

Contextos culturais e organizativos da utilização da contenção mecânica pelos serviços psiquiátricos da região do Piemonte, Itália

Cultural and organizational contexts of the use of mechanical restraint by psychiatric services in the Piedmont region, Italy

Contextos culturales y organizativos del uso de la inmovilización mecánica por parte de los servicios psiquiátricos en la región de Piamonte, Italia

Recebido: 11/11/2020 | Revisado: 16/11/2020 | Aceito: 24/11/2020 | Publicado: 29/11/2020

Mario Cardano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9087-6457>

Universidade de Torino, Itália

E-mail: mario.cardano@unito.it

Vanessa Rodrigues Pucci

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4036-316X>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: vanessa.pucci@acad.ufsm.br

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4405-7378>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: malchersilva@unb.br

Roberta Antunes Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9087-6457>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: roberta.machado@riogrande.ifrs.edu.br

Luciane Prado Kantorski

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9726-3162>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: kantorski@uol.com.br

Teresinha Heck Weiller

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: weiller2@hotmail.com

Resumo

O presente texto tem o objetivo de apresentar uma reflexão sobre os resultados preliminares do estudo etnográfico intitulado *La contenzione del paziente psichiatrico: Un'indagine sociologica e giuridica*, de autoria dos pesquisadores Mario Cardano, Alessandra Algostino, Marta Caredda, Luigi Gariglio e Cristina Pardini, a partir da entrevista que o pesquisador responsável forneceu ao site italiano Letture.org. Este estudo teve como ponto de partida um conjunto de interrogações que foram contempladas na seguinte questão: Quais aspectos culturais e organizativos dos Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura (SPDC) determinam a utilização da contenção mecânica? Ressalta-se a importância de se refletir sobre o processo histórico do entendimento de transtorno mental e crise, a forma de cuidado, as tradicionais práticas coercitivas, como a contenção mecânica nas regiões do Piemonte e Friuli Venezia Giulia, na Itália, que reforçam modelos similares de outros países, como no Brasil.

Palavras-chave: Saúde mental; Psiquiatria; Serviços de saúde mental; Intervenção na crise; Etnografia.

Abstract

The aim of this text is to present the preliminary results of an ethnographic study entitled *La contenzione del paziente psichiatrico: Un'indagine sociologica e giuridica*, written by the researchers Mario Cardano, Alessandra Algostino, Marta Caredda, Luigi Gariglio and Cristina Pardini, based on the interview that the leading researcher provided to the Italian site Letture.org. The study had as starting point a set of questions which were included in the following leading question: What cultural and organizational aspects Diagnosis and Healing Psychiatric Services determine the use of mechanical restraint? It is important to think about the historical process of comprehension related to mental disorder and crisis, the way of care, the traditional coercive practices, as the mechanical restraint in Piedmont and Friuli Venezia Giulia regions, Italy, which reinforce similar models from other countries, like in Brazil.

Keywords: Mental health; Psychiatry; Mental health services; Intervention during the crisis; Ethnography.

Resumen

Este texto tiene como objetivo presentar los resultados preliminares del estudio etnográfico titulado *La contenzione del paziente psichiatrico: Un'indagine sociologica e giuridica*, escrito por los investigadores Mario Cardano, Alessandra Algostino, Marta Caredda, Luigi Gariglio y Cristina Pardini, a partir de la entrevista que el investigador responsable brindó al sitio web

italiano Letture.org. El estudio tuvo como punto de partida un conjunto de preguntas comprendidas en la siguiente pregunta orientadora: ¿Qué aspectos culturales y organizacionales de los Servicios Psiquiátricos de Diagnóstico y Cura determinan el uso de la restricción mecánica? Se destaca la importancia de reflexionar sobre el proceso histórico de comprensión del trastorno y la crisis mental, la forma de cuidado, las tradicionales prácticas coercitivas, como la contención mecánica, en las regiones de Piamonte y Friuli Venezia Giulia, en Italia, que enfatizan modelos similares de otros países, como en Brasil.

Palabras clave: Salud mental; Psiquiátrica; Servicios de salud mental; Intervención en ea crisis; Etnografía.

1. Introdução

No âmbito da saúde mental, Philippe Pinel apresentou o hospital especializado, o paradigma inovador para o louco de toda ordem, modificando a base no enfoque religioso pela ciência psiquiátrica, denominada tratamento moral, e classificando por meio de observação sistemática os tipos de alienação. No entanto, este paradigma esteve rodeado por regras e intervenções rígidas para recuperação da racionalidade, sem considerar a singularidade e subjetividade da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico (Desviat, 1999; Rotelli, 2001; Malcher, 2009).

Em meados do século XX, as empresas farmacêuticas, de equipamentos e serviços médicos privados (complexo médico-industrial) passam a compor a medicina e a psiquiatria, impondo interesses lucrativos na prática profissional e na visão da sociedade sobre os sofrimentos psíquicos e problemas mentais e seus tratamentos. Neste movimento, a psiquiatria vai redimensionando o componente moral de sua abordagem para uma visão mais claramente organicista (Vasconcelos, 2008). Neste processo, a atenção está voltada exclusivamente para os signos psicopatológicos, separados da vivência da pessoa, com a necessidade de retirada do fenômeno e retomada da razão moral social.

Na Itália, Franco Basaglia (1924-1980) liderou o movimento de reforma psiquiátrica, denominado Psiquiatria Democrática, que serviu de inspiração em várias partes do mundo, como, por exemplo, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira na década de 1970, que culminou na Lei 10.216 de instituição da nova política de saúde mental nos anos 2000, com mudança do modelo hospitalocêntrico para o psicossocial, desconstruindo o poder da medicina na segregação da loucura, e na abertura de serviços substitutivos de base territorial (Rotelli, 1990; Deviat, 1999).

O bem-estar dos indivíduos se vale não somente da saúde física, mas das dimensões de vida de cada sujeito. Neste sentido, a saúde mental, a saúde física, bem como a social, são aspectos que se entrelaçam, mas ao mesmo tempo são interdependentes. À medida que este processo se fortalece, compreende-se que a saúde mental é indispensável para o bem-estar dos indivíduos e coletividades (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001).

Outrossim, a saúde mental, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001, 2018), é uma condição de bem-estar no qual o indivíduo é apto para utilizar suas próprias habilidades para recuperar-se do estresse cotidiano, ser produtivo e colaborar com a comunidade na qual está inserido. Neste contexto, no Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020 da OMS (2013), aprovado na Assembleia Mundial da Saúde em 2013, o qual foi pautado em quatro grandes objetivos voltados para intervenção, prevenção e promoção, reconhece-se o papel essencial da saúde mental na consecução da saúde para todas as pessoas.

Ademais, o modelo psicossocial de cuidado e os avanços e investimentos ocorridos nos últimos anos provocaram a reestruturação na gestão do trabalho, na compreensão de dimensões da pessoa em sofrimento psíquico e no desenvolvimento de práticas e estratégias terapêuticas no cotidiano dos serviços e no território (OMS, 2001). Entretanto, estes avanços ainda não superaram o modelo manicomial, pois ainda prevalecem estratégias tradicionais, como análises de signos psicopatológicos, com intervenções terapêuticas medicamentosas e internas (Silva, Abbad & Montezano, 2019). Ou mesmo, estratégias perversas como o uso do eletrochoque e a discussão da contrarreforma.

Como exemplo, têm-se as práticas coercitivas na busca da remissão de sintomas, mas que pouco traduzem em cuidado da crise, contrariando as diretrizes governamentais nacionais e internacionais. No caso do atendimento da crise, autores indicam uma prevalência de internações, bem como dificuldades na implementação de alternativas à atenção hospitalar, permanecendo um cenário de atenção à crise predominantemente medicalizante e hospitalocêntrico, utilizando contenções físicas e altos níveis de medicação, com violações de direitos humanos (Rossi, Marcolino, Speranza & Cid, 2019).

Dell'Acqua e Mezzina (1991) consideram a crise como uma complexa situação existencial, e como tal necessita de recursos complexos no cuidado. Além disso, consideram que o cuidado à crise nasce como uma unidade biológica, com intervenções próprias do modelo médico, na necessidade de reelaboração da realidade inteligível, criando assim, um circuito psiquiátrico que não se refere apenas ao hospital psiquiátrico e sim ao paradigma cultural de referência. Desse modo, as práticas são realizadas com intervenções fragmentadas

e não coordenadas, reduzindo a complexidade do indivíduo e diminuindo seu empoderamento contratual. Logo, o sofrimento psíquico tem sido compreendido pela sociedade como intervenção da ciência médica, e em diferentes contextos históricos foi rotulado de alienação, loucura, “doença mental” e transtorno mental (Del’Olmo & Cervi, 2017).

A crise psíquica é apresentada por Willrich (2016) como um estado de desorganização mental causada por afecções nas dimensões da pessoa, afetando condições do contexto familiar e social. Nestas condições, são necessárias intervenções dos serviços de saúde com acolhimento adequado, responsabilização e, sobretudo, a construção de vínculos entre os profissionais e os sujeitos que vivenciam a experiência do sofrimento.

Assim, a atenção à crise se refere a um conjunto de práticas de cuidado realizadas no âmbito do modelo comunitário de atenção, que são desenvolvidas junto a usuários em situações consideradas graves (Oliveira, 2002; Ferigato, Campos & Ballarin, 2007). Entretanto, dentre as práticas para o cuidado da crise psíquica, considera-se a contenção mecânica como uma estratégia para o controle de pacientes agitados, confusos, desorientados, os quais apresentam um risco de queda, de auto ou heteroagressão, ou ainda baixa adesão ao tratamento e à terapêutica medicamentosa (Potter & Perry, 2002).

Cimador (2017) compreende a contenção como limitação da possibilidade de movimento espontâneo e autônomo de um indivíduo por meio do uso de dispositivos variados. Ressalta que a contenção também existe no campo farmacológico e ambiental. Contudo há controvérsias acerca da sua utilização (Menezes, Santana & Cimador, 2016), visto que se mostra como uma prática que compromete os direitos humanos fundamentais, pela violação de normas constitucionais em vários países na liberdade dos indivíduos (Mislej & Bicego, 2011).

Neste cenário, o objetivo deste estudo é refletir, a partir dos resultados preliminares do estudo etnográfico intitulado *La contenzione del paziente psichiatrico: Un’indagine sociologica e giuridica*¹, por meio da tradução da entrevista que o pesquisador responsável orneceu ao site italiano Letture.org², para divulgação do livro dos resultados da pesquisa original. Destaca-se que este ensaio objetiva uma reflexão e compreensão da entrevista original,

¹ Prévia do livro:

https://www.academia.edu/43056260/La_contenzione_del_paziente_psichiatrico_Unindagine_sociologica_e_giuridica

² Texto original disponível em: <https://www.letture.org/la-contenzione-del-paziente-psichiatrico-un-indagine-sociologica-e-giuridica-mario-cardano-alessandra-algostino-marta-caredda-luigi-gariglio-cristina-pardini>

que, como anteriormente mencionado, refere-se ao estudo etnográfico, que teve como ponto de partida um conjunto de interrogações que foram contempladas na seguinte questão norteadora: Quais aspectos culturais e organizativos dos Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura (SPDC) determinam a utilização da contenção mecânica?

É importante ressaltar que este ensaio foi delineado ancorando-se na entrevista do pesquisador principal da pesquisa etnográfica, que também é um dos autores desta reflexão. Logo, a partir da tradução da entrevista, discorreu-se a reflexão sobre o processo histórico do entendimento de transtorno mental e crise, a forma de cuidado e as tradicionais práticas coercitivas, como a contenção mecânica nas regiões do Piemonte e Friuli Venezia Giulia, na Itália, mas que também representam modelos similares de outros países, como o Brasil.

Optou-se por organizar o texto nos moldes de um ensaio, a fim de proporcionar uma reflexão relevante sobre esta temática no campo da psiquiatria clínica, no campo jurídico e no pensamento coletivo. Para uma melhor compreensão da pesquisa original este ensaio está organizado em dois aspectos: (1) o desenho da pesquisa principal; e (2) os tópicos sobre práticas coercitivas dos resultados preliminares apresentados na entrevista.

2. Metodologia

O desenho da pesquisa principal

O desenho da pesquisa principal foi do tipo qualitativa, com estratégia de pesquisa a etnografia comparada em seis SPDCs, localizados na região do Piemonte, na Itália. A coleta de dados ocorreu nos meses de março de 2019 e fevereiro de 2020, por meio da observação das práticas de cuidado e de entrevistas discursivas (gravadas e transcritas na íntegra) com os enfermeiros, médicos e pacientes.

A escolha dos cenários, ou seja, os estudos de caso, foi efetuada adotando-se o desenho dos casos mais distantes, de acordo com Cardano (2020, 83-87), isto é, comparando três SPDCs que são orientados a limitar a utilização da contenção mecânica com aqueles caracterizados pela orientação de uma prática que normaliza o emprego desta medida coercitiva.

A abordagem para realização do estudo de etnografia foi a *team ethnography* (Erickson & Stull, 1988), empregada por conferir uma representação intersubjetiva das práticas coercitivas no estudo. Neste sentido, cada um dos pesquisadores que conduziram o estudo assumiu a responsabilidade por um ou dois estudos de caso, realizando as entrevistas e a

observação, e ao mesmo tempo realizando a observação em todos os outros SPDCs, de modo que cada pesquisador estava “co-presente” em todos os serviços.

A possibilidade de “co-presença”, juntamente com o compartilhamento de alguns princípios gerais utilizados na redação das notas de campo, bem como a realização das entrevistas discursivas, permitiu a cada um dos pesquisadores o conhecimento acerca de todos os seis estudos de caso. Ademais, o grupo se encontrava mensalmente para compartilhar e discutir os resultados empíricos de maior relevância ou ainda aqueles de difícil compreensão.

Salienta-se que as discussões contavam com a presença e colaboração de dois profissionais de saúde, que faziam parte de um SPDC da cidade de Torino, na região do Piemonte, sendo um psiquiatra e uma enfermeira, e quatro pesquisadores da área jurídica, com o intuito de qualificar os resultados e achados da pesquisa, definindo de maneira unânime um consenso sobre o tema pesquisado.

Por fim, evidencia-se que a realização da pesquisa seguiu os preceitos disponibilizados na *Linee guida per l'integrità nella ricerca/2019*, respeitando os seus princípios fundamentais, a saber: dignidade, responsabilidade, equidade, diligência e honestidade. Salienta-se também o respeito ao *Regolamento generale sulla protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016* relativo à proteção das pessoas, bem como o tratamento de seus dados pessoais, compreendidos como direitos fundamentais.

3. Resultados e Discussão

As práticas coercitivas a partir dos resultados preliminares apresentados na entrevista

No Ocidente, a psiquiatria consegue sua institucionalização como disciplina clínica com o nascimento do manicômio, emblema da coerção. Portanto, pode-se dizer que a coerção – em um sentido amplo – liga-se indissolavelmente à cura/tratamento da doença mental. Fora dos manicômios, a vida dos loucos não era melhor que aquela vivida entre as paredes das estruturas asilares. Até na mais acolhedora sociedade rural, o “louco” quando era percebido perigoso ou incapaz de contribuir com a economia comunitária, vivia em uma condição de cativo, bem representada pelo historiador da medicina Edward Shorter.

Shorter, no livro *A História da Psiquiatria*, publicado em 1997, descreve as condições de vida dos loucos na Irlanda camponesa do início do século XIX com uma imagem particularmente sombria: forçados a ficarem em um buraco no chão do casebre no qual vivia a sua família, buraco do qual saíam somente para seus funerais. Os primeiros manicômios na

Europa e no mundo, recolhiam sobre o mesmo teto esta massa de desventurados, mais com o intuito de proteger a sociedade que oferecer uma cura para a doença mental. Logo, havia mais controle e coerção que a cura.

Entretanto, a coerção não era a única regra com relação à cura do sofrimento psíquico. Temos importantes exceções, tanto no passado como na contemporaneidade. Em 1839, em Hanwell, no condado inglês de Middlesex, Jonh Connolly, aos quarenta e cinco anos, assume a direção do hospital psiquiátrico, local em que atribui, de maneira inovadora, uma orientação clínica e moral, tanto para aquele tempo, como atualmente.

Connolly, propõe uma abordagem de cura/tratamento para a doença mental, que programaticamente recusa qualquer forma de coerção – *no restraint* – valorizando a gentileza e a doçura das relações. Em Hanwell, não se usavam correntes, cintos de contenção e todos os instrumentos empíricos, baseados em terror e punição, inventados pelos primeiros alienistas para curar os loucos. Na verdade, deve-se dizer que, de maneira atenuada, a coerção ainda estava presente em Hanwell, com o uso de quartos acolchoados, nos quais ficavam trancados aqueles considerados incontroláveis.

Recentemente, na Itália, a superação das práticas coercitivas começa com a revolução de Franco Basaglia, que, a partir dos anos 1970, iniciou o fechamento dos manicômios e a atenuação das medidas coercitivas de cunho manicomial. Um pouco antes, nos anos 1950, foram descobertos os psicofármacos ou drogas psicotrópicas que amenizam alguns comportamentos menos controláveis, por meio de diálogos e das relações.

Certamente tal acontecimento facilitou o fechamento dos manicômios, entretanto não foi somente na inovação psicofarmacológica que se pôde encontrar as razões das mudanças vivenciadas na Itália. Na esteira da revolução de Basaglia, constituiu-se um movimento que propõe uma abordagem ao *no restraint* de Connolly na gestão da crise psicótica, não mais nos manicômios, e sim em pequenas enfermarias, os Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura (SPDC), nos quais são tratadas as doenças psiquiátricas agudas.

No estudo realizado, encontraram-se algumas destas enfermarias psiquiátricas, em Friuli Venezia Giulia e também na região do Piemonte. Em suma, a psiquiatria tem uma estreita ligação com a coerção, porém não se trata de uma ligação necessária. Em muitos casos – alguns dizem em todos – é possível conter a crise do paciente psiquiátrico sem a utilização do recurso coercitivo. Isto, entretanto, exige recursos destinados à formação de pessoal, ao incremento do número de técnicos que trabalham na psiquiatria e à modernização das estruturas de atendimento daqueles hospitais e dos territórios.

Em tempos de coronavirus disease 2019 (COVID-19), a importância de um sistema de saúde público e eficiente é, além de evidente, extremamente necessário. Mas por quanto tempo esta atenção se manterá? E a valorização do sistema público de saúde poderá abranger, tanto a cura quanto o sofrimento psíquico? A doença mental, na imagem pública e no discurso das políticas, é percebida frequentemente como um problema menor – apesar do sofrimento que a acompanha – e os recursos públicos, neste setor, chegam em conta-gotas.

Cientificidade relacionada à adoção de práticas coercitivas na psiquiatria

O sofrimento psíquico, por diversos motivos, escapa dos olhares objetivantes do saber científico. Diferente daquilo que acontece em outros ramos da medicina, a psiquiatria não dispõe de procedimentos ou instrumentos tecnológicos que permitem olhar quais coisas não funcionam debaixo da pele. O diagnóstico em psiquiatria se baseia na observação dos sintomas e não dos sinais. O psiquiatra diagnostica a partir da análise dos discursos dos próprios pacientes, que dizem que ouvem vozes, que são perseguidos por demônios ou pelos seus vizinhos, ou dizem ser – como nos contos sobre loucos – um rei, uma divindade ou um alienígena.

Na psiquiatria, os raios X ou a tomografia não servem, não há um teste de laboratório que permita afirmar, para além das dúvidas, se aquele que se está em frente é ‘são’ ou ‘louco’. Se eu não temesse irritar os psiquiatras, seria levado a sustentar que a psiquiatria está, sob muitos pontos de vista, mais próxima das ciências sociais – que eu pratico – que as disciplinas médicas com os maiores apelos midiáticos, como a oncologia, e dos tempos atuais, a virologia.

Se é difícil mensurar a loucura (embora há muitos anos a *American Psychiatric Association* tenta mensurá-la com o DSM, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), é ainda mais difícil estabelecer critérios objetivos e transcontextuais que autorizem ou sugiram o recurso da prática coercitiva. O recurso da contenção mecânica, a prática em que o paciente é amarrado em uma cama pelos pés e mãos, sobre o qual nos ocupamos neste estudo, depende mais de fatores culturais e organizativos que caracterizam a equipe clínica, do que propriamente o diagnóstico ou a conduta observada no paciente.

No decorrer do estudo etnográfico, observaram-se pacientes absolutamente tranquilos, dóceis, amarrados, porque se temia um acesso de raiva. Vimos também pacientes agitados, ameaçadores, precedidos de uma má reputação ou mau comportamento (nem sempre desmerecido), tranquilizados com o poder da palavra, tendo seu sofrimento contido sem recorrer às correias de contenção.

Regulamentação da contenção em psiquiátrica no cenário italiano

No momento não existe um dispositivo normativo que regulamenta a utilização desta prática. Embora questionável sob o ponto de vista ético, esta prática não é *contra legem* (contra a lei). Alguns juristas acreditam que a mesma Constituição decretou a sua inadmissibilidade, porém, quem recorre à contenção mecânica não é legalmente punível, enquanto sua utilização for motivada pelo “estado da necessidade”, ou seja, de uma situação caracterizada por um perigo iminente tanto para o paciente, quanto para quem está ao seu redor e/ou seu cuidador.

Além disso, existem os casos de negligência, como o de Franco Mastrogiovanni, morto em agosto de 2009, em um SPDC, no Vallo della Lucania (uma pequena cidade na província de Salerno, na Itália), depois de permanecer 87 horas com contenção mecânica, praticada com total desrespeito aos seus direitos, sem verificação de sinais vitais, sem alimentação, sem receber visita de seus familiares.

Mastrogiovanni teve sua morte causada por um edema pulmonar, mais em função da maneira com a qual a contenção foi praticada do que propriamente pela contenção em si. Em várias destas enfermarias nas quais conduzimos nosso estudo etnográfico, a contenção mecânica durava poucas horas e os sinais vitais eram verificados a cada hora. Ninguém morre por essas conjunções – ainda que horríveis.

É comum uma parte da opinião pública relacionar a história de Mastrogiovanni, indiscutivelmente dramática, à utilização da contenção mecânica. Com isso, não se quer legitimar o uso da contenção mecânica, especialmente em casos – algumas vezes observados em campo – nos quais a sua utilização era em uma condição de “inocência moral”, com a convicção de que amarrar um paciente pelas mãos e pés em uma cama não fosse nada além de uma prática terapêutica, não diferente da administração de um fármaco ou da aferição da pressão arterial.

Dizer que alguém morre por causa da contenção é errado e não nos ajuda a compreender o fenômeno que queremos conter sua difusão. A contenção pode levar à morte, assim como a apendicectomia, se quem recorre a uma ou a outra medida agir com leviandade, má-fé e, em última análise, com dolo. A contenção machuca, fere o orgulho e a carne daquele que é submetido, introduz uma laceração profunda na cultura da equipe de cuidado, mas não pode ser assimilada a uma forma legalizada de eutanásia daquele que é considerado o “louco perigoso”.

Compatibilidade com a Constituição e com as leis italianas

O artigo 13 da Constituição italiana estabelece que a liberdade pessoal é inviolável e isto conduziria a exclusão da área da legitimidade às práticas coercitivas em psiquiatria. A Constituição, no artigo 32, declara o compromisso da República acerca da proteção da saúde do cidadão, e acrescenta que ninguém pode ser obrigado a um tratamento de saúde, “somente por disposição da lei”. A Lei da Reforma Sanitária de 1978 contém uma determinação específica da lei para o Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO). Como já mencionado, existe uma ausência de regulamentação para a utilização da contenção mecânica, parcialmente preenchidos pelos códigos éticos de algumas profissões da área da saúde.

Considera-se que este vazio de regulamentação (essa ausência de leis específicas) deva ser preenchido e que a simples referência à carta constitucional não seja suficiente. Alguns acreditam que a regulamentação da lei sobre a contenção acabaria por legitimar a sua utilização. Entretanto, julga-se importante que uma lei que a proíba, individualizando condições específicas (no jargão jurídico, discriminantes), que não pune quem a utiliza quando necessário, por motivo de força maior, seria oportuno.

Regulamentação jurídica da contenção e do tratamento obrigatório nos outros países europeus

No contexto internacional, verificou-se uma consistente heterogeneidade de normas e práticas. A partir da análise das disposições normativas tanto nacionais quanto internacionais, concluiu-se que a contenção mecânica deveria ser considerada como uma solução extrema, como uma medida excepcional e em nada compreendida como prática terapêutica.

4. Considerações Finais

Este ensaio sobre a entrevista (traduzida) que o pesquisador responsável forneceu ao site italiano Letture.org. sobre dados preliminares do estudo etnográfico intitulado *La contenzione del paziente psichiatrico: Un'indagine sociologica e giuridica*, de autoria dos pesquisadores Mario Cardano, Alessandra Algostino, Marta Caredda, Luigi Gariglio e Cristina Pardini, mostrou-se relevante, pois trata-se de uma reflexão sobre o processo histórico do entendimento de transtorno mental e crise, a forma de cuidado, e as práticas coercitivas tradicionais, como a contenção mecânica em alguns Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura (SPDC) nas

regiões do Piemonte e Friuli Venezia Giulia, na Itália, e que são modelos similares de outros países, como no Brasil.

Neste cenário, tão comum nos serviços hospitalares de saúde mental, que se reforça as representações socioculturais, independentemente das leis constitucionais, dos direitos humanos e da evolução das políticas públicas governamentais, ainda permanecem o cuidado por práticas coercitivas, distantes da desinstitucionalização e do cuidado humanizado dos usuários que vivenciam estes serviços.

O estudo traduzido neste trabalho compreende a reforma psiquiátrica, como um processo complexo de mudanças muito além do campo das políticas específicas, dos serviços e da prática profissional, abarcando uma ampla, longa e contínua luta política intersetorial, institucional, legal, cultural, visando o investimento em novas formas integrais de cuidado humano, integradas aos múltiplos dispositivos de atenção social e em saúde inerentes à conquista dos direitos sociais da cidadania, e para mudar as relações globais da sociedade com a loucura.

Neste sentido, Cardano na sua entrevista afirma a importância de lutarmos por diretrizes internacionais que orientem e reafirmem o modelo psicossocial de atenção em saúde mental, com enfoque nas dimensões da pessoa em sofrimento psíquico e com práticas e estratégias terapêuticas no cotidiano dos serviços que representam o mundo da vida e no território, com protagonismo e inserção social, constituindo-se como desafios a serem superados, com vistas à qualidade do serviço, segurança e cuidado humanizado do usuário e efetivação da política, à luz da política de saúde mental.

Finalmente, toda evolução histórica dos modelos psiquiátricos e nossa experiência no mundo do cuidado da loucura deveriam servir para compreendermos como pautar novas abordagens de cuidado, valorizando a centralidade da pessoa, sua subjetividade, singularidade e contexto; além de uma participação protagonista no percurso do seu cuidado. Finalmente, no cuidado em crise, devem prevalecer estratégias alternativas, substitutivas ao cenário de instituições fechadas, em ambiente menos restritivo, que possibilite o retorno imediato ao seu cotidiano, distanciando-se do circuito psiquiátrico.

Referências

Cardano, M. (2020). *Defending Qualitative Research: Design, Analysis, and Textualization*. New York: Routledge.

Cimador, F. (2017). A cultura da não contenção da pessoa idosa – uma necessidade, um direito, e uma batalha ética e política. *Rev Enferm UFSM*, 7(1).

Del’Olmo, F. S., & Cervi, T. M. D. (2017). Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Sequência (Florianópolis)*, 77, 197-220.

Dell’Acqua, G., & Mezzina, R. (1991). Resposta à Crise. In: J. Delgado, *A Loucura na Sala de Jantar* (53-79). São Paulo: Resenha.

Deviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Erickson, K. E., & Stull, D. (1998). *Doing Team Ethnography: Warnings and Advices*. London: Sage.

Ferigato, S. H., Campos, R. T. O. & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.

Malcher, M (2009). Significados e significantes da cronicidade na esquizofrenia no processo a reforma psiquiátrica: pensar em outra via de cuidados. In Costa, I., & Grigolo, T. (2009). *Tecendo redes em saúde mental no cerrado: estudos e experiências de atenção em saúde mental*. Brasília: Universidade de Brasília/Ministério da Saúde. 302 – 313.

Menezes, A. K., Santana, R. F., & Cimador, F. (2016). Práticas assistenciais restritivas e o paradigma da cultura de não contenção da pessoa idosa. In: E. V. Freitas & L. Py, *Tratado de geriatria e gerontologia*. 6582-627. (4a ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ministério da Saúde. (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Brasília: Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Mislej, M., & Bicego, L. (2011). *Contro la contenzione: Garantire sempre, a ogni cittadino, l'articolo 13 della Costituzione, si può, si deve*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Oliveira, P. R. M. (2002). *Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: OMS.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2013). *Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020*. Washington: OPAS.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Folha Informativa - Transtornos Mentais*. Washington: OPAS.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2012). *Fundamentos de enfermagem*. (8a ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.

Rossi, L. M., Marcolino, T. Q., Speranza, M., & Cid, M. F. B. (2019). Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad. Saúde Pública*, 35(3).

Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D., & Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Silva, M. N. R. M. O., Abbad, G. S., & Montezano, L. (2019). Practices and Therapeutic Strategies of the Psychosocial Care Centers Alcohol and Drugs. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29.

Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens psicossociais, vol I: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.

Willrich, J. Q. (2016). *A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Mario Cardano – 30%

Vanessa Rodrigues Pucci – 20%

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira – 15%

Roberta Machado Antunes – 15%

Luciane Prado Kantorski – 10%

Teresinha Heck Weiller – 10%