio da autonomia e os aspectos éticos do cuidado na assistência em saúde mental. *Mundo Saúde*. 2004;28(3): 284-91.
 6. Rocha MR. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?* Rio de Janeiro: Te Cora; 1994.
 7. Martin L. A ética e a humanização hospitalar. *Mundo Saúde*. 2003;27(2):206-17.
 8. Bettinelli LA, et al. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *Mundo Saúde*. 2003;27(2):231-9.
 9. Boemer MR, Sampaio MA. O exercício enfermagem em sua dimensão bioética. *Lat Am Enfermagem*. 1997;5(2).
 10. Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. *Mundo Saúde*. 2002;26(1): 65-70.
-

Recebido em: 26 de novembro de 2010.
Versão atualizada em: 4 de janeiro de 2011.
Aprovado em: 28 de janeiro de 2011.