

Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento

A NURSING TEAM'S APPROACH TO USERS OF A MENTAL HEALTH EMERGENCY ROOM

ABORDAJE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA AL USUARIO EN LA EMERGENCIA EN SALUD MENTAL EN UN CENTRO DE EMERGENCIAS

Érika Hissae Kondo¹, Juliane Cardoso Vilella², Letícia de Oliveira Borba³, Marcio Roberto Paes⁴, Mariluci Alves Maftum⁵

RESUMO

Pesquisa qualitativa exploratória desenvolvida em 2008, num Centro Municipal de Urgências Médicas/Curitiba. Objetivos: conhecer a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e analisar como se desenvolve a abordagem da equipe de enfermagem ao usuário com transtorno mental em situação de emergência. Participaram 6 enfermeiros e 7 técnicos em enfermagem que atuam na emergência e internamento. Os dados foram obtidos mediante entrevista semi-estruturada e organizados em categorias temáticas. Para os participantes, emergências psiquiátricas são situações que apresentam risco de vida para a pessoa ou a terceiros. Como características de emergência citaram: comportamento agressivo e agitado, tentativa de suicídio e abuso de substâncias. A primeira impressão do comportamento do paciente e a tentativa de diálogo determinam quais condutas os profissionais adotam. Reconhecem dificuldade e despreparo na abordagem ao paciente. Conclui-se que há necessidade de educação permanente sobre novos serviços e adaptações dos existentes para o atendimento nessa área.

DESCRIPTORIOS

Equipe de enfermagem
Emergências
Pessoas mentalmente doentes
Saúde mental
Enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

This qualitative exploratory study was conducted in 2008, at a Municipal Emergency Care Center in Curitiba. Objective: to learn about the conception of the nursing team about emergencies in mental health, and analyze how the nursing team approaches users with mental disorders in cases of emergency. Participants were 6 nurses and 7 nursing technicians working in emergency and hospitalization. Data collection was performed using semi-structured interviews and organized into thematic categories. Participants considered psychiatric emergencies as situations that may threaten their own lives or that of others. The emergency characteristics they mentioned were: aggressive and agitated behavior, suicide attempt and substance abuse. The first impression of the patient's behavior and an attempt to have conversation determine the conducts adopted by the professionals. They recognize their difficulty and lack of preparation to approach the patient. In conclusion, there is a need for permanent education on new services and for adjustments to existing services for care in this area.

DESCRIPTORS

Nursing, team
Emergencies
Mentally ill persons
Mental health
Psychiatric nursing

RESUMEN

Investigación cualitativa, exploratoria, desarrollada en 2008, en Centro Municipal de Emergencias Médicas/Curitiba. Objetivos: conocer la concepción del equipo de enfermería sobre emergencias psiquiátricas y analizar cómo se desarrolla el abordaje del equipo al usuario con transtorno mental en emergencia. Participaron 6 enfermeros y 7 técnicos en enfermería que actúan en emergencias e internaciones. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista semi-estructurada y organizados en categorías temáticas. Para los participantes, las emergencias psiquiátricas son situaciones que presentan riesgo vital para la persona o terceros. Como características de la emergencia, citaron: comportamiento agresivo y agitado, tentativa de suicidio y abuso de sustancias. La primera impresión del comportamiento del paciente y la tentativa de diálogo determinan las conductas a adoptarse por los profesionales. Reconocen dificultad e inexperience en el abordaje del paciente. Se concluye en que hay necesidad de educación permanente sobre nuevos servicios y adaptaciones de los existentes para la atención del área.

DESCRIPTORIOS

Grupo de enfermería
Urgencias medicas
Enfermos mentales
Salud mental
Enfermería psiquiátrica

¹ Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. kaeri55@gmail.com ² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem. Bolsista CAPES. Curitiba, PR, Brasil. jucardoso@ufpr.br ³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem. Bolsista CAPES. Curitiba, PR, Brasil. leticia_ufpr@yahoo.com.br ⁴ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil. marropa@pop.com.br ⁵ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Enfermagem. Vice-Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil. maftum@ufpr.br.

INTRODUÇÃO

A abordagem à pessoa com transtorno mental em situação de emergência é de tal importância que, se realizada com segurança, prontidão e qualidade é capaz de determinar a aceitação e a adesão dessa pessoa ao tratamento. Também, pode ser concebida como a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, por meio dela, pode ser efetivada a escuta ativa pelo profissional, expressando o respeito à singularidade do paciente, oferecendo-lhe respostas adequadas e cuidado de enfermagem resolutivo. As ações de cuidado devem estar articuladas com os demais serviços existentes no sistema, permitindo o adequado encaminhamento dos pacientes a outros serviços competentes. Este modo de desenvolver o trabalho em saúde promove o acolhimento e colabora no estabelecimento de uma relação de confiança do usuário com o serviço e com a equipe⁽¹⁻²⁾.

Ressalta-se a importância da qualidade da abordagem na emergência em saúde mental e considera-se que a primeira impressão possui significativa influência, assim como, o modo como a pessoa é recebida, a atenção que o profissional dispensa e a demonstração de preocupação com o paciente quando ele chega ao serviço de saúde. Essas atitudes preponderam sob a resposta do paciente à equipe, bem como, na aceitação das recomendações e na sua adesão ao tratamento, e, essas influências ocorrem mesmo depois de prolongado tempo em que a pessoa tenha procurado por atendimento⁽³⁾.

Ao considerar as recentes mudanças que ocorrem na assistência em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, quanto à concepção de doença mental, as formas de tratamento e a inserção de novos serviços, surge a necessidade de uma reflexão sobre a assistência prestada a estes pacientes. Incluem-se nesses serviços, as unidades de atendimento em emergência nas quais cabe aos profissionais de saúde realizar o acolhimento de pessoas com transtorno mental, destacando sua importância na prevenção das complicações e identificação dos quadros agudos que apresentem risco de vida.

Neste sentido, emergência em saúde mental se refere a qualquer perturbação do pensamento, sentimentos ou ações que necessitam de uma intervenção imediata para proteger a pessoa ou a terceiros do risco de morte. Dentre as situações de emergência mais encontradas, têm-se o comportamento suicida, comportamento agressivo e distúrbios do pensamento e da percepção, sendo que 20% das pessoas atendidas em serviços de emergência em saúde mental têm problemas de suicídio e 10% de comportamento violento⁽³⁾.

O comportamento violento e agressivo exteriorizado pelo paciente provoca medo, ansiedade e insegurança naqueles

que o cercam, incluindo os profissionais. Contudo, o medo de algumas pessoas em relação a todos os pacientes psiquiátricos é desproporcional aos poucos que, de fato, constituem risco para os outros. O medo excessivo nos profissionais pode prejudicar o julgamento clínico e levar ao uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas, como as contenções no leito⁽³⁾.

A partir das considerações anteriores, neste estudo, têm-se os seguintes objetivos.

OBJETIVOS

Conhecer a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e analisar a abordagem da equipe de enfermagem ao usuário em situação de emergência em saúde mental.

REVISÃO DE LITERATURA

A abordagem à pessoa com transtorno mental em situação de emergência é de tal importância que, se realizada com segurança, prontidão e qualidade é capaz de determinar a aceitação e a adesão dessa pessoa ao tratamento.

As emergências em saúde mental estão estreitamente relacionadas com as diversificadas crises evolutivas e acidentais inerentes à vivência humana. Porém, o que caracteriza uma emergência em saúde mental é a manifestação de comportamento em decorrência de uma situação em que a pessoa se encontra e para a qual o seu funcionamento geral está gravemente prejudicado e o indivíduo torna-se incapaz de assumir responsabilidades pessoais⁽⁴⁾.

O desenvolvimento de uma crise tem uma evolução previsível que passa de um fator de estresse precipitante até o estado de crise aguda, descritas em 4 fases por Caplan: fase I, corresponde à exposição ao fator de estresse precipitante; na fase II, ocorre o aumento da ansiedade, sentimentos de confusão e desorganização diante da não resolução do estresse precipitante; na fase III, os recursos possíveis são mobilizados para resolver o problema e aliviar o desconforto; e, na fase IV, as *funções cognitivas se desorganizam, as emoções mostram-se instáveis e o comportamento pode refletir* manifestações psicóticas, quando não se consegue resolver em tentativas anteriores⁽⁴⁾.

Emergência em saúde mental se refere a uma situação de alteração do pensamento (delírio) ou das ações (atos agressivos) que demandam atendimento rápido. Essas alterações estão associadas a risco de morte, como no suicídio ou em pacientes com comportamento violento, ou ainda situação de alterações mentais decorrentes do uso de drogas ou doenças físicas, que devem ter intervenção para a diminuição de sequelas. Assim, emergência é um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, na qual o paciente e sua crise são apenas parte e não a totalidade, devendo a equipe de saúde levar em consideração todas essas possibilidades no momento da avaliação⁽¹⁾.

O número de pacientes nas emergências em saúde mental está aumentando por razões como: a crescente incidência de violência, a maior apreciação do papel de doença orgânica em alteração do estado mental, e a epidemia de dependência do álcool e outros transtornos relacionados a substâncias. Com isso surge a necessidade de que os serviços de emergência garantam abrangência ampliada, ao incluir o abuso de substâncias, violência da criança e do cônjuge, a violência do suicídio, do homicídio, do estupro, questões sociais como falta de moradia, envelhecimento e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)⁽³⁾.

Diante do exposto sobre emergência em saúde mental, da perspectiva de aumento do número de casos e da compreensão da necessidade imediata de ação em conjunto pela equipe de saúde, é mister que se faça reflexão a respeito dessa intervenção. Neste sentido, autores⁽³⁻⁸⁾ enfocam a importância do aprendizado da comunicação terapêutica para o estabelecimento de relacionamento terapêutico entre paciente e profissional.

A comunicação terapêutica é compreendida como 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, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia⁽⁹⁾.

O relacionamento entre a equipe e o paciente influencia nas informações oferecidas, mesmo em situação de emergência psiquiátrica. Neste sentido, um relacionamento com o objetivo de ajudar o paciente precisa ser desenvolvido de forma estruturada através de interações planejadas, utilizando-se dos conhecimentos da comunicação terapêutica, no qual o profissional oferece-lhe apoio, conforto, informação e desperta seu sentimento de confiança e auto-estima⁽⁸⁾.

O relacionamento terapêutico pode ser estabelecido com o uso de técnicas de comunicação terapêutica como ouvir reflexivamente, observação atenta e interpretação das mensagens verbal e não verbal, entre outras. Para que uma comunicação terapêutica ocorra o profissional deve ser direto, honesto, calmo, não-ameaçador e transmitir aos pacientes a idéia de que está no controle da situação, agir de forma decisiva para protegê-los de dano a si mesmo ou a terceiros, utilizando-se da empatia para planejamento e avaliação da intervenção⁽⁷⁾.

A intervenção na situação de emergência em saúde mental é uma estratégia de tratamento breve e focalizado com o objetivo de impedir a progressão e situações de danos para paciente e demais pessoas envolvidas e não tem o propósito de fazer terapia em profundidade⁽⁵⁾. É necessária abordagem terapêutica a partir de uma avaliação humanizada e singular, o que requer dos profissionais habilidade e rapidez para tomadas de conduta, avaliação da

situação, bem como apoiar o paciente, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse, fazer perguntas, colocar os eventos em sequência lógica, se aproximar do paciente calmamente, informar e transmitir o desejo de ajudá-lo e, se julgar necessário, pedir ajuda a outros profissionais. Ressalta-se que as atitudes culturais influenciam a comunicação e o estilo de resposta do profissional que trabalha com pessoas em crise, o que reforça a importância da educação permanente em saúde mental^(3,8-9).

As ações de enfermagem devem incluir avaliação de fatores de estresse precipitantes, do estado físico e mental, do potencial suicida ou homicida e do uso de drogas. Em seguida há o planejamento da intervenção e posteriormente, a análise final da resolução da crise e planejamento prévio. Destarte, a melhor abordagem em situação de emergência é o ouvir reflexivo, pois as pessoas em crise revelam o quanto necessitam de apoio e palavras para conceituar o significado de sua crise e descobrir caminhos para a resolução^(3,8).

Quando não se consegue que o paciente diminua suas manifestações comportamentais exacerbadas e é compreendido que este apresenta riscos para si ou para terceiros é necessário o uso de contenção física. Durante a realização da técnica de contenção, um membro da equipe, composta, de preferência, por cinco ou um mínimo por quatro pessoas, deve tranquilizar e explicar ao paciente o motivo pelo qual está sendo contido. Ressalta-se que o paciente não deve permanecer sozinho e que as contenções devem ser verificadas constantemente a fim de serem observados sinais de cianose, pressão em áreas corporais, garroteamento de membros, xerostomia, vômitos e outros aspectos que podem ocasionar danos ao paciente. Após a diminuição da agressividade e agitação do paciente, as contenções devem ser removidas, uma de cada vez, a cada cinco minutos, até que tenha duas contenções presas, estas devem ser removidas juntas. É importante ressaltar que esta prática deve ser utilizada como último recurso⁽³⁾.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa qualitativa exploratória realizada em um Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) do município de Curitiba-PR. O CMUM atua como nível intermediário entre Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Estratégia de Saúde da Família e Hospitais de Referência, oferece atendimento ambulatorial e dispõe de equipamentos para atendimento de urgência e internamentos de média complexidade e de curta duração. São destinados também ao internamento de pessoas com transtornos mentais que após avaliação poderão ser encaminhadas à Unidade de Saúde da sua área de abrangência ou internação integral.

Participaram da pesquisa 6 enfermeiros e 7 técnicos em enfermagem que atuam nos setores de emergência e internamento do CMUM, locais em que são prestados os cuidados a pacientes em situação de urgência e emergência em saúde mental. A delimitação do número de partici-

pantes se deu durante o período de coleta de dados ao ocorrer reincidência de informações ou saturação dos dados, percebida na décima terceira entrevista.

Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada composta com as questões: O que você entende por emergência em saúde mental? Como você desenvolve a abordagem à pessoa em situação de emergência em saúde mental?

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob processo nº 0017.0.091.000-08 e concedido o parecer de viabilidade para seu desenvolvimento pela Prefeitura Municipal de Curitiba. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, atendendo a Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados foram analisados à luz da Análise Temática, que envolve as etapas de: pré-análise, momento em que são selecionados os documentos a serem analisados e retomados os pressupostos e objetivos iniciais do estudo; exploração do material, mediante transformação de dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto e agregação das informações em categorias de acordo com o tema; e o tratamento dos resultados e a interpretação como fase final da análise, na qual, os dados obtidos são ressaltados e as suas interpretações são realizadas⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

Os dados que emergiram das entrevistas realizadas foram analisados e agrupados em 4 categorias: concepção de emergência em saúde mental; abordagem da equipe de enfermagem na emergência em saúde mental; a prática da contenção física na emergência em saúde mental e dificuldades na prática de emergência em saúde mental.

Concepção de Emergência em Saúde Mental

Os participantes relataram que emergência em saúde mental é uma situação na qual há risco de vida para o próprio paciente e para terceiros e é percebida por manifestações de comportamentos de agressividade, agitação e perda de controle. O termo surto foi repetidamente utilizado para definir uma situação de emergência e a tentativa de suicídio foi citada por 3 dos entrevistados como ocorrência que requer atendimento de emergência. Já os casos de abuso de substâncias e questões sociais são citados, por vezes, com dúvidas como situações de emergência, mas devido às características comportamentais do paciente são tratados como tal. Conforme exemplificado pelos relatos a seguir:

Pessoa que está fora da sua consciência normal, com um nível bem alterado, agressivo, agitado, confuso, que de alguma maneira traz riscos para ela própria e para as pessoas em torno dela. Os casos de etilismo e drogadição, não considero psiquiatria, mas na hora da emergência são tratados como tal (A.3).

Paciente em surto. Agressivo com as pessoas, quanto auto-agressão. Paciente que tenta suicídio e chega num limiar de desespero, de depressão, de loucura mesmo. Encaro essas duas situações como emergência psiquiátrica (E.9).

Abordagem da equipe de enfermagem na Emergência em Saúde Mental

De acordo com os relatos da equipe de enfermagem, a abordagem é iniciada com a observação do comportamento e esta influencia no tipo e na tentativa de diálogo a ser estabelecido. O primeiro contato e as impressões que o profissional tem do paciente definem condutas posteriores, como o uso da contenção física e química, tidos como atividades de rotina neste pronto atendimento, citados por todos os entrevistados. As contenções físicas foram apontadas como forma de abordagem a pacientes que proporcionam riscos para si ou terceiros, sendo, portanto, consideradas um meio de proteção ao paciente em crise, aos acompanhantes e aos funcionários envolvidos, para posteriormente conversar, administrar medicação e verificar os dados vitais. A solicitação de ajuda dos colegas e a atuação em grupo são citadas por todos como uma necessidade na abordagem para a contenção, conforme demonstram os relatos a seguir:

Tem que ver se não está em surto, a atitude dele, se está agressivo ou calmo, para poder me aproximar dele. Primeiro tento conversar. Se não dá, converso com o médico para ver se vai fazer alguma medicação. Antes de me aproximar dele, chamo a equipe, preparo o pessoal e o material de contenção. Primeiro faz-se a contenção física para depois coletar dados vitais, quando o paciente estiver calmo, contido (A.1).

A primeira intenção é tentar conversar para ver se ele está colaborando ou não. Se não estiver, aí eu chamo ajuda e a gente vai para contenção, para evitar que a pessoa acabe agredindo ou se agredindo (A.3).

Tento abordar, conversar, dizer que está tudo bem, que a gente vai ajudá-lo e pede para ele colaborar. E se ele não colabora e a gente se sente em risco de ser agredida ou dele se agredir ou acabar se machucando, a gente faz contenções, medicações conforme a prescrição do médico que está atendendo. Conforme o nível dele está ficando melhor, faz-se a retirada das contenções, protege a equipe e ele também (E.9).

A prática da contenção física na Emergência em Saúde Mental

De acordo com os participantes, a contenção física é uma prática da equipe de enfermagem nas situações de emergência em saúde mental no campo deste estudo, entretanto explicitaram que não existe uma rotina sobre o modo de realizar a técnica, dos cuidados que devem ser realizados antes, durante e após a contenção, bem como a quem cabe a decisão e a realização da mesma. Assim, os fatos se desenrolam e as condutas vão sendo tomadas pelo grupo durante

o acontecimento. Os participantes discorrem sobre a escassez de materiais específicos tendo por vezes que improvisar com o uso de fraldas, lençol, chumaço de algodão, os materiais a serem utilizados na contenção física:

Tem as faixas de contenção que a gente usa. São ataduras. Tinha umas faixas acolchoadas com espuma para não machucar o paciente. A princípio membros superiores e membros inferiores e se não resolver vai parar o tórax (A.2).

A gente usa atadura, de 15, 10 centímetros. São quatro. Uma para cada braço e perna e o lençol para contenção de tronco. Às vezes a gente consegue um pano que tem no SAMU, específico para contenção, mas geralmente é com um lençol que a gente contém (A.7).

Quando tem aquelas faixinhas do SAMU, que é acolchoada, a gente faz com aquela. Quando não tem, põe uma fralda de nenê nos punhos, nos tornozelos e pega a atadura e faz a contenção, com cuidado para não machucar, não apertar demais, ver perfusão periférica [...] (A.8).

Dificuldades na prática de Emergência em Saúde Mental

Ao discorrem como realizam a abordagem em saúde mental ao usuário do pronto atendimento os participantes apontaram várias dificuldades, incluindo a falta de compreensão dos profissionais em relação ao sofrimento que a pessoa em quadro agudo e com agitação apresenta, e que tal comportamento não é desejado pelo paciente, mas surge como maneira dele externar o sofrimento. Mencionaram que lhes falta preparo para lidar com as situações específicas da área da saúde mental e que isso causa sentimentos que oscilam entre medo, desconfiança, culpa, raiva, pena e insegurança. Reconhecem que diante da situação de emergência em saúde mental, surge a necessidade de ação rápida e em conjunto e que recorrem à ajuda dos guardas municipais. Também alguns sujeitos relataram a insatisfação com o descaso e o descuido com que alguns colegas tratam a pessoa com transtorno mental. Apontaram também a falta de material suficiente e adequado para realizarem as contenções físicas.

Há falta de cuidados, como deixar evacuado e urinado por várias horas, não *desamarra* por medo de agressão [...] enfim, ver o paciente como um ser que também precisa de cuidados, tanto quanto os outros. Funcionários que não vêem o portador de transtorno mental como doente, de fato (A.2).

Uma coisa que eu acho que falha, é que a gente não tem treinamento para este tipo de abordagem. A gente já ouviu muita teoria, mas nunca treinou na prática, não sabemos fazer adequadamente o grupo de oito, e não temos material para contenção [...], improvisa com lençol, com atadura, e acaba às vezes machucando o paciente, porque não é o material adequado [...] (A. 3).

Acho que é um dos pacientes mais difícil de lidar [...]. Na abordagem, muitas vezes a gente tem receio, medo de ser agredido [...] a gente conhece histórias de outros colegas e fica com o pé atrás. Eu prefiro duas paradas cardíacas ao mesmo tempo do que paciente assim [...] (A. 4).

O despreparo e a falta de treinamento para atender a pessoa com transtorno mental foram mencionados por todos os participantes. No entanto, percebe-se que, por um lado, os profissionais com menos tempo de experiência relacionam a falta de capacitação como uma dificuldade e o medo que sentem promovendo insegurança na atuação em emergência em saúde mental. Por outro lado, os profissionais com mais tempo de atuação e de formação versam sobre a segregação do atendimento em locais próprios e com pessoas especializadas, como forma de melhor atendê-los, conforme exemplificado com o relato a seguir.

Acho que aqui [...] os pacientes psiquiátricos não deviam ficar junto com os pacientes clínicos, por segurança própria dos pacientes [...]. Porque aqui tem muito idoso, e com um paciente desse dentro do quarto não tem como [...] (A.2).

DISCUSSÃO

A menção da tentativa de suicídio e das alterações de comportamento ocasionadas pelo uso de substâncias psicoativas, neste estudo não foram reconhecidas por alguns técnicos em enfermagem como situação de emergência. Estes fatos chamam a atenção, pois refletem a incompreensão dos profissionais em relação à pessoa que, pelo sofrimento, tenta dar fim a sua vida, bem como, daqueles com problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Entretanto, tais situações compõem números expressivos do atendimento nos serviços de emergência, ora por causas externas intencionais (lesões auto e heteroinflingidas) ora não intencionais (acidentes de trânsito e outros tipos de acidente), ou ainda, outros eventos clínicos de ordem psíquica (depressão, ansiedade, violência e suicídio). Esta incompreensão pode refletir em menosprezo das necessidades emocionais, da importância da tentativa de suicídio e no atendimento ao usuário de substâncias psicoativas pelos profissionais⁽¹¹⁻¹²⁾.

Estudo⁽¹¹⁾ revelou que os profissionais da saúde consideram que a tentativa de suicídio ocorre num momento de muito desespero, citando-a também como forma de chamar a atenção e, por conseguinte, desperta diversos sentimentos, como culpa, impotência, frustração, fragilidade e desespero dos profissionais diante da percepção de suas dificuldades em trabalhar com o suicídio. Reafirma-se assim, a necessidade de profissionais capacitados para atuar na área da saúde mental, possibilitando cuidar de pessoas que em algum momento não vêem sentido na própria vida.

É importante considerar que o consumo de substâncias psicoativas causa alterações senso-perceptivas, podendo resultar em situações de emergência como comportamento agressivo e agitado. Também, que o abuso de substâncias aumenta as chances de desenvolvimento de outros transtornos mentais, assim como características comportamentais e transtornos psiquiátricos predis põem riscos para uso de substâncias⁽¹³⁾.

A contenção física é utilizada em situações em que o paciente está em intensa agitação e com manifestação de

comportamentos agressivos, porém só deve ser usada quando as tentativas iniciais de intervenção verbal não forem suficientes, sendo indicada principalmente para pacientes com risco de agressão física a si próprio ou a outros^(3,5,9).

A indicação da contenção física é citada pela Resolução nº 1.598, de 9 de agosto de 2000, do Conselho Federal de Medicina, devendo ser indicada e prescrita pelo profissional médico, conforme o Art. 11 explicita, bem como o paciente na contenção deve ser diretamente acompanhado, por profissional da equipe de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido. Até o momento não existe nenhuma normativa do Conselho Federal de Enfermagem sobre as contenções físicas a pacientes, constituindo, portanto, uma lacuna na assistência à pessoa com transtorno mental, haja vista que se constitui prática constante no cotidiano dos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde mental⁽¹⁴⁾.

Os entrevistados relataram que durante a abordagem da equipe de enfermagem ocorre a verificação dos dados vitais. Este cuidado de enfermagem é importante, pois a sua análise, juntamente com o exame físico do paciente e exames laboratoriais, diferencia comportamentos psiquiátricos de origem psicogênica dos que têm origem orgânica como, por exemplo: hipoglicemia, epilepsia psicomotora, tumores cerebrais. Outra importância da monitoração dos dados vitais se deve aos riscos de depressão respiratória, hipotensão e outros advindos do uso de medicações depressoras do sistema nervoso central, utilizadas normalmente para pessoas com comportamento de agitação e agressividade, incluindo os barbitúricos e benzodiazepínicos⁽³⁾.

Dentre os materiais utilizados para a restrição de movimentos do paciente, os participantes mencionaram as faixas-almofadas utilizadas pela equipe do SAMU. O uso destas faixas tem a finalidade de proporcionar contenção com menores riscos de lesão física ao paciente, entretanto a falta ou escassez deste material foi mencionada pelos participantes como fator de dificuldade na prática do pronto atendimento sendo necessário em vários casos o improviso com outros materiais.

Os profissionais que, na essência de sua profissão, têm a responsabilidade de acolher, cuidar considerando a singularidade do ser humano e a compreensão do seu sofrimento, também por vezes se expressam de modo a reforçar o estigma que acompanha os portadores de transtorno mental. Entre os relatos, há participantes que admitem direta e indiretamente a dificuldade em aceitar o transtorno mental como acontecimento natural dentro do contexto do adoecer.

Os sentimentos relacionados ao atendimento em saúde mental deste pronto atendimento são validados com as conclusões do estudo⁽¹⁵⁾ realizado num Pronto-Socorro Geral que descreve os sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao doente mental e seu atendimento. Salienta-se a concordância acerca do senso comum que envolve a dinâmica entre pensar, sentir e agir que resultam em sentimentos de pena, medo e raiva. O medo, raiva e revolta podem acarretar afastamento da pessoa em sofrimento psi-

quico, funcionar como fator de desmotivação ou desinteresse em atendê-los, assumindo uma atitude defensiva e até de negligência de cuidados, principalmente aos agressivos, enquanto a pena e a dó, mostram clara vontade de ajudar.

Salientam-se o *des-cuidado* e a desassistência aos quais o doente mental foi submetido historicamente e a perpetuação do modo de pensar disseminada na sociedade, de que o louco deve permanecer longe, distante de todos. A realidade exposta reporta a necessidade de repensar a formação do ensino e a prática da enfermagem em saúde mental, pois o ensino em sua maioria ocorre com cargas horárias muito reduzidas e restrita aos hospitais psiquiátricos⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se que a abordagem é o primeiro passo para cuidar de um paciente com transtorno mental num período agudo e essa primeira impressão é capaz de interferir na aceitação do tratamento assim, reafirma-se a premência da qualificação dos profissionais que atuam nessa área. Neste sentido, a educação permanente em saúde mental deve incluir o conhecimento sobre as mudanças políticas que vem ocorrendo nesta área, bem como, a ressalva sobre a transição da prática do cuidado hospitalar que visava contenção do comportamento para a incorporação de princípios de uma prática interdisciplinar, com o objetivo de conscientizar e qualificar tanto os novos funcionários, quanto os mais experientes sobre o papel do profissional como agente transformador.

Assim, a educação permanente, no campo da saúde mental, tem como desafio consolidar a reforma psiquiátrica. Para tanto, deve-se sustentar nos pressupostos da aprendizagem significativa, estruturada a partir da problematização do processo de trabalho, e ser compreendida como processo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, tudo isso em busca da reabilitação e reinserção social da pessoa com transtorno mental⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou o conhecimento sobre a assistência e as concepções da equipe de enfermagem em situações de emergência em saúde mental em um pronto atendimento e a busca de conhecimento sobre o tema proporcionando reflexões acerca desta prática.

Ressalta-se que os serviços substitutivos de atenção à saúde mental são realidades resultantes do movimento da reforma psiquiátrica de caráter social, político e econômico que luta pela desconstrução dos manicômios e do paradigma que o sustenta. Este redirecionamento da assistência em saúde mental exige avaliações, reavaliações e reflexões constantes dos serviços criados e adaptados para que suas dinâmicas ocorram de forma a atingir o objetivo de inclusão social e não perpetuem a imagem arraigada ao imaginário social, de que portadores de transtorno mental são pessoas sujas, ignorantes, incapazes, agressivas e violentas e que, portanto devem ser mantidas longe do convívio das pessoas em sociedade.

O atendimento à emergência em saúde mental acontece de formas diferentes nos municípios do Brasil. Em Curitiba,

os pronto-atendimentos (CMUM's) são responsáveis pela acolhida em situações de emergência e estão ligados a rede integrada de atenção à saúde mental, realizando triagem dos usuários para os serviços existentes. A importância da abordagem neste momento de intenso sofrimento do usuário repercute na sua aceitação ao tratamento, e isso exige novas formas de cuidar dos profissionais desses serviços, recentemente destinados a este tipo de emergência.

Dentre as formas de cuidar, destacam-se a utilização de técnicas da comunicação e relacionamento terapêuticos para abordagem mais efetiva, incluindo situações de emergência, nas quais há manifestações de intenso sofrimento. E deste modo, sendo possível evitar técnicas restritivas e proporcionar assistência de maior qualidade, que transcenda o cuidado voltado somente para o *corpo*, e incorpore o cuidado que considere a dimensão existencial, relacional, histórica, cultural e situacional desses pacientes, como sujeitos humanos desejantes.

REFERÊNCIA

1. França IG. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicol Ciênc Profissão* [Internet]. 2005 [citado 2008 jan. 21];5(1):146-63. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n1/v25n1a12.pdf>
2. Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(1):33-9.
3. Sadock BG, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
4. Townsend MC. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
6. Kantorski LP, Pinho LB, Schrank G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Enferm UERJ*. 2003;11(2):201-7.
7. Maftum MA, Stefanelli MC. O uso das técnicas de comunicação terapêutica na relação interpessoal com o doente mental. *Cogitare Enferm*. 2000;5(2):69-74.
8. Stefanelli MC. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole; 2005.
9. Barros S, Rolim MA. Assistência de enfermagem nas emergências psiquiátricas. *Rev Esc Enferm USP*. 1992;26(2):125-35.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Silva VP, Boemer MR. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais da saúde. *Rev Eletrôn Enferm* [Internet]. 2004 [citado 2008 maio 21];6(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig1_suicidio.pdf
12. Santos CM, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980–2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(2):131-4.
13. Segatto ML, Pinski I, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1753-62.
14. Paes MR. *A contenção física a pacientes em uma instituição psiquiátrica de internação integral e o cuidado de enfermagem* [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2007.
15. Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):141-9.
16. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(3):333-40.
17. Tavares CMM. *A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental*. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):287-95.
18. Souza MGG, Cruz EMTN, Stefanelli MC. Educação continuada e enfermeiros de um hospital psiquiátrico. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):190-6.