

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCIO ROBERTO PAES

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMORBIDADE
CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM
HOSPITAL GERAL**

**CURITIBA
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCIO ROBERTO PAES

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMORBIDADE
CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM
HOSPITAL GERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum

**CURITIBA
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

Paes, Marcio Roberto

Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-
psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral / Marcio Roberto
Paes – Curitiba, 2009.

144f.: il.

Inclui referências bibliográficas.

Orientadora: Mariluci Alves Maftum

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da
Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1.Cuidados de enfermagem. 2.Saúde mental. 3.Comorbidade.
4.Comunicação. I. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCIO ROBERTO PAES

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL GERAL

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profª Drª Mariluci Alves Maftum

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná



Profª Drª Maria Angélica Pagliarini Waidman

Membro Titular: Universidade Estadual de Maringá



Profª Drª Maria de Fátima Mantovani

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 18 de dezembro de 2009.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa Eva pela compreensão, amor e companheirismo e por sempre estar ao meu lado me ajudando em cada passo e agora compartilha comigo esta conquista.

Aos meus filhos Marrie, Lorrان e Marcio Filho simplesmente por existirem, dando-me forças e me impulsionando a sempre seguir avante.

À grande amiga Enf. Msc. Valdete Alves da Silva Quadros (in memoriam) que por vontade de Deus muito cedo nos deixou, mas seu exemplo de profissionalismo será sempre lembrado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Autor e Consumador da minha fé, que nos momentos difíceis nunca me abandonou, sempre se mostrando benigno, misericordioso e companheiro.

À minha mãe Neuli e aos meus irmãos Denise, Jakson e Robson pelo apoio e carinho.

À minha orientadora Professora Doutora Mariluci Alves Maftum, pela paciência, incentivo e apoio, e pelas orientações tanto para este trabalho, quanto para a vida.

Às professoras Doutoras Maria Angélica Pagliarini Waidman, Maria de Fátima Mantovani, Verônica de Azevedo Mazza, Maria Conceição B. Mello e Souza pelo aceite em compor a banca para a sustentação deste trabalho.

Às amigas Letícia de Oliveira Borba e Tatiana Braga de Camargo pelo companheirismo, incentivo e pelos momentos de descontração, que fortaleceram os laços de amizade e compreensão nas horas de estresse. A amizade é demonstrada nas dificuldades, nas horas tristes e tensão; quando há necessidade de se empenhar e ajudar seu amigo, nem que isso demande boa parte de sua energia e tempo.

Às colegas do curso de Mestrado do PPGEnf/UFPR Anelise Ludmila Vieczorek, Janislei Giseli Dorociaki Stocco, Juliana Helena Montezeli, Franciele Marchewsky, Karla Crozeta, Kriscie Kriscianne Venturi e Luciane Fávero pela união demonstrada nessa caminhada trilhada por todos nós durante os últimos dois anos.

Aos colegas da equipe de enfermagem do Pronto Atendimento Adulto do Hospital de Clínicas da UFPR, pelo carinho, estímulo e confiança. Aos Enfermeiros Jossandro Rodrigues da Cruz, Ieda Leal da Cruz, Lucimare de Souza Justino, Marli Meireles, Humberto Picanço, Juliana Mendes e, em especial às Enfermeiras Denise Jorge Munhoz da Rocha e Rejane Maestri Nobre Albini pela compreensão, incentivo, conselhos e, por representarem modelo permanente em minha trajetória profissional.

À equipe de enfermagem da UTI pediátrica por onde passei por algum tempo e, em especial à Enfermeira Christiane Natal Souza Niszczak por todo o apoio e consideração dispensados a mim naquele período.

À equipe de enfermagem da UTI Cardiológica. À minha equipe composta por: Bianca Cristina Mocelin, Vera Lucia Fortunato e Jacira Alves Dutra. Às colegas Enfermeiras Adriana Ribeiro Silva de Castro, Rosilde Aparecida Ferreira Gomes, Laura Eliane Amarília Boeira, Ana Valesca Gonçalves Andrade, Claudia Denise Giusti de Oliveira, Marilene Faustino e Francisca Fontoura pelo incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR pela oportunidade que me confiaram em cursar o mestrado.

À Alcioni Marisa de Freitas secretária da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR pela atenção e gentileza com que sempre me atendeu.

À Prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, coordenadora do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE / UFPR e aos demais membros e pesquisadores, pelas contribuições e orientações científicas recebidas para a realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Hospital Colônia Adauto Botelho pelo carinho com que tem acolhido aos mestrandos, alunos de graduação e professores da UFPR.

Aos amigos de perto e os de longe por sempre ter uma palavra ou atitudes de incentivo. Muito obrigado!

*Jesus (...) põe sempre ao teu lado muitos anjos;
Anjos vestidos de homens, amigos de todos os momentos;
Que nunca te deixam, que nunca te exploram,
Amigos verdadeiros...*

Carlos Moysés e Elizabeth Moysés

*Depois de algum tempo você aprende a diferença,
a sutil diferença entre dar as mãos e acorrentar uma alma.
E você aprende que amar não significa apoiar-se,
e que companhia nem sempre significa segurança.
(...)*

*E aprende a construir todas as suas estradas no hoje,
porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos,
e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão.
(...)*

*Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.
(...)*

*Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência
sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos
(...)*

*Descobre que se leva muito tempo para se tornar
a pessoa que quer ser, e que o tempo é curto.
(...)*

*Portanto, plante seu jardim e decore sua alma,
ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.
E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!
Nossas dádivas são traidoras e nos fazem perder o bem
que poderíamos conquistar se não fosse o medo de tentar.*

William Shakespeare

RESUMO

PAES, M.R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral.** 144fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método exploratório, desenvolvida no período de 2008 a 2009 no Pronto Atendimento Adulto de um hospital universitário de grande porte na cidade de Curitiba – Paraná. Teve como questão norteadora: como a equipe de enfermagem percebe o cuidado que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento de um Hospital Geral? Para responder a essa indagação foi elaborado o objetivo: apreender a percepção da equipe de enfermagem relativa ao cuidado que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Participaram desta pesquisa 27 sujeitos: seis enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, gravada em fita cassete. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo temático-categorial. As categorias que emergiram foram: 1) Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento; 2) O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos; 3) O cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem; e, 4) Preconceito e estigma com relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Os resultados permitiram apreender que o cuidado desenvolvido ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento do Hospital Geral é tecnicista, com preocupação com a segurança do paciente e da equipe, focado na utilização de contenção física e química. Os sujeitos reconheceram a necessidade de cuidados específicos para essa clientela, que incluem a observação contínua, utilização da comunicação como instrumento de cuidado, humanização do cuidado e inclusão da família no cuidado ao paciente. Entretanto, relataram que não se sentem capacitados para prestar esse cuidado e nem para se comunicar com o paciente. Enfatizaram as dificuldades encontradas no cotidiano como *déficit* de conhecimento na formação relativa à saúde mental, falta de atualização e capacitação nessa área, falta de estrutura física do Pronto Atendimento. Referiram que a saúde mental dos profissionais influencia no cuidado aos pacientes. Evidenciou-se a presença de preconceito, de estigma e de rejeição dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica cuidado no Pronto Atendimento do Hospital Geral. Concluiu-se que há necessidade de se superar o tecnicismo e de implantar programas locais de capacitação em saúde mental, visando a sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto aos cuidados aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Saúde mental. Comorbidade. Comunicação.

ABSTRACT

PAES, M.R. **Nursing care to patients with comorbidity clinical and psychiatric in the Emergency Service of a General Hospital.** 144fls. Dissertation (Master's degree in Nursing) - Program of Graduation in Nursing, Federal University of Paraná, 2009.

This is a qualitative study of exploratory method, developed in the period 2008 to 2009, in the Adult Emergency Service of a large university hospital of the city of Curitiba – Paraná - Brazil. Had the question: How the nursing team perceive the care that is developed for patients with comorbidity clinical and psychiatric in the Emergency service of a General Hospital? To answer this question was prepared the objective: to apprehend the perceptions of the nursing team on the care that is developed for patient with comorbidity clinical and psychiatric. Participants were 27 subjects: six nurses, seven nursing technicians and 14 nursing assistants. The data were collected through semistructured interviews, recorded on cassette tape and subjected content analysis thematic-categorical. The categories that emerged from the analysis were: 1) Nursing care for patients with comorbidity clinical and psychiatric in the Emergency Service; 2) Patients with comorbidity clinical and psychiatric requires special care; 3) Nursing care for patients with comorbidity clinical and psychiatric in the Emergency Service: difficulties experienced by nursing team. 4) Preconception and stigma in relation to the patient with clinical and psychiatric comorbidity. The results led to apprehend that the care developed for the patient with comorbidity clinical and psychiatric in the emergency unit of general hospital it is technical with concern for patient safety and nursing team, focused on the use of physical restraint and chemical. The subjects recognized the need for special care for this clientele, which includes continuous observation, use of communication as an instrument of care, and humanization of care including the family in patient care. However, they do not feel qualified to provide that care and have difficulties in communicating with the patient. They emphasized the difficulties encountered in daily life a lack of knowledge in training on mental health, lack of updating and training in this area, lack of physical structure in the Emergency Service. Reported that mental health of the professional of the nursing can influence care developed for the patient. Evidenced the presence of preconception, stigma and rejection of nursing team to the patient with comorbidity clinical and psychiatric in the Emergency Service of General Hospital. It was concluded that there is need to overcome the technical and implementation of local training in mental health to raise awareness among nurses about the care of patients with comorbidity clinical and psychiatric.

Keywords: Nursing care. Mental health. Comorbidity. Communication.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, QUE ATUAM NO CUIDADO DIRETO AOS PACIENTES, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL E TURNO DE TRABALHO.....	53
QUADRO 2 -	SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE TRATAM DA APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	59
QUADRO 3 -	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, TURNO DE TRABALHO E TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO.....	60
QUADRO 4 -	CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS EMPIRICAS: QUANTIDADE E PERCENTAGEM DAS UNIDADES DE REGISTRO POR CATEGORIA.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA TEÓRICA.....	20
2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.....	23
2.3 BREVE HISTÓRICO DO NASCIMENTO DO HOSPITAL: “LUGAR DE LOUCO É NO HOSPÍCIO!”.....	30
2.4 COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA.....	34
3 A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COMO REFERENCIAL TEÓRICO	44
4 METODOLOGIA	50
4.1 MÉTODO.....	51
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	51
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	53
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
4.5 OBTENÇÃO DOS DADOS.....	55
4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	60
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	60
5.2 AS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS.....	62
5.2.1 Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico- psiquiátrica no Pronto Atendimento.....	63
5.2.1.1 Segurança e proteção ao paciente com comorbidade clínico- psiquiátrica	68
5.2.1.2 Contenção física e química como medidas de proteção ao paciente.....	73
5.2.1.3 A contenção física como proteção à equipe de enfermagem.....	79
5.2.2 O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos.....	82
5.2.2.1 A comunicação com o paciente.....	86
5.2.2.2 Cuidados humanizados de enfermagem.....	94
5.2.2.3 A participação da família no cuidado.....	96
5.2.3 O cuidado ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem.....	98
5.2.4 Preconceito e estigma com relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica.....	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFÊRENCIAS	120
APÊNDICES	134
ANEXOS	142

1 INTRODUÇÃO

O cuidar em saúde requer dos profissionais uma visão ampla que lhes permita perceber o ser humano em sua totalidade e, assim, contemplar suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Isso se torna imprescindível para realizar o cuidado com qualidade, que constitui um desafio diante das constantes e intensas transformações que atualmente ocorrem na assistência à saúde.

Essas transformações são efeitos da globalização e da revolução científico-tecnológica ocorridas nas últimas décadas e que na área da saúde são representadas pelo desenvolvimento do modelo biomédico-biologicista. Esse modelo se caracteriza pelo retorno econômico imediato e resolutivo, o que o torna fortalecido e com tendência a se manter, devido à sua adesão e larga aceitabilidade pelas instituições de saúde. Por outro lado, nele se evidenciam características negativas como a impessoalidade e fragmentação da assistência à saúde, de modo que as pessoas se tornam objeto da ação dos profissionais ao invés de participantes do processo saúde-doença (GOMES; OLIVEIRA, 2008).

Corroborando esta ideia Borille (2008) descreve que o cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde, por influência do modelo biomédico, se volta à fragmentação do ser humano na qual sua totalidade se encontra dividida e sem relação entre as dimensões psicológica, biológica e espiritual. Dessa forma, o cuidado se apresenta mecanizado, com ênfase na doença e escassa abordagem nas dimensões psicossociais.

A Enfermagem como uma das profissões da área de saúde se torna parte desse contexto, entretanto, tenta se manter fiel às suas características essenciais, as quais são voltadas ao cuidado humano com respeito à sua totalidade (CROSSETTI *et al.*, 2000; GOMES; OLIVEIRA, 2008). Destarte, a Enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar de outras pessoas e traz como exigência a busca constante do conhecimento, habilidades e atitudes para o desenvolvimento das competências específicas que dela são esperadas (WALDOW, 2007).

Os profissionais de enfermagem possuem uma característica que os diferencia dos demais da saúde, porque são os que dispõem maior tempo junto ao

paciente. Assim, devem se valer dessa condição e envidar esforços no sentido de atuar na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual do ser humano. Para isso, é necessária a capacidade de perceber as necessidades da pessoa nos diferentes momentos da vida e buscar supri-las mediante o desenvolvimento do cuidado qualificado utilizando as competências adquiridas em sua formação e na prática profissional (ORÍÁ; MORAES; VICTOR, 2004; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

O cuidado de enfermagem tem sido compreendido comumente como um conjunto de técnicas e procedimentos, uma vez que a Enfermagem é uma área do conhecimento reconhecida por seu aspecto prático. Entretanto, ela deve ir além dessa compreensão e sustentar suas ações no respeito à subjetividade e individualidade, construindo a relação interpessoal com o paciente (MONTEIRO, 2006). Assim, o cuidado se expressa no compartilhamento do ato de cuidar proporcionado pelo ambiente, no qual as pessoas se sintam bem, reconhecidas, seguras e aceitas em suas particularidades, de modo que possam apresentar condições a aderir às ações planejadas (WALDOW, 2005).

Nos diversos espaços de cuidado em que a Enfermagem está inserida, é na instituição hospitalar que os profissionais apresentam maior dificuldade em desenvolver o cuidado integral. Isto pode ser devido à presença de inúmeras especialidades médicas e dos equipamentos sofisticados, que têm necessitado de cada vez mais conhecimentos específicos. Para tanto, Thomas *et al.* (2007), alertam que o trabalho da Enfermagem em um hospital geral¹ deve incorporar novas tecnologias especializadas para o cuidado ao paciente, mas que isto não venha trazer fragmentação e mecanização às ações.

As instituições hospitalares contemporâneas têm sido transformadas em ambientes de ações dos profissionais sobre o doente e a doença com o auxílio das inovações tecnológicas de ponta em busca da melhor condição de saúde dos indivíduos. Porém, para o êxito do cuidado integral se deve superar o predomínio das técnicas e valorizar a interação e o relacionamento humano entre o profissional e o paciente (CROSSETTI *et al.*, 2000). Na instituição hospitalar, dentre os serviços ou unidades existentes, pode-se considerar o Pronto Atendimento (PA) o que abrange os cuidados voltados aos pacientes com as mais diversas patologias

¹ O termo hospital geral será utilizado nesta pesquisa para se referir ao hospital clínico.

clínicas, por se constituir porta de entrada principal para internamentos no hospital. Deste modo, o Pronto Atendimento se distingue das demais por ser a unidade que se destina ao cuidado da saúde em caráter emergencial ou de urgência, com intuito de prolongar a vida ou de prevenção de consequências críticas (SÁ, 2005; MARQUES; LIMA, 2008).

Existem alguns fatores presentes no cotidiano do trabalho de um serviço de emergência que o tornam dinâmico, desafiador e em alguns momentos estressante. Isso ocorre pela quantidade excessiva de pacientes, variedade na gravidade dos quadros patológicos apresentados, escassez de recursos humanos, sobrecarga da equipe multiprofissional, falta de condições para prestação da continuidade do cuidado e desvalorização dos profissionais (SOUZA; SILVA; NORI, 2007; GALVÃO-ALVES, 2007).

Nesse ambiente com tamanha diversidade, a equipe de enfermagem deve atender as necessidades prioritárias dos pacientes mediante os cuidados fundamentados em competências técnico-científicas. Como resultado da variedade de pacientes com diferentes patologias, bem como pelo próprio ritmo dinâmico do serviço de emergência, há dificuldade de comunicação dos profissionais de saúde entre si e com os pacientes. Esse fator também gera fragmentação do cuidado devido à impessoalidade, que causa desconforto ao paciente e caracteriza o cuidado de enfermagem limitado às técnicas e procedimentos, sem espaço para a interação e percepção das necessidades que excedem as físicas como, por exemplo, as psicossociais (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Os quadros clínicos apresentados pelos pacientes nos serviços de urgência e emergência exigem dos profissionais de enfermagem conhecimento técnico-científico relacionado à maioria das especialidades para desenvolver suas ações. Entretanto, observa-se existência de dificuldades apresentadas pela equipe ao prestar o cuidado quando o paciente apresenta conjuntamente ao quadro clínico, um transtorno mental (CAMPOS; TEXEIRA, 2001; SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Há uma tendência dos profissionais de enfermagem se voltarem para o atendimento das necessidades físicas, dando pouca atenção, ou em casos mais extremos, deixando de abordar os aspectos psíquicos e emocionais. Tais atitudes são justificadas pela insuficiência de conhecimento dos profissionais de saúde naquilo que concerne às psicopatologias e à abordagem aos pacientes com algum tipo de transtorno mental (SCHERER; SCHERER; LABATE, 2002). Portanto, a

equipe multidisciplinar de um hospital geral em sua maioria não se sente à vontade no cuidado ao paciente em sofrimento mental, devido à falta de qualificação ou por sua formação ter sido focada exclusivamente no atendimento dos pacientes dentro dos hospitais psiquiátricos característicos do modelo manicomial (MION; SCHNEIDER, 2003). Essa condição foi confirmada no estudo realizado em um serviço de Pronto Atendimento, em que os profissionais de enfermagem apresentaram sentimentos como raiva, piedade e medo durante o cuidado às pessoas com transtorno mental (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Nos últimos anos, a assistência à saúde mental no contexto brasileiro tem passado por intensas transformações, e o marco de tais mudanças tem sido o movimento da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um processo complexo de ordem política, filosófica, social e cultural, em que, além das modificações no modelo assistencial em saúde mental, enfoca a necessidade de transformação nas relações dos profissionais e da sociedade com essa clientela. Portanto, torna-se indispensável a construção de nova visão a partir de ampla reflexão sobre o modelo psiquiátrico convencional, que não conseguia ver saúde nas pessoas, mas apenas doença (AMARANTE, 2006). Nessa perspectiva, é imprescindível que as concepções que se relacionam com a temática saúde mental sejam repensadas e modificadas, caso contrário, as relações e modelos manicomiais subsistirão nos atuais espaços terapêuticos (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Deve-se ter a compreensão que os transtornos mentais costumam submeter seus portadores a situações de comprometimento funcional da mente, o que pode prejudicar momentaneamente sua percepção da realidade. Desse modo, o cuidado de enfermagem deve estar focado no relacionamento interpessoal, a fim de formar o vínculo profissional-paciente para intervir na situação manifestada. Uma vez alcançado o vínculo de confiança com o paciente, sustentado pelo relacionamento interpessoal terapêutico, pode-se, então, lhe oferecer apoio, conforto e segurança. Para que isso ocorra, é preciso que a comunicação seja utilizada de forma terapêutica, pois ela interfere e influencia no comportamento das pessoas (STEFANELLI, 1993; 2005b). O cuidado humanizado, construtivo, verdadeiro, consciente, transformador e que contemple a totalidade do ser humano envolve a competência do uso da comunicação (BRAGA; SILVA, 2007).

Comunicação é compreendida como mais que um instrumento básico para o cuidado de enfermagem, é uma das necessidades humanas básicas, pois sem ela a

existência humana seria impossível. Sem comunicação não há relacionamento interpessoal terapêutico entre os profissionais de enfermagem e o paciente. Assim, a comunicação terapêutica é a competência profissional adquirida pelo conhecimento e uso da comunicação humana. Ela tem como objetivo oferecer suporte ao ser humano em certo momento da vida a fim de torná-lo autônomo, por meio do desenvolvimento da capacidade de descobrir e utilizar seus potenciais para se ajustar e enfrentar os desafios para a autorrealização, ensejando-lhe melhor condição de vida (STEFANELLI, 1993; 2005b).

A hospitalização clínica pode ocorrer em qualquer fase da vida de uma pessoa e por diversas razões. Na maioria das vezes, ela representa um alento por encontrar a possibilidade de tratamento e cura da enfermidade, que acomete o indivíduo. Por outro lado, os pacientes hospitalizados passam pelo desafio de adaptar-se a essa situação e isso resulta que cada um apresente uma determinada reação frente a essa circunstância. As maneiras como os pacientes em hospitais gerais vão responder ao tratamento, à doença, ao ambiente e ao tempo de internamento irão variar de pessoa para pessoa (SCHERER; SCHERER; LABATE, 2002). Quando se trata de paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica, essa situação pode ser extrema, visto que ao adentrar o serviço de emergência além do quadro clínico que o levou até ali, ele pode vir a desencadear sinais e sintomas de desequilíbrio psíquico como agitação psicomotora, confusão ou agressividade (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001). Isso requer que o cuidado contemple suporte além das necessidades físicas da pessoa.

O termo comorbidade se originou da junção do prefixo latino "*cum*", que significa contiguidade, correlação, companhia e pela palavra morbidade, originada de "*morbis*", que designa um estado patológico ou doença. Com isso, o emprego do termo comorbidade de forma correta se refere à coexistência de duas ou mais doenças ou transtornos (PETRIBÚ, 2001). Entende-se por comorbidade clínico-psiquiátrica o surgimento de um transtorno mental, que ocorre conjuntamente com a evolução de uma doença clínica.

Os estudos sobre as comorbidades clínico-psiquiátricas têm sido relevantes e de interesse para a área de saúde em geral e não somente na de saúde mental. Isso se justifica quando eles demonstram que as psicopatologias aumentam o risco do surgimento de doenças orgânicas e igualmente as doenças clínicas podem contribuir para a gênese de psicopatologias, principalmente a depressão decorrente

de efeitos diretos na função cerebral ou como consequências de fatores psicológicos e/ou psicossociais (DUARTE; REGO, 2007).

Existe um contingente significativo de pessoas que apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico em comorbidade a doenças clínicas ou ao tratamento cirúrgico em hospitais gerais. Com oscilação tem-se que em torno de 30% dos pacientes internados em unidades clínicas ou cirúrgicas apresentam algum diagnóstico psiquiátrico. Atualmente, observa-se uma frequência média de diagnóstico psiquiátrico em pacientes internados em hospitais gerais em tratamento clínico, que apontam para 35% de transtornos do humor (episódios depressivos, transtorno bipolar); 20% de transtornos de ansiedade; 20% de transtornos relacionados ao uso de substâncias; 20% de transtornos mentais orgânicos; e 5% de outros transtornos (SCHMITT; GOMES, 2005).

Tenho acompanhado as transformações na assistência a pessoas com transtorno mental desde 2000, quando se iniciou minha atuação profissional em um hospital psiquiátrico de internação integral do município de Curitiba. Naquela instituição, tive a primeira oportunidade de prestar cuidado aos pacientes com transtorno mental internados, bem como de tentar compreender os diversificados e intensos sinais e sintomas que apresentavam.

Essa experiência me ensejou confrontar alguns estigmas que trazia do senso comum como, por exemplo, conceber o “louco”² como indivíduo perigoso, violento, agressivo, de hábitos e formas animais. Entretanto, logo constatei que aqueles que estavam diante de mim e sob meus cuidados eram seres humanos, em um momento de intenso sofrimento psíquico. Compreendi que juntamente com essa condição surgem outras que afetam o indivíduo, como por exemplo, perda de autonomia, de liberdade, de identidade, decorrentes do sistema de submissão, reclusão-exclusão e ainda pelas consequências dos sinais e sintomas das psicopatologias. Muitos desses pacientes foram vítimas dos tratamentos preconizados pela psiquiatria convencional, caracterizada pela exclusão social e medicalização³ da loucura e dos hospitais psiquiátricos, porém ressalto que naquela

²A palavra “louco” quando utilizada neste trabalho será para designar a forma como a pessoa com transtorno mental é concebida pelo senso comum ou quando se referindo a conceitos conforme a época histórica.

³Medicalização ou medicalizar – tornar algo foco ou instrumento da ação e intervenção exclusivamente do médico (AMARANTE *et al.*, 2003).

época alguns dos pacientes já eram encaminhados para o processo de reintegração social proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Em 2002 iniciei o curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), que me proporcionou visão ampliada e organizada da profissão. Como acadêmico de enfermagem, tive condições de permanentemente buscar embasamento teórico para as questões relacionadas com a prática profissional em saúde. Elas surgiram a todo instante e me permitiram desenvolver postura crítica e reflexiva voltada à *práxis* em todos os campos de atuação, inclusive na área da saúde mental, que despontou como de maior interesse para mim durante a graduação.

Em 2007, desenvolvi o Estágio Supervisionado pertencente ao décimo e último período da Graduação em Enfermagem, com carga horária de 360 horas, em uma instituição psiquiátrica de internação integral, situada na região metropolitana de Curitiba. Igualmente, o Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) foi desenvolvido na temática saúde mental sobre a contenção física realizada a pacientes em uma instituição Psiquiátrica, relacionada com o cuidado de enfermagem e abordagens terapêuticas aos pacientes, que eventualmente necessitam de tal procedimento. Essa experiência fortaleceu meu interesse em aprofundar o conhecimento e desenvolver competências profissionais na área de saúde mental.

Destarte, competência profissional se desenvolve ao assumir responsabilidades e desempenhar atitudes sociais, antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, sendo construída durante a trajetória profissional (AMARANTE *et al.*, 2003). No campo da saúde mental, acrescenta-se o compartilhar experiências na prática do cuidado às pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, em 2008, a fim de agregar conhecimento e aprimoramento, participei do curso “Distúrbios emocionais e comportamentais do cliente na clínica” ofertado pelo Programa de Aperfeiçoamento Profissional – Proficiência do Conselho Federal de Enfermagem; e do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental com enfoque nas políticas públicas pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz, com o objetivo de angariar formação que me possibilitasse aplicar e desenvolver criativamente alguns conceitos primordiais para o entendimento das políticas nacionais em saúde mental.

No curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), vivenciei algumas atividades de ensino relacionadas à área de saúde mental proporcionadas pela Disciplina Prática Docente, com a docente responsável por tal enfoque e estudantes do sétimo período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR.

Na prática em hospital geral, mais precisamente em Pronto Atendimento, percebi a existência significativa da demanda de pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica e das dificuldades em sua abordagem pela equipe de enfermagem. Tenho como pressupostos que tais dificuldades são devidas a que os profissionais de enfermagem do Pronto Atendimento não se sentem capacitados para prestar o cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica e que estes profissionais sentem dificuldades em se comunicar com pacientes nestas condições.

Com bases nas considerações exaradas, desenvolvi esta pesquisa que teve como questão norteadora: *como a equipe de enfermagem percebe o cuidado que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento de um Hospital Geral?*

Para tentar responder a essa indagação, foi elaborado o seguinte objetivo:

1.1 OBJETIVO

Apreender a percepção da equipe de enfermagem relativa ao cuidado que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico constitui-se de breve revisão, que tem por finalidade aprofundar a compreensão do tema cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em hospital geral. Inicialmente, discorro sobre o cuidado de enfermagem na perspectiva teórica e na prática de saúde mental, na sequência faço breve relato sobre a história e a função do hospital ao longo dos anos, finalizando com a descrição das principais comorbidades clínico-psiquiátricas.

2.1 CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA TEÓRICA

A palavra cuidar é derivada do latim *cogitare*, que tem como significado pensar, julgar, tomar conta, e cuidado deriva de *cogitatus*, que traduz preocupação, carinho, diligência e atuação. Dessa forma, para cuidar de pessoas é preciso dispensar atenção e interesse sobre as necessidades dela, refletir sobre todos os elementos relacionados ao ambiente de cuidado e então agir a favor do indivíduo (SOUZA, 2000).

O cuidado de enfermagem tem sido compreendido comumente como técnicas e procedimentos realizados pelos profissionais, uma vez que a Enfermagem é uma área perfilada por seu aspecto prático. No entanto, ao se deparar com o ser cuidado, o profissional de enfermagem reconhece que é impossível cuidar sem abarcar os diferentes aspectos de sua natureza física, social, psicológica e espiritual. Para isso, sua relação com o ambiente necessita ser considerada para que resulte em condições propícias para que o cuidado ocorra de forma interativa entre os elementos: cuidador - ambiente - ser cuidado (WALDOW, 2005).

O cuidado ultrapassa a compreensão comum e vai além da atenção à saúde desenvolvida por procedimentos técnicos. Reporta-se a ações de integralidade com significados e sentidos voltados para a promoção da saúde, como o direito do ser humano, expresso pelo respeito, acolhimento, atendendo ao indivíduo no momento

de fragilidade social e/ou de sofrimento, em que a interação entre pessoas se torna característica desse contexto (PINHEIRO; MATOS, 2004).

Para que a interação se efetive, há necessidade de compreender que ela se faz pela troca de experiências e não unidirecionalmente (STEFANELLI, 2005c). No modelo biomédico hegemônico existem poucos espaços para a escuta dos pacientes e de seus anseios, tensões e sofrimentos. Esses sentimentos estão presentes de modo intenso e contínuo no processo de adoecimento, principalmente nos casos em que os pacientes se deparam com a ausência de prognóstico de cura. Destarte, o cuidado profissional auxilia o indivíduo no enfrentamento de situações relativas à doença, na redução do impacto e sofrimento causados por ela, bem como dá oportunidade às pessoas de expressar e compartilhar seus sentimentos (LACERDA; VALLA, 2005).

O cuidado se traduz no ato de reciprocidade prestado a nós mesmos e que nos torna capazes e autônomos para prestá-lo a outros que apresentam definitiva ou temporariamente necessidade de ajuda (COLLIÈRE, 1999). A natureza do cuidado se torna imprescindível à Enfermagem como disciplina e profissão, pois ele não se desenvolve no vazio, mas no contexto em que está inserido, levando em conta as experiências humanas, a subjetividade, a consciência e a vida, sentindo primeiramente em si próprio, para então buscá-las no outro (SILVA, 2000).

O cuidado é o resultado do processo de cuidar, que se distingue pelo encontro entre o ser cuidado e o cuidador em ambiente propício, envolto por comportamentos e atitudes que se destacam pelo respeito, gentileza, responsabilidade, interesse, segurança e oferta de apoio, confiança, conforto e solidariedade. Entretanto, é importante destacar que esses fatores só são efetivados em ambiente interacional e comunicacional, uma vez que ao faltarem interação e comunicação o cuidado se torna simples procedimento técnico (WALDOW, 2005).

Os profissionais de enfermagem ao assumir seus papéis com responsabilidade tendem a sentir-se integrados ao seu meio e, assim, aprimorar sua percepção. Nesse sentido, passa a existir a oportunidade de experimentar sentimentos de motivação com elevação da autoestima ao se perceber como profissional competente, capaz de contribuir com a sociedade ao cuidar do outro em suas necessidades básicas humanas (BISON, 2003).

Entretanto, de forma geral, a academia tem discutido pouco sobre o cuidado com foco na integralidade do ser humano, o que acaba resultando no despreparo

dos profissionais de saúde para lidar com as situações que se apresentam no cotidiano da prática profissional (LACERDA; VALLA, 2005).

A preocupação de ser reconhecido como profissional com atribuições e competências para o cuidado não se deve centrar unicamente em aplicação de técnicas e procedimentos. A percepção do cuidado deve ser ampliada ao levar em consideração igualmente a percepção daquele que recebe o cuidado por intermédio dos processos comunicacional e interacional (WALDOW, 2007).

O cuidado humano de enfermagem é imbuído de sentimentos e valores que podem fortalecer ou enfraquecer as oportunidades de criar vínculo e interação entre cuidador e ser cuidado. Para isso, as pessoas que estão envolvidas nesse cuidado necessitam perceber o outro e suas necessidades, o ambiente e os fatores a eles relacionados e, não menos importante, a percepção de si mesmas (BISON, 2003).

A percepção é entendida como processo interativo do indivíduo com o meio ambiente, em que se adquire conhecimento por meio dos sentidos. Seu conceito, de modo mais amplo, é caracterizado pelo processo de cognição em que os procedimentos mentais se realizam mediante o interesse ou a necessidade de estruturar nossa interface com a realidade e o mundo e selecionar as informações percebidas, armazenando-as e conferindo-lhes significado. Ela pode ser considerada um dos principais comportamentos recorrentes, através dos quais construímos nossa realidade (OLIVEIRA; DEL RIO, 1999).

O termo percepção designa o ato que nos proporciona condições para conhecermos um objeto do meio exterior. A maior parte de nossas percepções conscientes provém do meio externo, pois as sensações dos órgãos internos não são conscientes na maioria das vezes e desempenham papel limitado na elaboração do conhecimento do mundo. Trata-se a percepção como uma situação subjetiva baseada em sensações, acompanhada de avaliação e frequentemente de juízos. Assim, é possível perceber o ambiente de várias maneiras, em que indivíduos diferentes percebem um mesmo espaço de forma distinta (OLIVEIRA; DEL RIO, 1999).

A percepção das ações de enfermagem se torna referência para se ter consciência dos elementos que norteiam e fortalecem a relação entre o profissional de enfermagem e a pessoa cuidada no ambiente e no instante do cuidado. Confirma-se que a percepção é subjetiva e importante para nutrir a essência do

momento do cuidado, dignificando a condição de ser humano, dando-lhe oportunidade de fortalecer sua autonomia (RIVERA ÁLVAREZ; TRIANA, 2007).

2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

No Brasil as primeiras pessoas a desenvolver a Enfermagem como ocupação, os chamados “enfermeiros práticos”, atuaram nas instituições psiquiátricas surgidas na segunda metade do século XIX, sendo que o primeiro e o mais conhecido foi o Hospício Pedro II, situado na cidade do Rio de Janeiro, capital imperial. Anteriormente a essa época, a Enfermagem não tinha distinção profissional e nem funcional, mas retratava o cuidado realizado por religiosas e leigas (MIRANDA, 1994).

Com o início do funcionamento do Hospício Pedro II, houve a necessidade de contratação mão de obra barata para os serviços auxiliares no atendimento aos loucos. Dessa forma, para qualquer pessoa com pequena experiência no cuidado aos enfermos era conferido o título prático de enfermeiro, cuja função era ser um agente intermediário entre o guarda e o médico do hospital. Ele deveria apresentar as seguintes qualidades para o desempenho das tarefas que eram lhe confiadas: severidade, doçura, coragem, prudência, discrição, caridade, inteligência, capacidade para entender o médico e o doente. Devia, ainda, ser um homem probo, ativo, zeloso, apresentar robustez e força física para o exercício da prática coercitiva aos doentes mentais. Portanto, naquela época os homens eram em maior quantidade na Enfermagem (MIRANDA, 1994; BELMONTE *et al.*, 1998).

Nessa perspectiva pode-se afirmar que a enfermagem brasileira nasceu no hospício com as funções de vigiar, reprimir e controlar os alienados⁴, que se encontravam internos naquele lugar. Cabia aos médicos decidir os meios de repressão e coerção e aos enfermeiros executá-los (BELMONTE *et al.*, 1998).

Com a Proclamação da República, o Estado e o Clero sofreram quebra de

⁴Alienado – Para Pinel, seria o que se deixa dominar por paixões artificiais, distantes da realidade objetiva. Considerado pelos médicos do século XVIII e XIX como um distúrbio das paixões, que em proporções exageradas causam alienação mental e, conseqüentemente, ausência da razão e do juízo (AMARANTE *et al.*, 2003, p.13).

aliança, o que resultou na saída das irmãs de caridade do poder de direção das Santas Casas de Misericórdia e, conseqüentemente, da assistência aos doentes. Assim, coube a responsabilidade de manutenção do hospício e hospital ao Estado e a direção para os médicos. Em 1889, o Hospício Pedro II foi separado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados (MIRANDA, 1994; BELMONTE *et al.*, 1998).

Com a saída das religiosas, houve uma crise de pessoal nos hospitais e, principalmente, no hospício, haja vista que neles a quantidade de pacientes era superior à das Santas Casas de Misericórdia. Essa situação fez com que o Governo Provisório da Primeira República, pelo Decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890, instituísse, nas dependências do Hospício Nacional de Alienados, a primeira escola profissionalizante em Enfermagem no Brasil. Inicialmente, recebeu o nome de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e, a partir de 1904, passou a chamar-se Escola Alfredo Pinto, que se mantém até a atualidade. Essa escola tinha o objetivo de preparar os enfermeiros práticos em profissionais para atuar no hospício e Santa Casa de Misericórdia. O currículo de formação consistia em adquirir noções práticas de higiene hospitalar, curativos, aplicação de balneoterapias, noções gerais de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias (MAGALHÃES, *et al.*, 2004; SOUZA; MOREIRA; PORTO, 2005).

Entretanto, mesmo recebendo formação, os enfermeiros mantiveram as compreensões sobre doença e doente mental conforme o concebido pelos modelos da psiquiatria convencional, pautada na exclusão social e na medicalização dos manicômios, sem haver modificações de comportamento, de concepções e de melhoramento das práticas de cuidado aos doentes mentais (CASTRO; SILVA, 2002; AMARANTE *et al.*, 2003).

Em 1923, foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem Anna Nery, sob os moldes da Enfermagem moderna da “Era Nightingaliana”, acrescida da vinda de enfermeiras norte-americanas. O curso de Enfermagem visava a formar enfermeiras sanitaristas para atuar na área de saúde pública, entretanto, dentre as disciplinas do currículo havia a que dava ênfase à psiquiatria com denominação de “a arte de enfermeira: em doenças nervosas e mentais”. O conteúdo teórico era ministrado por um médico psiquiatra, e nos primeiros anos da escola essa disciplina não oferecia aulas práticas. Somente a partir de 1949, foram iniciados os estágios

no Hospício de Engenho de Dentro, acompanhados por duas enfermeiras especialistas em psiquiatria. O estágio consistia em realizar a higiene dos pacientes, oferecer alimentação e realizar técnica de contenção física (MIRANDA, 1994).

Cabe ressaltar que, por força de dispositivo legal pela Lei n.775/49, iniciaram-se os estágios e as aulas práticas de Enfermagem Psiquiátrica da Escola Anna Nery, uma vez que esta lei exigia estágios em todos os campos assistenciais básicos. Dentre as dificuldades encontradas pelas docentes e pelas alunas desta escola, uma delas consistia em não possuir um modelo de enfermeira em psiquiatria para se espelhar, uma vez que nas instituições psiquiátricas não havia enfermeiras diplomadas, sendo o serviço conduzido pelos profissionais sem formação superior, que corresponderiam hoje aos auxiliares de enfermagem (PERES; BARREIRA, 2008).

O louco não foi considerado nas propostas da Enfermagem moderna de Florence Nightingale. Do mesmo modo, no Brasil, a Enfermagem que paradoxalmente nasce no hospício também foi esquecida ou muito pouco lembrada pela academia quanto à necessidade de qualificação dos trabalhadores na área da psiquiatria. A Enfermagem era vista como aquela que preparava os pacientes para outros profissionais aprimorarem seus conhecimentos, e para isso não era necessária muita qualificação. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem em saúde mental se manteve por longo tempo restrito à higiene corporal, alimentação, contenção física, manutenção da ordem e à observação do estado do paciente. Havia, portanto, a necessidade de ampliar suas ações para contemplar a totalidade dos portadores de transtorno mental (MIRANDA, 1994; MAFTUM, 2004).

Em resposta às necessidades evolutivas da profissão e, como elementos de sustentação da prática profissional, surgiram as Teorias de Enfermagem norteadas por quatro conceitos fundamentais: ser humano, ambiente, saúde-doença e enfermagem. Buscavam construir e fortalecer o corpo de conhecimento da Enfermagem, desenvolver consciência crítica e reflexiva sobre o significado de seus conceitos, demonstrados pela habilidade em aplicar o conhecimento em novas situações. Vale destacar que as primeiras Teorias de Enfermagem emergiram no contexto da saúde mental tendo como foco a inter-relação pessoal. São exemplos as Teorias de Hildegard Peplau em 1952 e Joyce Travelbee em meados 1960 legitimando a relação pessoa a pessoa na profissão da Enfermagem, como instrumento de ação na área de saúde mental (GEORGE, 2000).

No Brasil, as Teorias começaram a ser estudadas e empregadas a partir de 1970, em razão das mudanças educacionais e dos avanços da Enfermagem como projeto acadêmico caracterizado na formação de graduação, mestrado e doutorado. Contudo, esse aspecto não significou mudanças na prática do cuidado às pessoas com transtorno mental ficando restrito à academia (CARVALHO, 2004; WALDOW, 2007).

Percebe-se que, atualmente, a área de saúde mental passa por uma série de mudanças, o que requer atitudes diferentes diante dos cuidados desenvolvidos às pessoas com transtorno mental. Para tanto, os profissionais de enfermagem devem angariar novos conhecimentos relacionados a cuidados alicerçados na ética, integralidade e humanização. Nesse sentido, os enfermeiros da área de saúde mental têm buscado promover a conscientização dos demais profissionais de enfermagem quanto aos novos rumos da assistência em saúde mental por meio da educação permanente ou na formação de futuros profissionais.

A prática contemporânea da Enfermagem voltada às pessoas com transtorno mental apresenta três domínios para o cuidado: o assistencial direto ao paciente, a comunicação e o gerenciamento desse cuidado. As funções de ensino, coordenação, delegação e colaboração por parte dos enfermeiros se encontram implícitas nesses domínios de forma sobrepostas (STUART; LARAIA, 2002).

Dessa forma, o enfermeiro e sua equipe, ao desenvolverem o cuidado aos pacientes com transtorno mental, devem adotar um método que sistematize o processo de trabalho e lhes permitam estabelecer e aplicar critérios produtivos em sua atuação. Com isso, cria-se a oportunidade de repensar e transformar sua prática, que por muito tempo esteve com a atenção centrada no cuidado baseado em pressupostos que fortaleciam o controle e a rigidez dos antigos modos de tratamento manicomial. Há que se abandonar a fragmentação do cuidado, sustentada no modelo de assistência que enfoca a doença e pouco nos potenciais de reabilitação psicossocial (CASTRO; SILVA, 2002; JORGE *et al.*, 2006; SAIDEL *et al.*, 2007).

Por outro lado, podem-se notar modificações importantes na prática da Enfermagem, alavancadas pela relevante solidificação do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Esta conquista se deve ao trabalho dos docentes da disciplina de saúde mental na graduação em Enfermagem, ao incluir no ensino a ênfase no relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica. Outro ponto

fundamental tem sido o destaque nas políticas públicas em saúde mental e o incentivo ao posicionamento crítico-reflexivo sobre os fatores determinantes e condicionantes à dinâmica das mudanças contemporâneas, tanto no que se refere à temática de saúde mental, quanto às mudanças mundiais ocorridas em todas as áreas do conhecimento (KANTORSKI; PINHO; SCHRANK, 2007; MAFTUM; ALENCASTRE, 2009).

Os profissionais de enfermagem da área de saúde mental buscam se distanciar da prática que tradicionalmente se desenvolvia quando os tratamentos consistiam em modelos manicomiais. Essa característica se confirma com a possibilidade de atendimento de pacientes com transtorno mental nos hospitais gerais (THOMAS *et al.*, 2007). Portanto, um novo campo de atuação para o enfermeiro tem despontado na área de saúde mental: a consultoria, ou interconsulta de enfermagem em psiquiatria. Ela pode ser definida como a prestação do cuidado de enfermagem especializado em psiquiatria em uma unidade de hospital geral.

Nessa modalidade, o enfermeiro atuante em unidades de emergências clínicas, obstétricas ou cirúrgicas solicita ao enfermeiro psiquiátrico uma consultoria para desenvolver o plano de cuidado referente ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Entretanto, o enfermeiro interconsultor não assume o paciente, mas orienta e apoia a equipe de enfermagem daquela unidade no atendimento adequado das necessidades de atenção psicossocial do paciente (SCHERER; SCHERER; LABATE, 2002; THOMAS *et al.*, 2007).

O movimento dos enfermeiros de saúde mental ocupando cargos em hospitais gerais na prática da consultoria iniciou-se por volta de 1960. A definição do papel do interconsultor de enfermagem é dada pela Nurse Consultant Associates (NCA) como aquele que utiliza conhecimentos de Enfermagem e sua experiência para promover cuidados de saúde psíquica. A consultoria vem ganhando destaque e importância no Brasil desde a década de 1980, integrando o atendimento clínico e cirúrgico com a abordagem biopsicossocial do indivíduo doente (THOMAS *et al.*, 2007).

Ressalta-se que a interconsulta psiquiátrica em Enfermagem não deve ser entendida como fortalecedora do modelo biomédico, no qual há a fragmentação do cuidado. Pelo contrário, ela vem ao encontro da busca da integralização do cuidado para que os profissionais de enfermagem nos hospitais gerais, possuindo experiência e capacidade para atuar ali, tenham, igualmente, condições de abordar

e prestar o cuidado às pessoas com transtorno mental de forma adequada e abrangente (SCHERER; SCHERER; LABATE, 2002).

Uma das dificuldades do trabalho do enfermeiro interconsultor no hospital geral é a resistência da equipe de enfermagem em prestar o cuidado que foge de sua área mais abrangente, ou seja, a clínica. Cabe ao enfermeiro interconsultor utilizar suas competências em comunicação para fortalecer o vínculo com essa equipe e mostrar a existência da capacidade dela realizar o atendimento integral ao paciente e evitar a cisão da inter-relação profissional (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Dentre os obstáculos encontrados pela equipe de enfermagem do hospital geral no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica, está o manejo da agressividade, que eventualmente ele possa apresentar uma vez que é possível a admissão de pacientes com comportamento violento, agressividade verbal, agitação extrema, episódios de delírios, psicose aguda e confusão mental em serviços de emergências dos hospitais gerais (JIMENÉZ BUSSELO *et al.*, 2006).

Esses comportamentos exteriorizados podem provocar medo, ansiedade e insegurança naqueles que estão próximos ao paciente, inclusive, nos profissionais de saúde. Os profissionais devem se esforçar para dominar suas emoções e avaliar a situação para que as medidas a serem tomadas sejam adequadas e seguras (MARCOLAN, 2004; PAES, 2007).

As manifestações de agitação e agressividade que são visualizadas em hospitais gerais acontecem, principalmente, em unidades de emergências, e a maioria por pacientes sob efeito de substâncias psicoativas ilícitas. Ressalta-se que é difícil prever quando o paciente apresentará comportamento agressivo e violento, entretanto, são poucos os que realmente constituem perigo genuíno. Esse medo, algumas vezes inconsciente, que os profissionais de saúde sentem ao atender a uma pessoa com transtorno mental, interfere na avaliação do paciente, tanto pela equipe médica, como pela da enfermagem. O resultado dessa condição é o uso excessivo de sedação e a contenção física como primeiro procedimento a ser realizado (SADOCK; SADOCK, 2007).

Diante da apresentação de episódios de agressividade, existem três medidas cabíveis de intervenção para garantir a segurança do paciente e da equipe que o atende: contenção verbal, contenção química e contenção física no leito (CÁNOVAS RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ ORTEGA, 2008).

A contenção verbal deve ser a primeira estratégia a ser utilizada e, para sua efetividade, o profissional deve oferecer segurança, ajuda e compreensão ao paciente. Para isso, é preciso se mostrar calmo, com tom de voz adequado, porém com firmeza e segurança, tentando distrair a atenção do paciente do foco da agitação. Portanto, o profissional deve lançar mão da competência em comunicação humana e terapêutica, uma vez que ela é a essência dessa abordagem e ainda possuir o mínimo de conhecimento sobre os sinais e sintomas das psicopatologias. Quando a causa da agitação ou agressividade for orgânica, a contenção química, por meio de medicações prescritas pelo médico, deve ser a estratégia de primeira escolha, seguida da contenção física (STEFANELLI, 1993; 2005; CÁNOVAS RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ ORTEGA, 2008).

Contudo, quando a agressividade ou a agitação do paciente oferecer risco à integridade física de si ou de terceiros, deve-se utilizar a contenção física no leito como medida de primeira escolha, em seguida, a contenção química. Esses pacientes podem ser contidos por um curto espaço de tempo para receber medicações ou períodos mais longos quando não houver possibilidade de uso de medicamento ou pela falta de eficácia do efeito farmacológico desejado, que é o de diminuição da agitação motora (SADOCK; SADOCK, 2007).

O conceito de contenção química depende de como o fármaco é utilizado: como parte do tratamento do paciente ou simplesmente para controlar o comportamento do paciente. Se um medicamento é prescrito como parte de uma avaliação ou de um plano racional de cuidados, é um tratamento. Se prescrito simplesmente como uma reação ao comportamento do paciente, é uma forma de contenção. Assim, a mesma medicação administrada ao mesmo paciente pode ser um tratamento e, em algumas circunstâncias, uma medida de contenção química (CURRIER; ALLEN, 2000).

Um dos cuidados que a equipe de enfermagem pode realizar com pacientes, que eventualmente apresentem alteração de conduta e agressividade, é tentar avaliar se esse comportamento tem relação com o ambiente. O enfermeiro, ao perceber essa situação, pode utilizar sua competência gerencial do cuidado e intervir nesse ambiente conforme a dinâmica da unidade e reconhecer que a ação de enfermagem apropriada nessas situações é a prevenção do comportamento, que poderia culminar na necessidade de contenções físicas e sedação (STUART; LARAIA, 2002).

As circunstâncias que levam a maioria dos pacientes, de forma geral, a serem contidos no leito, são: confusão mental, agitação psicomotora ou risco de queda do leito, tracionamento e extração de sondas nasogástricas, cateteres venosos, vesicais, entre outros (SMELTZER; BARE, 2002). As contenções físicas no hospital geral diferenciam-se das realizadas nas instituições psiquiátricas: na primeira utiliza-se com maior frequência a restrição de movimento dos membros superiores e inferiores com ataduras, e a outra com enfaixamento da maior parte do corpo com tecido de algodão cru (PAES, 2007). Cabe ressaltar que ao mesmo tempo em que a contenção física ou a restrição de movimentos pode significar segurança, ação protetora, ela pode funcionar como forma de atemorização e punição, pois alguns profissionais a utilizam para subjugar os pacientes, descaracterizando esse procedimento como cuidado (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

Para adequar o uso das contenções físicas, a equipe de enfermagem precisa se preocupar com as características que envolvem o procedimento: o material a ser utilizado, da real necessidade, se há outras possibilidades, o que pode ser listado em protocolos de atendimentos, devendo tomar o hábito de anotar toda a sequência realizada no procedimento (PAES, 2007).

2.3 BREVE HISTÓRICO DO NASCIMENTO DO HOSPITAL: “LUGAR DE LOUCO É NO HOSPÍCIO!”

O estudo da história do hospital e das instituições psiquiátricas se torna necessário para a compreensão de alguns discursos ainda presentes no imaginário social e de profissionais de saúde nos dias atuais como, por exemplo, “*lugar de louco é no hospício!*”, porque essa crença traz consequências nas concepções sobre saúde e doença mental e nas práticas sociais e de saúde.

O termo hospital origina-se do latim *hospitale*, que significa hospedaria, hospedagem ou hospitaleiro, e sua origem remonta há séculos, uma vez que a história registra a existência de hospitais cristãos nos anos 369-372 d.C. Sua missão era dar abrigo, alimento, alento às almas por meio da caridade, dádiva que deveria

possuir o bom cristão e, assim, praticar a palavra de Deus, servindo ao próximo necessitado (AMARANTE *et al.*, 2003).

As pessoas recebidas no hospital medieval eram os devassos, prostitutas, delinquentes, venéreos, pobres, desabrigados, doentes, os que estavam morrendo e os loucos. O cuidado prestado ali era o religioso, com a preocupação de salvar as almas, portanto, sem visar à cura ou tratamento físico (AMARANTE *et al.*, 2003). Essa forma de cuidado subsistiu até meados de 1780 quando na Europa o hospital começou a ganhar aspectos de instrumento terapêutico de cura com a entrada ativa dos médicos e o surgimento de novas práticas como a observação sistematizada do doente e aplicação de conhecimentos clínicos (FOUCAULT, 1979).

Com a reorganização das instituições hospitalares existentes no século XVIII, deixou-se a assistência religiosa e de caridade para transformá-las em espaço terapêutico, instrumento da medicina moderna, campo de ensino e aprendizagem por meio da observação da evolução das doenças. Com isso, a presença do médico passou a ser integral no espaço hospitalar, tornando-o local que oferecia tratamento para as doenças, caracterizando a denominada clínica médica (FOUCAULT, 1979).

A palavra grega *Klinus* deu origem ao vocábulo clínica, cujo significado é leito ou cama com o sentido de inclinar-se a eles. Assim, de forma generalizada, clínica significaria estar ao lado do leito do doente observando constantemente sua evolução, coletando dados na busca de soluções (AMARANTE *et al.*, 2003).

Com a observação do doente e dos sinais e sintomas das doenças, a medicina moderna aprimorou e acrescentou seus saberes, por intermédio do conhecimento empírico. Com isso, foram iniciados o emprego de linguagem própria, sistematização da observação, organização da experiência vivida junto ao doente conforme a evolução e descrição dos sinais e sintomas das doenças, bem como os próprios resultados. Em suma, a clínica se fundamentou no olhar do médico sobre a doença a fim de classificá-la e defini-la baseada nos sinais e sintomas, para em seguida, tratá-la. Para que isso fosse possível, houve necessidade da busca de uma relação mais forte entre o médico e o paciente, visto que os sinais deveriam ser percebidos pelo médico sem que o paciente os referisse (AMARANTE *et al.*, 2003).

O hospital geral tem íntima relação histórica com a hegemonia do discurso médico, do orgânico, e, nesta concepção, os espaços para tratar os males psíquicos

deviam ter conformação geográfica específica, os quais foram representados pelos hospícios, manicômios, asilos e instituições próprias⁵.

A partir do final do século XVIII, a loucura passou a ser entendida como doença da mente, pois anteriormente a essa época ela não era sistematicamente condicionada ao internamento, mas considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Dessa forma, a loucura começou a ser considerada doença e objeto de intervenção médica, passível de cura e com necessidade de um local para seu tratamento. Diante disso, criaram-se os hospícios como um espaço próprio e instrumento básico para a intervenção medicalizada ao portador de transtorno mental (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Em 1793, Philippe Pinel (1745-1826) iniciou a organização do primeiro hospital psiquiátrico situado na França, influenciado pela Revolução Francesa e seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, pelo fortalecimento do pensamento positivista e, conseqüentemente, pela medicalização do hospital. A transformação do espaço filantrópico em instituição para tratamento dos males da mente se deu por propostas terapêuticas, chamadas de tecnologia pineliana, baseadas no isolamento do mundo exterior, constituição da ordem asilar e da relação na autoridade. Um fator importante que contribuiu para a concretização e propagação das propostas terapêuticas de Pinel foi o primeiro livro de psiquiatria como especialidade médica, no qual se encontrava a primeira classificação de doenças mentais (AMARANTE *et al.*, 2003).

O interesse dos médicos pela psiquiatria como especialidade e a criação de espaços hospitalares especializados são criados igualmente na Inglaterra e Itália por intermédio de William Tuke (1732-1822) e Vincenzo Chiarugi (1759-1820), respectivamente (AMARANTE *et al.*, 2003). Nesse contexto, percebe-se a separação estrutural e nosográfica, bem como na concepção das pessoas o hospital geral está para a doença física e o hospício para a da mente.

As ideias de Pinel ao chegarem no Brasil provocaram um movimento em prol da construção de instituições como as da Europa, com o lema “Aos loucos, o hospício!”. Com isso, são construídos e inaugurados na segunda metade do

⁵Há diferenciação entre manicômio, asilo e hospício e deve-se ter a atenção para o uso errôneo deles como sinônimo. Hospício: parte exclusiva para o louco anexado a um hospital geral (separação do louco dos outros doentes). Manicômio, característico por acolher somente doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado. Asilos, instituições que abrigavam os loucos, mas sem fim terapêutico médico (PESSOTTI, 1996).

século XIX no Rio de Janeiro e São Paulo os dois primeiros hospícios brasileiros. A partir dos primeiros anos do século XX, o conceito de institucionalização de doentes mentais difundiu-se por todo o Brasil, encarcerando milhares de pessoas nos manicômios e hospícios (BRASIL, 2004a).

Pelo princípio do isolamento, em que se isola para observar, observa-se para conhecer e conhece-se para administrar⁶, muitas pessoas ficaram por anos isolados da sociedade pelos internamentos institucionais. Parte dessa população não teve condições de sair de lá devido à perda do contato com familiares, pela presença de sequelas dos mais variados tipos de tratamentos ofertados pelas instituições ou pelo seu estado psíquico alterado e, em muitos casos, pela própria cronificação da doença (AMARANTE *et al.*, 2003; SILVA, 2007).

Outra condição que se deve salientar é a mercantilização da loucura, principalmente no início da década de 1940, em que havia quase 56 mil leitos psiquiátricos no Brasil, por se demonstrarem rentáveis às instituições. Isso porque os pacientes em suma não requeriam seus direitos e, assim, havia a despreocupação em oferta de serviços com qualidade e qualquer lugar serviria de enfermaria para alocar os doentes, tendo como consequência a superlotação das instituições e a banalização das doenças mentais (AMARANTE *et al.*, 2003; SILVA, 2007).

Todos esses fatores influenciaram nas concepções de saúde e doença mental pela sociedade em geral e, conseqüentemente, na vida da própria pessoa portadora de transtorno mental. Atualmente, sabe-se da existência de pacientes moradores, asilados em instituições psiquiátricas, visto que pelo tempo de permanência naquele espaço e mesmo com a intervenção da equipe multidisciplinar não houve condições de devolvê-los à sociedade devido à tamanha cronificação mental gerada ou agravada pelos anos de institucionalização.

Com isso, a sociedade ocidental contemporânea tem mantido o rótulo da doença mental como objeto de intervenção da ciência médica e/ou de outras práticas “*psi*”, com quadros nosológicos delimitados pela visão que se construiu sobre a pessoa com transtorno mental durante anos (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Deste modo, percebe-se a presença de alguns fatores no hospital geral que dificultam o cuidado de pacientes com transtorno mental como, por exemplo, falta de

⁶Administrar no sentido de subjugar, controlar, disciplinar.

preparo dos profissionais de saúde, de espaço físico para a movimentação dos pacientes, locais para realização de grupos terapêuticos, além dos resquícios de concepções convencionais de que o hospital geral não é lugar para tratar doentes mentais e de que eles representam risco para os outros pacientes (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Com a aprovação da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, houve uma conquista e uma concretização dos ideais daqueles que se empenharam na luta para transformar o cenário que envolvia as formas de tratamento às pessoas com transtorno mental. Essa lei trouxe parâmetros normativos quanto aos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, das responsabilidades do Estado na promoção da saúde mental, nas formas de internamento em hospitais psiquiátricos e em serviços extra-hospitalares. Ao contrário daquilo em que algumas pessoas acreditam, a referida lei não dispõe sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas sobre a organização do sistema que regulamenta as políticas de saúde mental no Brasil. Entretanto, cabe ressaltar que ela proíbe a internação de pacientes com transtorno mental em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

Os processos de mudanças geram em seus elementos inseguranças, conflitos e medo, sendo essas as possíveis razões que mantêm parte dos profissionais de saúde ligados aos paradigmas da psiquiatria convencional, nos quais o internamento manicomial constitui instrumento básico de intervenção. Entretanto, a consciência dessa nova realidade que se delineia rapidamente em meio à sociedade, busca desencadear estratégias de ações de educação em saúde pública que contribuam para a melhoria da qualidade no cuidado às pessoas com transtorno mental (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

2.4 COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA

Neste item serão descritos alguns transtornos mentais e de comportamentos que comumente estão presentes associados às doenças clínicas se caracterizando como comorbidades clínico-psiquiátricas: depressão, ansiedade com ou sem relação

ao uso de substâncias psicoativas, transtornos mentais orgânicos, entre outros (SCHMITT; GOMES, 2005).

A comorbidade entre doença clínica e psíquica tem sido foco de pesquisas que demonstram elevados índices epidemiológicos, o que a torna de interesse dos profissionais da área de saúde (PETRIBÚ, 2001). Como já mencionado, a comorbidade é definida como o aparecimento de outra patologia quando já havia uma preexistente ou o aparecimento de duas patologias distintas em determinado momento. A relação entre saúde mental e física ainda não tem uma explicação satisfatória, entretanto, pelas recentes observações científicas, não há dúvidas de que a saúde mental está relacionada com a física e vice-versa (OMS, 2001).

A doença ou transtorno mental pode ser compreendido como respostas inadequadas aos estressores provenientes do ambiente externo ou fatores internos, evidenciados por pensamentos, sentimentos e comportamentos que são incongruentes com as normas socioculturais locais e que interferem na atuação social, ocupacional e/ou física da pessoa. Por outro lado, a definição de saúde mental é muito mais abrangente do que a ausência de uma doença mental e pode ser concebida como a adaptação bem-sucedida aos estressores provenientes do ambiente interno ou externo. Assim, saúde mental pode ser evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos que são adequados à idade e congruentes com as normas culturais e locais, abrangendo, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, autorrealização do potencial intelectual e emocional (OMS, 2001; COFEN, 2008).

Os transtornos mentais podem afetar pessoas em todas as idades, de crianças até idosos, em todos os países, tanto homens quanto mulheres, trazendo sofrimento aos seus portadores, bem como às suas famílias e à sociedade. Estima-se que uma a cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental em dada fase da vida (OMS, 2001).

Para que se possa entender o processo saúde-doença mental, bem como conceituá-lo, é indispensável ter a compreensão da multicausalidade a que as pessoas estão sujeitas e as quais levam a desenvolver o transtorno mental em determinado momento de sua história. Os preconceitos, discriminação, estigmas, credices, mitos e estereótipos envolvidos com o conceito de doença mental tornam esse processo cada vez mais complexo e foco de estudos a fim de se obter a compreensão dos fatores determinantes. Isso deve ocorrer por meio da identificação

e discussão dos problemas relacionados com a doença mental, numa visão multidisciplinar, para então propor uma nova prática em saúde mental objetivando a desmitificação da doença mental (NASCIMENTO; BRAGA, 2004; GRAHAM *et al.*, 2007).

A depressão é uma doença psicofísica na qual as pessoas podem experimentar sintomas tanto físicos quanto psíquicos, mas a natureza exata varia de pessoa para pessoa. Os sinais e sintomas que caracterizam a depressão são: tristeza, apatia, sentimentos de inutilidade, autolamentação, pensamentos mórbidos, insônia, baixa autoestima e baixa autoconfiança, anorexia, perda ou aumento considerado de peso, diminuição da libido, redução ou aumento de atividades e dificuldade de concentração. Dependendo do grau de depressão, o paciente pode apresentar pensamentos suicidas, delírios e alucinações (SMELTZER; BARE, 2002).

Os episódios depressivos são apresentados em três graus: leve, moderado e grave. No leve, geralmente o paciente se refere a dois ou três dos sintomas anteriormente citados e que lhe causam sofrimento, no entanto, não há empecilho para desenvolvimento da maior parte de suas atividades diárias. No episódio moderado, o paciente começa a manifestar dificuldades para continuar a desempenhar suas atividades cotidianas e apresenta quatro ou mais dos sintomas citados. A forma acentuada de vários sinais e sintomas, entre eles, a perda da autoestima, pensamentos e ato suicida, alucinação, ideias delirantes, lentidão psicomotora e estupor, caracterizam os episódios depressivos graves (CID-10, 2006). É importante não confundir a depressão com tristeza, que se refere a um sentimento normal e próprio do ser humano, em resposta a períodos de dificuldades, e a partir do instante em que estes momentos são superados, tais sentimentos se dissipam (SADOCK; SADOCK, 2007).

A depressão é uma síndrome psiquiátrica com alta prevalência na população geral. Quando se trata de pacientes internados em hospitais para tratamento clínico, estima-se que esteja em torno de 9% a 16%. Esses números poderiam ser maiores, pois os casos de depressão são subdiagnosticados, uma vez que o foco do tratamento desses pacientes é a doença clínica e isso tem comprometido o diagnóstico, a evolução e o tratamento dos episódios depressivos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

No hospital geral, principalmente no serviço de urgência e emergência, pode-se notar a presença de elevado número de pessoas com quadros variados de

doença clínica que comumente estão acompanhadas com síndromes álgicas (SMELTZER; BARE, 2002). Esse fato pode ser bastante importante para a intervenção da equipe multidisciplinar, no concernente à relação da doença clínica com o transtorno mental. Um estudo sobre dor e bem-estar realizado pela Organização Mundial de Saúde com 5.447 sujeitos em 15 centros de estudos na Ásia, África e Américas, mostrou que pessoas com dor persistente têm a probabilidade quatro vezes maior de sofrer de ansiedade ou transtornos depressivos em relação às demais pessoas (GEORGE *et al.*⁷, 1998 *apud* OMS, 2001).

As depressões secundárias podem também estar relacionadas aos seguintes fatores: efeitos colaterais de medicações, distúrbios neurológicos, eletrolíticos, hormonais e deficiências nutricionais. Há possibilidade de desenvolvimento de depressões por outras condições fisiológicas como distúrbios de colágeno, lúpus eritematoso sistêmico, miocardiopatias, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, encefalites, hepatites, mononucleose, pneumonias, sífilis e *diabetes mellitus* (COFEN, 2008).

Outro componente importante para contribuição do surgimento de sintomas da depressão é o envelhecimento aliado às doenças crônicas. O envelhecer não significa possuir doença crônica, porém os idosos em sua maioria apresentam doenças crônicas e múltiplas. Com isso, a comorbidade em pacientes idosos entre doenças crônicas e depressão passa a ser algo real e repercute de forma orgânica e psicossocial (DUARTE; REGO, 2007; GRAHAM, *et al.*, 2007).

Em um estudo com 1.120 sujeitos em atendimento ambulatorial clínico no qual se verificou a associação entre doenças crônicas e depressão em idosos, os episódios depressivos graves foram diagnosticados em 23,4% dos idosos. As doenças crônicas apresentadas nesse estudo com maior significância para a comorbidade doença crônica-depressão foram: Doença de Parkinson, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), *Diabetes mellitus* (DM). Os autores chamam a atenção para a compreensão da depressão como doença e não como manifestação fisiológica do envelhecimento, e para tanto deve-se ter uma atenção especial sobre os cuidados desenvolvidos para essa clientela (DUARTE; REGO, 2007).

⁷GEORGE, O. *et al.* Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical*, 1998.

Os pacientes com doenças crônicas possuem a característica de apresentar consecutivos episódios de descompensação de sistemas vitais, levando-os a constantes internamentos em unidades de emergência hospitalar (BENSEÑOR, 1998). Esses pacientes têm necessidade de uso contínuo de medicações, que podem levá-los a um estado depressivo como, por exemplo: cimetidina, metoclopramida, ampicilina, metronidazol, tetraciclina, sulfametoxazol, estreptomicina, levodopa, corticosteróide, prednisona, anticoncepcionais orais, propranolol, reserpina, lidocaína, clonidina, metildopa, entre outros (SADOCK; SADOCK, 2007).

Outro transtorno mental que pode estar em comorbidade a doenças clínicas é a ansiedade. Ela é fundamental para a sobrevivência dos seres humanos, por ser um sinal de alerta para que o indivíduo possa tomar atitudes frente a perigos iminentes, dando-lhe condições de lidar com a ameaça. No entanto, ela deve ser diferenciada do medo, que é um sinal de alerta a ameaças externas conhecidas, e na ansiedade esses temores são desconhecidos, internos e conflituosos (STUART; LARAIA, 2002; SADOCK; SADOCK, 2007).

Em condições normais, a ansiedade pode proporcionar motivação para a busca daquilo que se deseja, bem como salvaguardar os indivíduos de ameaças pela prevenção de prejuízos ao alertá-los a realizar atitudes que bloqueiem o perigo e que se dissipam quando o perigo deixa de existir (SADOCK; SADOCK, 2007). Contudo, a presença de níveis elevados de ansiedade caracteriza a gravidade e incompatibilidade com a vida, tornando-se transtorno psiquiátrico (STUART; LARAIA, 2002).

Como nos episódios depressivos, a ansiedade também se apresenta branda, moderada, grave e de pânico (STUART; LARAIA, 2002; SADOCK; SADOCK, 2007). Na ansiedade branda, são apresentadas características em níveis satisfatórios e associadas às tensões do cotidiano, em que o indivíduo apresenta seu campo de percepção aumentado e se mostra motivado ao aprendizado, produzindo crescimento e criatividade. Na ansiedade moderada, a pessoa focaliza as preocupações imediatas envolvendo a diminuição do campo de percepções e bloqueio periférico, com redução da capacidade de ver, ouvir e aprender. O indivíduo bloqueia áreas selecionadas, mas pode dispensar maior atenção às atividades quando instruído a fazê-lo. A ansiedade grave está caracterizada pela presença da redução extensa no campo da percepção, de maneira que o indivíduo

tenha desatenção e todo o comportamento esteja voltado para a obtenção do seu alívio. Já o nível de pânico da ansiedade está associado ao pavor, medo e terror. Há perda completa do controle e não há condições de realizar suas atividades do dia a dia. O pânico envolve a desorganização da personalidade, surge maior atividade motora, menor capacidade de inter-relação pessoal, distorção da percepção e racionalidade de pensamento (STUART; LARAIA, 2002).

O transtorno do pânico é caracterizado pela ocorrência espontânea e inesperada de pânico, medo intenso ou terror, frequentemente associado a uma sensação de morte iminente acompanhado de sintomas clínicos e desconforto físico. Ele costuma se apresentar em comorbidade à agorafobia, que consiste em medo de ficar em lugares públicos. Um ataque de pânico apresenta sintomas que, eventualmente, podem ser confundidos com doenças clínicas agudas de manejo emergencial como, por exemplo, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Entre esses sintomas podem-se citar: taquicardia, palpitações, sudorese, tremores finos ou grosseiros, dispneia, sensação de sufocação, algia torácica e/ou abdominal, tontura, sensação de perda da consciência, parestesias, calafrios ou ondas de calor, entre outros (TOWNSEND, 2002; SADOCK; SADOCK, 2007).

Os distúrbios somatoformes se caracterizam pela presença de sintomas físicos de uma doença clínica, no entanto, sem indícios mecânicos fisiopatológicos demonstráveis que a possam diagnosticar. Sendo assim, esse quadro é classificado como transtorno mental por não haver processo patológico clínico diagnosticável ou compreensível pelos exames diagnósticos ou laboratoriais. O termo somatização designa todos os mecanismos pelos quais a ansiedade se traduz em sintomas de doenças físicas ou queixas semelhantes às da clínica (TOWNSEND, 2002).

Além da presença de queixas frequentes de sintomas físicos que sugerem um substrato orgânico, mas que não se diagnostica ou caso haja alguma doença orgânica presente, esta não justifica toda a sintomatologia referida, existindo uma dificuldade em estabelecer vínculo com esse paciente. Isso decorre dos questionamentos do paciente, que exige a detecção de um substrato orgânico em resposta à sintomatologia que ele apresenta (BOMBANA; LEITE; MIRANDA, 2000).

Os sintomas mais frequentes referidos pelos que somatizam são: palpitações, toracalgia, lombalgia, fadiga, tontura, dispneia, cefaleias, dores abdominais (COELHO; AVILA, 2007). Os somatizadores são usualmente denominados pelos profissionais de saúde como os chatos, os difíceis, os que dão

“*pitis*”, que procuram os serviços de saúde por falta de ter o que fazer em casa. Essa forma de percebê-los influencia no cuidado desenvolvido, que acaba não sendo de forma integral, o que possibilitaria serem encaminhados para o serviço de saúde mental para investigação psiquiátrica (BOMBANA; LEITE; MIRANDA, 2000; COELHO; AVILA, 2007).

As características principais desse distúrbio são as alucinações e os delírios. As alucinações são falsas percepções sensoriais sem a presença de estímulos externos, que podem envolver qualquer ou todos os órgãos do sentido, por exemplo, audição de vozes e visões. Os delírios são distúrbios do pensamento, que se caracterizam por falsas crenças pessoais, não consistentes com a inteligência ou referência cultural da pessoa como, por exemplo, crer ser enviado de Deus para salvar o mundo (TOWNSEND, 2002).

As condições médicas comuns que podem causar sintomas psicóticos são:

1. Condições neurológicas: neoplasias, doenças vasculares cerebrais, doença de Huntington, epilepsia, lesões do nervo auditivo, surdez, cefaleia enxaquecosa.
2. Condições endócrinas: hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipoparatireoidismo, hipoadrenocorticismos.
3. Condições metabólicas: hipóxia, hiperglicemia, hipoglicemia.
4. Distúrbios autoimunes: lúpus eritematoso sistêmico.
5. Outros: distúrbios do equilíbrio hídrico ou eletrolítico, doenças hepáticas ou renais (TOWNSEND, 2002).

Os distúrbios psicóticos induzidos por drogas ilícitas ou não, podem apresentar, muitas vezes, alterações importantes de comportamento. Há igualmente a possibilidade de que isso ocorra a partir do uso de determinadas medicações como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, anestésicos, analgésicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, corticosteróides, anti-inflamatórios não esteróides, anti-hipertensivos, quimioterápicos, antimicrobianos, relaxantes musculares (SADOCK; SADOCK, 2007). Nesse distúrbio, há presença de alucinações e delírios atribuídos aos efeitos fisiológicos da droga que pode ser: droga de abuso, medicação ou toxinas. O diagnóstico é feito a partir da perda do juízo crítico, exame físico e exames laboratoriais específicos para

indicativos do uso das drogas. Existem outras substâncias que podem causar distúrbios psicóticos:

1. Drogas de abuso: álcool, alucinógenos, anfetaminas, fenclidina, cocaína, maconha, opioides.

2. Toxinas: dióxido de carbono, gases nervosos, inseticidas, organofosforados, monóxido de carbono, substâncias voláteis como solventes, gasolina ou tintas (TOWNSEND, 2002).

Outra forma de comorbidade clínico-psiquiátrica, que comumente se observa nos serviços de emergência, são as relacionadas à tentativa de suicídio. O suicídio é um distúrbio de comportamento descaracterizado como transtorno mental, entretanto, mais de 90% dos suicídios são cometidos por pessoas que se encontram psiquiatricamente doentes (TOWNSEND, 2002). Ele é visto pelo paciente como a única saída de uma crise, situação ou problema que lhe causa intenso sofrimento. Suicídio deriva da palavra latina para “*autoassassinio*”. Quando o ato suicida é concretizado, representa o desejo real do indivíduo de morrer. O sofrimento da pessoa suicida é inexprimível e difícil de lidar, o que traz como consequência um nível de confusão e devastação que na maioria dos casos está além da descrição (SADOCK; SADOCK, 2007).

Os transtornos mentais são os principais fatores de risco para o suicídio, contudo não são os únicos e podem ser citados outros como fatores sociodemográficos, psicológicos e relacionados a condições clínicas incapacitantes (dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas e AIDS, entre outras) (OMS, 2000).

Dentre os métodos utilizados para cumprir com o intento suicida estão: disparo de arma de fogo, enforcamento, salto de lugares altos, ingestão de substâncias psicoativas ou veneno. Os três primeiros itens são praticados principalmente por homens e acabam por ter um índice maior de sucesso. Entretanto, quando o ato suicida praticado não se concretiza e há a possibilidade de socorro, os potenciais suicidas são encaminhados ao serviço de emergência na tentativa de salvamento da sua vida (SADOCK; SADOCK, 2007).

O serviço de atendimento de emergência possui profissionais capacitados para o manejo das consequências clínicas que o intento suicida produziu.

Entretanto, uma grande dificuldade é o desenvolvimento dos cuidados relativos à comorbidade psiquiátrica que eventualmente esse paciente apresenta, bem como a abordagem adequada ao suicida (SILVA; BOEMER, 2004).

O estudo realizado sobre a forma como o suicídio se mostra, em sua essência, aos profissionais de saúde de um serviço de emergência, apontou que esses entendem que os motivos que levaram a pessoa a atentar contra a própria vida são de extremo sofrimento. Entretanto, houve profissionais que afirmaram que os potenciais suicidas tinham a intenção de chamar a atenção para si e não de se matar e houve aqueles que disseram não ter condições de desenvolver o cuidado integral aos pacientes devido à falta de recursos materiais, humanos e estrutura física. Alguns discursos deixaram clara a visão mítica e religiosa sobre o tema interferindo no cuidado, ao referir fazê-lo por compaixão e piedade do paciente (SILVA; BOEMER, 2004).

Dentre os problemas encontrados que dificultam o diagnóstico de tentativa de suicídio dos pacientes, que são admitidos no serviço de emergência de um hospital geral, encontra-se a omissão de informações, as quais podem possibilitar a certeza da intencionalidade do ato, o que acaba por impedir que esse tenha avaliação e acompanhamento de serviços de saúde mental. Outra questão importante observada no cuidado às pessoas com esse tipo de comorbidade clínico-psiquiátrica no hospital geral é a falta de preparo dos profissionais de saúde em detectar componentes suicidas e dar sequência ao atendimento respeitando todas as reais e potenciais necessidades da pessoa (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JUNIOR, 2005).

Um dos componentes mais graves no cuidado aos potenciais suicidas consiste na falta de reconhecê-los como seres humanos em um momento difícil e de necessidade de ajuda. Os profissionais de saúde devem se mostrar livre de preconceitos, discriminação e juízo de valores em relação ao paciente (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JUNIOR, 2005).

Destaca-se que quando o paciente que já está internado por algum outro motivo no hospital geral vem a tentar ou consumir o suicídio, gera uma situação que tende a desencadear sentimentos de inadequação profissional, culpa, dúvida sobre a própria competência e medo de perder a reputação (OMS, 2000).

Os profissionais de enfermagem ao lançar mão da comunicação humana e terapêutica têm maiores condições de identificar em algumas falas do paciente,

sinais que indiquem ideação suicida. Para isso, deve-se abdicar dos pensamentos míticos relacionados ao suicídio como as pessoas que prometem se matar, raramente cometem e perguntar sobre as causas do suicídio pode induzir a atos suicidas (IGUE; ROLIM; STEFANELLI, 2002). As ameaças devem ser levadas a sério, pois os pacientes que cometem suicídio normalmente dão alguma pista ou aviso antecipadamente. O profissional capacitado pode perguntar sobre suicídio, o que reduzirá a ansiedade a respeito deste tema, pois o paciente pode sentir-se aliviado e mais bem compreendido (OMS, 2000).

Os profissionais poderiam receber essa capacitação na academia, no entanto, pouco tem se discutido sobre o suicídio na graduação. Essa discussão deve ir além de aspectos clínicos e técnicos, mas envolver a capacidade do profissional em abordar adequadamente o paciente em risco de suicídio, criar situações e ambiente para que ocorra o cuidado necessário ao suicida, por meio do relacionamento interpessoal (IGUE; ROLIM; STEFANELLI, 2002).

Outra forma de comorbidade clínico-psiquiátrica está relacionada a doenças clínicas decorrentes da dependência química. Existem dois tipos de dependência química mais frequentes entre os usuários dos serviços de emergências: o alcoolismo e toxicomania. O alcoolista busca atendimento em serviços de emergência em razão de uma doença clínica, com ou sem relação com a dependência de álcool, ou ainda em função dos efeitos psíquicos do etilismo. São exemplos dessa condição hepatopatia alcoólica, na grande maioria com encefalopatia; quadro de *delirium tremens*, hemorragia digestiva alta ou baixa (HDA ou HDB) e episódio agudo de hipoglicemia. Quando percebido se tratar de alcoolista, a equipe de saúde tende a desconsiderá-lo como pessoa e dispensar pouca atenção à sua condição (GALVÃO-ALVES, 2007).

Tal como na situação do alcoolista, o atendimento de toxicômanos, geralmente, tem sido marcado pela rejeição da equipe de saúde. Comumente, esse paciente vem trazido ao serviço de emergência em coma por *overdose*, ou em estado de agitação psicomotora, com alucinações, verborreico e em situações extremas apresentando agressividade. Quando isso ocorre, torna-se mais difícil mobilizar a equipe para o atendimento das necessidades do paciente que devem ser supridas, devido ao medo, à ansiedade, ao preconceito e ao despreparo dos profissionais (MARCOLAN, 2004; GALVÃO-ALVES, 2007).

3 A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COMO REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que sustenta este estudo é o da Comunicação Terapêutica de Stefanelli (1993; 2005 a, b, c, d) em cujo tópico são descritos os conteúdos do tema e os conceitos eleitos: *comunicação humana, comunicação terapêutica, ser humano, cuidado de enfermagem, ambiente, saúde e doença*.

Maguida Costa Stefanelli é estudiosa da temática comunicação humana e comunicação terapêutica no Brasil. É doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), onde é professora Titular e Livre Docente. Parte da literatura brasileira em livros e artigos publicados sobre comunicação terapêutica foi escrita, orientada ou com co-participação de Stefanelli. Para ela, os cuidados de enfermagem estão permeados pela comunicação, pois se trata de instrumento imprescindível para o desenvolvimento das ações e de utilizá-la com propriedades terapêuticas. Para tanto, o profissional de enfermagem necessita desenvolver a competência da comunicação terapêutica em sua prática (STEFANELLI, 1993). Nesse sentido, para o desenvolvimento dessa competência, é necessário buscar conhecimento específico em comunicação humana (BRAGA; SILVA, 2007).

O cuidado de enfermagem deve ocorrer mediante o fortalecimento do vínculo enfermeiro-paciente. Desse modo, são imprescindíveis que haja interação entre ambas as partes e o reconhecimento da comunicação terapêutica como instrumento eficaz e à disposição para o desenvolvimento do vínculo. Portanto, o cuidado de enfermagem inexistente sem a interação, que é subsidiada pela comunicação entre enfermeiro-equipe e Enfermagem-paciente. Essa concepção tem sido percebida desde as primeiras Teorias de Enfermagem, que abordam a relação interpessoal entre Enfermagem-paciente, como as Teorias de Hildegard Peplau e Joyce Travelbee, que datam de meados 1950 e 1960 (GEORGE, 2000; STEFANELLI, 2005 a; c).

A comunicação humana é inerente aos seres humanos e dela dependemos para sobreviver e perpetuar a espécie, cultura, ciência e tudo o que foi conquistado desde os povos primitivos, fazendo parte da história de cada pessoa e de sua relação com os outros e com o ambiente (STEFANELLI, 1993; 2005a; BRAGA; SILVA, 2007). Trata-se de um processo complexo, que engloba compreensão, emissão e recepção de mensagens, que surtam efeitos imediatos, a

médio e longo prazo, no comportamento das pessoas envolvidas no ambiente interacional (STEFANELLI, 1993; 2005a).

Por sua complexidade e influência em todas as atividades das pessoas, a comunicação humana traz consigo a necessidade da abordagem teórica para melhor compreensão e utilização dos elementos a ela intrínsecos. São eles: “emissor ou remetente: é a fonte da emissão da mensagem, é quem a codifica, produz e a emite ao outro. Receptor ou destinatário: é aquele que recebe a mensagem; é para quem a mensagem é enviada e este deve emitir uma resposta para que se considere que o processo de comunicação realmente tenha ocorrido” (STEFANELLI, 1993, p.32).

A mensagem é o que é transmitido, produzido pelo emissor e recebido pelo receptor e que tenha significado comum a ambos. Ela se apresenta nas formas verbais (falada ou escrita) e não-verbais. Existe uma terceira forma de comunicação, a paraverbal ou paralinguística, que se expressa pela entonação da voz, ritmo em que são pronunciadas as palavras, choro, entre outras. As mensagens são transmitidas, captadas e percebidas pelos órgãos dos sentidos (canais da comunicação), que são: visão, audição e tato, não desconsiderando o olfato e gustação, sendo eles que asseguram a percepção acurada da mensagem, principalmente quando ocorre na forma não-verbal (STEFANELLI, 1993; 2005a).

A comunicação verbal ocorre em todos os momentos da vida, pois é inerente ao ser humano, contudo ela é acompanhada pela forma não-verbal. A comunicação verbal é entendida pela expressão e transmissão da mensagem por linguagem falada. Contudo, ela ocorre através da linguagem escrita ou falada (sons e palavras), que tenha objetivo se comunicar. Nela a pessoa expõe suas ideias, partilha experiências com outras e legitima o significado simbólico da percepção sobre determinado assunto e qual a sua posição diante dele (STEFANELLI, 1993; 2005a).

A comunicação não-verbal se dá por intermédio das mensagens expressas pela linguagem corporal com suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais como, por exemplo, de gestos, expressões faciais, olhares e toques e, dependendo da maneira como são manifestadas, as mensagens podem transmitir conforto e empatia ao outro. Esse tipo de comunicação tem extrema importância na prática da enfermagem, visto que, por meio dela se podem apreender necessidades que o paciente eventualmente não consiga expressar por palavras (STEFANELLI, 1993; SILVA 2005).

Conforme Silva (2005), a comunicação não-verbal tem como funções complementar ou contradizer a verbal e demonstrar sentimentos. Cabe ressaltar que dois terços da comunicação que realizamos acontecem de forma não-verbal, o que demonstra sua relevância nos relacionamentos humanos.

O uso da comunicação humana de forma consciente, planejada, com conhecimento profissional para prestar cuidado ao outro, torna-se terapêutica. Assim, **Comunicação Terapêutica** é a:

competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à autorrealização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia (STEFANELLI, 2005, p. 65).

Para que o enfermeiro e sua equipe possam desenvolver a competência em se comunicar de modo terapêutico, há necessidade de se referenciar nas premissas da comunicação, haja vista que ela “é o eixo integrador entre a assistência, ensino e pesquisa em enfermagem”. A comunicação proporciona condições favoráveis ao relacionamento interpessoal e permite o exercício da Enfermagem de modo a desenvolver os cuidados de forma integral e humanizada às pessoas (STEFANELLI, 2005 b, p.65).

Na dinâmica da comunicação, pode-se lançar mão de algumas estratégias que facilitam a interação entre a equipe de enfermagem e o paciente, as quais podem ser empregadas juntas ou separadamente em um único diálogo, porém deve-se considerar o seu uso em situações específicas. Deste modo, com finalidade didática, a autora organizou as estratégias de comunicação terapêutica em três grupos: *expressão, clarificação e validação*. Contudo, salienta que se trata de guias e, portanto, não devem ser utilizadas de maneira rígida e repetitiva, pois não são roteiros para serem usados mecanicamente ou de modo sequencial, mas como linhas gerais ou sugestões (STEFANELLI, 1993; 2005c).

As estratégias do *Grupo de Expressão* são úteis para o estabelecimento do clima propício de interação e são utilizadas com maior ênfase no início do relacionamento terapêutico com o paciente. As técnicas a seguir têm a finalidade de ajudar o outro a demonstrar ou exteriorizar ideias e sentimentos como, por exemplo, *ouvir reflexivamente, usar terapeuticamente o silêncio, verbalizar aceitação,*

verbalizar interesse, usar frases reticentes, repetir as últimas palavras ditas pelo paciente no mesmo assunto, permitir ao paciente que escolha o assunto, colocar em foco a ideia principal, verbalizar dúvidas, dizer não, estimular expressão de sentimentos subjacentes e o uso terapêutico do humor (STEFANELLI, 2005c).

As estratégias no *Grupo de Clarificação* visam a fornecer condição ao paciente de organizar seu pensamento e expressá-lo. Tais estratégias possuem a finalidade de ajudar o profissional a entender e a tornar claro o que o paciente quer expressar, sendo elas: *estimular comparações, solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns, manifestar o agente de ação e descrever os eventos em sequência lógica*. Deste modo, a equipe de enfermagem pode ajudar a esclarecer o que é falado pelo paciente quando ele não consegue se expressar com clareza.

O último *Grupo de Validação* tem a finalidade de verificar a compreensão das informações e orientações fornecidas ao paciente e ajudá-lo a ter uma visão mais realística do mundo e a experimentar a sensação de ser compreendido. Permite verificar a existência de significados e possibilita ao profissional constatar que a mensagem expressa pela pessoa foi corretamente entendida. A validação na comunicação terapêutica garante que o significado das mensagens seja comum às pessoas envolvidas, pelo uso das técnicas como: *repetir a mensagem do paciente, pedir ao paciente para repetir o que foi dito e sintetizar o conteúdo da interação*.

Para tanto, torna-se imprescindível compreender o **ser humano** como um sistema, um todo comportamental que funciona de forma interdependente em todas as suas relações, capaz de sentir, agir, pensar e refletir sobre suas ações. E como um ser complexo e organizado sistematicamente, ele se encontra continuamente sob o impacto do campo interacional a que está sendo submetido ou vivenciando por meio da comunicação (STEFANELLI, 1993; 2005a).

A comunicação entre os seres humanos tem a potencialidade de acelerar a evolução da espécie, no entanto, quando a comunicação se torna ineficaz, ela pode produzir ansiedade, medo, angústia e insegurança. Essa situação é visível quando os indivíduos se sentem isolados, em ambientes com pessoas estranhas, com línguas não conhecidas ou em situações novas, como acontece com pacientes hospitalizados, que enfrentam a ansiedade ante a presença de um diagnóstico de doença, medo do desconhecido e a exposição a um linguajar alheio ao seu, como ocorre com termos técnicos e científicos utilizados na área da saúde (STEFANELLI, 2005a; b).

O **ambiente** interfere na qualidade da comunicação e, conseqüentemente, na interação entre os seres humanos. Ele pode influenciar as condições emocionais, físicas e psíquicas das pessoas envolvidas no âmbito interacional, interferindo na expressão do emissor e na percepção do receptor. Sendo assim, o ambiente pode ser compreendido como espaço em que ocorre o processo de interação entre as pessoas, envolvendo as dimensões biopsicossociais inerentes ao ser humano. Os indivíduos e o ambiente traçam uma relação de influência entre si, em que o homem influencia o ambiente, assim como o ambiente o homem (MAFTUM, 2000; STEFANELLI, 2005a).

A interação é um processo dinâmico e presente no desenvolvimento do cuidado de enfermagem, haja vista que a comunicação permeia todo esse contexto. Alguns sentimentos podem ser experimentados nesse processo como: empatia (percepção do mundo do outro); confiança (que inclui respeito, honestidade, consistência, fé e esperança); respeito mútuo; e a capacidade de desenvolver algumas atitudes importantes para que a comunicação se efetive como flexibilidade, eficiência, coerência e impacto da resposta (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O **cuidado de enfermagem** é visto na sua integralidade e se baseia em conteúdos conceituais e experimentados em teoria e prática, levando a reflexões sobre na qualidade de seu desenvolvimento. O cuidado não se caracteriza somente pelos procedimentos técnicos desenvolvidos pelo profissional, mas leva em consideração sua postura, olhar, gestos, a forma de tocar no paciente. Assim, deve ser desenvolvido com o intuito de ajudá-lo a manter sua dignidade e condição humana nos momentos de fragilidade (SILVA, 2005). Cabe ressaltar que, na enfermagem, há algumas premissas consideradas essenciais para que o enfermeiro adquira a competência em comunicação humana e terapêutica, e uma delas é que “a comunicação é a essência do cuidado humanitário” (STEFANELLI, 2005b, p. 64).

O processo **saúde-doença** traz a visão da interação entre o indivíduo e o meio no qual vive, adaptando-se e estando condicionado a essas particularidades, procurando um equilíbrio entre esses dois pólos. O ser humano, numa situação de fragilidade, seja pelo excesso de trabalho por parte do profissional ou do paciente em processo de adoecimento, apresenta barreiras que interferem na comunicação entre o cuidador e o ser cuidado, pois quem está cansado percebe de forma diferente os sinais do outro, o mesmo ocorre com o paciente, que, fragilizado, está

mais voltado para si e, nessa situação, normalmente, não consegue saber e expressar a dimensão exata da sua dor (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O profissional de enfermagem deve considerar e estar consciente quanto às barreiras que eventualmente possam surgir no ambiente interacional mediado pelo processo de comunicação, visto que as barreiras à comunicação podem impedir, limitar ou retardar o desenvolvimento desse processo (STEFANELLI, 1993; 2005d).

A autora lista alguns aspectos que considera barreiras à comunicação: *limitação do emissor ou receptor, falta de capacidade de concentração da atenção, pressuposição da compreensão da mensagem, imposição de esquema de valores ausência de linguajar comum e influência de mecanismos inconscientes.*

Da mesma maneira como Stefanelli (1993; 2005d) apresenta as barreiras à comunicação, discorre também sobre os modos não terapêuticos, presentes no momento da comunicação e prejudicam a emissão e a compreensão das mensagens. São eles: *não saber ouvir ou não refletir sobre o que ouviu, usar jargões técnicos ou linguagem científica, dar conselhos, falsa tranquilização, julgar o comportamento, manter-se na defensiva, induzir respostas, pôr o paciente à prova, mudar de assunto subitamente, comunicar-se unidirecionalmente.*

4 METODOLOGIA

A pesquisa tem em sua essência um caminho a ser percorrido pelo investigador, que deve apresentar-se munido de uma forma particular de olhar e pensar sobre determinada realidade, que, a partir de experiências, empregam objetivos a aprimorar e a apropriar-se mais intensamente de conhecimentos específicos. Com isso, é indispensável que a trajetória que permitiu a realização da pesquisa seja detalhada e descrita para que se dê a conhecer passo a passo desse processo metodológico de produção do conhecimento (DUARTE, 2002).

A opção pela pesquisa qualitativa se deu porquanto esta modalidade de investigação enseja compreender a relação complexa dos seres humanos com a natureza, com a realidade em que vivem e com o fenômeno em estudo. Isso só é possível quando há conhecimento sobre os indivíduos, utilizando-se a descrição da experiência humana, da forma como é vivida e compreendida por eles (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa investiga fenômenos que, por essência, não são mensuráveis como, por exemplo, crença, representação, estilo pessoal de relação com o outro, estratégia em face de um problema, enfim, aqueles que possuem características específicas dos seres humanos. Ela propõe elucidar e conhecer os complexos processos que constituem fatos subjetivos, que se diferenciam e se distanciam das hipóteses quantitativas de predição, descrição e controle (HOLANDA, 2006).

Pela sua característica em se evidenciar rica em conteúdo e em profundidade, a pesquisa qualitativa tem-se mostrado atrativa. Contudo, ao empreitar nesse tipo de estudo, o investigador deve ter a clareza de que esse processo consome tempo e energia para desbravar um caminho em meio ao emaranhado de dados coletados (CASSIANI; ALMEIDA, 1999; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.1 MÉTODO

O método de escolha para esta pesquisa é o exploratório mediante o qual se busca solução para as indagações do pesquisador, que denota ser mais do que simplesmente observar e descrever. Investigam-se a sua natureza e a complexidade adjuntas a ela, tornando-se ferramenta valiosa no processo investigativo de questões de áreas novas ou de que se tenha pouca compreensão (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A pesquisa exploratória é aquela desenvolvida em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado ou sistematizado (TOBAR, 2001).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O cenário em que esta pesquisa se desenvolveu foi um Pronto-Atendimento destinado a pacientes adultos de um Hospital Universitário de Grande Porte da cidade de Curitiba-Paraná. Inaugurado em 1961, possui 49.195,80 metros quadrados de área construída, 191 consultórios, 374 ambulatórios e dispõe de 635 leitos distribuídos em 45 especialidades. Nele trabalham 3.471 funcionários, 218 docentes do curso de medicina e, ainda, 228 residentes atendendo um universo populacional regional de 4.128.156 pessoas (Curitiba e Região Metropolitana), sendo realizados em média 2.757 atendimentos/dia, com um índice de 74 internações/dia, perfazendo um total de 745.200 atendimentos ao ano. É o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Paraná, maior hospital do Estado e um dos seis maiores hospitais gerais universitários do Brasil.

Os hospitais universitários são instituições hospitalares públicas ou privadas, que integram a rede própria, contratada ou conveniada ao SUS, certificados pelo Ministério da Saúde e da Educação, que participam na formação de estudantes de cursos técnicos, graduação e pós-graduação e que contribuem com o desenvolvimento científico, avaliação tecnológica e pesquisa.

Constituem importantes espaços de referência da atenção à saúde de alta complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Pronto Atendimento Adulto está vinculado à Unidade de Urgência e Emergência Adulta (UUEA), que se localiza em um prédio anexo ao Hospital. A UUEA é constituída pelas unidades: Pronto Atendimento Adulto (PAA), Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O Pronto-Atendimento se subdivide em três subunidades alocadas em dois andares: Emergência, situada no andar térreo, Observação e Unidade da Dor Torácica (UDT) ambas no primeiro andar.

A escolha do Pronto Atendimento como local para desenvolver esta pesquisa se justifica por constituir a porta de entrada do hospital e, assim, nela encontrar a totalidade da clientela com quadros clínicos variados. Os pacientes admitidos no PAA são referendados pelas Unidades Básicas de Saúde 24 horas da cidade de Curitiba e região metropolitana. Existem aqueles que procuram o serviço por demanda espontânea e que, após serem atendidos pelo Serviço de Acolhimento, não sendo identificada urgência, são encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde 24 horas.

O Serviço de Acolhimento existente no PAA é uma estratégia pertencente ao Programa Nacional de Humanização (HumanizaSUS), que traz como objetivos:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contrarreferência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004, p. 14).

A unidade de Emergência do PAA é uma área crítica de cuidados emergenciais com três leitos e infraestrutura para procedimentos de alta complexidade como entubação endotraqueal de emergência, reanimação cardíopulmonar, cardioversão emergencial, atendimento de pacientes em risco iminente de morte, entre outros. Nesse espaço ainda existem nove boxes que servem como consultórios ou como sala de observação para pacientes para os quais não se tenha previsão de internamento.

A unidade de Observação possui 11 leitos de internação de curta duração para observar a evolução clínica aguda, dos quais, posteriormente, o paciente pode

ser transferido para uma das unidades de internação especializada ou concedida alta hospitalar. No entanto, cabe ressaltar que há casos em que não havendo condições de transferência para outras unidades, o paciente é mantido internado na Observação até a alta hospitalar, que pode levar de 7 a 30 dias.

A Unidade da Dor Torácica (UDT) possui dois leitos femininos e dois masculinos para internamento de pacientes com dor torácica tipo não anginosa, que ali permanecem até que seja descartada a relação da dor apresentada com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) de manejo emergencial, como infarto agudo do miocárdio ou angina instável.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A equipe de enfermagem do PAA é composta de 67 profissionais entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite apresentados no (QUADRO 1) a seguir:

PROFISSIONAL	MANHÃ	TARDE	NOITE
Enfermeiro	02	02	02
Técnico em enfermagem	06	01	05
Auxiliar de enfermagem	20	08	21
Total por turno	28	11	28

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, QUE ATUAM NO CUIDADO DIRETO AOS PACIENTES, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL E TURNO DE TRABALHO

FONTE: O autor (2008)

Os enfermeiros de cada turno são responsáveis pelas três subunidades e utilizam escalas para alocar os técnicos e auxiliares de forma que atendam as três subunidades pertencentes ao PAA. Essas escalas têm a característica de fazer um rodízio dos técnicos e auxiliares, de maneira que a cada plantão eles estejam em uma das três subunidades. Três auxiliares de enfermagem do turno da manhã não atuam no cuidado direto aos pacientes porque são responsáveis pela reposição de materiais de insumos e transporte de materiais à Central de Materiais Esterilizados (CME).

A carga horária semanal da grande parte dos profissionais desse hospital geral, incluindo os de enfermagem, é de 30 horas, sendo que pela manhã e tarde a jornada trabalhada é de 6 h/dia em 5 dias/semana, enquanto o noturno 12 h/noite, intercalando 60 horas de descanso entre os plantões.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão para participar desta pesquisa: ser da equipe de enfermagem do Pronto Atendimento Adulto, atuar no cuidado direto ao paciente e concordar em participar desta pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos três auxiliares de enfermagem por não atuarem no cuidado direto aos pacientes, dois auxiliares de enfermagem e quatro técnicos de enfermagem que se encontravam em férias ou em afastamento para tratamento médico no período da coleta de dados.

O critério de escolha da população a ser investigada na abordagem qualitativa não é numérico, uma vez que a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade de suas diversas dimensões (MINAYO, 2004). A amostragem em pesquisas qualitativas constitui o subconjunto com representatividade no contexto geral da investigação e com potencial de validação científica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Nesta pesquisa, o número de participantes mediante entrevista semiestruturada foi estabelecido levando em consideração os próprios dados obtidos. Com isso, foram entrevistados todos os enfermeiros (seis) e técnicos de enfermagem (sete) e, na sequência, os auxiliares de enfermagem dos três turnos até que o conteúdo das entrevistas, mediadas por leituras flutuantes realizadas pelo pesquisador, satisfizesse o objetivo proposto para esta pesquisa. Deste modo, 27 sujeitos participaram desta pesquisa: seis enfermeiros, sete técnicos e 14 auxiliares de enfermagem.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos para esta pesquisa foram assegurados mediante autorização formal da Direção da Instituição, campo de estudo, para entrevistar os profissionais da equipe de Enfermagem (ANEXO 1). Este projeto foi aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, sob o protocolo com o registro CEP/SD: 614.151.0808, CAAE: 0220. 0.208. 091-08 (ANEXO 2).

Os participantes da pesquisa receberam as informações a respeito de toda a trajetória e objetivos da pesquisa, sendo-lhes facultada desistência a qualquer momento. Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) para assinarem depois de discutir com o pesquisador sobre os detalhes e procedimentos do trabalho, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram codificados pelas letras E, T e A - Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem - seguidas de números arábicos por ordem numérica para cada categoria (E.1, E.2... E.7), (T.1....T.7); (A.1....A.14) não guardando relação com a ordem das entrevistas. Foi utilizado o critério de ordenação dos sujeitos por tempo de serviço na instituição.

4.5 OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados de uma pesquisa são informações obtidas de forma sistemática, que dão subsídio para análise e interpretação dos resultados do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A coleta de dados ocorreu por intermédio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 2), cujo instrumento foi constituído de duas partes: a primeira se destinou à coleta dos dados de caracterização dos sujeitos, categoria profissional, tempo de atuação na instituição, atuação específica em saúde mental, formação completar voltada a saúde mental, sexo, idade.

A opção pela obtenção dos dados pela técnica de entrevista se deu por ser dentre as abordagens para coleta de informações a mais utilizada em pesquisas qualitativas. Consiste na técnica que ocorre mediante o diálogo entre duas pessoas com propósitos bem definidos, que, em um primeiro nível, se caracteriza pela comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, e em outro, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema. Trata-se de uma técnica que faculta ao indivíduo discorrer e informar pessoalmente a respeito de sua situação e, por meio dela, podem-se obter dados

objetivos e subjetivos (MINAYO, 2004).

A entrevista semiestruturada é “baseada no uso de guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas” (TOBAR, 2001, p.101). Por meio dela, podem-se obter dados difíceis de ser conseguidos por outras fontes como censos, estatísticas e registros civis. Ainda pode oferecer a oportunidade de apreender fatos, sentimentos, maneiras de pensar, ideias, crenças, atitudes, enfim, informações mais profundas e abrangentes da realidade. Nessa técnica, existem perguntas abertas e um guia de tópicos que permite aos sujeitos da pesquisa discorrer sobre o assunto proposto, sem respostas preestabelecidas pelo investigador (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2008, em horário de preferência e disponibilidade dos sujeitos. Elas foram marcadas com antecedência e realizadas em sala reservada e indicada pela chefia de enfermagem da unidade. Salvaguardaram-se os critérios de fidelidade e credibilidade, requeridos para atender ao rigor científico e ao anonimato dos participantes. Foi solicitada também aos sujeitos permissão da gravação em fita cassete, que durou em média 35 minutos.

Ao iniciar cada entrevista, ressaltar a importância da participação dos sujeitos e que tudo que fosse dito seria respeitado, não imputando certo ou errado para as declarações. Ao finalizá-las, agradei aos sujeitos pela disponibilidade em participar dessa pesquisa e me coloquei à disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas em relação ao estudo.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, os dados foram tratados mediante a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2000), por ser aquela que com maior rigor analisa o vasto campo da comunicação, o que facilita e enriquece as falas exploradas dos sujeitos.

A Análise de Conteúdo consiste em:

um conjunto de técnicas da análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 2000, p.42).

Dentre os diferentes tipos de técnicas que podem ser adotadas para desenvolvimento da Análise de Conteúdo, encontra-se a Análise temático-categorial (BARDIN, 2000; OLIVEIRA, 2008). Essa modalidade se caracteriza pela contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. “Tema é a unidade com relevante significado que emerge do texto analisado seguindo critérios preestabelecidos e adotados pelo investigador.” Para avaliar os dados utilizando a modalidade temático-categorial, devem-se descobrir os núcleos de sentido presentes nos relatos dos entrevistados, nos quais a presença e a frequência sejam significativas para o objetivo analítico a que o estudo se propõe (BARDIN, 2000, p.77).

A análise temático-categorial organiza-se em volta do processo de categorização que consiste em operação de classificação de elementos pertencentes ao conjunto, por diferenciação e reagrupamento por critérios previamente definidos. As categorias se reúnem em um grupo de elementos sob um título genérico agrupando-os em função dos temas que os representa (BARDIN, 2000).

De forma a sistematizar a análise dos dados obtidos, foram utilizados a técnica e o instrumento de análise propostos por Oliveira (2008), elaborados com base em Bardin por meio dos passos descritos a seguir.

Após a escuta e transcrição na íntegra das entrevistas gravadas, desenvolveu-se a primeira etapa: pré-análise. Nela há a escolha do material a ser analisado, revendo as hipóteses, nesse caso os pressupostos, os objetivos do trabalho e confrontando-os com os documentos que serão interpretados. Nesta etapa foram realizadas as leituras flutuantes, que consistem em várias leituras consecutivas com objetivo de familiarizar-se com o texto e obter maior clareza dos dados que constam nas informações recebidas dos sujeitos mediante as entrevistas (BARDIN, 2000; OLIVEIRA, 2008).

No segundo passo, a Exploração do Material, os dados brutos são lapidados visando ao alcance dos núcleos de compreensão do texto, que realce a ideia central e de interesse do estudo. Nessa etapa, foram iniciados os recortes das unidades de registro (UR), relacionados à sua significação e relevância para o estudo. As UR são unidades de segmentação ou de recorte do conjunto de análise do texto – “são os temas (regra de recorte de sentido e não da forma representada por frases, parágrafos, resumo etc.)”. Para tanto, os temas devem possuir relação com as

unidades de contexto e apresentar significação ao objetivo da pesquisa (BARDIN, 2000; OLIVEIRA, 2008, p. 572).

Unidades de Contexto (UC): são unidades de compreensão da unidade de registro e correspondem ao segmento da mensagem cujas dimensões são maiores do que aquelas da unidade de registro. São segmentos de texto que permitem compreender a significação das unidades de registro, recolocando-as no seu contexto, tratando-se sempre de uma unidade maior do que a UR. Ex. a frase para a palavra, o parágrafo para o tema. (OLIVEIRA, 2008, p.571).

As UR com significação foram associadas e transcritas na coluna 2 do Instrumento 1 elaborado por Oliveira (2008). A partir da identificação dos temas, passa-se à sua quantificação em cada entrevista, denominada no Instrumento como “*corpus*”. Em seguida, os temas identificados e quantificados foram transcritos para o Instrumento 2 (APENDICE 3).

No Instrumento 2 (APÊNDICE 3), os temas foram agrupados, conforme critérios teóricos e definidas as dimensões em que eles aparecem nas entrevistas, e seguidos da quantificação das UR/categoria e da porcentagem que ela representa, de forma a construir as categorias e subcategorias. Para tanto, foram seguidos alguns critérios teóricos para a seleção dos temas nas categorias: homogeneidade (os temas tratam de um assunto em comum); objetividade (os temas pertencentes a uma categoria devem chegar a resultados semelhantes); adequação e pertinência; e importância quantitativa e qualitativa do tema. Um tema, mesmo sem importância quantitativa, mas que seja fundamental para compreender o objeto de estudo ou desvelar dimensões do referencial teórico deve ser considerado na construção das categorias empíricas (OLIVEIRA, 2008).

A terceira etapa se refere ao Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, em que os dados mais relevantes são articulados com a teoria, em que o pesquisador propõe inferências para a interpretação final (BARDIN, 2000; OLIVEIRA, 2008).

Por meio do agrupamento das unidades de significação, foram construídas as categorias e para melhor apresentação dos dados, igualmente foram propostas as subcategorias. Após essa etapa, são discutidas as ideias centrais baseadas nos referenciais teórico-conceituais.

Os temas que surgiram a partir da análise dos dados foram organizados e são apresentados em categorias temáticas e subcategorias no Quadro 2.

	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS
5.2.1	Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento	5.2.1.1	Segurança e proteção ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica
		5.2.1.2	Contenção física e química como medidas de proteção ao paciente
		5.2.1.3	A contenção física como proteção à equipe de enfermagem
5.2.2	O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos	5.2.2.1	A comunicação com o paciente
		5.2.2.2	Cuidados humanizados de enfermagem
		5.2.2.3	Participação da família no cuidado
5.2.3	O cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem		
5.2.4	Preconceito e estigma com relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica		

QUADRO 2 - SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE TRATAM DA APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS
 FONTE: O autor (2009).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste item, inicialmente, é apresentada a caracterização dos sujeitos, seguida pelas categorias e subcategorias (QUADRO 2) que emergiram das entrevistas com os profissionais de enfermagem do Pronto Atendimento do hospital geral. Os dados estão organizados em categorias temáticas, conforme proposto por Bardin (2000).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

SUJEITO	CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO		TURNO DE TRABALHO			TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO	
		M	F	M	T	N	Anos	Meses
E.1	Enfermeiro		X		X		23	02
E.2	Enfermeiro		X	X			14	00
E.3	Enfermeiro		X			X	11	10
E.4	Enfermeiro	X			X		04	07
E.5	Enfermeiro	X				X	04	06
E.6	Enfermeiro		X	X			02	02
T.1	Técnico de Enfermagem		X			X	23	00
T.2	Técnico de Enfermagem	X				X	14	10
T.3	Técnico de Enfermagem		X	X			06	00
T.4	Técnico de Enfermagem	X		X			04	10
T.5	Técnico de Enfermagem		X			X	04	09
T.6	Técnico de Enfermagem		X		X		04	08
T.7	Técnico de Enfermagem		X	X			04	06
A.1	Auxiliar de Enfermagem		X		X		23	00
A.2	Auxiliar de Enfermagem		X			X	14	00
A.3	Auxiliar de Enfermagem		X			X	14	00
A.4	Auxiliar de Enfermagem		X	X			06	00
A.5	Auxiliar de Enfermagem		X	X			05	00
A.6	Auxiliar de Enfermagem		X		X		04	10
A.7	Auxiliar de Enfermagem		X			X	04	10
A.8	Auxiliar de Enfermagem		X	X			04	10
A.9	Auxiliar de Enfermagem		X			X	04	10
A.10	Auxiliar de Enfermagem		X		X		04	09
A.11	Auxiliar de Enfermagem		X			X	04	09
A.12	Auxiliar de Enfermagem		X			X	04	09
A.13	Auxiliar de Enfermagem		X	X			04	08
A.14	Auxiliar de Enfermagem	X			X		02	10

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, TURNO DE TRABALHO E TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO

FONTE: O autor (2009).

Dos 27 sujeitos desta pesquisa: seis são enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem. Em relação ao gênero, cinco sujeitos são do sexo masculino e 22 do feminino, o que confirma a predominância feminina no exercício da Enfermagem. O maior número de mulheres em relação aos homens atuando na Enfermagem remonta à própria história da profissão e do Brasil. As pessoas que exerciam a Enfermagem nos hospícios brasileiros da segunda metade do século XIX eram a maioria do sexo masculino, devido às características do trabalho voltadas à manutenção da ordem. Para tanto, a força física dos homens era considerada imprescindível para a atuação dos enfermeiros no cuidado aos loucos nos primeiros hospícios brasileiros, pois:

um enfermeiro de alienados deveria casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discricção e caridade e uma certa espera intelectual para entender o médico e o doente. Deve ser um homem probo, ativo, zeloso, inteligente e com longa experiência. Sem esquecer de exaltar as qualidades físicas de robustez e força para o pleno exercício das tarefas para ele determinadas pelo hospício do século XIX (MIRANDA, 1994, p.88).

Em 1923, houve a criação da Escola Anna Nery, a primeira formadora de enfermeiras sob os moldes “naghtingaleano” e que instruía somente mulheres. Concomitante a essa época, mais precisamente em 1919, iniciaram-se as lutas feministas que visavam a conquistas sociais e políticas, culminando com a criação da Liga para Emancipação Intelectual da Mulher no Brasil. Isso proporcionou maiores condições às mulheres de se profissionalizar, e a Enfermagem era uma opção bastante válida. Dessa forma, o número de mulheres foi se ampliando e em 1985, segundo dados estatísticos disponibilizados pelo Conselho Federal de Enfermagem e pela Associação Brasileira de Enfermagem, 94,1% dos profissionais atuantes na Enfermagem eram do gênero feminino. Atualmente há pequena elevação no quantitativo de homens na Enfermagem, mantendo o caráter “feminino” da profissão (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006; PEREIRA, 2008).

Quanto à distribuição por turno de trabalho: nove são da manhã, sete da tarde e 11 do noturno. Desses, 14 têm em torno de cinco anos de trabalho na instituição, 12 variando entre seis e 23 anos e apenas dois sujeitos têm aproximadamente dois anos. O tempo de serviço se repete em igual tempo para vários sujeitos, isso se justifica pela instituição ser pública e o seu quadro funcional contratado por intermédio de concursos públicos.

Dentre os participantes da pesquisa, somente um trabalhou em hospital psiquiátrico de internação integral por três meses, e a maioria referiu ter contato com a temática saúde mental exclusivamente na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica nos cursos de formação.

5.2 AS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS

Foram identificadas 654 unidades de registro com significação para o estudo, que subsidiaram a construção das categorias e subcategorias empíricas (QUADRO 4).

ITEM	CATEGORIAS	nº e % UR / CATEGORIA
5.2.1	Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento	247 UR 37,77%
5.2.2	O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos	236 UR 36,08%
5.2.3	O cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem	146 UR 22,32%
5.2.4	Preconceito e estigma com relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica	25 UR 3,83%

QUADRO 4 – CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS EMPIRICAS: QUANTIDADE E PERCENTAGEM DAS UNIDADES DE REGISTRO POR CATEGORIA

FONTE: O autor (2009).

A categoria a seguir é composta por 247 unidades de registro, que equivalem a 37,77% do total de 654 unidades identificadas e analisadas a partir das

entrevistas com os sujeitos. Nela estão presentes as subcategorias: preocupação da equipe de enfermagem em proporcionar segurança ao paciente; Contenção física e química como medidas de proteção do paciente; e A contenção física como proteção à equipe de enfermagem na abordagem ao paciente.

5.2.1 Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento

De acordo com o relato dos sujeitos, foi possível constatar que os cuidados desenvolvidos ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica têm enfoque generalista e técnico baseado em procedimentos. Os sujeitos mencionaram que o cuidado é prestado de igual modo a todos os pacientes, independentemente de apresentarem ou não transtorno mental, expresso como cuidado geral. Relataram que dão maior ênfase aos cuidados denominados 'básicos' como, por exemplo, conforto, administração de medicações, medidas de segurança e auxílio na deambulação:

“O que eu tento fazer é o máximo (...) prestar o cuidado na parte técnica que eu sei” (E.4).

“Atendo igual (...) se tem que levar ao banheiro, se tem medidas de conforto assim, é igual aos outros” (A.10).

“O meu cuidado é geral, aqui não tem muitos cuidados específicos para o paciente psiquiátrico, que tem algum distúrbio” (A.3).

“Os cuidados que faço para ele [paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica] são os que eu faço para qualquer outro” (T.7).

“(...) é o mesmo cuidado que você tem que ter com os outros: ter cuidado com quedas, medicações, coisas básicas assim” (A.13).

Houve referência de um sujeito sobre a distinção entre patologia clínica e psiquiátrica, em que a primeira é considerada doença normal em relação à segunda. Enfocaram ainda que não prestam cuidados específicos ao paciente em questão devido à falta de ‘informações’ em saúde mental e de uma vivência maior junto àquela clientela:

“Para ela [referindo-se a uma paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica] não tinha cuidados maiores, era cuidado como outras doenças normais, não tinha nenhum cuidado específico. É bem isso, eu acho que muitos de nós aqui do PA, a gente não tem muita vivência com paciente psiquiátrico, então a gente sabe os cuidados básicos: levantar as grades, conter, medicação nos horários certos, do jeito que ele toma em casa. Mas um cuidado especial a gente não sabe não é nossa realidade aqui no PA” (A.11).

“meu cuidado não é direcionado para o tratamento específico psiquiátrico” (E.3)

“Não é diferenciado o cuidado que damos ao paciente em geral e o paciente clínico-psiquiátrico, porque devido à falta de informação não tem muita diferença” (A.3).

A Enfermagem é a profissionalização do cuidado humano que visa a elevar as condições de saúde do indivíduo ao seu melhor patamar. Para tanto, prima por fundamentar suas ações em bases científicas, bem como refletir sobre sua prática, principalmente no campo clínico visando à transformação e à evolução do seu fazer. A referência dos sujeitos aos cuidados técnicos está na relação da Enfermagem com o reconhecimento de seu aspecto prático, uma vez que a maior parte de suas ações se centra no desenvolvimento de procedimentos (WALDOW, 2007; 2009).

Assim, diferentemente do que foi exposto pelos sujeitos nos relatos anteriores, o cuidar deve distanciar-se da compreensão da simplicidade do “fazer por fazer”, pois ele não se concretiza em um padrão único de procedimentos e técnicas. Cada pessoa deve ser cuidada de forma diferente umas das outras, visto que cada ser humano é único com particularidades que devem ser consideradas no momento do cuidado (WALDOW, 2008).

O profissional de enfermagem deve compreender que o ser humano é formado de dimensões que contemplam ao mesmo tempo os aspectos biológicos,

psíquicos, sociais e espirituais, que devem ser considerados no processo de cuidar (WALDOW, 2007; 2009).

O cuidado, ainda, pode ser entendido como um fenômeno relacional, existencial e contextual. Desse modo, deve-se atentar que cada ser humano possui subjetividades, crenças, valores, ideias, bem como sua história de vida e relação com a sociedade (WALDOW, 2008; BAGGIO, CALLEGARO, ERDMANN, 2008). O fenômeno existencial se expressa ao conceber o ser cuidado como humano e carecedor de cuidados, o contextual é entendê-lo em suas várias dimensões e o relacional diz respeito às interrelações com o ambiente e com os outros seres humanos (WALDOW, 2008).

Prestar o cuidado centrado na técnica e procedimentos como relatado pelo sujeito E.4, pode configurar-se na mecanização do processo de cuidar. A rotinização e a mecanização do cuidado na Enfermagem centrada em procedimentos tendem a inibir a percepção dos profissionais às questões além do físico-biológico e acabam por excluir as possibilidades de que, por meio da comunicação e interação possa-se visualizar como o indivíduo se comporta, o que ele sente e pensa (SOUZA; SILVA; NORI, 2007). No entanto, é importante que os profissionais de enfermagem possuam conhecimento científico e destreza técnica, visto que eles são elementos essenciais para transmitir confiança ao paciente no momento de cuidar (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008).

Com o advento da modernidade, da tecnologia de ponta e da evolução no campo técnico-científico há, concomitantemente, o surgimento de diversas inovações tecnológicas utilizadas nos serviços de emergências. Elas têm auxiliado no processo de trabalho da Enfermagem, por outro lado, deve-se ter a compreensão de que os aparatos tecnológicos não podem transmitir sentimentos, que são próprios dos humanos. O profissional de enfermagem deve dispor-se em favor do cliente a fim de evitar o distanciamento que os equipamentos tecnológicos podem proporcionar se não forem bem utilizados. Um exemplo prático consiste na situação em que um monitor multiparamétrico esteja instalado no paciente e o profissional não necessita tocá-lo para mensurar seus sinais vitais, prejudicando os aspectos interacionais e comunicacionais entre os envolvidos (CROSSETTI *et al.*, 2000).

O processo comunicacional como mediador da interrelação entre as pessoas é instrumento essencial para o trabalho da Enfermagem em saúde. É por meio da comunicação que a equipe de enfermagem compreende os aspectos relacionados à

vida cotidiana do paciente, o que por vezes dá sustentação às ações a serem desenvolvidas (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

O sujeito A.3 refere desenvolver os cuidados básicos e gerais, devido à falta de informação sobre cuidados específicos ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrico. Entretanto, cabe ressaltar que as necessidades psicossociais das pessoas bem como o atual sistema de saúde do nosso país exigem que os profissionais de enfermagem desenvolvam visão crítico-reflexiva voltada à realidade individual e coletiva da população. Para tanto, é necessário conhecimento e respeito aos direitos humanos e sociais, assim como a importância da troca de experiências entre enfermeiro-pessoa-família para subsidiar o planejamento, a gerência e o desenvolvimento do cuidado (RIVERA ÀLVAREZ; TRIANA, 2007).

Ao contrário do que foi exposto pelos sujeitos ao referirem que os cuidados são gerais e iguais para todos os pacientes, a Enfermagem deve prestar os cuidados centrados nas necessidades de saúde de cada pessoa, considerando todas as suas dimensões, especificidades de cuidado e subjetividade e deixar de lado as atitudes que generalizam e despersonalizam o ser humano superando, assim, o paradigma biomédico e o tecnicismo (MARQUES; LIMA, 2008). O homem é um ser em constante evolução e à medida que isso ocorre, há mudanças em seus aspectos psicossociais e culturais. Nessa perspectiva, as ações desenvolvidas pela Enfermagem não podem ser estáticas e padronizadas, deste modo os profissionais de enfermagem devem esforçar-se em consumir e produzir conhecimentos novos sobre o cuidado humano, refletindo e inovando sua prática (WALDOW, 2008).

Os sujeitos reconheceram que o cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento tem sido desenvolvido de modo a dar suporte às necessidades clínicas e não contemplam as necessidades psíquicas:

“O paciente que vem aqui não tem o manejo adequado para ele, o paciente psiquiátrico. A gente só consegue fazer a abordagem clínica. A gente consegue atendê-lo na parte da intercorrência clínica. Na parte da intercorrência psiquiátrica, eu acho que fica muito a desejar. A gente não consegue abordá-lo de uma forma adequada” (E.5)

“Então ele vai melhorar a parte clínica, mas na parte psiquiátrica, eu me sinto muito longe [...] Sinto que está fora do meu alcance” (A.7)

A unidade de urgência e emergência é um serviço de saúde que apresenta complexidade nas ações que são desenvolvidas, o que influencia as relações humanas e o processo de cuidar. Assim, corroborando o que foi exposto pelos sujeitos nos relatos anteriores, os profissionais dos serviços de emergências tendem a focar sua atenção nas dimensões biológicas, com pouca consideração à totalidade do ser humano, o que, conseqüentemente, leva à fragmentação do cuidado (CROSSETTI *et al.*, 2000; BAGGIO, CALLEGARO, ERDMANN, 2008).

À medida que a fragmentação do cuidado surge nos serviços de saúde, as atitudes dos profissionais culminam no distanciamento entre o cuidador e o ser cuidado, na falta de responsabilidade sobre o cuidado individualizado, no descaso diante das queixas e sofrimento do paciente, na impessoalidade e desumanização (MARQUES; LIMA, 2008).

Em serviços de emergências, há de se levar em conta diversos fatores que elevam a dinamicidade e o grau de complexidade e de estresse no processo de trabalho da equipe de enfermagem como pacientes com doenças graves e em risco de morte, maiores demanda de cuidados, escassez de recursos humanos e materiais. Contudo, as ações de enfermagem necessitam que sejam desenvolvidas com qualidade, eficiência e eficácia (SOUZA; SILVA; NORI, 2007; BAGGIO, CALLEGARO, ERDMANN, 2008).

No Pronto Atendimento é preconizado que exista rotatividade dos pacientes para atender a grande demanda que necessita dos serviços prestados naquele local. Assim, uma vez sanadas as necessidade emergenciais do paciente é concedida a alta hospitalar. Contudo, se ele ainda inspirar cuidados deve-se mantê-lo em observação no Pronto Atendimento até no máximo 72 horas e, a partir disso, encaminhá-lo a uma outra unidade de internação ou conceder alta hospitalar (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Entretanto, percebeu-se no campo de pesquisa que devido a algumas dificuldades de disponibilidade de leitos nas unidades de internamento, os pacientes acabam por permanecer além desse período nos leitos de observação do Pronto Atendimento. Mas, esse fator não impede a condução das terapêuticas médicas e do cuidado de enfermagem. No estudo desenvolvido por Campos e Teixeira (2001),

verificou-se que a equipe de enfermagem sente dificuldades em desenvolver o cuidado quando o paciente apresenta algum sinal ou sintoma relativo às psicopatologias, o que promove por vezes um distanciamento entre o cuidador e o ser cuidado, corroborando o que foi relatado anteriormente pelos sujeitos E.5 e A.7.

Assim, ressalta-se que quando o cuidado de enfermagem está centrado no biológico, nos sinais e sintomas de doenças e nas ações curativas do corpo sem dar a devida importância aos aspectos psicossociais, espirituais e interacionais, inevitavelmente, conduz às ações que não atendem plenamente as necessidades do indivíduo. Deste modo, percebe-se o fortalecimento da visão biologicista e do modelo biomédico (SILVA *et al.*, 2002; BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008). Nesse modelo, há a tendência dos profissionais de saúde em focar suas ações nas técnicas, procedimentos e no corpo anátomo-biológico, em que o tecnicismo e o cuidado mecanizado assumem papel relevante nas práticas dos profissionais da área da saúde (CROSSETTI *et al.*, 2000; MARQUES; LIMA, 2008).

5.2.1.1 Segurança e proteção ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica

Apreendeu-se nos relatos dos sujeitos a preocupação em oferecer proteção aos pacientes para evitar outros agravos e citaram retirar estímulos externos como álcool, promover medidas que evitem o uso errôneo e excessivo de automedicação pelos pacientes e protegê-los contra queda do leito ou da maca. A maioria dos sujeitos relatou que os cuidados de segurança que desenvolvem aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica são voltados à proteção da integridade física:

“(...) e evitar que ele corra risco de queda, de tomar alguma medicação que ele traga consigo e faça uso indiscriminado. Tirar o álcool que fica no Box e que de repente ele pode, num momento de descuido, fazer uso desse álcool” (E.3).

“Em primeiro lugar você tem que preservar a segurança do paciente, quando ele chega aqui (...). Dentre os cuidados de maior relevância está a segurança do paciente (...). Que o paciente quando chega [no PA] naquele surto, a primeira coisa que você faz é pela segurança” (T.2).

“Mas os cuidados de enfermagem são: manter a integridade do paciente, tanto a física como a que ele possa se manter calmo” (E.3).

Historicamente, a proteção das pessoas com transtorno mental foi prerrogativa para muitas medidas, que teoricamente seriam para o seu bem. Entretanto esse intento, em meio aos anos, conduziu os loucos à exclusão, desconsideração e negação de seus direitos de cidadão, como ocorreu na institucionalização e medicalização da loucura (SILVA, 2007).

Ao instituir a clínica psiquiátrica no final do século XVIII, Philippe Pinel (1745-1826) defendia uma nova visão relacionada à loucura, a fim de dar maior proteção aos “loucos”. Dentre as ações mais importantes, estava a ‘libertação’ dos doentes mentais dos porões e das correntes de ferro. Entretanto, sua proposta era acrescentada pelo modelo de tratamento psiquiátrico em regime de isolamento nos manicômios, defendida pela premissa de que era necessário proteger o louco do mundo exterior e da sociedade (AMARANTE *et al.*, 2003; SILVA, 2007).

Para Pinel, a loucura consistia em um distúrbio da razão e o louco um alienado mental recuperável, uma vez que, ao afastá-lo das causas dessa alienação, o médico conseguiria corrigir seus hábitos e lhe dar a cura. As causas da alienação poderiam ser os vícios, a ociosidade, a falta de regras na vida cotidiana, as paixões, a promiscuidade da vida social. Para que o louco pudesse ser curado, precisava ser protegido pelo isolamento, que o distanciasse dessas causas (AMARANTE *et al.*, 2003; SILVA, 2007).

A partir da disseminação dessas ideias, iniciou-se um crescimento desenfreado dos manicômios e hospícios por toda a Europa. No início do século XIX, as propostas de Pinel chegaram ao Brasil culminando com o movimento incentivado pela recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, cujo lema era “Aos loucos, o hospício” e que objetivava a retirada dos doentes mentais dos cárceres e dos porões da Santa Casa de Misericórdia. Assim, em 1853, foi inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro hospício do Brasil, o Pedro II. Porém, o motivo principal da institucionalização dos doentes mentais no Brasil foi a urbanização das cidades, em que havia a necessidade de retirá-los das ruas, transferindo-os para um local em que não ficassem à vista da sociedade (BRASIL, 2004a).

Nessa perspectiva, a importância da proteção no modelo manicomial não significou o emprego de medidas expressivas e adequadas voltadas à promoção da saúde mental das pessoas. A imagem de proteção externada pelos sujeitos nas falas anteriores está vinculada ao pensamento de que a pessoa com transtorno mental é perigosa, agressiva, furiosa e sem condições de autocontrole e em algumas situações comparada a um animal selvagem. Destarte, precisava ser protegida de sua ferocidade e animalidade, devendo ser submetida às inúmeras formas de restrições por força físicas, sem ser avisada previamente, sem consentimento ou tentativas de medidas alternativas para abordá-la (SILVA, 2007).

Cabe fazer a ressalva que todos os pacientes que adentram os serviços de saúde e que estão sob os cuidados dos profissionais de enfermagem devem receber proteção e segurança, uma vez que a exposição a riscos são reais. Há grupos específicos de pacientes que precisam de maior atenção quanto à segurança dentre eles: crianças, idosos, deficientes físicos, pacientes com alteração de conduta e agitação psicomotora (TIMBY, 2001). Assim, percebe-se que não são somente os pacientes com transtorno mental que devem ser foco de preocupação quanto a receber cuidados que garantam sua segurança pela equipe de enfermagem.

Nos relatos a seguir, os sujeitos demonstraram a preocupação com os sintomas psíquicos apresentados pelo paciente, e A.11 o caracteriza como aquele que tem sérios problemas e necessita de cuidados constantes. Existe ainda a generalização pelos sujeitos dos sinais e sintomas que podem ser apresentados pelos pacientes com comorbidade psiquiátrica como a confusão mental, agitação, agressividade e a potencialidade de oferecer riscos de autoagressão. Por outro lado, eles reconheceram que o paciente precisa ser cuidado de forma intensiva, o que consideram tarefa difícil. Com isso, mencionaram que para os pacientes agitados deve-se ter a atenção redobrada de maneira que eles não extraiam sondas, drenos e cateteres, que possuem e dão suporte ao tratamento clínico:

“Eu acho que a parte do cuidado de enfermagem é ver se esse paciente está com grades levantadas, sempre tá atento se ele não está com nenhuma alteração de conduta, atento ao paciente agitado, mesmo com medicação. (...) o cuidado para ele não se machucar, porque o paciente psiquiátrico é um paciente com sérios problemas. Eu acho que é mais o cuidado

de tá protegendo ele mesmo. Eu acho que o paciente psiquiátrico tem que ter um cuidado constante”. (A.11).

“É mais na parte dele não se machucar. É um paciente que vai estar se batendo, se machucando, vai arrancar o acesso venoso, tudo. Vai estar confuso, vai querer tomar álcool. Por isso, não deixar nada ao alcance desse paciente, não deixar coisas perigosas ao alcance dele, principalmente se ele estiver sozinho (...) aqui precisa cuidar em dobro, porque ele tem o acesso venoso, ele tem os remédios e a gente precisa cuidar. É um paciente clínico, mas também é psiquiátrico, é um paciente confuso, arranca isso, arranca aquilo, se joga pela janela, se machuca, toma álcool. Não é fácil” (T.7).

“(...) nós teríamos que ter algum tipo de medicações sedativas específicas, para diminuir essa agressividade, essa violência que ele possa apresentar no momento, até para os cuidados pessoais dele mesmo. Para evitar traumas e lesões corporais no paciente” (E.1).

Os sintomas citados pelos sujeitos A.11, T.7 e E.1 para descrever a pessoa com transtorno mental apresentam generalizações de forma a entender que todos os pacientes são agressivos e agitados. A relação entre as pessoas com transtorno mental e agressividade, violência e perigo tem sido transferida de geração a geração e, ainda, se mantém no imaginário social e de alguns profissionais da saúde (SADOCK; SADOCK, 2007). Nas falas anteriores, pôde-se apreender a preocupação dos sujeitos com a agressividade, a agitação e confusão mental que eventualmente o paciente apresente e, conseqüentemente, com a necessidade de empregar medidas de restrição física ou sedação como medidas de proteção.

Apesar de estudos revelarem que poucos são os pacientes com transtorno mental que realmente apresentam comportamento agressivo e violento, esta é uma preocupação presente no dia a dia dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados a essa clientela, seja em serviços especializados ou não (FRIEDMAN, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007; PAES, 2009).

A administração de medicação com intuito de sedar o paciente foi citada como um dos recursos utilizados para mantê-lo calmo e em segurança. Há ainda menção a que esses talvez pelo seu estado de saúde mental não consigam gerenciar a ingestão da dose certa de medicação em casa, o que torna importante a administração correta de medicamentos pela equipe de enfermagem enquanto o

paciente estiver sendo cuidado no Pronto Atendimento. Um dos relatos externou a inquietação do profissional em administrar a medicação sedativa para diminuir a agressividade que o paciente venha a apresentar e, conseqüentemente, oferecer segurança a ambos.

Percebeu-se que a prescrição médica e a terapêutica medicamentosa têm sido os norteadores dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica. Não foram mencionadas ações autônomas da equipe quanto ao cuidado, inclusive sendo referido que em situações de emergências os cuidados ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica são realizados sem conhecimento:

“Outro cuidado seria na questão de você avaliar a medicação, que é feita. É um cuidado que a gente acaba fazendo, a dose certa. Geralmente eles acabam tomando medicamento [em casa] um pouco mais ou um pouco menos” (T.2).

“Primeiro eu sigo a prescrição médica e quando a gente vê que tá muito grave o caso dele, muita agitação, tem que ir até ao médico para ter uma orientação melhor” (A.2).

“(...) chega um paciente psiquiátrico e daí que acaba sendo aquele corre-corre, assim da gente fazer as coisas por fazer, mas não que a gente saiba o que realmente a gente está fazendo” (T.5).

As várias referências dos sujeitos sobre a administração de medicamentos e seguir a orientação e prescrição do médico são atitudes que remontam à história da psiquiatria, fortemente presente a partir da medicalização do hospício. Com a entrada da clínica médica nos hospitais gerais e o surgimento dos manicômios, a loucura passou a ser objeto da medicina. Inicialmente, a psiquiatria clássica esteve às voltas do louco a fim de codificar os fenômenos psíquicos relacionando-os com as disfunções orgânicas, intervindo sobre eles por meio do uso de variadas formas de tratamento como, por exemplo, o moral e físico (AMARANTE *et al.*, 2003; GUARIDO, 2007).

A partir da segunda metade do século XX, iniciou-se o processo de aceleração do desenvolvimento técnico-científico no mundo todo e, assim, a farmacologia começou a produção em larga escala das primeiras drogas psicotrópicas. Com isso, há um deslocamento das ações da psiquiatria dos modos

de tratamento moral e físico para as terapias farmacológicas. Nos últimos anos, a psiquiatria contemporânea tem lançado mão de uma gama de pesquisa relacionando as psicopatologias com disfunções cerebrais. Dessa forma, têm-se a naturalização das doenças e a subordinação das pessoas à bioquímica cerebral e a defesa da ideia que somente pelo uso regular de medicamentos haverá melhora nos quadros psicopatológicos (GUARIDO, 2007; CARNEIRO, 2008).

Por outro lado, o modelo psicossocial preconiza a promoção da integralidade e integração dos cuidados. Compreendem-se por integralidade a inclusão de todas as dimensões humanas e a integração pela articulação das várias formas de cuidado pelos diferentes profissionais de saúde, cada um em sua área específica, mas focado nas necessidades do paciente. Dessa forma, o espaço de cuidado às pessoas com transtorno mental deve possuir uma equipe multidisciplinar, da qual a Enfermagem é parte integrante (AMARANTE *et al.*, 2003; JORGE *et al.*, 2006).

5.2.1.2 Contenção física e química como medidas de proteção ao paciente

As medidas que foram citadas pelos sujeitos para proteção e segurança do paciente são, essencialmente, a contenção física e/ou química. Um dos sujeitos foi enfático em relatar que quando se pensa em paciente psiquiátrico, de imediato ele é relacionado com a contenção física e química:

“Porque a gente quando pensa em paciente psiquiátrico só pensa em medicação e contenção” (T.5).

“Eu acho assim, que a gente que trata desses pacientes, a gente tende mais a querer que esse paciente esteja contido e geralmente a gente o contém. Geralmente o tratamento é com contenção e com drogas. Para paciente que está em crise, além da administração de medicamentos, a gente tenta fazer uma contenção (...)” (A.10).

“Ah, vamos conter, fazer a contenção (...). Geralmente você não está sozinho, então segura, amarra, faz a contenção, é esse tipo de cuidado, mas nada de específico. Além de medicar, depende ali do paciente, o que ele está apresentando na hora, que tudo é do momento” (A.6).

Da Antiguidade até a atualidade, foram utilizados verdadeiros arsenais de instrumentos para conter o louco como correntes e cinturões de ferro, algemas, grilhões, cordas, camisa de força, celas-forte, coleiras de couro, lençol de couro, faixas de tecido, entre outros (PAES, 2007).

A contenção física é um procedimento utilizado nos serviços de saúde mental, mas também na clínica geral. A relação do portador de transtorno mental com a contenção física remonta há anos da história da loucura. Nas concepções mítico-religiosas da Antiguidade, o louco ora era instrumento de Deus, ora do diabo, mas, em ambas as situações, a figura de ferocidade era lhe atribuída, a qual devia ser contida pelos grilhões de ferro ou por aprisionamento nos porões dos castelos (PAES, 2007).

Na Idade Média, a loucura era compreendida como consequência da relação conflituosa entre o homem e a divindade, que gerava castigos devido às faltas morais e pecados cometidos. A doença podia ainda ser provocada pela possessão de um espírito maligno no organismo do indivíduo ou pela evasão da alma do corpo da pessoa. Assim, as famílias que possuíam pessoas com transtorno mental utilizavam artifícios para isolá-las e contê-las em suas casas e, dessa forma, evitar que a sociedade as vissem e, conseqüentemente, relacionasse a doença com castigo por pecados cometidos (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001; PAES, 2007).

Com a Renascença e o mercantilismo, a loucura passou a ser considerada como ociosidade e preguiça e o louco um ser improdutivo. Assim, aqueles que se encontrassem perambulando pelas ruas eram passíveis de aprisionamentos em cadeias e porões dos castelos, por constituírem ameaça e problema moral para a sociedade (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).

Ao institucionalizar a loucura, a partir do século XVIII, além da reclusão nos espaços próprios para os loucos, os atos de restrição foram intensificados, uma vez que se necessitava manter a ordem nos hospícios e manicômios. Sua utilização visava a dominar o louco pela força em momentos de crises e submetê-lo à vontade daqueles que os atendiam. Nessa perspectiva, a contenção física é um dos ícones mais representativos do modelo manicomial, pois os procedimentos restritivos foram utilizados como formas de punição, quando os loucos se apresentavam agressivos, indisciplinados ou resistentes aos tratamentos oferecidos (SILVA, 2007). Percebe-se pelo relato do sujeito T.5 que esse ícone mantém forte relação com os pacientes com transtorno mental.

Nas instituições psiquiátricas, existiam as pessoas com a função específica de realizar procedimentos restritivos, os “enfermeiros”. Eram trabalhadores de mão de obra barata com pouca instrução e que tinham função de manter a ordem nos hospícios e, para tanto, utilizavam a força física e contenções físicas. Neste contexto, até nos dias atuais a contenção tem sido considerada prática da equipe de enfermagem na área de saúde mental (PAES, 2007; PAES *et al.* 2009).

À medida que houve evolução nas práticas em saúde mental, principalmente aquelas impulsionadas pela reforma psiquiátrica, passaram a existir novos serviços de tratamento para pessoas com transtorno mental paralelamente à diminuição dos leitos em espaços típicos de modelo asilar manicomial (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001). Com a aprovação da Lei 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial às pessoas com transtorno mental, surgiram espaços para discussão sobre as práticas na área de saúde mental, as quais devem ser desenvolvidas em ambiente e com medidas menos invasivas e restritivas possíveis (PAES *et al.*, 2009; SILVA 2007).

Contudo, nota-se que as medidas de contenção física são procedimentos que se mantêm na prática tanto de hospitais clínicos quanto nos serviços de saúde mental e, que em algumas vezes, são utilizadas sem critérios preestabelecidos, o que está em consonância com a fala do sujeito A.10 em referir sobre a tendência que os profissionais de enfermagem têm em querer que o paciente com transtorno mental se mantenha contido. Isto porque na concepção de alguns profissionais de enfermagem, como se constata nos relatos anteriores, o portador de transtorno mental sempre agride, se agita, perde o controle e não consegue se acalmar, mesmo quando se utilizam abordagens comunicacionais e por isso deve ser contido e sedado. Alguns estudos mostram a existência de alta prevalência de utilização de medidas restritivas na prática clínica nos Estados Unidos e países da Europa. Os pacientes com maior percentual de contenções são os idosos com confusão mental e/ou transtorno mental (HAMERS; HUIZING, 2005; HUIZING *et al.*, 2007; FENG *et al.*, 2009).

A contenção física pode ser utilizada de forma terapêutica, porém requer atenção para evitar sua banalização. É um recurso que deve ser utilizado após a tentativa de outras formas de abordagens que se mostraram insuficientes para o manejo dos episódios de agitação ou agressividade, como a abordagem verbal (PAES, 2007; PAES *et al.*, 2009).

Alguns profissionais de saúde denominam a contenção física erroneamente, como amarrar ou prender, termos presentes na fala do sujeito A.6. Porém, trata-se de procedimento terapêutico de contenção física e não um ato agressivo, desumano, antiético e grosseiro de amarrar pessoas. Contudo, observa-se que é comum tanto em hospitais clínicos quanto psiquiátricos o uso equivocado do termo “amarrar o paciente” ao invés de “conter o paciente” (PAES, 2007).

Em um estudo que faz uma análise da Lei nº 10.216/01, Silva (2007) mostra-se contrária à contenção física de pessoa com transtorno mental tanto na prática clínica, quanto na psiquiátrica, uma vez que não a considera medida de cuidado em saúde. Para sustentar sua opinião, ela se reporta à história da psiquiatria e à relação com as práticas restritivas e explicita que esses procedimentos são os que mais apresentam “dificuldades em se justificar, tanto na perspectiva médica quanto da jurídica”. Por outro lado, considera como ideal o uso da comunicação como intervenção sobre episódios de agitação e agressividade, haja vista que por intermédio desta forma de intervenção não existe violação da vontade, pois há o consentimento do paciente e se desenvolve sem traumas e, dessa forma, pode-se configurar como cuidado (SILVA, 2007, p. 28).

Houve a inquietação em dar conforto na contenção física no leito para evitar outros agravos. O sujeito E.2 entendeu que a contenção, algumas vezes, é utilizada como uma forma de uso de poder do profissional sobre o paciente:

“É fazer, melhorar o conforto, contê-lo para que não se machuque e tentar melhorar o máximo possível do conforto dele, para que ele não tenha danos físicos e mais danos psiquiátricos (...). É assim que eu vejo o papel da enfermagem nos cuidados gerais de contenção sem machucar, a medicação” (A.10).

“Um cuidado principal seria pela agitação cuidar para que eles não se machuquem, desde fazer uma contenção, tem que cuidar ali na contenção para ver se não vai tracionar e para que ele não fique se batendo, tem que se proteger. O mínimo de conforto que você deixaria para ele, que se ele se bater para ele não se machucar, para ele não fazer lesões” (A.2).

“Eu acho que a contenção do paciente é (...) é a agressividade da equipe em resposta à agressividade do paciente, pela ignorância, muitas vezes” (E.2).

O uso de contenção física deve receber cada vez mais atenção dos pesquisadores, instituições e do governo. Questões como conforto durante o período de contenção, razões que levam o paciente a ser contido, a eficácia e a consequência de seu uso devem ser abordadas de forma mais ampla pela literatura e com maior abrangência nas discussões da área de saúde mental e também na clínica geral (PAES *et al.*,2009).

Um estudo de revisão de literatura realizado por pesquisador norte-americano referente à eficácia clínica da contenção física e isolamento concluiu que tais procedimentos são eficazes na prevenção de agravos em situações de agitação do paciente, por outro lado pode apresentar efeitos deletérios físicos e psicológicos quando realizados com características coercitivas (FISHER⁸, 1994 *apud* CURRIER; ALLEN, 2000).

Em outro estudo mais recente de revisão de literatura sobre contenção física desenvolvida pela Cochrane, a estratégia de busca rastreou 2155 citações, em que 35 estudos foram analisados. Concluiu-se que destes nenhum possuía teor científico nos moldes da MBE (medicina baseada em evidência) por serem estudos de abordagem qualitativa. A conclusão, bem ao estilo das revisões da Cochrane, é lacônica: não há evidência científica do benefício destas técnicas e, portanto, devem ser questionadas e produzidos novos estudos conduzidos por ensaios clínicos controlados e randomizados (SAILAS; FENTON, 2005).

No Brasil inexistente legislação de Enfermagem que regule as medidas de contenção física para pessoas com transtorno mental. Após a adoção de medidas restritivas, deve-se realizar a anotação de enfermagem no prontuário do paciente, visto que ele é considerado um documento legal e pode servir de material de evidências a questionamentos administrativos, judiciais e/ou pelo conselho profissional (TIMBY, 2001). Para lançar mão desse procedimento, deve-se ter justificativa plausível, portanto, a documentação deve incluir uma descrição do

⁸FISHER, W.A. Restraint and seclusion: a review of the literature. **American Journal of Psychiatry**. v.151, p.1584-91, 1994.

evento que levou ao uso das medidas de contenção, as alternativas tentadas ou consideradas e o comportamento do paciente que justifique a ação e, igualmente, como ocorreu o cuidado desenvolvido (STUART; LARAIA, 2002).

Os sujeitos reiteraram a pessoa com transtorno mental como perigosa e o sujeito T.6 descreveu o paciente como que sempre em surto e que em ambos os casos deve ser contido no leito. Demonstraram a tendência de que ao se deparar com o paciente com comorbidade psiquiátrica no Pronto Atendimento, de imediato deve-se fazer a contenção física com a justificativa de protegê-lo:

“Se ele é perigoso, eu tenho que conter para depois medicar, para não ter risco dele se machucar, não sair por aí e se machucar, não cair da cama, ou fugir ou agredir” (T.1).

“Contê-lo e fazer a medicação, sempre chamando o médico rápido quando eles estão muito agitados. (...) Ele sempre está em surto, então é mais contenção e medicação sedativa” (T.6).

Nas falas anteriores dos sujeitos T.1 e T.6, apreendeu-se que o estigma da figura do louco violento que ainda se encontra arraigado no imaginário popular, também está na de alguns profissionais de saúde. Assim, esses profissionais compreendem que independentemente da condição psíquica em que o paciente esteja, somente pelo fato de ser pessoa com transtorno mental, deva ser contido e sedado.

O preconceito e os mitos de ser o doente mental perigoso, amedrontador e mau-caráter se mantêm fortalecidos na sociedade, devido serem transmitidos às crianças no ambiente familiar e pela mídia (MAFTUM; STEFANELLI; MAZZA, 1999). Dessa forma, os profissionais de saúde, imbuídos de prejulgamentos e generalizações, ao se depararem com o doente mental nos serviços de saúde tendem a apresentar sentimentos de ansiedade, temor e insegurança, o que os levam a querer que o paciente se mantenha calmo, por sedação e/ou contenção física, sem tentar primeiramente a abordagem pela comunicação (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; PAES, 2007).

A generalização da agressividade e violência da pessoa com transtorno mental pode ser explicada pela formação de juízos provisórios, ou prejulgamentos, que o ser humano faz em seu cotidiano. São ultrageneralizações com foco em

particularidades, as quais são utilizadas na presença de circunstância singulares, em que há necessidade de organização das atividades cotidianas e, dessa forma, tentar apreender fenômenos pouco conhecidos ou totalmente desconhecidos (HELLER⁹, 1992 *apud* CAMPOS; TEXEIRA, 2001).

5.2.1.3 A contenção física como proteção à equipe de enfermagem

Além das ações para proteção física do paciente, os sujeitos ressaltaram a importância da segurança da equipe de enfermagem na sua abordagem em episódios de agressividade. Destacaram o uso da contenção física para a segurança tanto do paciente quanto dos profissionais de saúde:

“(...) outro cuidado que poderíamos ter com pacientes com alterações seria realmente a segurança. A parte que nos preocupa e que é de fundamental importância, é que se dê segurança ao paciente, por estar agitado e, sobre agressões com ele e com a equipe” (E.1).

“(...) dar assistência a ele, mas ter cuidado com você, os profissionais, os colegas. Acho que esse é um cuidado que a gente deve ter. Às vezes a gente acaba fazendo assim, vamos conter prá segurança deles e da gente também (...)” (T.2).

Os profissionais de enfermagem ao desenvolverem o cuidado ao paciente com sintomas psiquiátricos tendem a apresentar sentimentos como, por exemplo, medo e insegurança, os quais podem dificultar e até impedir o cuidado. Para tanto, esses sentimentos devem ser controlados para que o cuidado possa ser prestado de forma sistemática e com qualidade (MARCOLAN, 2004).

Cabe ressaltar que são poucos os pacientes que realmente apresentam comportamento agressivo e violento, haja vista que aquele que agride é uma pessoa que também está amedrontada, uma vez que existe íntima relação entre agressividade, insegurança e medo. A insegurança pode produzir o medo, que causa o descontrole de impulsos agressivos e que resulta em agressividade

⁹HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

manifestada de forma verbal ou física. O medo pode ser intensificado pela presença de delírios ou alucinações. Diante disso, dependendo de como se aborda o paciente, sua agressividade pode aumentar ou diminuir (SADOCK; SODOCK, 2007; PAES, 2007). Dessa forma, destaca-se a importância da equipe estar preparada para utilizar medidas que efetivem a relação interpessoal como a comunicação, que deve ser o recurso de primeira escolha no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica (STEFANELLI, 2005c).

Para tanto, torna-se imprescindível a desmitificação da figura do louco como o incontrolável e perigoso, que não deixa alternativas aos profissionais de saúde, que não seja realizar a contenção física ou a sedação, sem informar, sem dialogar, sem tentar outras formas de abordagem, para evitar a eventual resistência do paciente (SILVA, 2007).

Friedman (2006), em um estudo, comparou índices de violência relacionados ao paciente com transtorno mental contra profissionais nos serviços de assistência à saúde mental nos Estados Unidos, concluindo que o risco de violência é pequeno, mas existe. Essa possibilidade aumenta quando se trata de pacientes com dependência química. No manejo da agressividade, os profissionais de saúde devem avaliar o ambiente e o estado de agitação do paciente e perceber que quando as medidas terapêuticas de primeira escolha não surtiram efeito, medidas restritivas podem ser adotadas visando à proteção do paciente e da equipe envolvida. O autor enfoca que os profissionais da área da saúde não devem esquecer que a maioria das pessoas que são violentas não são doentes mentais e a maioria das pessoas com transtorno mental não são violentas.

Alguns sujeitos demonstraram dúvidas sobre a eficácia do uso da contenção física no leito aos pacientes com agitação ou alteração de conduta. Reconheceram que não são todos os pacientes psiquiátricos que necessitam ficar contidos, mesmo após terem apresentado um episódio de agitação. Consideraram que tal procedimento pode aumentar a agitação ou a agressividade e agravar o estado mental do paciente, visto que o motivo da agitação manifestada pelo paciente pode dever-se à contenção física. Para eles, a contenção física no leito não é realizada de forma ideal, pela falta de aparatos adequados, e deveria ser melhorada. Segundo os sujeitos, o uso de contenção química poderia substituir a física. Ao mesmo tempo

em que a contenção física no leito proporciona proteção ao paciente ela pode ser agente desencadeador de injúrias físicas:

“(...) não é por ele ter um distúrbio psiquiátrico, que deve ficar amarrado. (...) Aqui no hospital, quando o paciente se agita um pouco: Ah! Vamos fazer contenção! Eu não acho que tem de ser feita a contenção para todos os pacientes psiquiátricos” (E.3).

“Eu já percebi que, às vezes, você contém o paciente porque ele está agitado. Ou ele está agitado por estar contido. Às vezes, o paciente está lutando, brigando, se movimentando com toda a força, com toda a ferocidade, por estar contido” (E.6).

“(...) erguer a grade, conter, eu acho que só isso não basta. Ao conter, a gente machuca mais o paciente do que se a gente ficasse aqui, procurasse o médico, ficasse por perto, procurasse uma medicação que fosse mais eficaz que mantivesse o paciente mais tranquilo” (T.5).

“Eu sou contra contenção, porque eu acho que ela deixa marcas na pessoa (...) pelo comportamento dos pacientes contidos, eu acho que esse não é o melhor método” (A.8).

A contenção física, quando realizada sem a indicação correta, pode trazer danos físicos e psíquicos para os pacientes (FISHER⁸, 1994 *apud* CURRIER; ALLEN, 2000; HUIZING *et al.*, 2007). Ela é um procedimento válido que deve ser utilizado como último recurso no manejo de episódios de agressividade (MARCOLAN, 2004; PAES, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

Existem outras estratégias que devem ser tentadas anteriormente às medidas restritivas: primeiramente a abordagem verbal pela comunicação terapêutica e, posteriormente, a contenção química (STEFANELLI, 1993; 2005b; CÁNOVAS RODRÍGUEZ, HERNÁNDEZ ORTEGA, 2008). Ressalta-se que a equipe de enfermagem deve estar atenta para evitar que elementos externos e estressores possam influenciar o quadro psíquico do paciente, levando-o à agitação psicomotora (STUART; LARAIA, 2002).

⁸FISHER, W.A. Restraint and seclusion: a review of the literature. **American Journal of Psychiatry**. v.151, p.1584-91, 1994.

A justificativa dos profissionais de saúde em conter os pacientes com transtorno mental pode ser interpretada como resultado do estigma de agressividade e violência relacionadas com as manifestações de sintomas das doenças psiquiátricas. Uma vez que se acredita que a “loucura” seja perigosa, há a legitimação para atos restritivos aos pacientes, pois uma vez contendo-os, diminui-se o perigo iminente (SILVA, 2007).

Outro fator que pesa contra a pessoa com transtorno mental é a dificuldade de parte da sociedade em reconhecê-la como cidadã capaz e com direitos, mas que se encontra em um momento de fragilidade e que precisa ser cuidado por uma equipe de profissionais qualificados e livre de estigmas e preconceitos (JORGE *et al.*, 2006 ; SILVA, 2007).

Assim, corroborando as falas anteriores, a contenção física em alguns casos pode ser empregada para dar segurança ao paciente, por outro lado se não for bem planejada e explicada a ele, tal procedimento pode significar uma forma de atemorização e/ou punição. À medida que o paciente se sente subjugado, pode apresentar mais agitação do que inicialmente. Dessa forma, o procedimento se descaracteriza como cuidado e impede a oportunidade de formação de vínculo interpessoal, que é importante para o desenvolvimento das ações com os pacientes com transtorno mental (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997; PAES *et al.*, 2009).

A categoria a seguir é composta por 236 unidades de registro, que equivalem a 36,08% do total de 654 unidades identificadas e analisadas a partir das entrevistas com os sujeitos.

5.2.2 O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos

Os sujeitos relataram que o cuidado é realizado de forma generalizada, sem especificidade, entretanto, consideraram os pacientes com comorbidade psiquiátrica ‘diferentes’ em relação aos que estão em tratamento clínico. Um dos sujeitos referiu que o que torna o paciente com transtorno mental diferente é a incapacidade de pensar normalmente. Dessa forma, os cuidados de enfermagem voltados a essa

clientela devem ser diferenciados e que além da atenção ao estado clínico requerem cuidados específicos que abranjam o psíquico. Salientaram que o cuidado 'diferente' não deve ser confundido com infantilização do paciente, piedade ou incapacidade de entendimento:

"(...) é um paciente diferenciado dos pacientes clínicos. (...) a gente tem que agir de acordo com o problema que ele tem. Eu acho que esse cuidado deveria ser específico" (E.6).

"Mas ele precisa ter um atendimento diferenciado, para mim ele é um paciente diferenciado. (...) eu sempre procuro tratar bem, nada de o coitadinho (...). Não é tratar bem, mas é tratar de uma forma diferenciada" (A.7).

"(...) porque ele é realmente um paciente diferente mesmo, diferenciado, especial, que não está na sua capacidade de pensar normal" (T.7)

"às vezes, a gente corre o risco de tratar o paciente como se ele fosse uma criancinha, alguém que não entende as coisas" (E.2).

Desde o século XVIII, época em que se iniciou a institucionalização da loucura, as pessoas com transtorno mental, além de receberem o rótulo de "loucas", "alienadas" ou "paciente psiquiátricas" foram consideradas "seres diferentes". A diferença estava relacionada com a desrazão, incapacidade de juízo e de expressar a verdade a que o louco estava subjugado, como foi explicitado pelo sujeito T.7. Assim, essa concepção foi utilizada pelo saber da medicina psiquiátrica para justificar as práticas de confinamento e a aplicação dos diversos aparatos disciplinadores como formas de tratamento da loucura, que visavam a trazer o louco ao seu estado racional (TORRE; AMARANTE, 2001; AMARANTE *et al.*, 2003). Assim, apreende-se que o ponto de vista apresentado pelos sujeitos em suas falas descritas anteriormente está em consonância com a visão que se tinha do louco ainda no século XVIII, em que a diferenciação entre ele e os demais doentes era atribuída à incapacidade de pensar e agir como pessoa.

Entretanto, com a possibilidade da reinserção social das pessoas com transtorno mental, trilha-se o caminho para a desmitificação e aceitação desses. Há que se distanciar as práticas em saúde das concepções e atitudes segregatórias e aproximar-se de métodos que contemplem as singularidades das pessoas. A

anormalidade conferida aos portadores de transtorno mental, por serem consideradas desviantes das regras estabelecidas nas relações sociais produz, a interdição que nega o acesso ao mundo aos que são considerados “diferentes” (TORRE; AMARANTE, 2001; JORGE *et al.*, 2006).

Conforme o relato do sujeito E.2, algumas pessoas, entre elas profissionais de enfermagem, tendem a comparar e igualar o portador de transtorno mental erroneamente com crianças, que não compreendem e não sabem nada e, conseqüentemente, não sabem se cuidar. Concebem-no incapaz de compreender e de se expressar, desvalorizando a comunicação, não dando oportunidade ao paciente de demonstrar sua capacidade cognitiva, de autonomia e de entendimento (MACIEL *et al.*, 2008).

Peculiaridades devem ser consideradas, bem como que o portador de transtorno mental necessita receber cuidados de enfermagem, que atendam sua singularidade e que se distanciem de qualquer forma de preconceito ou exclusão. Assim, existe a necessidade que se demonstrem respeito à subjetividade e à particularidade de cada pessoa, o que a torna diferente uma da outra (WALDOW, 2008).

Os sujeitos externaram a importância da observação contínua e intensiva como forma de cuidado específico ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. A finalidade da observação é perceber a reação do paciente e, para tanto, deve-se dispensar maior tempo junto a ele e reforçar a atenção visando à vigilância:

“(...) um cuidado de observação contínua e mais de perto (...) esse tipo de paciente necessita que você esteja mais perto. Tem que estar atento ao cuidado maior, à observação contínua desse paciente” (E.3).

“A atenção é cuidar mais intensamente. É um cuidado que no meu ponto de vista é muito importante, a observação. Ficando mais tempo olhando o paciente, vendo qual o tipo de reação que ele tem” (T.4).

“ter a observação contínua, não deixar o paciente sozinho, o principal cuidado é a observação (...)” (A.9).

A observação é ato indispensável para conhecer e compreender o mundo que nos cerca e a realidade em que estamos inseridos. A Enfermagem tem lançado mão desse artifício em sua prática desde os tempos de Florence Nightingale, como

recurso para a gerência do cuidado. Destarte, a observação se tornou instrumento básico para o cuidado humano em Enfermagem, pois através dela se obtêm dados valiosos sobre o paciente e o ambiente, que subsidiam as ações que somadas se traduzem em forma de cuidados (MATHEUS; FUGITA, SÁ, 2000).

Observar significa olhar com atenção, examinar com minúcia, buscando avaliar por vários ângulos uma mesma situação, que lhe dê condições de compreender um fenômeno. Isto implica utilização dos órgãos da percepção, o que demanda empenho e tempo do profissional. Assim, para que este instrumento se mostre eficaz, é preciso ter objetivos bem claros e estabelecidos para sua utilização, uma vez que “a observação não tem um fim em si mesma”. Para tanto, necessita ser sistematizada, com objetivos estabelecidos para subsidiar a transformação do contexto de ação da Enfermagem (MATHEUS; FUGITA, SÁ, 2000, p.5).

A observação da equipe de enfermagem também deve estar voltada ao contexto ambiental em que está inserida e onde ocorre o cuidado. Pois nele, podem-se encontrar vários fatores que influenciam o comportamento do paciente. É preciso atentar a alguns detalhes quanto à luminosidade, ruído, cor, odor, ventilação, temperatura, umidade existente no ambiente e se eles têm relação com o comportamento ou reação do paciente (BAGGIO, CALLEGARO, ERDMANN, 2008).

A observação é essencial para a comunicação não-verbal, que é o modo que não é expressado por palavras, mas envolve a postura corporal, gestos, fisionomia, forma de agir. Algumas reações apresentadas pelo paciente podem subsidiar dados importantes para o planejamento e desenvolvimento de ações preventivas ou emergenciais pela equipe de enfermagem (STEFANELLI, 1993; SILVA, 2005).

Ressalta-se que a observação não deve ser tomada ou entendida como elemento de vigilância da maneira expressa nas falas dos sujeitos E.3 e T.4, ação desempenhada pela Enfermagem manicomial do século XIX. O hospício era um local fechado, que tinha, como propriedade essencial, a vigilância, uma vez que o louco devia ser vigiado em todos os momentos e lugares, submetido ao olhar permanente dos enfermeiros (BELMONTE *et al.*, 1998; PAES, 2007).

Nos relatos anteriores, os sujeitos consideraram que o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica necessita que seja dispensado maior tempo junto a ele, observando sua reação. Porém, é certo que existem dificuldades da equipe de enfermagem de um serviço de emergência dispensar maior tempo a um único paciente, devido à demanda e dinamicidade do trabalho nesse local. Com isso, a

equipe deve agir de forma proativa dando maior qualidade ao tempo dispensado ao cliente. A comunicação bem estabelecida pode otimizar o tempo subjetivo que o profissional de emergência vivencia em seu cotidiano. Ao utilizar-se desse instrumento de forma empática, imbuí-se de dados que subsidiam a forma de planejar suas prioridades (SILVA, 2005; SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

5.2.2.1 A comunicação com o paciente

Como cuidados específicos, os sujeitos citaram o diálogo, que deve ser estabelecido com o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Expressaram que o diálogo é elemento que subsidia o profissional de enfermagem a demonstrar empatia pelo paciente e, com isso, criar espaços para interação a fim de conquistar sua confiança. Referiram que o diálogo pode ser um mediador para a formação do vínculo entre o profissional de enfermagem e o paciente:

“Uma forma de cuidado é o diálogo. Eu tento me entregar de uma forma completa para que a pessoa sinta a empatia, eu tento me colocar na posição dele” (T.4).

“Eu acho que você tem que tentar conquistá-lo [o paciente], chegar e se apresentar, falar que você está ali para cuidar dele. Tentar conquistar a confiança dele” (A.13)

“(...) tentar conversar com ele. Eu começo a perguntar da vida dele, às vezes, não o contrariando, procurando saber o porquê dele querer as coisas (...) para tentar formar um vínculo com ele” (A.5).

A comunicação é imprescindível para a evolução do homem, uma vez que por meio dela as pessoas interagem entre si, tomam conhecimento de fatos do passado e têm condições de traçar projeções futuras. Dessa forma, a comunicação é um fenômeno integrador, complexo e humano (STEFANELLI, 1993; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005). Por sua complexidade e várias abordagens teóricas, ela pode ser entendida como processo subsidiado pela compreensão de mensagens compartilhadas pelas pessoas, que influenciam no ambiente e em seus comportamentos (STEFANELLI, 2005; SILVA, 2005). Os sujeitos T.4 e A.13 expressam a importância do diálogo como instrumento de interação entre profissional e paciente.

A comunicação humana se concretiza pela percepção dos órgãos dos sentidos, sob as formas verbais e não-verbais. A forma não-verbal é caracterizada pelas mensagens emitidas pelos gestos, expressões corporais e faciais. A verbal refere-se às mensagens escritas e faladas. O diálogo é uma forma de comunicação verbal que necessita ser competente e voltada a proporcionar a interação, que permeia as ações dos profissionais de enfermagem levando em consideração os fatores que podem ser favoráveis ou contrários à efetivação da comunicação ((STEFANELLI, 1993; 2005; BRAGA; SILVA, 2007).

À medida que o paciente recebe mensagens na forma verbal e não-verbal, que expressem atenção, respeito e empatia, como relatado por T.4 e A.13, a comunicação se torna terapêutica. Destarte, por meio dela, abre-se a oportunidade de efetivar o vínculo paciente-profissional, expresso por A.5 e, assim, prosseguir as ações propostas (STEFANELLI, 2005).

Nos relatos seguintes, os sujeitos externam que, à medida que o vínculo é firmado, o profissional de enfermagem se torna referência para o paciente, pois o diálogo e a conversa com ele visam à interação entre ambos e representam uma forma de alcançá-lo. Percebeu-se que os sujeitos em seus relatos atribuíram ao diálogo uma forma de benefício ao paciente, entretanto, não referiram desenvolver esta prática com o paciente. Para os sujeitos, o diálogo é um cuidado, e mencionaram a importância em se comunicar com o paciente que apresenta depressão, uma vez que eles necessitam ser estimulados a conversar:

“o paciente em quadro depressivo é exatamente aquele que você precisa estar conversando, tentar de certa forma alcançá-lo (...) muitas vezes o cliente se identifica com alguém da equipe, e a pessoa passa a ser uma referência para ele, é alguém que parou e conversou com ele e ele se sentiu tocado” (E.5).

“Acho que é mais conversar (...) mas eu acho que o principal [cuidado] mesmo é ter interação” (E.3).

“De repente, você conversa com ele, tenta conquistar a confiança dele e é lógico que aí você tem tudo com ele. Você pode dar o banho, ele deixa você tocar nele. A gente tenta conversar e quando a gente conquista a confiança, eles até se abrem mais” (A.13).

Há alguns anos, a comunicação tem sido foco de estudos na Enfermagem e é considerada instrumento básico para o cuidado de enfermagem, mediador das relações interpessoais. Ao considerar que o cuidado de enfermagem é desenvolvido por pessoas e para pessoas, a comunicação é fator de efetivação do relacionamento interpessoal, em concordância com o que foi referenciado pelas falas dos sujeitos e, assim, é instrumento primordial para propor e desenvolver os demais cuidados (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

O sujeito E.5 refere sobre a capacidade da comunicação despertar sentimentos e fazer com que as pessoas se sintam tocadas, aspecto corroborado por Baggio, Callegaro e Erdmann (2008), ao afirmarem que algumas atitudes imbuídas de sentimentos viabilizam a humanização e a eficácia do cuidado de enfermagem como delicadeza, cordialidade, atenção, respeito, dedicação e compromisso, demonstrando a capacidade de empatia do profissional de enfermagem. Assim, o paciente tem possibilidade de se sentir cuidado e acolhido no ambiente por vezes hostil da emergência de um hospital.

O sujeito A.13 discorre sobre conquistar a confiança do paciente para então desenvolver os cuidados de enfermagem que são necessários. Esse contexto está condizente com o que explicita Pontes, Leitão e Ramos (2008), em que para o cuidado de enfermagem ocorrer de forma efetiva, é preciso conquistar a confiança do paciente no profissional de enfermagem. Quando isso se confirma, o paciente discorre sobre fatos importantes, 'se abre mais', como explicitado pelo sujeito A.13 e, dessa forma, o enfermeiro junto com sua equipe pode criar estratégias para atingir o melhor grau de bem-estar e de saúde o paciente.

O ambiente tem influência relevante na qualidade da comunicação, haja vista que ele pode interferir na percepção tanto do emissor quanto do receptor (STEFANELLI, 2005). O Pronto Atendimento, por ser um ambiente de dinamicidade e sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, exige um esforço a mais para que esse local se torne favorável à comunicação (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Os sujeitos reconheceram e valorizaram a comunicação como instrumento para o cuidado de enfermagem, entretanto, ressaltaram que ela precisa ser realizada de forma adequada. Salientaram que, dependendo do teor das verbalizações e da forma como ela seja expressa, ela pode modificar o comportamento do paciente tanto positiva quanto negativamente. A comunicação,

quando surte efeito positivo, pode evitar procedimentos restritivos como a contenção física. Para que ela possa acontecer de forma efetiva, os sujeitos citaram alguns critérios: ter paciência, possuir e transmitir calma dando maior atenção ao que o paciente fala (escuta):

“Você não consegue desenvolver o cuidado simplesmente chegando (...) porque é a comunicação que vai ditar a forma como você vai fazer o cuidado (...). A forma como você se apresenta, como fala com o paciente, é a forma que esse paciente vai te dar abertura para você cuidar dele. Na verdade é um instrumento para você fazer o cuidado. A parte técnica é automática, a gente pode fazer e qualquer um faz. Mas a sensibilidade de lidar com esse paciente, da forma como falar, de ouvir esse paciente, é muito forte (...)” (E.4).

“(...) falar com ele [o paciente] de maneira adequada, porque senão ele vai se aborrecer mais. Então sempre observar a atitude dele, como faz no rosto, a expressão e ter sempre um pouco mais de paciência. Porque, às vezes o paciente psiquiátrico, quando você dá um pouco mais de atenção, por mais que o serviço esteja sobrecarregado, mas o paciente psiquiátrico é muito carente, ele precisa de sua atenção” (T.6).

“Eu acho que o mais fácil é conversar, tem que conversar com a pessoa e ser uma pessoa calma e transmitir calma para ele. (...) tem que ter mais cuidado com esses pacientes, até no falar. Dependendo do que a gente fala, eles ficam mais agressivos ou menos” (A.1)

Explicitaram, ainda, que em momentos oportunos deve-se elogiar o comportamento apropriado do paciente, visando a trazer ânimo a ele. Quando a abordagem pela comunicação não é adequada, ela influencia negativamente o comportamento e o humor do paciente. Relataram sobre a importância de observar a comunicação não-verbal realizada pelos pacientes como, por exemplo, expressões faciais e atitudes. Enfocaram a necessidade de que sejam explicados aos pacientes os procedimentos que forem desenvolvidos para eles, e não subestimar sua capacidade intelectual, uma vez que eles possuem entendimento:

“Muitas vezes a conversa com o paciente elogiando-o e trazendo ânimo para ele, isso muitas vezes muda o quadro do

paciente, que apresenta depressão. A pessoa se estimula e pensa: “Alguém está me dando valor.” (...) Então tento fazer de uma forma mais lenta, uma forma com calma para que a pessoa sinta e para que possa ter confiança no serviço de enfermagem (...)” (T.4).

“A gente consegue que esse paciente compreenda as coisas se a gente se comunicar. Eu acho que é explicar passo a passo o que você está fazendo (...) isso não tem preço, com certeza você vai conseguir com que ele colabore, quando você punciona uma veia, passa uma sonda, se você explicar para ele. A comunicação acaba sendo o que é de mais útil para você conseguir a colaboração desse paciente. (...) a tendência é, muitas vezes, de subestimar a inteligência, de que ele não entende nada, que ele não sabe nada e você peca por isso. Na realidade, o que você tem é de olhar o paciente, falar com ele e explicar o que é o esperado e tentar passar segurança para o paciente” (E.2).

A comunicação é instrumento básico para o desenvolvimento do cuidado com intuito de proporcionar a melhor condição de bem-estar possível ao paciente. Para isso, a comunicação precisa ser de forma consciente e planejada, para que produza efeito terapêutico, condição essa percebida e expressa pelos sujeitos E.4 e E.2, conforme relatos anteriores. Para tanto, os profissionais de enfermagem devem adquirir a competência em comunicação humana e terapêutica, uma vez que ela é habilidade fundamental para o desenvolvimento das práticas da Enfermagem em forma do cuidado consciente, verdadeiro, transformador, que humaniza e constrói (STEFANELLI, 2005; BRAGA; SILVA, 2007).

Assim, cabe lembrar que comunicação terapêutica se traduz na competência do profissional em utilizar o conhecimento de comunicação sistematicamente para ajudar o paciente a alcançar sua melhor condição de bem-estar e de saúde (STEFANELLI; 1993; 2005).

Alguns sujeitos mencionaram dificuldades em se comunicar de forma adequada com paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Referiram que não sabem utilizar a comunicação em situações de emergências psiquiátricas com pacientes agressivos e citaram como exemplo o atendimento aos potenciais suicidas, os com agitação psicomotora. O sujeito A.7 expressou de forma categórica que não há possibilidades de ter comunicação efetiva com os pacientes que apresentam agitação, confusão mental ou com delírios:

“(...) um grave problema que temos com esse paciente é não saber falar com ele, não saber dizer o que é esperado. Isso é um problema com todos os pacientes, mas isso fica muito mais gritante com o paciente psiquiátrico” (E.2).

“(...) paciente deprimido eu até consigo, a gente conversa, trata com carinho, tenta fazer com que ele converse com a gente. Mas, o paciente agressivo, às vezes ele não quer” (A.4).

“Eu não tenho alcance e tudo o que eu falar não vai servir para nada, não vai tá dentro do mundo dele, sem pensar que ele não está dentro do meu mundo, fica uma coisa estranha. Uma sensação de distanciamento enorme sem compreensão. Eu tenho impressão de que tudo o que eu fizer para ele ou falar não vai resultar em nada. Eu sinto que o nosso diálogo é de planetas diferentes” (A.7).

“(...) paciente que tenta suicídio, eu não sei bem como fazer o primeiro contato com ele. Se devo falar como devo atuar com esse paciente, o que se deve comentar, se não deve comentar o assunto, fazer de conta que o paciente não tentou se matar, não sei. (...) a gente fica meio receoso de chegar nesse paciente, não sabe se deve tocar no assunto, falar sobre o assunto, se não deve falar nada, se deve ficar quieto. Eu não sei muito mesmo a forma de se portar nesse sentido” (E.6).

A comunicação, quando não utilizada de forma sistematizada, organizada e adequada, pode caracterizar-se como não-terapêutica. Para que o cuidado de enfermagem se efetive, existe a necessidade de interação entre a equipe de enfermagem e o paciente, o que fortalece o vínculo entre eles. As formas de comunicação verbal e não-verbal são instrumentos importantes nesse contexto, pois elas oferecem subsídio à criação do ambiente terapêutico. Por outro lado, existem algumas barreiras que acabam por impedir que a comunicação seja terapêutica, entre elas: o julgamento do comportamento do paciente presente na fala do sujeito A7, pôr o paciente à prova e a comunicação unidirecional (STEFANELLI, 1993; 2005d).

Quando os sujeitos E.2 e E.6 expressaram que não sabem se comunicar adequadamente com o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica, demonstraram a existência da necessidade em adquirir competência em comunicação e empregá-la como recurso terapêutico. Deste modo, quando a equipe de enfermagem utiliza a comunicação inadequadamente, ela gera ruídos no ambiente interacional produzindo sentimentos negativos como receio, dúvidas,

distanciamento e medo, que são sentimentos presentes nas falas anteriores (STEFANELLI, 2005d).

Outra dificuldade externada pelos sujeitos é estabelecer comunicação e interação com o paciente que manifesta delírios, que representam um dos sintomas mais aparente das psicoses, o que, por vezes, torna a fala e as ideias do paciente incompreensíveis, como foi externado pelo sujeito A.7, ao referir que o paciente com transtorno mental está em 'outro mundo'. É importante fazer a ressalva de que somente parte dos pacientes com transtorno mental apresenta tais sintomas (SADOCK; SADOCK, 2007). No entanto, isso não pode ser fator de impedimento para a comunicação, interação e, conseqüentemente, do cuidado aos pacientes.

Pacientes que sofrem de alguns tipos transtornos mentais com sintomas psicóticos podem demonstrar dificuldades em verbalizar, dispor de ideias claras e estabelecer relações interpessoais. Mas esses sintomas não são contínuos e o paciente pode apresentar intervalos de adequação de comportamento, fala e pensamento. Ainda pode apresentar *insight*, cujo termo em sua forma original ou traduzido para o português *insaité*, que significa compreensão interna, compreensão súbita, apreensão súbita, visão súbita, discernimento (SIQUEIRA JUNIOR *et al.*, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007).

A equipe de enfermagem pode lançar mão das estratégias de comunicação terapêutica na abordagem ao paciente com sintomas psicóticos como delírios e alucinações e que tenha dificuldades de se expressar. As estratégias se apresentam em três agrupamentos: de expressão, clarificação e validação. Para tornar mais claras as verbalizações e ideias do paciente, a equipe pode utilizar o grupo de clarificação, cujo objetivo é dar "oportunidade ao paciente para organizar seu pensamento e expressá-lo, para que as mensagens se tornem claras e compreensíveis". Para tanto, pode-se valer de técnicas como estimular o paciente a fazer comparações de situações semelhantes aquela com as quais ele lida naquele momento; solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns, desconhecidos pelo membro da equipe (STEFANELLI, 2005, p.94).

O sujeito E.6 demonstrou inquietação quanto à abordagem e aos cuidados de enfermagem ao paciente suicida. Segundo Igue, Rolim e Stefanelli (2002), os cuidados de enfermagem a pessoas em risco de suicídio no serviço de emergência devem estar centrados, fundamentalmente, no relacionamento dos membros da equipe com o paciente e sua família. Para isso, a comunicação terapêutica é

primordial, pois por ela são elencados e considerados os sentimentos e as necessidades dos indivíduos. Assim, a comunicação é veículo de compartilhamento e de solidariedade, empatia e compreensão aos potenciais suicidas e sua família. Por outro lado, se utilizada de forma inadequada, ela pode veicular sentimentos de rejeição conferindo à ação qualidade não-terapêutica (IGUE; ROLIM; STEFANELLI, 2002).

No serviço de emergência, após a estabilização do quadro clínico decorrente da tentativa de suicídio, deve-se perguntar ao paciente sobre os pensamentos e planos suicidas. Essa estratégia é fundamental para a avaliação do grau de risco que esse paciente apresenta e como subsídio para ações de prevenção de novas tentativas (ESTELMHSTS, 2007). Dessa forma, o profissional de enfermagem, ao abordar o paciente em risco de suicídio, deve apresentar-se tranquilo, emocionalmente estável, em condições de dispensar tempo e atenção ao que o paciente fala e ouvi-lo efetivamente. Essas medidas visam a preencher a lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança, o que o levaria a intentar contra a própria vida (OMS, 2000).

A abordagem a esses pacientes deve ocorrer com calma, de forma aberta, de aceitação e de não-julgamento, o que é fundamental para facilitar a comunicação. Existem algumas medidas que devem ser observadas para manter o ambiente terapêutico como permitir que o paciente fale livremente; não o interrompê-lo quando ele estiver falando; não se mostrar chocado ou emocionado com o que ele lhe refere; não se deve apressá-lo a verbalizar, justificando que outros lhe esperam; colocar o paciente em posição de inferioridade ou dizer que tudo vai ficar bem; e emitir julgamentos ou tentar doutriná-lo (OMS, 2000).

A interação pela comunicação deve ocorrer de forma natural, livre de parecer interrogatório, mas proporcionar um ambiente para o paciente discorrer sobre o que aconteceu, bem como tomar consciência de seus atos, sentimentos. Assim, a equipe de enfermagem deve demonstrar sua preocupação genuína com o paciente (ESTELMHSTS, 2007).

5.2.2.2 Cuidados humanizados de enfermagem

Alguns sujeitos externaram a necessidade de reconhecer que o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica é uma pessoa com a saúde comprometida em um momento de vulnerabilidade e que precisa ser cuidado em suas necessidades, inclusive, as psíquicas. Salientaram que se deve procurar desenvolver o cuidado humanizado ao paciente e à sua família:

“Aqui, eu vejo que ele é tratado como uma pessoa que tem uma alteração, que tem uma doença ou que não está em seu estado normal (...). Essa pessoa é vista como uma pessoa (...) eu tento humanizar o máximo possível. É a minha forma de trabalhar, humanizar ao máximo possível, não desrespeitar, não ter preconceitos para atender esse paciente. Porque é uma pessoa que necessita de ajuda” (E.4).

“Eu sempre tento para mim e para a equipe desenvolver [o cuidado] de maneira humanizada e mais pessoal possível. (...) se estendendo para seus familiares, seus participantes. (...) Para compreender os motivos dessa internação e a situação desse nosso cliente” (E.1).

A humanização no cuidado tem sido foco de discussões na área de saúde na última década. Essa temática vem ao encontro da necessidade de promover uma nova cultura sobre a assistência à saúde da população em geral. Para tanto, há necessidade de aprimorar as relações dos profissionais de saúde entre si e com os usuários. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem lançado mão de estratégias com vistas a oferecer o suporte para a humanização da assistência à saúde dos brasileiros (DESLANDES, 2004; BRASIL, 2004b).

A estratégia de humanização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) busca medidas para viabilizar maior interação entre os profissionais e deles com a comunidade, objetivando formar vínculo a fim de humanizar o cuidado (BRASIL, 2004b). Cabe lembrar que a comunicação é o instrumento que medeia a interação e a formação de vínculos (STAFANELLI, 2005).

O cuidado humanizado está voltado a atender às necessidades do indivíduo, e proporcionar ambiente com serviços qualificados de atenção à saúde, respeitando

a singularidade e particularidades das pessoas, perspectiva essa referida pelo sujeito E.1 (BRASIL, 2004b).

Para que haja concretização do cuidado humanizado, há de se considerar a importância da contribuição dos trabalhadores da área de saúde em reconhecer sua condição humana, imbuída de sentimentos e que precisam de atenção, conforme explicitou o sujeito E.4 (SOUZA, SILVA, NORI, 2007).

Dessa forma, a competência em comunicação é essencial na prática da Enfermagem pela valorização das informações que privilegiem a humanização e a qualidade do cuidado prestado. Assim, proporciona-se respeito ao direito do paciente em saber o que está sendo feito, o porquê e para quê (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Os sujeitos referiram que no ambiente em que ocorre o cuidado devem demonstrar respeito, atenção, carinho, paciência, compreensão e apoio, demonstrando ao paciente que a equipe de enfermagem está ali para ajudá-lo. Cabe utilizar a comunicação, tanto verbal como não-verbal, descritas pelo sujeito T.2 com o olhar nos olhos:

“O cuidado é você dar apoio, (...) de você olhar diretamente nos olhos e colocar que você está ali para ajudar e não para ser mais um obstáculo na vida dele” (T.2).

“O cuidado a este paciente deveria ser com toda a atenção, com todo o carinho. Bem tratado, porque ele não está consciente e por mais que ele esteja agressivo ele não tá dentro da sua consciência. Então com todo carinho, com todo respeito” (T.7).

Conceituar e compreender as bases que sustentam a humanização do cuidado ainda tem sido barreira para parte dos profissionais de saúde, uma vez que eles se portam com atitude caridosa como tentativa de incorporar em sua prática a humanização, o que tem indicado o equívoco teórico e prático do tema, ficando evidente no relato do sujeito T.7 (BECK *et al.*, 2009).

Existe a dificuldade em constituir uma definição consensual de humanização por sua abrangência teórico-prática (DESLANDES, 2004). Dessa forma, as categorias profissionais distintas devem focar seu olhar em bases éticas, empregando seu senso crítico e reflexivo além das experiências adquiridas em sua

práxis na construção teórica que sustentem o conceito de humanização (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008). É imprescindível essa discussão na área da Enfermagem, uma vez que sua atuação não se concentra somente na prática, mas também na pesquisa, educação e gestão dos serviços de saúde, o que requer um olhar amplo sobre a temática (BECK *et al.*, 2009).

Nesse sentido, compreende-se que o cuidado humanizado não se reduz a demonstrações de atenção, carinho, paciência, compreensão e apoio ao paciente, como citado pelos sujeitos T.2 e T.7, mas se estende à conformação de atitudes ética e reflexiva, que sinalizem a valorização da pessoa enferma como humana (BECK *et al.*, 2009). Assim, o cuidado humanizado se consolida no distanciamento e abandono de preconceitos, estigmas e desrespeito a que os pacientes com transtorno mental têm sido vítimas nos serviços de saúde em geral.

5.2.2.3 Participação da família no cuidado

Esta subcategoria está relacionada com os relatos sobre a importância da família acompanhando o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento. Os sujeitos reconheceram que, com a participação da família, os pacientes podem se sentir protegidos e acolhidos. A presença da família junto ao paciente pode auxiliar a equipe de enfermagem no momento de prestar o cuidado, uma vez que aquele que acompanha o paciente conhece as particularidades apresentadas por ele:

“Eu acho que a presença do familiar é importante, tem que tá sempre alguém, eu acho que é isso” (A.9).

“Nós damos uma abertura para o acompanhante estar presente. Nós temos alguns cuidados que seriam a família estar presente acompanhando mais de perto” (E.1).

“(...) porque geralmente quem convive com eles, eles confiam mais, porque ele sabe que aquela pessoa não vai machucá-lo” (A.13).

“Você abordar a família que é uma coisa muito interessante, pois eles estão dentro desse contexto, eles sabem quando está

agressivo ou não. Eu acho que tem que envolver todo mundo. Eu acho que tem que envolver a família em primeiro lugar (...)"
(T.2)

A participação da família no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica dá condições de propor novas práticas ou melhorar as existentes. Isso porque, em consonância com o exposto pelo sujeito A.13, elas estão mais próximas da realidade vivida pela pessoa portadora de sofrimento mental e possuem uma ligação mais íntima com ela, o que faz com que descrevam com mais precisão suas dificuldades e limitações (MELMAN, 2006).

Segundo o relato dos sujeitos A.9 e E.1 são importantes a inclusão e a permanência da família junto ao paciente durante o internamento, bem como o cuidado, que deve ser estendido igualmente à família. T.2 referiu sobre a abordagem a essa família como algo interessante. Entretanto, para abordar a família, o profissional de enfermagem precisa conhecer, interagir, entender os fatores determinantes e condicionantes que influenciam o ambiente e aquela situação, que pode ser nova. Assim, deve-se utilizar a comunicação como consolidadora das relações profissional-paciente-família, sabendo que, inicialmente, elas podem se mostrar conflituosas. Todavia, é pela competência em comunicação que o profissional estabelece o ambiente interacional. Para efetivar o relacionamento terapêutico com a família, o profissional deve se dispor a ouvi-la e mostrar-se empático (WAIDMAN; STEFANELLI, 2005).

Os familiares da pessoa com transtorno mental, na maioria das vezes, se revelam carentes de informações quanto às formas de cuidado de seu ente, bem como a respeito da patologia. Em situações de agudização dos sintomas do transtorno mental, os familiares necessitam de ajuda profissional para orientá-los em diversos aspectos: jurídicos, de saúde e social (MELMAN, 2006). Assim, o cuidado de enfermagem deve ser estendido também à atenção aos familiares dos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento.

Esse ponto de vista demonstrado pelos profissionais é imprescindível para o cuidado do paciente, uma vez que a sociedade ainda não está preparada para acolher e cuidar das pessoas com transtorno mental, devido ao preconceito e à visão estigmatizada que se mantêm presentes no imaginário social. Essa situação não se restringe somente ao portador de transtorno mental, mas se estende de igual

modo aos seus familiares, que acabam por compartilhar sentimentos de dor e sofrimento com o membro da família adoecido (MELMAN, 2006).

A partir da institucionalização e medicalização da loucura, os espaços da clínica psiquiátrica eram centrados exclusivamente no saber médico, excluindo toda e qualquer possibilidade de outras intervenções. Para tanto, a família era isenta de contribuir com o tratamento, sendo afastada de suas responsabilidades relativas ao portador de transtorno mental e, por vezes, apontada como a causadora das doenças mentais. Atualmente, as políticas públicas em saúde mental e o modelo psicossocial têm revertido essa situação, quando resgatam a responsabilidade da família sobre o portador de transtorno mental no sentido de agregar e fortalecer os vínculos familiares a fim de ressocializá-lo (MELMAN, 2006).

A categoria apresentada a seguir é composta por 146 unidades de registro, que equivalem a 22,32% do total de 654 unidades identificadas e analisadas a partir das entrevistas com os sujeitos.

5.2.3 O cuidado ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem

Os sujeitos relataram que o *déficit* na formação e a falta de conhecimento na temática saúde mental lhes dificultam desenvolver o cuidado de enfermagem de suporte psíquico ao paciente que procura por atendimento clínico e que também possui um transtorno mental. Referiram que nos cursos de formação, graduação, técnico ou auxiliar de enfermagem, as disciplinas voltadas à área de enfermagem psiquiátrica e à saúde mental não contemplaram as necessidades de cuidados aos pacientes com transtorno mental em ambiente de emergências clínicas:

“Eu não sei como desenvolver um cuidado ao paciente psiquiátrico. (...) Foge totalmente da minha área. Não tenho formação. (...) Tanto que mal me lembro de como era a disciplina de psiquiatria” (E.4).

“(...) toda a parte da psiquiatria que eu tenho de conhecimento é da graduação, depois disso eu não tive mais nada” (E.5).

“(...) falta conhecimento para a gente, o que a gente teve de psiquiatria é quase nada e no curso auxiliar eu quase não vi nada, eu estou fazendo o técnico e não tem psiquiatria no técnico” (A.7).

Chegaram a externar que nem mesmo se lembram de como foi o ensino nessa área durante a formação profissional e, assim, se sentem despreparados para cuidar do paciente com transtorno mental. Eles se reportaram às questões de administração de medicamentos sedativos e contenção física no leito, correlacionando-as com os únicos procedimentos aprendidos em sua formação:

“(...) o que eu vi no curso técnico foi pouca coisa. Vê alguns tópicos e vai para o estágio, mas não dá para você ter uma noção das patologias, de como tratar os pacientes, naquele caso. A única coisa que você sabe é que tem que medicar e tem que conter” (A.9).

“Tenho bastante dificuldade, porque não tenho nenhuma experiência. Eu não fiz o curso de auxiliar de enfermagem, fiz suplência e no técnico a gente não teve essa disciplina de saúde mental. Eu acompanho tudo [no sentido de cuidar], ajudo, mas formação não tenho nenhuma” (A.12).

As dificuldades e lacunas citada nas falas dos sujeitos, quando da sua formação, principalmente, em saúde mental, têm relação com a história da enfermagem e sua estruturação como disciplina.

No Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, os cuidados de enfermagem desenvolvidos à pessoa com transtorno mental foram marcados por práticas com pouco embasamento científico, quando não, sem ele. Eram práticas de fortalecimento do modelo violento, desumano e repressor, presentes no espaço manicomial (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

O ensino da Enfermagem no Brasil iniciou-se nos últimos anos do século XIX, e até essa época a Enfermagem era desempenhada pelas irmãs de caridade e por leigos, denominados de enfermeiros práticos. Esses começaram a ser instruídos por meio do processo de qualificação proporcionado pela Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atualmente Escola Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro.

Essa escola ficava anexa ao Hospício de Alienados, anteriormente denominado de Pedro II, e sua formação era voltada para suprir a necessidade de mão de obra naquela instituição. Contudo, a formação não proporcionou melhorias relacionadas ao cuidado dos pacientes, mas enfatizava aqueles voltados a suprir as necessidades de higiene, alimentação, manutenção da ordem e procedimentos restritivos aos pacientes agitados (MAFTUM, 2004; ZERBETTO; PEREIRA, 2005; VILLELA, 2009).

Em 1923, fundou-se a Escola de Enfermeiras D. Ana Néri *[sic]* do Departamento Nacional de Saúde, atualmente Escola de Enfermagem Anna Nery, formadora das enfermeiras sanitaristas com currículo de curso nos moldes norte-americanos. A formação destas enfermeiras era voltada para a saúde pública, no entanto, a formação contemplava uma disciplina teórica em psiquiatria denominada: A Arte de Enfermeira em Doenças Nervosas e Mentais. Para esta disciplina não havia aulas práticas, sendo contempladas neste curso somente a partir de 1949, as quais consistiam em realizar higiene, alimentação e técnica de contenção (MIRANDA, 1994; MAFTUM, 2004; VILLELA, 2009).

Os anos 1960 a 1980 são marcados pela luta das enfermeiras docentes, alunos dos cursos de graduação em enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) pela reformulação dos currículos de formação, bem como da prática da profissão no Brasil (FERNANDES, 2006).

A partir da primeira metade da década de 1990, foram conduzidas várias discussões e mobilizações da classe de Enfermagem a fim de traçar o perfil do enfermeiro que se desejava formar, pois era necessário construir um currículo mínimo para esta formação. Como resultado de tais movimentos, houve subsídio ao Parecer nº 314/94 do então Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria nº 1.721/94 do Ministério da Educação. Neles, a carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo 500 horas destinadas a estágios curriculares com duração não inferior a dois semestres letivos e desenvolvidos sob supervisão docente. Buscava-se ainda assegurar a participação dos enfermeiros dos serviços de saúde no ensino por meio de propostas de integração docente-assistencial (FERNANDES, 2006).

Em 23 de dezembro de 1996, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei n.9.394 de 20 de dezembro de 1996, que trouxe novas responsabilidades para as Universidades, docentes, discentes e sociedade. A LDB passa a permitir a formação de diferentes perfis profissionais a

partir da vocação de cada curso/escola, esperando melhor adaptação ao "mundo do trabalho", já que as instituições terão liberdade para definir parte considerável de seus currículos plenos (FERNANDES, 2006).

Nessa perspectiva, em continuação à busca pelo perfil profissional do enfermeiro, durante o 2º Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn) em 1997, foram discutidas as questões referentes ao ensino de graduação, em que se destacou a existência de muitos cursos com ênfase no modelo biomédico, com dissociação entre a teoria e a prática. Sendo assim, no 3º SENADEn (1998), delineou-se o perfil do enfermeiro: *"profissional generalista, crítico e reflexivo, com competência técnico-científica, ético-político, social e educativa"* (SENADEn, 1998).

Concomitantemente a esses acontecimentos na área de educação e ensino da Enfermagem, houve, a partir da década de 1970, o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, que visava à reconstrução das práticas em saúde mental no Brasil, bem como à formação do senso crítico-reflexivo, que proporcionasse aos profissionais de saúde voltar seu olhar ao novo modelo de atenção psiquiátrica, o psicossocial (ZERBETTO; PEREIRA, 2005; JORGE *et al.*, 2006).

As políticas públicas na área da saúde mental foram sendo aprimoradas de modo que fossem progressivamente reduzidos os leitos psiquiátricos, expandida e fortalecida a rede substitutiva do hospital psiquiátrico. Essas políticas preconizam a criação e manutenção de programas permanentes de formação de recursos humanos com a visão recomendada pela Reforma Psiquiátrica. Dessa maneira, tornou-se necessário reorganizar e atender para a formação dos futuros profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A partir do final da década de 1970, os currículos de Enfermagem começaram contemplar disciplinas que dão destaques aos aspectos comportamentais, relações humanas e comunicação terapêutica (MAFTUM, 2004). Nos cursos de graduação, o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica passa a ter por objetivo formar enfermeiros aptos a aprender, mobilizar e integrar conhecimentos gerais em enfermagem e enfermagem psiquiátrica que lhes dessem condições de prestar o cuidado em circunstância em que o paciente necessite de suporte emocional e/ou abordagem de sintomas de transtornos mentais, apesar de isso não se refletir na prática dos enfermeiros sujeitos deste estudo (CAMPOY; MERIGHI; STEFANELLI, 2005).

Da formação dos profissionais de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem, espera-se que o ensino contemple a nova visão e práticas voltadas à inserção destes profissionais nos serviços substitutivos. Entretanto, existem dificuldades para alcançar esses objetivos, uma vez que grande parte dos profissionais de nível médio tem lacunas em sua formação na área de saúde mental como o exposto pelas falas dos sujeitos A.7, A.9 e A.12. Assim, esses profissionais de enfermagem acabam por adquirir concepções e formas de cuidar no seu local de trabalho, o que nem sempre ocorre de modo correto e adequado (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Os futuros profissionais de nível médio, devido à pouca carga horária destinada às disciplinas de saúde mental não têm acesso a conceitos teóricos e práticos, o que torna o ensino fragmentado e voltado a procedimentos técnicos. Com isso, perde-se a oportunidade de abrir espaço e discussões e reflexões quanto aos conteúdos sobre relacionamento interpessoal e comunicação (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Os sujeitos fizeram referência à falta de atualização e capacitação na área de saúde mental, com vistas a melhorias na qualidade do cuidado ao paciente com transtorno mental. Por outro lado, mostraram-se interessados em adquirir conhecimento relacionado a essa área:

“(...) eu nunca tive uma orientação, tirando a graduação que foi há cinco, seis anos. Eu nunca vi preparo dentro da instituição seja esta ou a outra anterior em que eu trabalhei, preparo para trabalhar com o paciente psiquiátrico” (E.4).

“Nesse pronto atendimento a gente não tem (...) conhecimento específico para fazer um cuidado. E hoje, nesta instituição, nesse pronto atendimento, a gente não tem noção, assim não tem um embasamento para cuidar da parte psiquiátrica desse paciente” (E.3).

“Mas é difícil tratar, a gente não está acostumada a tratar paciente psiquiátrico. É meio complicado, a gente não tem uma orientação” (A.10).

“(...) não temos orientações sobre como a gente se portar diante deles” (A.8).

“Falta muito isso, se a gente tivesse um conhecimento a respeito das patologias e o que se espera de reações, com certeza, isso seria muito relevante. (...) Eu já tenho um tempo na Enfermagem, mas ao mesmo tempo continuo não tendo um conhecimento nessa área” (E.2).

Os inúmeros avanços ocorridos no mundo nos últimos anos trouxeram evolução em muitos aspectos na área da saúde. Todavia, esse contexto nos faz conviver, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens, entre eles o baixo investimento na qualificação dos profissionais de saúde. Isso se torna mais complexo quando se constata que a formação dos profissionais de saúde tem se distanciado de certa forma das discussões e das formulações das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004b).

Desde a década de 1950, já se conhecia o lema, bastante divulgado na área da educação naquela época, que ainda tem seu valor nos dias atuais. Ele afirmava que “as pessoas tinham que *se ajustar a um mundo novo em mutação*, ou seja, que todo conhecimento sofre transformação e é preciso aprender a capacitar-se e ajustar-se às mudanças” (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2005, p. 106).

O enfermeiro tem que constantemente aprimorar seus conhecimentos por meio do processo de educação permanente, pois são alternativas válidas em busca de saberes teórico-práticos a fim de conferir qualidade ao cuidado e, por conseguinte, satisfação profissional. Torna-se necessário que os profissionais exijam da instituição na qual trabalham apoio ao desenvolvimento profissional e aperfeiçoamento na área específica de atuação (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006). Para tanto, docentes, pesquisadores e profissionais com conhecimento na área de saúde mental têm a responsabilidade de estimular reflexões dos profissionais de enfermagem que propiciem mudanças na prática frente ao cuidado dos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica.

Os sujeitos citaram a falta de estrutura física do Pronto Atendimento como dificuldade enfrentada para desenvolvimento dos cuidados de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Ainda mencionaram a falta de equipamentos apropriados para os procedimentos de contenção física no leito:

“Nesse pronto atendimento, a gente não tem a menor estrutura. (...) a enfermagem aqui no pronto atendimento não tem

condição de ficar direto com os pacientes nos consultórios quando ficam em observação (...). Como cuidar de uma paciente nessas condições? Sem uma estrutura física, sem uma equipe que não tenha contato direto todo dia” (E.3).

“Primeiro é que eles ficam numa maca e você faz uma contenção e eles se agitam muito e corre um grande risco de cair, de virar com essa maca e, isso pode acontecer” (A.7).

“Aqui no pronto atendimento não tem condições de atender esse tipo de paciente. Aqui não tem uma boa rotina para paciente psiquiátrico. Não tem condições boas, mesmo que você esteja com o paciente, você não tem material para conter o paciente e deixar ele contido do jeito certo. A gente improvisa e o que acaba acontecendo é que o paciente fica na maior parte do tempo sob efeito de drogas (...).” (A.8).

“Aqui no pronto atendimento deveria ser assim: ter mais tipo de material para contê-lo melhor pra não machucá-lo. Desenvolver mais materiais que sejam mais eficientes, não só o uso da atadura, porque dependendo do tipo da patologia é melhor contê-lo do que medicá-lo, para poder ver até onde ele vai” (T.6)

O ambiente em que ocorre o cuidado deve representar um espaço terapêutico, de qualidade e que o paciente se sinta acolhido, sendo esses fatores importantes para a humanização (BECK, *et al.*, 2009). Assim, se justifica a preocupação dos sujeitos em relacionar à qualidade do cuidado com a adequação do ambiente. Eles demonstraram que estão cientes de que a forma de cuidar do paciente com comorbidade clínico-psiquiátrico tem sido inadequada e precária. Para Almeida e Pires (2007), quando o ambiente apresenta dificuldades para se prestar o cuidado, podem surgir interferências negativas que inibem reconhecer as subjetividades do paciente.

O trabalho da equipe de enfermagem nos serviços de urgência e emergência ocorre em ambiente complexo devido ao desenvolvimento tecnológico e científico. Entretanto, a estrutura física e a adequação dos recursos materiais e humanos não acompanham essa evolução ocasionando, além de dificuldades no trabalho da equipe de enfermagem, sentimentos de impotência, frustração e sofrimento, como demonstrados na fala do sujeito E.3 (ALMEIDA; PIRES, 2007; BENETTI *et al.*, 2009).

Porém, cabe ressaltar que esse panorama está presente na maioria dos serviços de Pronto Socorro e Pronto Atendimento em todo o país. Acredita-se que as políticas públicas que estão surgindo nos últimos anos têm estabelecido estratégias para modificações e adequação nos ambiente físico. Com isso, os ajustes almejados na estrutura física dos serviços de urgência e emergência poderão levar algum tempo. Contudo, já se notam algumas mudanças em decorrência da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, que busca orientar e organizar os serviços de emergência ao atendimento da população (BRASIL, 2004b; SOUZA; SILVA; NORI, 2007; BENETTI *et al.*, 2009).

Foram referidas por alguns sujeitos situações relacionadas ao seu estado de saúde mental, que influenciam no desenvolvimento do cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. O sujeito T.7 mencionou a existência de problemas de ordem pessoal e que se somam aos relacionados com o trabalho e resultam em desequilíbrio psíquico:

“(...) não tenho estrutura para trabalhar com esses ‘caras’ [refere-se a pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica]. Acho complicado na verdade atender paciente psiquiátrico no clínico [hospital clínico]” (A.7).

“Tem muita coisa para melhorar (...) na equipe de enfermagem, não no sentido da prática das pessoas, mas no sentido psicológico. Tem hora que dá vontade de pegar ele [o paciente com transtorno mental] pelo pescoço e estrangular, porque a gente tem os nossos problemas e de vez em quando a gente começa a perder a paciência com esse tipo de pessoa” (T.7).

“(...) eu fico muito irritada, quando tem aqui paciente psiquiátrico e eu tenho que atender, geralmente eu não gosto. Eu sinto que saio cansada do plantão, com dor nas costas, com sintomas de depressão, com dor de cabeça, com a boca seca” (A.1).

O cuidado é permeado por atitudes de reciprocidade e, para que se possa desenvolvê-lo de modo eficaz, é imprescindível que o profissional de enfermagem o preste a si mesmo e, dessa forma, seja capaz e autônomo para prestá-lo a outros (COLLIÈRE, 1999). Assim, percebe-se que para cuidar de pessoas em sofrimento mental o cuidador necessita ter sua saúde mental preservada.

No âmbito hospitalar, a unidade de urgência e emergência pode ser considerada um dos locais em que os profissionais de saúde têm maior propensão para apresentar sinais de sofrimento psíquico. Alguns fatores que contribuem para tal condição são o funcionamento ininterrupto do serviço, grande demanda de pacientes graves, convívio com situações de risco iminente de morte. Assim, o sofrimento psíquico dos profissionais não deve ser atribuído somente à alta complexidade dos cuidados desenvolvidos, mas ao fato de terem que lidar com situações adversas frente às quais emergem sentimento de impotência e falta de prazer correlacionado ao trabalho (ALMEIDA; PIRES, 2007; BENETTI *et al.*, 2009).

A falta de condições de trabalho e de estrutura de funcionamento produz um ambiente inadequado ao trabalhador, o que gera desconfortos físicos e psíquicos que podem se agravar levando o profissional a um estado patológico ocupacional (BENETTI *et al.*, 2009).

Dentre os profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar, os da Enfermagem são os que estão mais expostos ao desgaste mental e, conseqüentemente, ao adoecimento, uma vez que outros fatores se somam aos citados e dão especificidade ao seu processo de trabalho. Como exemplo, a dupla jornada de trabalho, desvalorização do trabalho, hegemonia do discurso médico em relação aos demais profissionais e os fatores ambientais (KIRCHHOF *et al.*, 2009). O envolvimento nos processos decisórios de ordem técnico-científica e relacional pode apresentar-se como elementos a mais que influenciam no desgaste mental desses profissionais (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Alguns sintomas podem aparecer e causar incapacidade funcional, como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade, insônia e estresse (KIRCHHOF *et al.*, 2009). Nesse contexto, a incapacidade funcional na Enfermagem significa interferências negativas no ambiente interacional, bem como no processo de cuidar (BENETTI *et al.*, 2009).

Quando esses sintomas de ordem emocional estão relacionados com o ambiente de trabalho caracterizado pelas atividades de cuidado a outros, pode tratar-se de Síndrome de Burnout. Esta se compõe de três elementos: a exaustão emocional, incompetência e despersonalização. Na exaustão emocional, há o surgimento de sentimentos de frustração e tensão no trabalho. No elemento incompetência, surge a falta de satisfação no trabalho e no terceiro elemento, a

despersonalização, o aparecimento da descrença, insensibilidade e despreocupação com as outras pessoas (BENETTI *et al.*, 2009).

O cuidado de enfermagem se desenvolve levando em consideração o contexto relacionado tanto ao cuidador quanto ao ser cuidado. Para tanto, as experiências humanas, a subjetividade, a consciência, a história de vida e sentimentos devem ser ponderados, uma vez que o cuidado ocorre no ambiente de interação. Dessa forma, ele está envolto de atitudes como respeito, gentileza, responsabilidade, interesse, segurança e oferta de apoio, confiança, conforto e solidariedade (SILVA, 2000; WALDOW, 2005; STEFANELLI, 2005).

Para tanto, os profissionais de enfermagem devem assumir seus papéis com responsabilidade, assim poderão sentir-se integrados ao seu meio. Com isso, busca-se experimentar sentimentos de motivação para elevação da autoestima, ter percepção de si como profissional competente que contribui para que o ser humano seja atendido em suas necessidades e no enfrentamento das diversas situações advindas do processo saúde-doença (BISON, 2003).

Foi possível apreender que as dificuldades apresentadas pelos sujeitos fazem com que o cuidado prestado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica seja fragilizado e inadequado. Eles explicitaram que se sentem despreparados para desenvolver esse cuidado. Os sujeitos E.6 e E.5, que são enfermeiros referiram que não possuem conhecimento para cuidar do paciente e estenderam igualmente à sua equipe.

“(...) sou pouco preparada para cuidar de um paciente que tenha uma alteração psiquiátrica. (...) a gente não dá o cuidado adequado, não sabe muito como agir (...). nisso a gente está despreparado, tanto eu como enfermeira como a nossa equipe” (E.6).

“(...) falta o preparo de como manejar esse paciente no dia a dia, entender o que é um quadro agudo. (...) Mas é claro, que nós como enfermeiros ou a própria equipe, muitas vezes, não temos o preparo profissional” (E.5).

“Eu não me sinto preparado realmente, particularmente, não me sinto preparado para trabalhar com paciente psiquiátrico” (E.4).

“(...) a gente peca muito nesses cuidados, porque eu acho que eu não saberia cuidar de paciente psiquiátrico (...) da maneira correta ou que fosse bom prá ele naquele momento” (T.3).

O sujeito A.1 enfocou que não está preparado, pois não se sente bem ao realizar cuidados aos pacientes psiquiátricos no Pronto Atendimento. O sujeito A.6 reconheceu suas dificuldades e prefere não realizar o cuidado e solicitar aos colegas que o façam. Por outro lado, o sujeito A.4 chamou a atenção para a necessidade de se capacitar, o que remete novamente à política de educação permanente e salientou que percebe que a demanda de pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento tem aumentado:

“(...) a gente deve estar preparado para lidar com essas pessoas, eu não me acho preparada para tratar com paciente psiquiátrico, porque eu não me sinto bem” (A.1).

“Eu não tenho preparo nenhum para lidar com paciente psiquiátrico. (...) até por essa dificuldade é muito difícil eu lidar com eles. Geralmente, eu peço para outro ir. Não sei, eu me sinto sem preparo nenhum para cuidar do paciente” (A.6).

“(...) a gente não está muito preparada para cuidar do paciente psiquiátrico. A gente não sabe lidar com esse paciente, eu acho que tem que ter bastante treinamento. E, está aparecendo cada vez mais para nós esse tipo de paciente” (A.4)

As referências dos sujeitos sobre a falta de preparo para desenvolver cuidados de enfermagem com relação às necessidades psíquicas do paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica são compreensíveis. Uma vez que a formação da maioria dos profissionais da enfermagem teve enfoque nas ações desenvolvidas ao paciente nas instituições psiquiátricas, ela dificulta a visão do cuidado extramuros, que é um dos motivos para que os profissionais não se sintam preparados para cuidar dessa clientela (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

O momento é de transição no modelo de assistência à saúde mental, em que as políticas públicas têm se adequando no sentido de dar sustentação à visão da Reforma Psiquiátrica. Com isso, as profissões da área de saúde buscam

aprimoramento no saber instrumental para formar e capacitar profissionais a respeito das reformulações vigentes em saúde mental (AMARANTE *et al.*, 2003).

Entretanto, a falta de preparo referida não pode ser justificativa para que o cuidado não ocorra, uma vez que esse sentimento está presente inclusive no cotidiano de profissionais de alguns serviços especializados em saúde mental. Essas dificuldades são inerentes ao novo cenário, à subjetivação da experiência do trabalho com a loucura e à resistência a mudanças (SILVEIRA; BRAGA, 2004; SILVA *et al.*, 2005). Dessa forma, as questões relativas aos cuidados voltados a suprir as necessidades do ser humano em sofrimento psíquico no hospital geral requerem que se construam espaços de reflexão, formação e capacitação para os profissionais (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

A categoria apresentada a seguir é composta por 25 unidades de registro, que equivalem a 3,82% do total de 654 unidades identificadas e analisadas a partir das entrevistas com os sujeitos. No critério quantitativo das unidades de registro ela não tem valor significativo para compor uma categoria, no entanto, o tema proposto para esta categoria é essencial para compreender o objeto de estudo, demonstrando a importância qualitativa dessas unidades de registro.

5.2.4 Preconceito e estigma com relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica

Retrocedendo à categoria “O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos” na subcategoria “Cuidados humanizados de enfermagem” na página 94 deste estudo, os sujeitos externaram a necessidade de que o cuidado ocorra de forma humanizada. Entretanto, em meio às falas de parte dos entrevistados pôde-se apreender que há contradição, haja vista a afirmação da existência de preconceito, que traz como consequência a discriminação, que tem influenciado no desenvolvimento do cuidado.

“(...) a gente é um pouco preconceituoso no atendimento. Ao pegar um paciente que tenta suicídio, às vezes, a gente tende a martirizá-lo. (...) A gente fala: ah! tentou suicídio, agora vai sofrer. Não que a gente faça coisas ruins para esse paciente (...). Cuida, mas não passa muito a mão na cabeça” (A.10).

“(...) a gente tem mesmo esse tipo de preconceito, é como se não gostasse de atender, a gente deixa meio de lado, é bem complicado mesmo” (T.5)

“(...) de toda a parte psiquiátrica, o alcoolista eu acho o pior paciente para a enfermagem tratar. Ele dá um sentimento pior ainda do que o [paciente] psiquiátrico. Eu acho que a enfermagem [referindo-se a equipe de enfermagem do PA] atende o alcoolista com discriminação muito grande e que não vê ele como doente, acham que é uma opção dele. Tenho um misto de dó, piedade, aversão e um sentimento de que eu tinha que tratar ele diferente. Eu procuro num primeiro momento tratar ele bem, mas eu sinto que eu tenho que fazer um esforço muito grande, mas daí eu começo a tratar ele mal” (A.7).

O sujeito E.2 citou algumas atitudes que traduzem o preconceito e a discriminação, o que se pode inferir que esse comportamento vem ao encontro da necessidade dos profissionais demonstrarem superioridade e diferenças em relação ao paciente diante de situações semelhantes às que experimentam em seu dia a dia:

“A gente meio que faz o estereótipo do paciente. (...) quando é esse tipo de paciente a gente já vai meio com ódio: tanta gente precisando de verdade e daí vem esse querer “louquiar” aqui, acabar com o plantão tudo. E eu acho muito difícil que um auxiliar, um técnico não tenha passado isso dentro de uma unidade de emergência” (T.5).

“(...) Não sei se é porque eu falo demais, eles me aceitam, mas sou eu que não os aceito. Eu não me sinto bem” (A.1).

“(...) há muito preconceito em relação ao paciente psiquiátrico e esse preconceito as pessoas expressam, ou seja, no não vou cuidar, seja achando engraçado, tirando sarro, mas na realidade é a insegurança. Porque o paciente psiquiátrico mexe muito com a cabeça das pessoas, porque muitos comportamentos que ele tem, são coisas que às vezes você já fez, às vezes já aconteceu alguma coisa assim. O paciente tem uma mania e você já teve, então você se enxerga, você já fez aquilo e por uma sorte do destino não é você que está ali no lugar dele” (E.2).

Todos os pacientes que adentram as instituições de saúde têm o direito de receber cuidado, atendimento e/ou orientações que satisfaçam suas necessidades de saúde e devem ser tratados com humanidade e respeito que lhes são garantidos pela legislação vigente em nosso País (BRASIL, 2004b). Entretanto, existem dificuldades em efetivar esses pressupostos quando se trata de pacientes com sintomas de sofrimento psíquico devido ao preconceito, que decorre da estigmatização da loucura como citado pelos sujeitos A.10, A.7 e T.5 (GRAHAM *et al.*, 2007; MACIEL *et al.*, 2008).

Ressalta-se que o “estigma resulta de um processo por meio do qual certas pessoas ou grupos de pessoas são levados a se sentir envergonhados, excluídos e discriminados”. Quando há atitudes de distinção, exclusão ou preferência a uma pessoa ou ao grupo dela em detrimento a outros com ausência ou diminuição de direitos, ocorre discriminação (GRAHAM *et al.*, 2007, p. 42).

Estudos sobre concepções de saúde, doença, ser humano e modos de tratamentos às pessoas com transtorno mental baseados na legislação brasileira, paranaense e de Curitiba, desde seus primórdios até a atualidade, concluíram que a tais legislações influenciaram nas concepções da sociedade. Dessa forma, as leis e decretos que regulamentavam a assistência psiquiátrica no Brasil, Paraná e Curitiba na primeira metade do século XX eram voltados ao fortalecimento das formas de tratamento do modelo hospitalocêntrico e manicomial, marcados pela diminuição de direitos civis das pessoas com transtorno mental, bem como pela formação de preconceitos e estigmas relacionados a elas (CANABRAVA, 2008; GUIMARÃES, 2008; FOGAÇA, 2008).

Entretanto, a Lei 10.216/2001 representa a legislação brasileira voltada à proteção dos direitos da pessoa portadora de sofrimento mental e tem por objetivo lançar mão de medidas especiais para proteger os direitos desses cidadãos, assegurar sua inclusão social e evitar atitudes discriminatórias. Por outro lado, tal lei não possui condições de alcançar e intervir na estigmatização (BRASIL, 2001). Isso porque a estigmatização é uma característica própria do ser humano - é invasora, sutil e difícil de combater - visto que ela tem relação com componentes cognitivos e comportamentais, resulta de ideias preconcebidas e do medo do desconhecido, podendo ainda ser fortalecida por fatores culturais e juízo de valores (GRAHAM *et al.*, 2007).

Dessa forma, a estigmatização da pessoa com transtorno mental, quando consentida por profissionais de enfermagem, pode provocar atitudes negativas e interferir no desenvolvimento do cuidado como preconceito externado pela ideia de que a pessoa é alcoolista por opção de vida, criação de estereótipos, ações discriminatórias, opiniões divergentes dos profissionais de enfermagem sobre as necessidades de cuidado do paciente, bem como pela falta de vontade em abordá-lo e realizar levantamento de seus problemas, o que acarreta má qualidade dos tratamentos e cuidados fornecidos. Esta estigmatização pode, ainda, incorrer em marginalização e exclusão do paciente do processo de cuidado, negligências de cuidados, barreira à comunicação, pela imposição de esquema de valores e influência de mecanismos inconscientes que interfiram no ambiente interacional e comunicacional (STEFANELLI, 2005; GRAHAM *et al.*, 2007). Essas situações são corroboradas por um estudo realizado sobre a abordagem da equipe de enfermagem às pessoas com transtorno mental em um serviço de emergências, em que se revelou a existência de incompreensão da equipe quanto ao sofrimento psíquico do suicida, do alcoolista e toxicômano, como também foi demonstrado pelos sujeitos deste estudo (KONDO *et al.*, 2009¹⁰).

Os sujeitos A.10, A.7 e T.5, ao citarem que existe tendência de martirizar o paciente, de acabar tratando-o mal e deixando-o de lado, demonstraram a influência do preconceito relativo ao paciente com transtorno mental no cuidado de enfermagem desenvolvido a ele. Nessa perspectiva, quando houver prejuízo no cuidado de enfermagem a uma pessoa ou a um grupo devido à estigmatização presente nas atitudes do profissional, ele deve ser alvo de ações específicas de conscientização a fim de redução ou extinção desse comportamento. Dentre elas instituir medidas de ensino para mudar crenças e atitudes por meio de sensibilização da equipe quanto ao cuidado aos pacientes com transtorno mental, proporcionar conhecimento teórico e dar suporte na prática profissional, estabelecer e apoiar a responsabilização dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados desenvolvidos aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica (STEFANELLI, 2005; GRAHAM *et al.*, 2007).

Deve-se, ainda, combater qualquer forma de manifestação de estigmatização, preconceito ou discriminação dos pacientes com transtorno mental.

¹⁰KONDO, E.H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2009. *Encaminhado*.

Promover e incentivar pesquisas que identifiquem meios de intervenção para reduzir de modo durável as formas de estigmatização e discriminação das pessoas com transtorno mental nas instituições de saúde, conhecer a si mesmo e compreender que no ambiente comunicacional deve-se evitar a imposição de valores, explorar e clarificar os mecanismos inconscientes ou parcialmente conscientes, que podem influenciar de modo negativo as atitudes e compreensão dos profissionais de enfermagem ou do paciente no ambiente comunicacional no instante do cuidado (STEFANELLI, 2005; GRAHAM *et al.*, 2007).

Nos relatos seguintes, foi possível apreender que para os sujeitos o hospital geral não é o local adequado para receber pacientes com transtorno mental e demonstraram rejeição à entrada e à permanência do paciente com comorbidade psiquiátrica no Pronto Atendimento. Esse comportamento em relação às pessoas com transtornos psíquicos reafirmou a visão da exclusão social, o que acaba por influenciar a efetividade do cuidado integral. A conservação do pensamento em relacionar a pessoa com transtorno mental com a institucionalização ficou evidenciada. Por outro lado, o sujeito E.5 referiu a possibilidade do paciente ser atendido em outros serviços de saúde. Outras atitudes de rejeição para receber o paciente com transtorno mental no hospital geral foram apontadas pelos sujeitos como a de não aceitar trabalhar em situações de emergências psiquiátricas. O sujeito A.6 fez uma crítica à desinstitucionalização, mencionando que os pacientes não deveriam sair de lá e reforça a ideia de que o hospital geral não é local para os pacientes com transtorno mental:

“A gente ainda tem a visão do paciente psiquiátrico institucionalizado. É aquele paciente que deveria estar, no nosso entendimento, dentro de um hospital psiquiátrico. (...) quando ele procura um hospital “normal”, a gente não tem esse preparo para o atendimento a esse paciente. É muito comum quando se diz que você vai receber um paciente psiquiátrico dentro da instituição hospitalar [hospital geral], e a primeira coisa que se diz: aqui não é hospital psiquiátrico! Como se o paciente que tem um quadro psiquiátrico só pudesse ser atendido nesse tipo de hospital [instituição psiquiátrica], que ele não pudesse ser atendido em qualquer outro local” (E.5).

“Por incrível que pareça, há uma barreira para esse paciente psiquiátrico porque o hospital é clínico. Eu não sei se vai ser

válida a questão do paciente psiquiátrico aqui no pronto atendimento clínico (...)" (E.3).

"Se o PA vier um dia atender a psiquiatria como emergência psiquiátrica, eu creio que não ficaria no serviço, porque não me vejo trabalhando com paciente psiquiátrico. Eu particularmente não me sinto preparado, eu acho que uma das minhas falhas como profissional é que eu não consigo me preparar para cuidar do paciente psiquiátrico, porque eu não me vejo trabalhando com paciente psiquiátrico" (E.4).

"eu acho complicadíssimo o hospital ficar com paciente psiquiátrico no PA" (A.7)

"O hospital é um hospital clínico e ele está aqui porque não está bem clinicamente e ele também não está bem psicologicamente, é muito difícil. Porque quando o hospital é psiquiátrico, ele não está bem da cabeça" (T.7).

"(...) agora estão extinguindo esses hospitais psiquiátricos. Eu acho que eles precisam de um tratamento específico, porque agora é tudo igual, tratamento clínico e psiquiátrico (...) não tinha que tirar tudo de dentro do hospital psiquiátrico e jogar tudo dentro do clínico" (A.6).

Para compreender as colocações dos sujeitos, há que se pensar sobre questões importantes: a primeira refere-se à própria história do hospital, da loucura e do surgimento das instituições psiquiátricas. Em seguida, podem-se citar as concepções de segregação, que ainda, se mantêm na sociedade, bem como a novidade representada pela estruturação dos serviços substitutivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Quanto à primeira questão, a partir do momento em que se concebe a loucura como doença e se estipula o manicômio como espaço de ação médica sobre a doença da mente, surge o pensamento de que o lugar próprio, único e adequado para tratar a loucura é o espaço noso-manicomial (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001; SILVEIRA; BRAGA, 2005; KONDO *et al.*, 2009¹⁰). Uma vez os loucos isolados da sociedade, distantes dos "normais", se estabelece a segregação social, que

¹⁰KONDO, E.H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2009. *Encaminhado*

perdurou por anos e, de certo modo, ainda hoje sobrevive como verdade na concepção de parte da sociedade (AMARANTE *et al.*, 2003).

Assim se percebe que há resistência dos profissionais de enfermagem em aceitar e aderir ao novo contexto da assistência à saúde mental, especialmente com o advento da reforma psiquiátrica, com a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos e com o atendimento na rede substitutiva, tendo em vista a inclusão do paciente na sociedade.

A reforma psiquiátrica, apesar de ter início nos anos setenta do século passado, ainda está se estruturando e não ocorre de forma consensual. Isso acontece por causa da complexidade com relação à temática que envolve condições econômicas, históricas, políticas e culturais. Dessa forma, sua efetivação necessita de modificação na visão da sociedade em relação às pessoas com transtorno mental para que se modifiquem as práticas e as estruturas dos serviços substitutivos (AMARANTE *et al.*, 2003).

Na nova visão sobre o paciente com transtorno mental, há o envolvimento de vários serviços e profissionais de saúde. O hospital geral não é o único serviço disponível na rede substitutiva do hospital psiquiátrico. Existem outros serviços com maior exclusividade aos pacientes com transtorno mental como o hospital-dia; CAPS; atendimento ambulatorial, entre outros (AMARANTE *et al.*, 2003).

Cabe ressaltar que o hospital geral em que esse estudo se desenvolveu não possui unidade de internamento para especialidade de psiquiatria, somente atendimento ambulatorial. Com isso, não é comum receber pacientes exclusivamente para tratamento psiquiátrico. Os pacientes com transtorno mental que são atendidos ali, para atendimento clínico, são os que apresentam comorbidade clínico-psiquiátrica. Durante o tempo em que atuei no local deste estudo, percebi que o cuidado prestado aos pacientes em geral é de excelência, contudo, quando há comorbidade psiquiátrica há defasagem na qualidade do cuidado pelas dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem em desenvolvê-lo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de pesquisa, foi proposto apreender como os profissionais de enfermagem percebem o cuidado que desenvolvem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrico no Pronto Atendimento de um Hospital Geral, haja vista que o cuidado é a essência da Enfermagem. Nele, buscou-se aprofundar ao máximo a compreensão sobre a temática que envolveu o problema de pesquisa, entretanto não se teve a pretensão em esgotá-la, pois, entre outros fatores o tempo para o desenvolvimento do mestrado é limitado.

Deste modo, percebe-se que há muito a avançar no conhecimento na área de saúde mental, principalmente quando relacionado ao novo ambiente de cuidados extramuros às pessoas com transtorno mental, como é o caso de hospitais gerais. Tendo em vista a temática abordada nesta pesquisa, não cabe fazer aqui generalizações, mas compreender como a equipe de enfermagem de um Pronto Atendimento atua no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica e quais fatores estão relacionados ao seu desenvolvimento.

O momento é de transformações paradigmáticas e estruturais na área de saúde mental no Brasil. É um período histórico com forte influência nos âmbitos sociais, políticos e econômicos e que tem sido marcado pelo esforço dos profissionais de várias áreas do conhecimento em busca da dignidade e identidade da pessoa com transtorno mental. A Enfermagem se encontra entre as profissões da área de saúde que estão empenhadas em mudar o panorama de assistência à saúde mental no Brasil, para tanto, existe a relevância de sua atuação nas pesquisas no campo da saúde mental.

Ao partir para o campo de investigação junto aos sujeitos, a fim de obter os dados que respondessem à questão norteadora e alcançasse os objetivos traçados, percebeu-se, com surpresa, por meio dos relatos dos sujeitos, suas concepções relativas aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica, percepção sobre o cuidado desenvolvido, formas de cuidar ou descuidar. Depois das leituras flutuantes, verificou-se que havia necessidade de uma intervenção, a fim de sensibilizar a equipe de enfermagem para o reconhecimento do portador de transtorno mental como pessoa e para o cuidado desenvolvido a ele.

Assim, teve-se a oportunidade de realizar Grupos de Discussão com parte da equipe de enfermagem do Pronto Atendimento, por meio da disciplina do curso de mestrado Vivência na Prática Assistencial. Nele, traçou-se o objetivo de apreender as percepções daquela equipe sobre conceitos centrais ao desenvolvimento do cuidado ao portador de transtorno mental. Os conceitos elencados foram: cuidado de enfermagem, ser humano, ambiente, saúde e doença mental, equipe, comunicação humana e terapêutica.

Ao final dessa vivência da prática assistencial, os sujeitos concluíram sobre a necessidade de mudança em sua prática de cuidado às pessoas com transtorno mental. O grupo demonstrou interesse em que haja outras discussões relacionadas ao conhecimento sobre comunicação terapêutica, uma vez que a considerou importante como instrumento para o cuidado. Após o término deste grupo, percebeu-se que ele deveria se estender aos demais profissionais de enfermagem que não puderam participar, visto que o grupo se constituiu de nove sujeitos e o tempo disponível para a disciplina não seria suficiente para alcançar a todos. Fica então a recomendação à instituição para a viabilização de outras Discussões de Grupo com vistas a contribuir para que a equipe de enfermagem adquira conhecimentos nessa temática que impacte no cuidado qualificado.

À medida que os dados desta pesquisa eram tratados, notava-se o distanciamento que havia entre a equipe de enfermagem e os pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica devido à forma como os cuidados eram desenvolvidos e pelas dificuldades relatadas pelos profissionais. Algo que chamou a atenção foi a forte presença de estigmas, preconceitos e rejeição que os profissionais de enfermagem demonstraram em relação às pessoas com transtorno mental. Com isso, pode-se apreender que há influência desses fatores diretamente no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, que em algumas situações não ocorria.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram a tendência dos profissionais de enfermagem enfocarem e darem maior importância aos cuidados técnicos e procedimentos, bem como às dificuldades em desenvolver cuidados subjetivos como é a comunicação. Essas dificuldades são intensificadas quando o cuidado é voltado para atender às necessidades psíquicas do paciente.

Ficou evidenciada a forte relação dos cuidados de enfermagem ao paciente com comorbidade psiquiátrica e elementos manicomiais, que influenciam o processo

de cuidar como a contenção física e a sedação sem critérios preestabelecidos, o estigma, o preconceito.

Verificou-se que o Pronto Atendimento é um cenário típico de mudanças de paradigma, evidenciado pelas dificuldades apresentadas pelos sujeitos na compreensão sobre a pessoa com transtorno mental e os cuidados específicos a elas, desconhecimento das políticas públicas de saúde mental vigentes, da elaboração do plano de cuidados que abranja as necessidades psíquicas.

A falta de programas locais de aprimoramento e capacitação em saúde mental também foi enfatizada pelos sujeitos como um complicador em relação aos cuidados específicos ao paciente com comorbidade psiquiátrica. Dessa forma, dentre os elementos considerados necessários para a capacitação dos profissionais de enfermagem encontra-se a educação permanente com ênfase em saúde mental, que tem como uma das atribuições proporcionar o ensino e o aprimoramento das ações desenvolvidas aos pacientes e minimizar o distanciamento entre prática e teoria.

Outra necessidade, talvez a de maior importância, seja a sensibilização da equipe de enfermagem com o intuito de mudanças de concepção sobre as psicopatologias, relação profissional-paciente, processo doença-saúde mental, aceitação do portador de transtorno mental como ser humano que carece de cuidado qualificado. Isso acaba por ser um desafio para os profissionais de enfermagem, visto que, além de mudança nas atitudes, há necessidade de superação sobre alguns sentimentos expressos pelos sujeitos e que denotam influência negativa sobre o cuidado prestado aos pacientes como medo, aversão à pessoa com transtorno mental, piedade, ódio.

Ao finalizar este trabalho exploratório, nota-se que os dados que emergiram podem contribuir e incentivar novos estudos que permitam a adequação e qualificação dos cuidados de enfermagem às pessoas com transtorno mental. O cenário brasileiro atual tem disposto de discussões e reflexões sobre as práticas em saúde mental nos serviços substitutivos e nas poucas instituições de internação integral existentes. Todavia, elas devem se estender, de igual modo, aos serviços de saúde não especializados em saúde mental, que têm recebido e cuidado de pacientes com transtorno, com pouca qualificação.

Isso ocorre devido à formação dos profissionais de enfermagem do Pronto Atendimento ter acontecido na visão centrada somente no recurso dito terapêutico representado pela instituição e práticas manicomiais.

Dessa forma, os profissionais apresentam *déficit* de conhecimento de cuidados no modelo psicossocial, que se traduz no direito do paciente ser cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, e que acredita-se que o hospital geral pode se tornar um dos ambientes terapêuticos mais propícios ao cuidado de pacientes com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.3, p.617-29, set/dez, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 03/10/2009.

AMARANTE, P. Rumo ao fim dos manicômios. **Rev. Mente & Cérebro.** p. 31-5, set., 2006.

AMARANTE, P. *et al.* **Saúde Mental, políticas e instituições:** programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ,EAD/FIOCRUZ, 2003.

AVANCI, R.C.; PEDRÃO, L.J.; COSTA JUNIOR, M.L. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldades de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde mental Álcool Drog.** v.1, n.1, art.6, 2005.

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. bras. enferm.** v. 61, n.5, p. 552-7; 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70: Lisboa, 2000.

BECK, C.L.C., et.al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm** v.30, n.1, p. 54-61, 2009.

BELMONTE, P.R. *et al.* **Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar:** Temas de Saúde Mental. M.S.: Brasília, 1998.

BENSEÑOR, I.M. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. **Arquivos de Neuropsiquiatria.** v.56, n.3-A, p. 406-11, 1998.

BERNETTI, E.R.R. *et al.* Variáveis de burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. **Cogitare Enferm.** v.14, n.2, p. 269-77, Abr-Jun, 2009.

BISON, R.A.P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de**

enfermagem. 119 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16823&indexSearch=ID>. Acesso em: 28/02/2009.

BOMBANA, J.A.; LEITE, A. LSS; MIRANDA, C.T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22, n. 4, p. 180-4, 2000.

BORILLE, D.C. **A construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico.** 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico.** 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta paul. enferm.** v. 20, n.4, p. 410-4, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de outubro de 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc> > Acesso em: 15/10/2008.

_____. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 20/01/2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. In: Ministério da Saúde, **Manual do Programa de Volta para Casa.**

Brasília: MS, 2003. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20casa.pdf>. Acesso em: 20/11/2009.

_____. **Memória da loucura**: apostila de monitoria. Versão preliminar. Série J. Cadernos centro cultural da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/.../Index.htm>. Acesso em: 12/10/2006.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMPOY, M.A.; MERIGHI, M.A.B.; STEFANELLI, M.C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 2, p.165-72, Abr. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/09/2009.

CAMPOS, C.J.G.; TEIXEIRA, M.B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001.

CANABRAVA, D.S. **Concepções de saúde-doença e ser humano na legislação do Paraná e Curitiba: da sua organização a 2001**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2008. Relatório de Iniciação científica.

CÁNOVAS RODRÍGUEZ, J.M.; HERNÁNDEZ ORTEGA, R.C. Intervención de enfermería ante la agitación de una persona discapacitada intelectual institucionalizada. **Enfermería Global**. [On line]. v.14, p. 1-8, 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/36051/34571>> Acesso em: 01/07/2009.

CASSIANI, S.H.B.; ALMEIDA, A.M. Teoria Fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos. **Cogitare Enferm**. v.4, n.2, p.13-21, 1999.

CARNEIRO, N.G.O. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. v. 11, n. 2, p. 208-20, junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a03v11n2.pdf> .Acesso 20/09/2009.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca dos significados e implicações da prática da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 12, n.5, p. 806-15, 2004.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.42, n.4, p. 700-6. Abr-jun, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6931.pdf>>. Acesso em: 01/02/2009.

CASTRO, R.C.B.R.; SILVA, M.J.P. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. **Acta paul. enferm.** v.15, n. 2, p. 55-64, 2002.

CID-10 - CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO: **descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

COELHO, C.L.S.; ÁVILA, L.A. Controvérsias sobre a somatização. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.34, n.6, p. 278-284, 2007.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Programa de Aperfeiçoamento Profissional**. Disponível em:<www.cofen.gov.br>. Acesso em 12/01/2008.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1999.

COLVEIRO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil vivência com a diferença. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.38, n.2, p.197-205, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>> Acesso em: 22/11/2009.

CROSSETTI, M.G.O. *et al.* Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. **Rev. Gaúcha enferm.** v.21, n.1, p.44-67, jan. 2000.

CURRIER, G.W.; ALLEN, M.H. Emergency Psychiatry: Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Service. **Psychiatric Service**. v. 51, p.717-19, 2000. Disponível em: <<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/51/6/717>>. Acesso em 15/11/2009.

DESLANDES, S.F.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.9, n.1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 12/01/2009.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.** n.115, p.139-154, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>Acesso em 06/03/2008.

DUARTE, M.B., REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**. v.23 n.3, p. 693-700, Mar., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>>. Acesso em: 13/02/2009.

ESTELMHSTS, P. **Emergências em Saúde Mental: Prática e concepções da equipe de enfermagem**. 50f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007

FENG, Z. *et al.* Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**. v. 24, p. 1110-8, Mar, 2009. Disponível em: <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 15/09/2009.

FERNANDES, J.D. **A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil**. In: TEIXEIRA, E. *et al.* O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: INEP, 2006.

FOGAÇA, M.M. **Concepções de saúde e doença e ser humano e modos de tratamentos à pessoa com transtorno mental no Brasil (1934-2001)**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2008. Relatório de Iniciação científica.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. v. 4, n.1, p.17-27, jan, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1979.

FRIEDMAN, R.A. Violence and Mental Illness — How Strong Is the Link? **The New England Journal of Medicine**. 355:2064, nov, 2006. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/reprint/355/20/2064.pdf>>. Acesso em: 28/09/2009.

GALVÃO-ALVES, J. **Emergências clínicas**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIRADE, M.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem: reflexão sobre conceitos. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.40, n.1, p.105-10, 2006.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n. 2, p. 156-61, 2008.

GRAHAM, N. *et al* . Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v. 34, n. 1, p.39-49, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12/10/2009.

GUARIDO, R. Medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqui.** v.33, n.1, p.151-161, jan./abr. 2007.

GUIMARÃES, A.N. **Concepções de saúde-doença e ser humano com base na legislação brasileira de saúde mental (934-2001)**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2008. Relatório de Iniciação científica.

HAMERS, J.P.H; HUIZING, A.R. Why do we use physical restraints in the elderly? **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**. v. 38, p. 19–25, 2005. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/h3303107547148k6/fulltext.pdf>>. Acesso em: 21/09/2009.

HILDEBRANDT, L.M.; ALENCASTRE, M.B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.22, n.1, p. 167-86, Porto Alegre, jan. 2001.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**. v. 3, n.24, p. 363-73, 2006.

HUIZING, A.R. *et al.* Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach . **Social Science & Medicine**. v. 65, p.924–33, 2007. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/socscimed>. Acesso em: 20/09/2009.

IGUE, C.E.; ROLIM, M.A.; STEFANELLI, M.C.O suicídio e suas representações sociais: esquemas organizadores da comunicação acerca do fenômeno. In: 8º. **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM**. Maio, 2002. Anais. Disponível em:<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: 04/03/2009.

JIMENÉZ BUSSELO, M.T. *et al.* Cuidados com o doente agitado, violento ou psicótico nas urgências: um protocolo provisório para uma doença em crescimento. **Anales de Pediatría**. Ed. Portuguesa. v.1, n.1, p.42-51, Barcelona; 2006. Disponível em: <<http://www.aeped.es/anales/portugues/vol1n1/8.pdf>>. Acesso em: 10/10/2008.

JORGE, M.S.B. *et al.* Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.** v.59, n.6, p.734-9, 2006.

KANTORSKI, L.P., PINHO, L.B., SCHRANK G.O. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Enferm. UFPE On Line**. v.1, n.2, p.225-8, 2007. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>> Acesso em:25/08/2008.

KIRCHHOF, A.L.C. *et al.* Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v. 18, n. 2, Jun. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12/10/2009.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. **As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MACIEL, S.C. *et al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **PsicoUSF**. v.13, n.1, p.115-124. jun,2008 . Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v13n1/v13n1a14.pdf>. > Acesso em: 12/05/2009.

MAGALHÃES, D.B. *et al.* Cuidando da tradição da Escola de Enfermagem mais antiga do Brasil (Um estudo sobre a insígnia no novo milênio). **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**. v. 8, n.1/2, p. 43-8, 2004.

MAFTUM, M.A. **A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do curso técnico em enfermagem**. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2004

MAFTUM, M.A.; ALENCASTRE, M.B. O cuidado à saúde da pessoa com transtorno mental na perspectiva da reforma psiquiátrica: percepção dos docentes. **Rev. cient. enferm.** v.7, n.2, p.91-9, 2009.

MAFTUM, M.A.; STEFANELLI, M.C.; MAZZA, V.A. O processo de relação terapêutica entre alunos de enfermagem e paciente. **Cogitare Enferm.** v.4, n.2, p.73-78, 1999.

MARCOLAN, J.F. **A contenção física do paciente**: uma abordagem terapêutica. – São Paulo: edição do autor, 2004.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.42,n.1, p. 41-7, mar, 2008.

MARQUES, K. *et al.* Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. **J. bras. Psiquiatr.** v..43, n.3, p.117-21, mar, 1994.

MATHEUS, M.C.C.; FUGITA, R.M.I.; SÁ, A.C. **Observação em Enfermagem**. In: CIANCIARULLO, T.I (org). Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2ª Ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. – 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Hospitais de ensino e pesquisa**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=407&letra=H>. Acesso em: 10/11/2008.

_____. **Política nacional de saúde mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134>. Acesso em: 05/10/2009.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 10/02/2007.

MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. – São Paulo: Cortez Editora, 1994.

MONTEIRO, C.B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** v.10 n.4, p. 735-9, 2006.

NASCIMENTO, A.A.M.; BRAGA, V.A.B. Atenção EM Saúde Mental: A Prática do Enfermeiro e do Médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-Ce. **Cogitare Enferm.** v. 9, n.4, p. 84-93, 2004.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n.4, p. 569-76, 2008.

OLIVEIRA, L.; DEL RIO, V. **Percepção Ambiental – A experiência brasileira**. São Carlos: UFSCar, 1999.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do Suicídio**: Um Manual Para Médicos Clínicos Gerais. Tradução Juliano dos Santos Souza e Neury Jose Botega. Genebra, 2000.

OMS. OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Suíça: Biblioteca da OMS, 2001.

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 6, n.2, p. 292-7, 2004.

PADILHA, M.I.C.S.; VAGHETTI, H.H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006.

PAES, M.R. **A contenção física a pacientes em uma instituição psiquiátrica de internação integral e o cuidado de enfermagem**. 66 f. Monografia. (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

PAES, M.R. *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.4, p.479-84, 2009.

PEREIRA, P.F. **Homens na Enfermagem: atravessamento de gêneros na escolha, formação e exercício profissional**. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

PERES, M.A.A.; BARREIRA, I.A. Uma nova enfermagem psiquiátrica na Universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** v.12, n. 1, p. 108-4, mar, 2008.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. Ed. 34: São Paulo, 1996.

PETRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. bras. Psiquiatr.** v, 23, supl.II, p.17-20, 2001.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. - 5.ed.- Artmed, 2004.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial para o cuidado. **Rev. Bras. enferm.** v.61, n.3, p.31-8, 2008.

RIVERA ÀLVAREZ, L.N., TRIANA, A. Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. **Avances en enfermería**. v. 25, n.1, p. 56-68, Colombia, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480421&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15/11/2009.

SÁ, M.C. **Em Busca de uma porta de saída: os destinos de solidariedade, da cooperação e do cuidado da vida na porta de entrada de um hospital de emergência.** Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de Psiquiatria.** 9.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

SAIDEL, M.G.B. *et al.* O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. **Rev. Gaúcha enferm.** v. 28, n. 2, p. 200-6, 2007.

SAILAS, E.; FENTON, M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. **The Cochrane Library.** Issue 2, Oxford, 2005. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001163.html>>. Acesso em 10/11/2009.

SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E.A.; LABATE, R.C. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? **Rev. Latino-am. Enfermagem.** v.10, n.1, p.7-14, janeiro-fevereiro; 2002.

SCHMITT, R.; GOMES, R.H. Interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.** v. 27, n.1, p.71-81 jan/abr, 2005.

SENADEn. Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil, Rio de Janeiro, 1998. **Relatório.** Rio de Janeiro, ABEn/UERJ, 1998.

SILVA, A.L. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. **Acta paul. Enferm.** v. 13, ed. Especial 1, p. 86-90, 2000.

SILVA, A.L. *et al.* Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 27-50, jul. 2002.

SILVA, A.T.M.C. *et al.* A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v.58, n.4, Ago. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672005000400006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13/10/2009.

SILVA, J.L.P. **O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental: uma análise da Lei 10.216/01 à luz do princípio da Integralidade do Direito.** Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição). Universidade de Brasília. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde>>

_arquivos/44/TDE-2007-09-18T143054Z-1768/Publico/Dissertacao_Janaina%20lima%20Penalva.pdf. Acesso em: 20/09/2009.

SILVA, M.J.P. O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M. C; CARVALHO, M.C.; (orgs). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. - O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004.

SILVEIRA, L.C, BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 4, p. 591-5, 2005.

SIQUEIRA JUNIOR *et al.* A relação de ajuda como instrumento para o trabalho do enfermeiro psiquiátrico: relato de um caso. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.22, n.1, p.30-41, jan. 2001. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4350/2298>>. Acesso em: 10/10/2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, D.G.; MOREIRA, A.; PORTO F. As Notícias no Jornal do Commercio (JC) sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE) no Hospício Nacional de Alienados (HNA) de 1911-1920. **R. de Pesqui.: cuidado é fundamental**. v. 9, n. 1/2, p.101-110, 2005.

SOUZA, M.F. Abordagens do cuidado na enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** v.13, n. Especial, parte I, p. 98-106, 2000.

SOUZA, R.B; SILVA, M.J.P.; NORI, A. Pronto-Socorro uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 28, n. 2, p. 242-9, 2007.

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

_____. **Conceitos teóricos sobre comunicação**. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005a.

_____. **Introdução à comunicação terapêutica.** In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005b.

_____. **Estratégias de comunicação terapêutica.** In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005c.

_____. **Comunicação não-terapêutica e barreiras à comunicação terapêutica.** In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005d.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. **Comunicação e enfermagem.** In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Barueri: Manole, 2005.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica.** – trad. Márcia Lisboa. – Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

TENG, C.T., HUMES E.C., DEMETRIOS F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 32, n.3; 149-159, 2005.

TIMBY, B.K. **Atendimento de enfermagem:** conceitos e habilidades fundamentais. Trad. Regina Garcez. – 6ª. Ed. Porto Alegre: ArtMed. Editora, 2001.

TOWSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica:** conceitos de cuidados. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

THOMAS, J. *et al.* Implantação da consultoria de enfermagem psiquiátrica em um hospital geral. **Rev. HCPA.** v. 27, v. 2, 2007.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.73-85, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006. Acesso em: 30/08/2009.

VIETTA, E.P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.9, n.2, p. 97-103, mar. 2001.

VILLELA, J.C. **O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

ZERBETTO, S.R.; PEREIRA, M. A.O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2005, v.13, n.1, p. 112-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100018&script=sci_arttext. Acesso em: 01/03/2009.

WALDOW, V.R Atualização do cuidado. **Aquichan**. v. 8, n.1; 2008 Disponível em: <<http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/viewArticle/1596/3419>>. Acesso em: 21/09/2009.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed.- Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Estratégias de ensino na enfermagem**: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Rev. bras. Enferm.** v.62, n.1, p. 140-5, 2009.

W Aidman, M.A.P.; Stefaneli, M.C. **Comunicação e estratégias de intervenção familiar**. In: Stefaneli, M.C.; Carvalho, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento de um Hospital Geral**”, que está sendo desenvolvido por **Marcio Roberto Paes**, aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde, em especial, na área da Enfermagem, e sua participação é de fundamental importância.

O objetivo desta pesquisa é: apreender a percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica.

Os benefícios esperados não serão financeiros, mas pessoais. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista, e você poderá recusar-se em participar da pesquisa a qualquer momento, caso sinta-se afetado.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso afete seu trabalho.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do participante.

Estão garantidas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

O pesquisador Marcio Roberto Paes, Enfermeiro, COREN-PR 6121, RG 6.133.649-4 SESP/PR, poderá ser encontrado na cidade de Curitiba, de segunda a sexta-feira, das 8hs às 17hs, pelo telefone (41) 9134-7333.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: __/__/__ Assinatura do participante: _____

Nome do Pesquisador: Marcio Roberto Paes _____

APÊNDICE 2**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****1 IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Categoria profissional

 Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Técnico em enfermagem

Tempo de trabalho na instituição _____ anos e _____ meses

Já trabalhou ou trabalha em uma instituição de saúde mental? sim não

Em caso afirmativo, quanto tempo: _____ anos _____ meses.

Modalidade Hospital Dia CAPS Ambulatório Hospital Psiquiátrico

Outros: _____

Como ocorreu sua formação em saúde mental?

 Somente na disciplina do curso (graduação ou de nível técnico) mestrado especialização aperfeiçoamento capacitação Programa de educação permanente da Instituição

Outros: _____

2. Questões de pesquisa

Como você percebe o cuidado de enfermagem que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica neste Pronto Atendimento?

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n.4, p. 569-76, 2008.

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/ TEMA	TOTAL ENTR	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N/ %UR /CAT	% UR/ CAT
O cuidado é técnico	6	6				
O cuidado é desenvolvido conforme o conhecimento que tenho	4	4				
O cuidado é geral	14	11				
Proporcionar conforto ao paciente	2	2				
Cuidados de suporte clínico	10	6				
Cuido igualmente de todos os pacientes	5	3				
Dar apoio ao paciente	1	1				
Ter ações voltadas aos pacientes	1	1				
Atender necessidades básicas humanas	8	5				
Aqui o cuidado é clínico/não há cuidados psiquiátricos	9	6				
Os cuidados são básicos	5	3				
Nunca tive problemas para cuidar dos pacientes	1	1				
Adequar o cuidado à realidade dele em casa	1	1				
Cuidados para manutenção da integridade física	24	12				
Medidas de segurança ao paciente	21	12				
Avaliar o paciente	3	3				
Não deixar álcool próximo ao paciente	2	2				
Cuidados contra queda da maca/leito	5	5				
Cuidados com automedicação pelo paciente	1	1				
Seguir orientação e prescrição médica	9	8				
Avisar ao médico sobre agitação do paciente	10	9				
Realizar contenção física	40	20	Contenção física e química como medidas de proteção ao paciente			
Administração de medicação/contenção química	39	20				
Sou contra contenção física	6	5				
Manter o paciente tranquilo	6	5				
				Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento	247	37,77 %

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n.4, p. 569-76, 2008.

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/ TEMA	TOTAL ENTR	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N/ %UR /CAT	% UR/ CAT
Cuidados de segurança com a equipe de enfermagem	4	3	A contenção física como proteção à equipe de enfermagem no cuidado ao paciente	Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento	247	37,77 %
A abordagem ao paciente deve ser em equipe	9	8				
O paciente é diferente	4	3		O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos	236	36,08 %
O cuidado deve ser específico e diferenciado	17	12				
Dar suporte às necessidades psíquicas	4	3				
Realizar observação contínua do paciente	24	10				
Atentar ao comportamento do paciente	9	6				
Os cuidados com o paciente são intensivos	2	1				
Não deixar o paciente sozinho	6	4				
Conversar com o paciente	32	19				
A comunicação é um cuidado	2	2				
A forma de abordagem ao paciente	8	4				
A comunicação dá abertura a outros cuidados	4	3				
Ouvir o paciente	1	1				
Dar atenção ao paciente	15	8				
A comunicação é instrumento para o cuidado	2	2				
Ter interação com o paciente	1	1				
Conquistar a confiança do paciente	5	3				
Tocar no paciente	2	2				
Postura profissional diante do paciente	5	3				
Estimular o paciente a falar	4	3				

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n.4, p. 569-76, 2008.

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/ TEMA	TOTAL ENTR	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N/ %UR /CAT	% UR/ CAT
Atentar para forma de como o paciente olha, gesticula	1	1				
O diálogo com o paciente não é efetivo	2	2				
Falar coisas positivas para o paciente	1	1				
O dialogo não alcança o paciente	1	1				
A forma de se comunicar com o paciente é diferente	3	3				
Tem que formar vinculo	2	1				
Ter empatia	1	1				
Orientar o paciente	1	1				
				O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos	236	36,08%
O cuidado humanizado	7	3	O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica deve receber cuidados humanizados de enfermagem			
O cuidado deve ser da melhor forma	23	14				
Não julgar o paciente	1	1				
Não infantilizar o paciente	2	1				
O paciente é uma pessoa	3	2				
Explicar as coisas para o paciente	7	4				
Ter paciência e calma	5	4				
Ter sensibilidade para cuidar	1	1				
O paciente entende as coisas	2	1				
Mostrar que você está ali para ajudar	4	3				
Não se deve ter preconceitos	1	1				
Deve-se saber abordar o paciente	2	2				

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n.4, p. 569-76, 2008.

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTR	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N./%UR /CAT	% UR/ CAT
Deixar um acompanhante juntamente com o paciente	10	7	A participação da família no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica	O paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica requer cuidados específicos	236	36,08 %
Os familiares conhecem melhor o paciente	3	3				
A família deve se inserir no cuidado	1	1		O cuidado ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem	171	26,15 %
Os paciente confiam mais nos familiares	1	1				
É mais difícil cuidar do paciente sem o familiar	1	1				
A família deve receber orientações	5	4				
Na falta de familiar é melhor conter ou sedar o paciente	1	1				
Não tenho paciência	2	2				
Não sei lidar com o paciente psiquiátrico	22	12				
Sinto-me mal cuidando do paciente	3	2				
Não estamos acostumados a cuidar desse paciente	2	2				
Não estou preparado para cuidar do paciente	33	10				
Falta conhecimento acerca do paciente	2	2				
Falta treinamentos	3	3				
Minha formação não contemplou o cuidado a esse paciente	15	9				
Eu não tenho condições psíquicas para cuidar do paciente	7	5				
Eu não tenho conhecimento para cuidar do paciente	8	5				
A equipe não está preparada	4	4				
Falta orientação	8	6				
A equipe não pode ficar constantemente com o paciente	1	1				
O PA não tem estrutura adequada	10	6				
Os profissionais não querem cuidar	1	1				
Os instrumentos para conter o paciente são inadequados	2	2				

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n.4, p. 569-76, 2008.

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTR	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N/ %UR /CAT	% UR/ CAT
Tenho dificuldades para cuidar	6	4		O cuidado ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no Pronto Atendimento: dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem	146	22,32 %
Tenho preocupação com a agressividade do paciente	4	4				
Não gosto de cuidar do paciente psiquiátrico	1	1				
Eu tenho medo do paciente	6	2				
Tenho preconceito	7	5		Preconceito e estigma com relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica	25	3,83
Aqui não é lugar para esses pacientes	18	18				

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISAHOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Unidade de Urgência e Emergência

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do
Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Prezada Prof^a. Dr^a. Líliliana Maria Labronici
MD Coordenador do CEP/SD

Declaramos que nós da Unidade de Urgência e Emergência Adulto/Hospital de Clínicas/UFPR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “**O cuidado de enfermagem a pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento de um Hospital Geral**” sob a responsabilidade de Marcio Roberto Paes, nas nossas dependências do Pronto Atendimento Adulto, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em Fev/2010.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão os profissionais de enfermagem, que prestam cuidado direto aos pacientes atendidos no Pronto Atendimento Adulto, e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

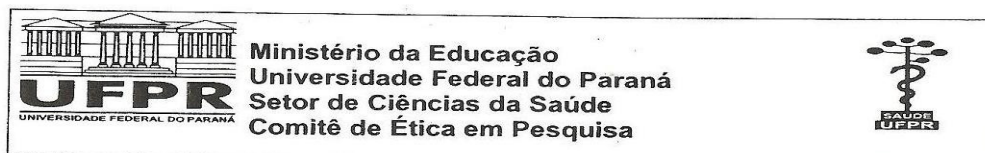
Atenciosamente,


p/ Rejane Maestri Nobre Albini
Gerente da UUEA/HC/UFPR

Curitiba, 10 de julho de 2008.

ANEXO 2

**APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA
PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Curitiba, 30 de setembro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marcio Roberto Paes
Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**O cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clinico-psiquiatrica no pronto atendimento de um hospital geral**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 24 de setembro de 2008 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 29 de setembro de 2008.

Registro CEP/SD: 614.151.08.08 CAAE: 0220.0.208.091-08

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 29/03/2009.

Atenciosamente

Prof. Dr. Lilians Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof. Dra. Lilians Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SBU/UFPR

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)