

# COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COM USUÁRIOS DE SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS: FIO CONDUTOR DO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

Ernani Coimbra de Oliveira

José Carlos Gonçalves (1); Stella Alvares Cabral (2); Isabel Cristina Adão (3)

Universidade Federal Fluminense – UFF [ernani.coimbra@ifsudestemg.edu.br](mailto:ernani.coimbra@ifsudestemg.edu.br)

**Resumo** Esta pesquisa é uma microanálise sociointeracional do discurso terapêutico em contextos de atenção a usuários de serviços psiquiátricos com apoio da análise etnometodológica da conversa. Cabe o ressaltado de que a Análise Etnometodológica da Conversa funciona como auxiliar da sociolinguística interacional, que está elencada nessa estratégia metodológica pelo fato do estudo em tela não estar interessado somente na estrutura dos eventos de fala analisados, mas na sua interpretação e compreensão para os falantes, que constituem e são mutuamente constituídos pela interação, por serem sujeitos dinâmicos da interação. A pesquisa objetivou: Analisar nessas interações os recursos linguísticos e discursivos utilizados pelos participantes em uma situação de comunicação em contexto naturais. Um dispositivo de saúde mental de um município de Minas Gerais foi o cenário deste estudo. Compõem a amostra do estudo, a saber: uma equipe de saúde formada por dois enfermeiros, dois psicólogos, um médico, um farmacêutico, um pedagogo, uma profissional do serviço social, uma terapeuta ocupacional, uma profissional de educação física, quatro trabalhadores de nível médio incluindo técnicos e serviços gerais, três estagiários do curso técnico de enfermagem e três usuários desse serviço. Também foram seguidos os princípios da Análise da Conversa Etnometodológica, com rigor ao modelo de transcrição de Sacks, Schegloff e Jefferson. Os resultados revelam a importância da comunicação para a prática desses profissionais e suas implicações para o tratamento dos usuários e nos possibilitou conhecer as possíveis dificuldades existentes para interagir com usuários da saúde mental e as justificativas pelas quais os participantes acreditam que esses problemas acontecem.

**Palavras-chave:** Comunicação, Transtornos Mentais, Relacionamento interpessoal;

## **Introdução:**

O ser humano é essencialmente um ser relacional. Para ocorrência do processo de socialização, ao qual passam todos os seres humanos, é exigida a presença do outro, portanto seria impropriedade pensar todas as dimensões do cuidado à pessoa usuária de serviços psiquiátricos sem considerar a qualidade do contato estabelecido nessa relação ser- que cuida ser- cuidado.

Contudo, não é uma perspectiva contemporânea a humanização enquanto atributo das relações interpessoais, tampouco a ausência da condição humana para implementar essa possibilidade de existência da pessoa-profissional de saúde, mas quando não se evidencia um conjunto de habilidades necessárias ou se verificam interações sociais satisfatórias, torna-se preocupante, pois como poderíamos sustentar a perspectiva terapêutica das ações envolvidas no cuidado de um modo geral? Que prejuízos concretos estariam postos para o tratamento desse usuário de serviços psiquiátricos perante essa possível condição imanente do profissional de saúde? A ocorrência das respostas para essas e outras diversas questões nos despertou e faz desvelar um horizonte de preocupações relacionadas à formação de futuros profissionais de enfermagem.

O campo da saúde mental na perspectiva de sua ação, esteve por um longo tempo calcado em um modelo de atenção tradicional médico e hospitalar, que perscrutava o protagonismo de um sujeito-profissional subordinado à organização parcelada do trabalho institucional, originária da divisão técnica do trabalhador médico que:

[...] coerentemente, afirmava a cura ou adaptabilidade social como finalidade do processo de trabalho, a doença como seu objeto de intervenção e a concepção do projeto terapêutico de competência privativa do agente médico, subsidiado preferencialmente pelo trabalho dos demais agentes de saúde de nível superior, secundarizando a percepção e o saber do portador de sofrimento psíquico, sinalizadores de um projeto singularizado e que faz sentido na sua particular experiência de adoecimento (ARANHA, et. al.; 2000, p.65).

Por essa razão, atualmente, a saúde mental representa um campo plural de saberes e práticas em intensa mudança, que conta com o protagonismo de agentes das diversas áreas do conhecimento humano, distribuídos em distintas categorias profissionais para atuação em um conjunto de serviços conhecidos como extra hospitalares, criados a partir do processo de desinstitucionalização da loucura (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2006).

Essas intervenções foram e ainda são motivadas pelos princípios que fundamentam um importante e inconcluso movimento histórico, político e filosófico denominado reforma psiquiátrica<sup>1</sup>, movimento este que não esteve desvinculado das prerrogativas apresentadas na implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (AMARANTE, 1994).

Por consequência, mudanças ainda que tímidas também ocorreram no campo do ensino nas áreas da saúde trazendo desdobramentos importantes para a psiquiatria, onde o foco do cuidado, que anteriormente consistia na doença psiquiátrica e em seu clássico conjunto de sintomas, passou a ser centrado no sujeito em toda sua subjetividade.

Tais vicissitudes inspiraram na saúde reformas curriculares comprometidas com uma formação que subsidiasse seus egressos na elaboração e expansão de seu repertório de habilidades e competências e, assim, conseguissem acolher as demandas dos usuários de saúde mental, mudança esta, que apontou novos desafios para as instituições de ensino.

Tomar consciência dessa necessidade foi determinante para que, em 2013, nos tornássemos partícipes de um serviço de saúde mental de um município do interior de Minas Gerais, voltado para

---

<sup>1</sup> A reforma psiquiátrica é um processo histórico político e filosófico, que no Brasil se iniciou no final da década de 1970, no contexto político de luta pela democratização, inspirando antimodelos, portanto, contrapondo-se aos tradicionais “a instituição manicomial” e tendo como protagonista o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (AMARANTE, 1994).

atendimento de sujeitos usuários de serviços psiquiátricos com transtornos graves em situação de instabilidade, por meio de um programa de integração docente assistencial<sup>2</sup>.

Nesse caminho, também incluímos no processo uma revisão criteriosa da relação ser-que-cuida e ser-cuidado, com vistas à reestruturação da assistência para essa clientela a partir do reordenamento de estratégias que envolviam as múltiplas dimensões das práticas de cuidado e do fazer profissional do campo da saúde mental.

Dessa forma, tínhamos por objetivo criar um ambiente que potencializasse nossa missão de superar a proposta tradicional de ensino onde se apresentavam as patologias psíquicas tão distantes da vida e do viver de pessoas em sofrimento, sobretudo, com o ensino da Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, até então baseado na organização do ambiente de cuidado, da disciplina e da medicação.

Foi nesse contexto, que observamos na transição teórico-prática dos objetos do campo da saúde mental, que as relações interpessoais tem se destacado como arcabouço estrutural de todos os processos envolvidos nessa desafiadora e obscurecida conformação de habilidades e competências, no qual a comunicação parece se estabelecer como essência para essa nova forma de cuidar da clientela de serviços psiquiátricos.

Mas cabe o ressalte de que embora o relacionamento terapêutico ainda suscite questões importantes para a assistência em saúde mental na contemporaneidade, o conceito de relação terapêutica médico-paciente é antigo. Foi cunhado em 1952, por Hildegard Peplau<sup>3</sup>, teórica e clínica da enfermagem, que muito contribuiu para as bases atuais da enfermagem, sobretudo na perspectiva da comunicação terapêutica.

Estudos também tem apontado o relacionamento terapêutico como estrutura central da prática de diversas profissões do campo da saúde, contudo, reforçando um caráter de complexidade em sua aprendizagem, dada sua multi-teórica concepção, o que traz subsídios para discutir a ampliação de sua perspectiva funcional e, por conseguinte, sua usabilidade para além de uma simples troca de mensagens entre interagentes (VIDEBECK, 2012).

Rogers (1977), teórico e nome científico seminal do tema central desta pesquisa cujas ideias prevalecem dentro das profissões de saúde mental, ressalta que a busca para a proposição de uma presença terapêutica precisa considerar uma absoluta coerência interna do terapeuta (sujeito que cuida), ao contrário poderia impor uma noção de assujeitamentos de práticas descoladas das reais necessidades do usuária (sujeito cuidado) implicado na relação de cuidado.

---

<sup>2</sup> O contato de um docente com essa dimensão prática da sua inscrição de ensino e pesquisa, quase sempre é revigorante por proporcionar ao mesmo aprimoramentos e ao mesmo tempo favorecer contribuições as instituições envolvidas. O Programa de Integração Docente-Assistencial, um dos recursos utilizados pelo governo federal para aproximar o ensino e os serviços, tem sido apresentado como uma proposta de planejamento de saúde e educação para ajustar necessidades sociais e tecnológicas (BRASIL, 1981).

<sup>3</sup> Hildegard Peplau (1909-1999) teórica e clínica de enfermagem, baseou-se nas teorias interpessoais de Sullivan e também via o papel do enfermeiro como um observador participante (VIDEBECK, p.64 2013).

Nesse caso, a autenticidade passaria a representar para Rogers (2009) um papel instrumental nessa relação com os usuários de serviços psiquiátricos, em que a empatia se constituiria na habilidade principal do funcionamento dessa relação e se ajustada nesses moldes, poderíamos sim chama-la de: terapêutica.

Daí, nosso interesse por uma descrever a construção discursiva da fala-em-interação na condição face a face entre múltiplos participantes conviventes em um serviço psiquiátrico, uma vez que, pela análise da postura desses participantes, implicitamente guiados pela pergunta **“O que está acontecendo aqui e agora?”**<sup>4</sup>, poderiam derivar pistas que nos levasse a uma melhor compreensão dos problemas de comunicação que acabam, por vezes, fomentando importantes rupturas no cuidado, tendo aqui o relacionamento terapêutico ineficaz, desfecho comum dessas relações que ocorrem em contextos naturais de interação face a face, nosso foco de investigação.

Diante do exposto, e considerando que boas práticas de relações interpessoais mediadas pela comunicação entre os interagentes (equipe-usuário) no contexto de cuidado da saúde mental poderiam se constituir num instrumento para um cuidado efetivo, resolutivo, humano e ético foi que resolveu-se realizar este estudo.

### **Metodologia:**

Trata-se de um estudo microetnográfico “microsociolinguística”. Uma análise do discurso, realizada pela corrente teórica “Análise Etnometodológica da Conversa – ACE”. Cabe o ressaltado de que a ACE funcionará como auxiliar da sociolinguística interacional, que está elencada nessa estratégia metodológica pelo fato do estudo em tela não estar interessado somente na estrutura dos eventos de fala analisados, mas na sua interpretação e compreensão para os falantes, que constituem e são mutuamente constituídos pela interação, por serem sujeitos dinâmicos da interação (GONÇALVES, 2017).

Portanto, um estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem da metodologia qualitativa interpretativa, particularmente pela nossa necessidade, como pesquisadores interessados em fala-em-interação, de trabalhar no estudo em tela com uma produção de dados de ocorrência natural, que precisavam ser submetidos a procedimentos diversos de registros e análises, norteados pelo polo teórico e metodológico da sociolinguística interacional, onde as estruturas de frames, alinhamentos, esquemas, footings, pistas de contextualização etc., serão examinados, descritos e analisados.

Por essa razão, a abordagem qualitativa é de escolha quando se deseja associar a aplicação das categorias de análise usadas para explorar os eventos de fala descritos pelo estudo, com estratégias interdisciplinares e de aplicação, no caso do estudo em tela, as relações interpessoais mediadas pela comunicação entre os interagentes (equipe-usuário) no contexto de cuidado da saúde mental.

---

<sup>4</sup> Em Ribeiro & Garcez, (1998, p. 08) observamos que "O que está acontecendo aqui e agora?" essa questão norteadora é proposta para as pesquisas na área da sociolinguística interacional, na qual a interação face a face torna-se o cenário de significado social com o objetivo de se estudar o uso da língua em interação.

Essa possibilidade de abertura e trânsito nesta investigação que consiste na adoção de referenciais teóricos e metodológicos foi favorável, uma vez que, o estudo envolve pesquisadores representantes de distintos campos de conhecimento, tais como: Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, para uma aproximação e abordagem de problemas micro institucionais e psicossociais.

Segundo Erickson (1990, p.106-108):

A tarefa do pesquisador interpretativo é descobrir as maneiras específicas em que as formas locais e não locais de organização social e cultural se relacionam com as atividades de pessoas específicas no processo de fazer escolhas e conduzir a ação social em conjunto. A tarefa do analista é expor as diferentes camadas de universalidade e de particularidade que se apresentam no caso específico sendo examinado.

Pensando nesse contexto interpretativo descrito por Erickson, nos recordamos da importância da microanálise etnográfica nesse trabalho, considerando que com auxílio dessa importante ferramenta da sociolinguística interacional estaríamos mais próximos e qualificados para uma possível e necessária descrição desse contexto de contato entre uma equipe e usuários de serviços psiquiátricos.

Ademais, nos estudos de linguagem é a microanálise um instrumento constante na vida de pesquisadores que atuam na descrição do comportamento de uma determinada sociedade, e para detalhar determinadas transcrições esses estudiosos precisam levar em conta não somente situações de comunicação, mas todo um contexto social (MATTOS, 2011).

Um dispositivo de saúde mental de um município de Minas Gerais foi o cenário deste estudo. Trata-se de uma instituição pública municipal fundada no município mineiro em 2012 e que atualmente em razão da existência de convênios de saúde para fins de financiamento com receitas compartilhadas, tem seu serviço extensivo à oito municípios circunvizinhos.

Ainda que de forma tímida e incipiente, em consideração a todos os aspectos descritos a seguir, essa instituição tem finalidades acadêmicas, de pesquisa e atendimento à comunidade loco regional e é uma expoente no estado quando considerada sua área de cobertura.

De caráter comunitário, portanto aberto e de nível ambulatorial, o serviço em tela tem funcionamento exclusivamente diurno. Segue horário comercial para ofertar de seu expediente e não atende aos fins de semana como ocorre em outras tipologias mais estruturadas desse serviço de saúde mental, sendo as emergências psiquiátricas ocorridas nesses dias direcionadas para outros dispositivos da rede, tais como Unidade de Pronto Atendimento - UPA e hospitais que contam com vagas reservadas para pessoas com transtornos mentais graves.

Nesse dispositivo de saúde mental é oferecido assistência em forma de tratamento, atendimento a crise psiquiátrica, reabilitação, promoção da saúde mental e psicoeducação para pessoas com transtornos mentais graves, cujo regime de permanência (manhã, tarde, integral e consulta de acompanhamento mensal)

é determinado por equipe multidisciplinar em consideração às demandas que fundamentam o seu projeto terapêutico individual.

Atualmente, a instituição possui 158 prontuários ativos distribuídos entre os regimes de permanência descritos anteriormente. Desses, grande parte são de usuários esquizofrênicos, seguidos por usuários com transtornos maiores do humor.

Na delimitação da população do estudo foram considerados apenas usuários em regime integral, ou seja, com permanência dia, uma vez que as estratégias elencadas nessa pesquisa para geração de dados necessitam do registro de eventos completos, quase sempre necessários para interpretarmos “o que está acontecendo aqui?”. O que faz com que desde a chegada desses participantes a esses serviços até suas saídas ao final de cada dia, se configurem marcos iniciais e finais do nosso turno participação.

Por isso coadunamos com Carroll (2016) que descreve que a propriedade que melhor define um cenário é o fato do mesmo projetar uma descrição concreta de uma atividade em que o usuário se engaja no momento em que está realizando uma tarefa específica, portanto nos permitindo responder também a “como os participantes realizam isso?”.

As razões para a manutenção do anonimato em relação ao nome da instituição, cidade e seus agentes, incluem situações/condições discutidas e acordadas à época da apresentação do protocolo de pesquisa, ocasião em que se constatou o risco de uma associação direta entre os dados produzidos e o cenário em questão, além de se reconhecer que essas informações não são de relevância quando se tem em vista a contribuição das experiências e vivências dos participantes.

Para seleção dos participantes que compõem a amostra do estudo, a saber, uma equipe de saúde formada por enfermeiros, psicólogos, médicos, farmacêutico, pedagogo, serviço social, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, oito trabalhadores de nível médio incluindo técnicos e serviços gerais e os usuários do serviços psiquiátrico cenário do nosso estudo, foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade para equipe e usuários:

- Ser funcionário do quadro permanente da instituição em tela;
- Atuar na instituição por no mínimo seis meses;
- Atuar ou colaborar de forma direta ou indiretamente com o atendimento dos usuários; seja nas consultas ou nas diversas formas de oficinas implementadas nesse contexto;
- Ter prontuário ativo por no mínimo um ano (usuário);
- Estar em regime de permanência integral (usuário);
- Ter obtido previamente esclarecimentos sobre a pesquisa; e decidir participar voluntariamente (usuário e equipe).

Participaram do estudo oito profissionais de saúde, de ambos os sexos, destes, duas enfermeiras; duas psicólogas; um farmacêutico; um médico; uma assistente social e um educador físico e; dois usuários do serviço psiquiátrico cenário da pesquisa.

Importantes procedimentos de produção de conhecimento foram adotados nesta pesquisa, especialmente na fase de geração de dados, respeitando cada etapa do encontro social: concentração, dispersão e encerramento, cujas técnicas e seus ensejos foram variadas e dinâmicas, determinadas em razão da necessidade de se registrar os eventos o mais completamente possível.

Dentre os mencionados recursos, cabe destaque para os que de fato estiveram envolvidos em nosso trabalho de campo com a pesquisa: observação, participação, registro escrito e em áudio, reflexão analítica com base nos registros e relato descritivo e narrativo.

A observação foi a etapa inicial do processo de produção de dados, que se iniciou em março de 2016. Definida como do tipo participante, a observação perpassou por todas as fases da etapa de campo, num processo dinâmico e constante em associação à outras técnicas de coleta de dados também utilizadas, tais como entrevistas gravadas e elaboração de memorandos (teóricos, metodológicos e observacionais) para uma descrição formal dos eventos.

A experiência de observação participante que desenvolvemos pode ser descrita por diversos momentos de permanência in loco, que não restringiram-se às ocasiões de realização das entrevistas, ou seja, a inserção se deu no todo da experiência com os participantes em seu cotidiano no serviço de saúde mental, cenário deste estudo. Nesse sentido também cabe ressaltar que diversos foram os retornos a este cenário, quando diante de um evento e outro algum aspecto da fala-em-interação necessitava ser revisitado para uma tentativa de descrição.

Lançamos mão também da entrevista do tipo semiestruturada como estratégia para produção de dados, realizadas de acordo com a disponibilidade de cada depoente, sendo a maioria desenvolvida no próprio serviço de saúde mental, todas com duração superior a 25 minutos, gravadas em aparelho MP3 e posteriormente transcritas na íntegra, acrescentando registros como expressões, aspectos entonacionais, espaços temporais, o silêncio em si e velocidade da produção vocal dos participantes da fala-em-interação social.

Contudo, antes procedemos com uma ambientação que consistiu basicamente em nossa apresentação e dos objetivos da nossa presença ali, tudo isso com vistas a familiarizar os participantes com nossa presença, estratégia e com o equipamento que utilizamos para esses registros. Na ocasião também falamos da necessidade do consentimento expresso vide assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido para assim iniciarmos.

Considerando a extensão dos eventos comunicacionais registrados pelo estudo, resolvemos por transcrever apenas segmentos específicos, ou seja, os que estavam vinculados densamente ao fenômeno estudado e nossos objetivos, cuja delimitação era feita pela ocorrência das construções sustentadas pelo participante, conformando-os em unidades analíticas renomeadas por Garcez (2014) como excertos.

Na organização dos resultados, a nomeação dos participantes observou-se o contrato do sigilo e anonimato proposto pela pesquisa, por isso foram renomeados pseudônimos para associa-los a numeração

das linhas que conformam os excertos ilustrativos que mostraremos no capítulo a seguir intitulado: resultados e discussão.

Portanto, os dados foram transcritos e estão sendo processados, digitalizados, e analisados categorias de análise usadas para explorar os eventos de fala descritos pelo estudo, seguindo o modelo de transcrição adotado pela Análise Sociointeracional da Conversa.

### **3. Resultados e Discussão**

Todo cuidado implica em uma relação entre alguém que cuida e alguém que é cuidado. Cuidar significa evitar o mal ou minimizá-lo, ajudar, promover o bem-estar de alguém ou de um grupo, como o familiar, por exemplo. Cuidado exige que a comunicação funcione e pode ser resumido como uma ação que pressupõe o reconhecimento das necessidades de quem é cuidado; o atendimento à essas necessidades nos diferentes níveis de complexidade e categorias, sejam elas biológicas, psicológicas, culturais ou sociais; e atenção (SILVA, 2018).

Não se pode ignorar que desde os remotos tempos a comunicação tenha se constituído num marco civilizatório da história do homem. A esse respeito a história da filosofia antiga pode ilustrar imensuráveis indicações da sua influência no funcionamento e desenvolvimento da Pólis, especialmente fundamentando os campos da política, ética e jurídico.

Na história da saúde o que se identifica inicialmente sobre a comunicação é sua importância por estar vinculada diretamente as atividades administrativas do hospital, perpassando todas as fases do processo administrativo, se constituindo também no elemento central da relação enfermeiro-paciente e enfermeiro-médico (MARQUIS, HUSTON, 2017).

Embora não seja possível determinar com informações advindas de estudos diretos de um sistema que ainda está em funcionamento no Brasil, o que é possível afirmar a respeito da comunicação nas práticas de saúde é que desde o contexto de implantação do SUS, essas o fortaleceram e se tornaram fundamentais para compreensão da cultura e da linguagem dos usuários, bem como a crítica às relações de poder habitualmente estabelecidas nesses serviços, superando, guardadas as devidas proporções, sua concepção restrita e regulada de mera transmissora de informações de um polo emissor a um polo receptor. (AGUIAR, et. al. 2014).

Desde 2001, ocasião em que se publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas pelo Ministério da Educação para cursos de graduação em saúde, a Comunicação foi definida neste documento como uma das competências gerais a serem desenvolvidas nos perfis de egressos (AGUIAR, et. al. 2014).

Sobre a construção do relacionamento terapêutico, Peplau considerou quatro indissociáveis fases, cuja ocorrência se dava no trânsito do tratamento de clientes de hospitais psiquiátricos, a saber: orientação, identificação, exploração e resolução.

Nessa concepção, a fase de *orientação* esteve vinculada a um protagonismo da enfermagem em que a oferta de explicações sobre o tratamento e os possíveis questionamentos do paciente a esse respeito eram acolhidas e dirimidas.

Na *identificação*, era esperada uma manifestação do paciente, tornando-se interdependente na relação com a enfermagem, exibindo autoconfiança e comprometimento com o tratamento, mas é na *fase de exploração* que ele se integra completamente a instituição, chegando a *fase de resolução* independente, portanto, demonstrando não precisar mais dos serviços profissionais.

Papéis do enfermeiro na relação terapêutica também foram descritos por Peplau, sendo os principais: o de estranho; de pessoa de recursos, de professor; líder; substituto e, de conselheiro.

Embora Órgãos disciplinadores do exercício e do ensino da Profissão de Enfermagem, como o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN deliberem incisivamente sobre a importância de se praticar um currículo consonante com as atuais políticas públicas de saúde existentes no país, ainda é comum identificar instituições de ensino que se esquivam da sua responsabilidade de ofertar a disciplina de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, tampouco, conteúdos relacionados a esta. No que se refere à obrigatoriedade do estágio nos cenários do campo saúde mental, o índice de omissão é verificado com algo expressivo (COIMBRA-OLIVEIRA, 2013).

Antecipando sentimentos a respeito do que esperam dessa experiência de estágio com indivíduos usuários de serviços de saúde mental, frequentemente, testemunhamos um discurso permeado de estigma, revelando expectativas hostis e negativas, no intuito dessa interação por parte dos estudantes da educação profissional técnica em nível médio em Enfermagem.

A esse respeito, Videbeck (2012, p.26) acrescenta que:

Ao se deparar com pessoas em sofrimento mental, estudantes de enfermagem e enfermeiros experimentam uma diversidade de emoções e sentimentos e, conseqüentemente, podem ter atitudes que variam entre aproximação, curiosidade ou afastamento e indiferença. Estas atitudes dos estudantes ou profissionais podem-se relacionar a mecanismos intrapsíquicos de autoproteção e defesa; e/ou representações culturais sobre a doença mental presentes em nossa cultura; e/ou dificuldade para compreender o que o paciente expressa e integrar essa expressão no planejamento da assistência.

A disciplina Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica também é percebida pelos estudantes como “muito diferente de todas as experiências anteriores, por isso, com frequência, surge uma série de preocupações” (VIDEBECK, 2012, p.25).

Considerando o exposto, é possível inferir que a persistência dessas percepções poderia impactar a qualidade da assistência que se oferece no ambiente de cuidado em saúde mental, durante as atividades de



estágio curricular supervisionado, quando não, justificar a própria resistência e desmotivação dos estudantes para com estas.

Um estudo realizado por Barreto e Ferreira (2014) destaca que a insatisfação/desmotivação com o estágio na saúde mental está relacionada em diversos casos analisados ao fato da distinção que o estudante faz das situações de aprendizagem vivenciadas nesse contexto, daquelas que conheceram quando passaram pelo ambiente da clínica médica e cirúrgica no contexto do hospital.

De fato se tratarmos cada realidade de maneira analítica comparativamente, se mostrarão diferentes. Há um número inferior de atividades relacionadas ao cuidado físico ou com testes diagnósticos, além de procedimentos invasivos (MARCOLAN; CASTRO, 2013), porém num nível de complexidade representativamente elevado, requerendo novas competências e habilidades para o cuidar em saúde mental.

Também cabe destacar que tomamos conhecimento, recentemente, de que nosso foco não era mais a doença, fomos aos poucos nos retirando das confinantes salas de medicações e abandonando gradativamente nossa vida institucional fechada do ponto de vista das interações e formalmente administrativas, para nos aproximar dos usuários desses serviços.

Portanto, é compreensível que o estudante seja atormentado por mitos e lendas de uma Enfermagem que ao longo da história da loucura e da psiquiatria, continha, disciplinava e violentava em nome da ordem. Alguns estudantes tem o entendimento equivocado de que será nesse referido contexto onde ocorrerá o primeiro contato com um indivíduo portador de sofrimento psíquico, daí talvez a compreensão para as diversas manifestações que testemunhamos cotidianamente durante a supervisão do estágio.

Os meios de comunicação também contribuem sobremaneira para a manutenção do estigma sobre a loucura, disseminando constantemente a cobertura de casos de pessoas em sofrimento psíquico que cometem crimes, dando a impressão de que a maioria desses indivíduos é violenta.

#### **4. Conclusões**

Os resultados revelam a importância da comunicação para a prática desses profissionais e suas implicações para o tratamento dos usuários e nos possibilitou conhecer as possíveis dificuldades existentes para interagir com usuários da saúde mental e as justificativas pelas quais os participantes acreditam que esses problemas acontecem.

A administração do tempo nessas interações foi uma dificuldade apontada pelos participantes e identificam que algumas intervenções utilizadas têm determinado o fracasso de alguns relacionamentos com os usuários.

Parece haver aí uma dificuldade em caminhar sobre a tênue linha de consentir uma fala livre durante as interações e controlar essa comunicação para os fins terapêuticos, do tipo obtenção de informações para diagnósticos ou atualizações em tratamentos, feedback, dentre outras necessidades do serviço.

Os participantes entendem que essa presença ainda que esteja à disposição de um quadro de tagarelice, sob qualquer hipótese é terapêutica, mas se preocupam em cobrir todas as demandas do dia. Na maioria dos contextos, são poucos profissionais para muitos usuários, além da necessidade de atender às burocracias prescritivas das gestões do serviço.

Lamentavelmente, o real segue descompassado com o desejado para os nossos serviços. Qualidade, resolutividade e eficácia ainda são aspectos a serem perseguidos.

Usar uma linguagem que os usuários compreendam foi outra dificuldade que o estudo identificou na experiência dos profissionais participantes. Diante dessa realidade, estes têm ficado atentos às reações iniciais dos usuários de saúde mental durante o processo de comunicação, adaptando-se de forma dinâmica ao seu modo de falar.

## 5. Referências

ARANHA E SILVA A. L; GUILHERME M; ROCHA S. S. L; SILVA M. J. P da. Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2000 outubro; 8(5):65- 70.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, Dec. 2006. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000200003&lng=en&nrm=iso). access on 06 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>.

AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

COIMBRA-OLIVEIRA; GONÇALVES, J. C; SCHIAVON, I. C. A. O contato e a interação na relação terapêutica em serviços psiquiátricos: uma análise dos elementos do comportamento face a face. in: ONE, G. M. C; PORTO, M. L. **Saúde: os desafios do mundo contemporâneo**. (Orgs.). 4. ed. Paraíba: IMEA, 2017. cap.4, p. 77.

ERICKSON, Frederick. Qualitative methods. In: Robert L. Linn & Frederick Erickson. Orgs. Quantitative methods; **Qualitative Methods**. vol.2. New York: Macmillan. 1990.

GARCEZ, P. M. Fala-em-interação: **introdução à análise da conversa etnometodológica**. – Campinas, SP: Mercado de letras, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** – Rio de Janeiro: LCT, 2013.

GONÇALVES, J. C; SCHIAVON, I. C. A. Análise interacional do discurso e comunicação profissional-cliente em contextos de saúde: quando a conversa é parte da cura. in: ONE, G. M. C; PORTO, M. L. **Saúde: os desafios do mundo contemporâneo.** (Orgs.). 4. ed. Paraíba: IMEA, 2017. cap.4, p. 77.

GRAHAM; Thornicrft. **Boas práticas em saúde mental comunitária.** Barueri, SP: Manoele, 2010.

MALACO, Jonas Tadeu Silva. Da forma urbana. **O casario de Atenas.** São Paulo: Alice Foz, 2002

MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. Etnografia e educação: **conceitos e usos** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Apresentação. pp. 17-24. ISBN 978-85-7879-190-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ROGERS, Carl Ransom. **Tornar-se pessoa.** 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes Editora, 2009.

ROGERS, Carl Ransom. **A pessoa como centro.** São Paulo: : WMF Martins Fontes Editora 1977.

SILVA, Nathália Santos et al . Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Rev. bras. enferm.,** Brasília , v. 66, n. 5, p. 745-752, out. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000500016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000500016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500016>.

VIDEBECK S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. **Rev. bras. enferm.,** Brasília , v. 67, n. 1, p. 97-103, fev. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000100097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000100097&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140013>.